

AM



35-36 / ottobre 2013

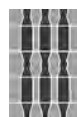
RIVISTA DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI ANTROPOLOGIA MEDICA



Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute - Perugia


ARGO

Pubblicazione realizzata con il contributo della



Regione Umbria





L'immagine di copertina illustra diverse tecniche chirurgiche medievali per la cura delle ferite. Essa è tratta dal manoscritto (Ms. Sloane 1977, British Library, Londra) di una traduzione francese del XIII secolo della *Chirurgia* di Ruggero Frugardo, insigne maestro di chirurgia della Scuola di Salerno, vissuto nella seconda metà del XII secolo. La sua opera, nota anche come *Rogerina*, ebbe grandissima diffusione nel Medioevo e contribuì ad alimentare l'autorità della Scuola medica salernitana, influenzando la tradizione medico-chirurgica europea fino ad epoca rinascimentale.

Il riferimento classico alle opere della Scuola di Salerno è la celebre *Collectio Salernitana* curata dallo storico della medicina napoletano Salvatore De Renzi (1800-1872). Sulla scorta di quella raccolta di testi la *Chirurgia* di Ruggero Frugardo è stata ripubblicata di recente nella traduzione italiana curata da Giuseppe Lauriello, *Post mundi fabricam. Manuale di chirurgia*, Editrice Gaia, Salerno, 2011 (collana "I maestri della scuola medica salernitana").

[GPi]



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

35-36
ottobre 2013



Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute - Perugia

ARGO

Direttore: Tullio Seppilli (*presidente* della SIAM, *presidente* della Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute [Perugia], già ordinario di antropologia culturale nella Università di Perugia)

Comitato consultivo internazionale: Naomar Almeida Filho (Universidade federal da Bahia, Salvador) / Jean Benoist (Université de Aix-Marseille) / Gilles Bibeau (Université de Montréal) / Giordana Charuty (Université de Paris X, Nanterre) / Luis A. Chiozza (Centro de consulta médica Weizsäcker, Buenos Aires) / Josep M. Comelles (Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona) / Ellen Corin (McGill University, Montréal) / Mary-Jo DelVecchio Good (Harvard Medical School, Boston) / †Els van Dongen (Universiteit van Amsterdam) / Sylvie Fainzang (Institut National de la santé et de la recherche médicale, Paris) / Didier Fassin (École des hautes études en sciences sociales, Paris - Institute for advanced study, Princeton) / Ronald Frankenberg (Brunel University, Uxbridge - University of Keele) / Byron Good (Harvard Medical School, Boston) / †Mirko Grmek (École pratique des hautes études, Paris) / Mabel Grimberg (Universidad de Buenos Aires) / Roberte Hamayon (Université de Paris X, Nanterre) / Thomas Hauschild (Eberhard Karls Universität, Tübingen) / Elisabeth Hsu (University of Oxford) / †Arouna Keita (Département de médecine traditionnelle, Bamako - Université du Mali, Bamako) / Laurence J. Kirmayer (McGill University, Montréal) / Arthur Kleinman (Harvard Medical School, Boston) / Margaret Lock (McGill University, Montréal) / Françoise Loux (Musée national des arts et traditions populaires, Paris) / †Boris Luban-Plozza (Fondazione medicina psicosomatica e sociale, Ascona) / Angel Martínez Hernández (Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona) / Raymond Massé (Université Laval, Québec) / Eduardo L. Menéndez (Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social, México DF) / Edgar Morin (École des hautes études en sciences sociales, Paris) / Tobie Nathan (Université de Paris VIII) / Rosario Otegui Pascual (Universidad Complutense de Madrid) / Mariella Pandolfi (Université de Montréal) / Ilario Rossi (Université de Lausanne) / Ekkehard Schröder (Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin, Potsdam) / Allan Young (McGill University, Montréal)

Comitato scientifico: *Il Consiglio direttivo della SIAM:* Roberto Beneduce (Università di Torino) / Donatella Cozzi (Università di Milano Bicocca e di Udine) / Fabio Dei (Università di Pisa) / Erica Eugeni (Sapienza Università di Roma) / Paola Falteri (Università di Perugia) / Alessandro Lupo, *vice-presidente* (Sapienza Università di Roma) / Roberto Malighetti (Università di Milano Bicocca) / Massimiliano Minelli (Università di Perugia) / Maya Pellicciari (Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia) / Giovanni Piza (Università di Perugia) / Ivo Quaranta (Università di Bologna) / Gianfranca Ranisio, *vice-presidente* (Università di Napoli "Federico II") / Andrea F. Ravenda (Università di Perugia) / Pino Schirripa (Sapienza Università di Roma) / Tullio Seppilli, *presidente* (Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia) / *Il Delegato della Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia):* Lamberto Briziarelli (Università di Perugia)

Comitato di redazione: Donatella Cozzi (Università di Milano Bicocca e di Udine) / Fabio Dei (Università di Pisa) / Paola Falteri (Università di Perugia) / Laura Lepore (Comune di Ferrara) / Alessandro Lupo (Sapienza Università di Roma) / Massimiliano Minelli (Università di Perugia) / Maya Pellicciari (Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia) / Giovanni Piza, *coordinatore* (Università di Perugia) / Pino Schirripa (Sapienza Università di Roma)

Editing: Maria Margherita Tinarelli (Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia)

Progetto grafico: Alberto Montanucci e Enrico Petrangeli (Orvieto)



<i>Ai nostri lettori</i>	11	Tullio Seppilli
<i>Saggi</i>	13	Elisabetta Moro <i>L'invenzione della dieta mediterranea. Genealogia medico-culturale di un modello alimentare</i>
<i>Ricerche</i>	41	Lorenzo Alunni <i>La morale delle avvertenze. Circolazione, uso e manipolazione dei farmaci nei campi rom di Roma</i>
	65	Carlotta Bagaglia <i>Percorsi d'inclusione delle medicine non convenzionali nelle attività di un gruppo di medici di medicina generale e pediatri di libera scelta nella regione umbra</i>
	93	Francesca Cerbini <i>All'origine del male: il carcelazo. Corpo, persona e malattia fra i reclusi del carcere di San Pedro (La Paz, Bolivia)</i>
	129	Osvaldo Costantini <i>Rifugiati politici eritrei a Roma. Retoriche del trauma, discorso umanitario e strategie quotidiane di rappresentazione</i>
	151	Donatella Cozzi <i>Mad, sad and hormonal. Riflessioni sul corpo dei preadolescenti e sulla costruzione dei discorsi medici</i>
	187	Alvise Da Lio - Francesco Spagna <i>"Un codice così bianco". Aspetti antropologici del triage in una ricerca sulle "priorità" presso il Pronto Soccorso di un ospedale veneto</i>
	207	Lidia Donat <i>Né doctor né curandero: le CAM (Complementary and Alternative Medicine) in un contesto indigeno messicano</i>
	225	Erica Eugeni <i>Dalla riproduzione alla manipolazione dello Stato: gli "usi" del capitale sociale nel welfare che cambia. Il caso dell'assistenza domiciliare sociale</i>

-
- 247 Michela Marchetti - Chiara Polcri
Gravidanza, parto, puerperio in un contesto d'immigrazione: un approccio antropologico per la calibrazione culturale dei servizi socio-sanitari
- 279 Marzia Mauriello
La medicalizzazione dell'esperienza trans nel percorso per la "riassegnazione chirurgica del sesso". Una ricerca etnografica nella città di Napoli
- 309 Michela Elisabetta Mitola
Frammenti di corpi: un'indagine antropologica sui trapianti di cuore
- 327 Elisa Pasquarelli
Etnografia dopo l'etnografia. Riflessioni su un'esperienza di ricerca antropologica sull'uso delle medicine complementari in oncologia (Toscana)
- 353 Mauro Pini
Oltre la medicalizzazione dell'azzardo: per un approccio antropologico alla febbre del gioco
- 369 Gianfranca Ranisio
Il rapporto medico-paziente e i Centri di cure primarie
- 395 Isabella Riccò
Guaritori tradizionali nel territorio parmense: un'indagine etnografica
- 431 Giulio Rizzoni
Il diabete a San Mateo del Mar (Oaxaca). Processo di diagnosi e cronicità del male in una regione del Messico indigeno
- 451 Silvia Scippa
Il susto di Juan e la "sua" ipertensione. Forme di relazione tra medico e paziente in un contesto indigeno del Messico
- 471 Giorgia Valenti
Il cancro cervico-uterino come incorporazione delle disuguaglianze sociali: riflessioni intorno al rapporto genere/malattia tra le donne maya dello Yucatán

Osservatorio	489	Indice
	491	<i>Recensioni</i>
		Giovanni Pizza, <i>Due significativi contributi con gli inediti demartiniani sui guaritori lucani e sul tarantismo salentino</i> [Ernesto DE MARTINO, <i>Ricerca sui guaritori e la loro clientela</i> , introduzione di Clara GALLINI, a cura di Adelina TALAMONTI / Ernesto DE MARTINO, <i>Etnografia del tarantismo pugliese. I materiali della spedizione nel Salento del 1959</i> , a cura di Amalia SIGNORELLI e Valerio PANZA], 491 / Tullio Seppilli, <i>Un trattato italiano di "psichiatria sociale"</i> [Pietro BRIA - Emanuele CAROPPO - Patrizia BROGNA - Marianonietta COLIMBERTI (curatori), <i>Trattato italiano di psichiatria culturale e delle migrazioni</i> , prefazione di Bruno CALLERI], 495 / Osvaldo Costantini, <i>Storia, verità e memoria. Riduzione e occultamento fra antropologia e clinica del trauma</i> [Roberto BENEDEUCE, <i>Archeologia del trauma. Per un'antropologia del sottosuolo</i>], 502 / Osvaldo Costantini, <i>Agire in quotidiani "stati di eccezione". Note su una etnografia di un Centro di salute mentale</i> [Massimiliano MINELLI, <i>Santi, demoni, giocatori. Una etnografia delle pratiche di salute mentale</i>], 505 / Osvaldo Costantini, <i>Quando la "possibilità etnografica" è limitata. Indagine su due Centri di Permanenza Temporanea</i> [Andrea F. RAVENDA, <i>Al di fuori dalla legge. Migrazione, biopolitica e stato di eccezione in Italia</i>], 508 / Barbara Sorgoni, <i>L'uso pubblico dell'antropologia medica</i> [Ivo QUARANTA - Mario RICCA, <i>Malati fuori luogo. Medicina interculturale</i>], 511 / Erica Eugeni, <i>Cronicità, storie di malattia e tecnologie mediche</i> [Michela Mitola, <i>Il corpo di Pandora. Storie di trapiantati di cuore tra l'attesa e il dono</i>], 514 / Elisa Pasquarelli, <i>Genesis di una categoria diagnostica: la malattia di Alzheimer in prospettiva storica</i> [Matteo BORRI, <i>Storia della malattia di Alzheimer</i>], 518 / Erica Eugeni, <i>Le decisioni di fine vita: dal rapporto medico-paziente allo spazio politico</i> [Carmelo GUARINO, <i>Sul limite. Malattia, società e decisioni di fine vita</i>]. 525
	531	<i>Schede di lettura</i>
	557	<i>Tesi universitarie</i>
In memoria	569	<i>In memoria di Ferruccio Giacanelli</i> (a cura di Tullio Seppilli e de La Rivista)

Ai nostri lettori

Questo volume di *AM* ha un carattere un po' particolare. Esso ha infatti costituito in qualche modo un esercizio preparatorio e uno sfondo al Primo convegno nazionale della nostra Società italiana di antropologia medica, *Antropologia medica e strategie per la salute*, che si è tenuto a Roma nei giorni 21-23 febbraio di quest'anno, 2013, nella Facoltà di lettere e filosofia della Sapienza. Agli atti di questo convegno sarà poi dedicato il prossimo volume della rivista, attualmente in lavorazione e previsto per l'ottobre 2014.

Il volume che qui presentiamo è, anche per questa sua natura, interamente dedicato a contributi di Autori italiani. Sono di antropologi italiani – molti i giovani – tutti i testi raccolti nella rubrica *Ricerche*. Ed è anche italiana l'Autrice del testo inserito in questo volume come unico *Saggio*. Sono altresì italiani gli Autori di tutti i libri di cui si dà conto nelle *Recensioni* e nelle *Schede di lettura*. Infine, come di consueto, viene data notizia – per quanto possibile – delle tesi di laurea triennale (alcune selezionate), magistrale o specialistica, di specializzazione, di master e di dottorato, attinenti l'antropologia medica e l'etnopsichiatria, discusse nelle università italiane a partire dall'ultimo nostro rendiconto, cioè a far data dal 2008.

Si è tentato, in questo modo (anche se l'obbiettivo non è stato pienamente raggiunto), di presentare un ventaglio delle tematiche sulle quali appare focalizzata oggi l'attenzione dei nostri antropologi medici, consentendo così di misurare il rapporto fra indagini "at home" e indagini "abroad" – e dove queste sono dirette – e anche di mettere in luce il frequente impegno operativo che muove allo stato attuale l'avvio e l'uso sociale delle ricerche.

Tullio Seppilli, direttore di *AM*

L'invenzione della dieta mediterranea. Genealogia medico-culturale di un modello alimentare

Elisabetta Moro

professore associato di Antropologia culturale e di Tradizioni alimentari del Mediterraneo, Facoltà di scienze della formazione, Università degli studi Suor Orsola Benincasa (Napoli)
[elisabetta.moro@unisob.na.it]

«Siamo affetti da un inguaribile desiderio di migliorare le cose»
Ancel Keys, *Adventures of a medical scientist* (1999)

«Il Mediterraneo si racconta e si rivive senza posa»
Fernand Braudel, *Il Mediterraneo* (1985)

Prologo

«La pubblicazione del nostro lavoro sugli effetti della fame sul corpo umano – *The biology of human starvation* – mi guadagnò un invito a presiedere la sessione inaugurale dei lavori del primo congresso sulla nutrizione umana organizzato dalla Food and Agriculture Organization (FAO) delle Nazioni Unite nel 1951. Gli incontri si svolgevano nella nuova sede della FAO a Roma. Quello fu il mio primo viaggio in Italia. Tutte le relazioni vertevano sulla carenza di cibo e la deficienza vitaminica, specialmente nei paesi sottosviluppati. Quando accennai al binomio malattie coronariche e regimi alimentari, nessuno mostrò particolare interesse. Il dottor Gino Bergami, professore di fisiologia nell'Istituto di Medicina dell'Università di Napoli, disse che le malattie cardiache non erano un grande problema a Napoli. Me ne ricordai tornato a Oxford⁽¹⁾. Ad Oxford era freddo e buio e dopo avere fatto la visita di rito ai colleghi e alle scuole di medicina della Scozia sarei stato libero per un po'. Scrissi a Bergami a proposito della sua affermazione sulla scarsa incidenza delle malattie del cuore a Napoli. Mi rispose: "Venga a verificare lei stesso!". Mi invitò a nozze. Gli risposi: "Stiamo arrivando!"» (KEYS A. 1999: 43-44).

In queste parole, tratte dall'autobiografia di Ancel Keys (1904-2004), fisiologo fra i più importanti del Novecento e professore di igiene fisiologica e salute pubblica alla Università del Minnesota, è contenuto l'episodio fondativo di quello che Arthur Stewart Truswell ha di recente definito «uno dei capitoli più avvincenti della storia della nutrizione del

secondo dopoguerra» (TRUSWELL A.S. 2010: 183). Di fatto il racconto dello scienziato statunitense costituisce la traccia primaria di una eziologia della dieta mediterranea che è al tempo stesso scientifica e mitologica. Si tratta, infatti, di un episodio fondante, che Keys registra quale momento “originario” di una riflessione sperimentale sugli effetti per la salute della alimentazione in Italia meridionale. L’avvio di un lungo processo storico-scientifico e medico-culturale che ha condotto alla genesi e allo sviluppo della categoria di «dieta mediterranea». Nel racconto, la sfida intellettuale lanciata dal medico italiano e prontamente raccolta da Keys, segna il “punto zero” della complessa questione del rapporto tra alimentazione e malattie cardiovascolari. Se non altro l’episodio rappresenta il *terminus a quo*. L’aneddoto, ampiamente noto alla comunità scientifica, viene ripreso dallo “scopritore” della dieta mediterranea nelle sue memorie, scritte al compimento del novantaseiesimo anno d’età, facendone la chiave di volta di un processo di produzione simbolica della sua immagine di scienziato e dei risultati della sua ricerca. Il tono della narrazione, infatti, non è quello asettico della comunicazione scientifica, ma oscilla costantemente tra il genere autobiografico, il racconto di viaggio e il resoconto etnografico. Facendo ampio ricorso al registro autoriflessivo, *Adventures of a medical scientist. Sixty years of research in thirteen countries* è un libro non destinato al mercato editoriale, stampato a proprie spese per essere donato a una ristretta cerchia di familiari e amici appartenenti alla comunità medica. Si tratta di un volume irreperibile che uno dei miei informatori ha ricevuto in dono dall’autore e me lo ha generosamente messo a disposizione. Il testo è corredato di una lettera al lettore, datata aprile 2000, in cui è lo scienziato stesso a conferire al suo lavoro un senso medico-antropologico sostenendo che l’oggetto del suo racconto consiste nel «rapporto tra salute e malattia in diverse popolazioni e culture».

Viaggio in Italia

Per compiere la loro discesa nel Mediterraneo Ancel Keys e sua moglie Margaret Haney acquistano a Oxford una piccola auto familiare, una Hillman modello saloon, cinque porte con due lunghi parafranghi anteriori che sovrastano le piccole ruote. Un’automobile da fumetto anni Cinquanta, ma con il bagagliaio abbastanza capiente da contenere il laboratorio da campo di Margaret, biochimica della Mayo Foundation for Medical Research and Nutrition di Minneapolis. L’utilitaria inglese, pensata per il mercato americano ed europeo, provvidenzialmente dotata di guida

a sinistra, all'inizio sembra davvero minuscola rispetto ai modelli che in quegli anni sfrecciavano lungo le highways americane. I due pionieri della nutrizione calcolano però che i consumi ridotti di una piccola cilindrata assicureranno un notevole risparmio. Anche se l'argomento decisivo è la potenza dell'impianto di riscaldamento. «Starete più caldi in macchina che a casa!», assicura l'astuto venditore. Oltrepassata la Manica, i Keys visitano il professore Bernard Metz a Strasburgo. Pranzo a base di *escargots à la bourguignonne* preparate dalla signora. Cena a base di cucina tedesca, per fare un raffronto tra le due culture gastronomiche che coabitano in Alsazia. Risultato, notte travagliata per entrambi e strascico di problemi gastrointestinali per l'intero giorno successivo. La diagnosi è cristallina: «Avevamo mangiato troppi cibi ricchi di grassi» (KEYS A. 1999: 49). Risanati, giungono in Svizzera, le montagne innevate, il termometro sotto zero e il sistema di riscaldamento della spartanissima Hillman mantiene la promessa. A Brig fanno caricare l'utilitaria sul treno, destinazione Italia.

«Avemmo il nostro primo assaggio di Italia scendendo dal treno a Domodossola. Ci dirigemmo verso sud. Meravigliandoci della bellezza delle Alpi ricoperte di neve scintillante e entusiasmandoci per le cascatelle d'acqua cristallina che costeggiavano la strada. Ahimè, quei ruscelli non esistono più. L'acqua viene convogliata in tubature che alimentano le turbine per produrre energia, meno bellezza più elettricità. Ci fermammo a una stazione di rifornimento con dei tavolini all'aperto e l'insegna caffè. Ci spogliammo dei nostri pesanti cappotti invernali e ci mettemmo a sedere godendoci il sole e un cappuccino (un caffè forte con una piccola aggiunta di latte caldo). Il caffè era eccellente. Ci appassionava il contrasto tra l'algidio biancore delle montagne a nord e il verde dei prati pieni di fiori che circondavano il bar. Allora questa è l'Italia!» (KEYS A. 1999: 50).

È interessante notare come la prima descrizione del Belpaese assuma immediatamente toni da *Italienische Reise* e ricalchi una convenzione rappresentativa di lunga durata, spesso fondata sul contrasto fra chiaro e scuro, freddo e caldo, malinconia nordica e allegria mediterranea⁽²⁾. O, per riprendere le parole di Goethe, «ordine e disciplina» da una parte, «vita e animazione» dall'altra.

Il viaggio prosegue. Milano, Bologna, Firenze, Siena, con una sosta in ciascuna di queste città solo per cenare e dormire. «In tre giorni arrivammo a Roma», evidentemente i giorni dovevano essere almeno quattro, ma qui l'enfasi narrativa porta Ancel Keys ad accelerare oltre misura le prestazioni della sua vettura, che può raggiungere la velocità massima di 108 chilometri all'ora, nonché la tabella di marcia. Nella città eterna ad accogliere Ancel e Margaret c'è il dottor Aykroid che hanno conosciuto l'anno precedente al congresso della FAO, proprio a Roma. L'evidente

contraddizione con l'incipit del capitolo dove si dice esplicitamente che si trattava della loro prima volta nel Belpaese: «Avemmo il nostro primo assaggio d'Italia», autorizza a pensare che per la coppia questo viaggio sia diverso da quello precedente. E si tratti di un vero e proprio *Bildungsreise*. Un *Viaggio in Italia* che fa pensare all'omonimo film cui Roberto Rossellini lavorava proprio in quegli stessi anni, dove una coppia di algidi Inglesi percorre in auto lo Stivale fino a Napoli, per vendere la casa ereditata da uno zio che dopo la seconda guerra mondiale si è stabilito a Torre del Greco. Una discesa verso il Mediterraneo che ha l'effetto di un rito di passaggio che trasforma profondamente i due protagonisti facendoli rinascere. Qualcosa di simile sembra essere accaduto anche a Margaret e Ancel Keys, il quale con ogni probabilità sceglie consapevolmente il format narrativo del film per raccontare a distanza di quarantasette anni quel viaggio a Napoli. Un viaggio che avrebbe cambiato la storia della scienza della nutrizione ma anche la loro vita.

La capitale li trattiene un solo giorno. Riprendono la strada verso Sud, percorrendo l'Appia fino a Mondragone e poi la Domiziana fino al golfo delle sirene

«passando attraverso montagne innevate da un lato e l'azzurro splendente del mare Mediterraneo dall'altro, separati nel mezzo da alberi carichi di arance» (KEYS A. 1999: 50).

Un paesaggio mitologico più che reale. Idealizzato più che rammemorato. Aderendo a quella convenzione rappresentativa secolare che fa degli agrumi l'emblema della parte meridiana d'Italia. Il goethiano paese dove eternamente fioriscono i limoni. E dove

«nel verde fogliame splendono arance d'oro, un vento lieve spira dal cielo azzurro, tranquillo è il mirto, sereno l'alloro»⁽³⁾.

I Keys hanno riservato una stanza all'Hotel Santa Lucia dove ad attenderli c'è un giovane assistente del professore Gino Bergami, Flaminio Fidanza, che sarebbe diventato presto un collega e uno strettissimo collaboratore della coppia. «Un po' in italiano e un po' in un cattivo inglese» annuncia che sarà lui a prendersi cura di loro in città. Nel pomeriggio li accompagna a fare una passeggiata sul lungomare.

«Margaret ed io avevamo mangiato pochissimo a pranzo e ci stava venendo fame, ma Fidanza continuava a condurci in giro, mentre noi senza conoscere una parola di italiano, cercavamo di rientrare in albergo. Alla fine capì e ci portò in un ristorante nel borgo marinaro di fronte al nostro hotel. Fidanza non cenò con noi. Ci fece capire che era a dieta. Più tardi avremmo scoperto che lo ossessionava la paura di ingrassare. Il problema di tutta la sua vita, che avrebbe risolto più avanti mangiando sei o sette spuntini al giorno» (KEYS A. 1999: 50).

Il soggiorno napoletano dei Keys dura un intero mese. Ogni mattina raggiungono in auto il dipartimento di medicina dell'Università di Napoli, dove è stato predisposto uno spazio per allestire il laboratorio portatile di Margaret. L'ospitalità è totale, calda e generosa. Gli viene perfino riservato un posto auto nei pressi del Policlinico. Una settimana dopo l'auto viene completamente ripulita dai ladri. Compresa la ruota di scorta, racconta Keys con sarcasmo e senza far sconti alla reputazione della città. Ma nemmeno i ladri del Belpaese li fanno a lui. Qualche anno più tardi infatti, nel 1957, a Roma, gli avrebbero rubato dal bagagliaio la riserva di carta per gli elettrocardiogrammi rischiando di compromettere la raccolta dei dati epidemiologici a Creta. Ma il problema viene brillantemente risolto da Margaret che riduce la sensibilità dell'apparecchio per dimezzare il range di oscillazione dell'ago. Così la figlia Martha è costretta a passare intere giornate a tagliare nel senso della lunghezza tutta la carta disponibile per raddoppiare il numero delle rilevazioni (KEYS A. 1999: 86).

Ma torniamo all'incontro con il collega napoletano. Keys spiega subito a Gino Bergami che ha bisogno di analizzare campioni di sangue appartenente ad un gruppo di maschi composto da operai e persone della classe media. E in attesa dei volontari, il futuro Mr. Cholesterol, come lo avrebbero soprannominato i media statunitensi, compie un'ispezione dei reparti del policlinico. E non tarda a rendersi conto che quel che Bergami gli aveva riferito l'anno precedente al convegno della FAO corrisponde alla realtà. I ricoverati sofferenti di patologie cardiovascolari sono davvero pochissimi. Questa tipologia di pazienti invece è molto più frequente nelle cliniche private napoletane, dove solitamente preferiscono essere curati i ceti più ricchi della città.

I primi volontari esaminati sono i dipendenti del Comune. Un gruppo di pompieri e uno di vigili annonari, deputati al controllo delle condizioni sanitarie nonché dei prezzi del cibo (KEYS A. 1999: 51; 1956: 50-61). L'analisi dei campioni di sangue rivela tassi di colesterolo irrisori. E per lo scienziato americano il cerchio comincia lentamente a quadrare. Suggerendogli di indagare sul colesterolo quale primo indiziato tra le cause delle patologie cardiovascolari. E sui regimi alimentari come terapia preventiva. Il prosieguo del soggiorno napoletano non fa che offrire a Keys nuove conferme della sua ipotesi. Perfino nelle rare occasioni mondane che i due coniugi si concedono.

«Fui invitato a cena da alcuni membri del Rotary Club. Ne convinsi qualcuno a sottoporsi al test e i loro valori risultarono decisamente più elevati di quelli degli impiegati. La cena cominciò con la pasta, che i commensali ricoprirono con uno spesso strato di parmigiano. Il piatto principale fu

della bistecca di vitello tagliata in porzioni generosissime. Io ne mangiai solo la metà, era decisamente troppo abbondante e non particolarmente buona, piuttosto dura e stracotta. Raramente la bistecca in Italia è davvero buona. Come dolce c'era un assortimento di gelati o una ricca pasticceria; molti presero entrambi i dessert» (KEYS A. 1999: 51).

Nonostante i Keys durante quel soggiorno napoletano non abbiano fatto una vera e propria ricerca sulle abitudini alimentari del loro campione, gli diventa subito chiaro però che gli operai mangiano pochissima carne e pochi prodotti lattiero-caseari. E alla domanda secca su che cosa abbiano mangiato il giorno precedente, la risposta degli impiegati è quasi sempre la stessa: pasta, verdura e spesso un frutto di stagione. «La carne non la nominavano mai, eccetto i lunedì mattina, quando alcuni dicevano di averne mangiata una piccola porzione a cena» (KEYS A. 1999: 51).

«Le osservazioni fatte a Napoli potrebbero essere criticate dagli epidemiologi moderni. Che ci potrebbero rimproverare il fatto che il nostro campione non era rappresentativo dell'intera popolazione maschile. Eppure nonostante non avessimo mai pesato il cibo che quelle persone consumavano, eravamo convinti che la gente comune mangiasse carne solo saltuariamente e quasi mai il burro e il latte. Così, anche senza il supporto di dati statistici dettagliati, queste osservazioni ci suggerirono l'esistenza di una relazione tra malattie cardiovascolari, dieta e colesterolo. Non fui in grado di identificare specifiche sostanze chimiche presenti in quel regime alimentare in grado di modificare il tasso di colesterolo, ma era chiaro che dovevano trovarsi nella carne e nei derivati del latte» (KEYS A. 1999: 51).

Era solo il 1952 e questa felice intuizione precede di molto gli esperimenti sulla nutrizione che i Keys avrebbero condotto in seguito in Minnesota e che avrebbero pienamente confermato l'ipotesi di partenza. I Napoletani poveri mangiano in maniera più sana degli Americani ricchi. Un paradosso che pochi erano disposti ad accettare in un contesto ancora fortemente segnato dall'indigenza e dalle privazioni del periodo bellico.

Impressioni napoletane

«Vivere a Napoli non era come vivere a Oxford, Copenaghen o Minneapolis. Per colazione andavamo a un bar vicino all'hotel dove ogni mattina facevamo festa con un cappuccino e una ciambella fragrante (chiamata *graffa*) appena frita dal fornaio accanto. Non ci siamo mai abituati al fatto che i negozi rimanessero chiusi per molte ore nel bel mezzo della giornata. E ancor meno abbiamo fatto l'abitudine all'onnipresenza di Zingare in abiti coloratissimi che elemosinavano per tutta la città con il figliolotto in braccio» (KEYS A. 1999: 52).

Dopo il rapido accenno ai cosiddetti *Napulengre*, i Rom partenopei, il racconto si concentra sulla scoperta della gastronomia popolare e delle sue tipicità.

«A giorni alterni mangiavamo la pasta, davvero ottima. Imparammo che gli spaghetti erano stati inventati in alcune cittadine costiere a sud di Napoli: Gragnano, Torre del Greco, Torre Annunziata. Un tempo venivano fatti a mano dalle donne al secondo piano delle case, così da poterli appendere fuori dalle finestre, sulle strade polverose e a distanza ravvicinata dai carri trainati dai cavalli. Probabilmente in quel modo gli spaghetti acquistavano un sapore del tutto speciale. A lungo gli spaghetti napoletani sono stati considerati i più buoni d'Italia. Nei negozi venivano venduti sfusi ed erano lunghi all'incirca un metro. In seguito imparammo che la pasta, l'alimento di base dell'Italia, è un'invenzione relativamente recente, resa possibile dall'importazione del grano duro dalla Russia meridionale. All'inizio dell'Ottocento le navi scaricavano il grano duro nel porto di Napoli, i grani venivano macinati per produrre la farina che con un'aggiunta di acqua forma l'impasto. "Spago" è la parola italiana per dire corda e il suffisso "etti" viene usato per formare il diminutivo. La pizza era un'altra specialità napoletana. Quando cercammo di ordinarne una a Roma durante il nostro viaggio di ritorno in Inghilterra, ci venne risposto "Quelle sono cose che mangiano a Napoli"» (KEYS A. 1999: 52).

A parte la testimonianza indiretta sull'assenza della pizza al di fuori dei confini napoletani negli anni Cinquanta, il testo registra la connotazione "plebea" di quel cibo che ne fa un marcatore identitario negativo⁽⁴⁾.

«Non avemmo molto tempo per fare dei giri turistici durante il nostro soggiorno a Napoli, ma andammo in auto fino alla sommità del Vesuvio con una guida. Quando raggiungemmo il punto più elevato possibile il nostro accompagnatore scese dalla macchina e avvicinò un foglio di giornale ad una fenditura fra le rocce; prese fuoco! Un altro giorno andammo a Pozzuoli, una città sul mare a nord di Napoli. Lì la terra si solleva e si abbassa da secoli, qualche volta il piano terra degli edifici finisce sott'acqua per poi tornare perfettamente asciutto, ben al di sopra del livello dell'acqua. Vicino a Pozzuoli c'è la Solfatara, un luogo pianeggiante pieno di pozze ribollenti dalle quali fuoriesce anidride solforosa. Possiamo dire che Napoli è davvero vicina al sottosuolo (underground)!» (KEYS A. 1999: 52).

Anche in questo caso il Grand Tour dei coniugi Keys ripercorre le tappe rituali ricalcando le osservazioni e le suggestioni dei grandi viaggiatori sulla natura ctonia di Napoli. Un tratto culturale che da Galilei a George Berkeley fa della città e dei suoi dintorni un perturbante vestibolo degli Inferi.

Comparazioni e incorporazioni

Tornati in Inghilterra i Keys riflettono sull'utilità di estendere l'ambito della comparazione a qualche altro Paese, in particolare pensano alla

Spagna. Quasi provvidenzialmente giunge l'invito di un famoso cattedratico di Madrid, Carlos Jimenez Diaz⁽⁵⁾, conosciuto da Ancel Keys nel novembre del 1951 durante un convegno proprio in Spagna dove scoprono di condividere l'interesse per lo studio delle malattie cardiovascolari. Il primo maggio del 1952 i due americani ricaricano il laboratorio portatile nella piccola Hillman e si mettono in viaggio. Questa volta la destinazione è Madrid. La prima sosta è a Londra. La seconda a Bordeaux, dove cenano a Le Chapon Fin, uno dei più antichi ristoranti di Francia frequentato un tempo da Toulouse-Lautrec e Sarah Bernhardt, ed entrato a far parte della costellazione Michelin nel 1933. La cena entusiasma i Keys ispirando loro un giudizio comparativo sconsolato e lapidario: «che abisso rispetto ai ristoranti inglesi» (KEYS A. 1999: 53).

Giunti nella capitale spagnola si mettono subito al lavoro prelevando campioni di sangue a uomini reclutati nel poverissimo quartiere di Quatros Caminos. I risultati sono sostanzialmente analoghi a quelli riscontrati a Napoli. Anche le classi meno abbienti di Madrid seguono giocoforza un regime alimentare povero di grassi animali. Niente latte, nemmeno l'ombra del burro e carne ad ogni morte di papa. In compenso il consumo di aglio è massiccio, proprio come in Italia.

«Ricordo che da bambino mio padre raccontava sempre dell'odore di aglio che invadeva i tram di San Francisco quando salivano a bordo gli Italiani. Si dice che l'aglio faccia bene alla salute. In America si vendono pillole di aglio, in ragione di questa convinzione» [Keys 1999: 54].

La cucina spagnola li conquista. Le tortillas a base di uova e patate sono così sovrabbondanti che si arriva all'ora di cena senza nessuna difficoltà. Anche se proprio l'orario molto avanzato della cena – iniziava alle undici per finire alle due di notte – più che un ricordo autobiografico nelle parole di Ancel Keys assume la forma di un indelebile shock culturale (KEYS A. 1999: 54).

Alla fine del soggiorno madrileno l'ipotesi di partenza esce ulteriormente rafforzata.

«Napoli e Madrid raccontavano la stessa storia. C'era una relazione significativa tra dieta, colesterolo e sviluppo delle coronaropatie. Con qualche piccolo aggiustamento quel quadro regge ancora oggi, a quarantacinque anni di distanza» (KEYS 1999: XIII-XIV e 54; BLACKBURN H. 2012).

Nel 1954 i Keys tornano a Napoli, questa volta a essere esaminati sono 150 pompieri, 138 operai dell'acciaieria Ilva di Bagnoli, 68 impiegati con una vita molto sedentaria, per un totale di 356 soggetti (BLACKBURN H. curatore 1994). Affiancati da 46 tra banchieri e manager di alto livello, caratterizzati da un regime alimentare più ricco della media cittadina. Nonché 54 poliziotti di Bologna, città dove l'alimentazione registra una

presenza di grassi animali molto superiore a quella di Napoli e dell'Italia in generale. Keys ha sempre sottolineato nelle conferenze e nei saggi il fatto che la città emiliana fosse soprannominata "la grassa" proprio in ragione della quantità e della qualità dei consumi alimentari. Contemporaneamente vengono messi sotto osservazione 205 colletti bianchi di Minneapolis e della vicina St. Paul. Tutti di età compresa fra i 40 e i 49 anni. I primi risultati della ricerca vengono presentati da Keys al II Congresso mondiale di cardiologia a Washington D.C., nel settembre del 1954. Ancora una volta l'ipotesi formulata nel 1951 risulta confermata: dieta e malattie del cuore sono correlate. Con l'aggiunta questa volta di una nuova variabile costituita dal ruolo dell'attività fisica e del dispendio energetico. Che, contrariamente a quanto ci si potrebbe aspettare, allora non vengono giudicati in grado di influenzare il tasso di colesterolo. Gli operai delle acciaierie, infatti, pur facendo un lavoro estremamente dispendioso sul piano energetico, presentavano gli stessi livelli di colesterolo dei pompieri e degli impiegati partenopei (KEYS A. 1999: 61, 1956: 50-61; KEYS A. - FIDANZA F. - SCARDI V. 1955). Quel che sembra essere il fattore decisivo è invece il regime alimentare povero di grassi che tutte e tre queste categorie di lavoratori seguono. Di qui l'idea che il loro frugale modello nutrizionale possa diventare uno strumento di prevenzione e controllo delle malattie cardiovascolari (KEYS A. 1999: 58-60). Keys conclude la sua relazione auspicando che adottando la dieta mediterranea «i maschi statunitensi di mezza età possano godere di una condizione di salute paragonabile a quella dei loro coetanei italiani» (KEYS A. 1999: 60]. Anche se, più che agli Italiani *tout court*, Keys qui si riferisce ai meridionali delle classi meno abbienti, se non addirittura povere, che hanno l'abitudine di mangiare pane nero, di consumare molti tipi di verdure e di mettere in tavola piatti a base di legumi almeno tre volte alla settimana per sostituire la carne. E solo di rado mettono il cacio sui maccheroni. Inoltre non conoscono l'uso del burro. I latticini, oggi considerati parte integrante se non predominante del mangiare mediterraneo, negli anni Cinquanta sono ancora molto rari. Inizia così a farsi strada l'idea che esista una vera e propria ideal-dieta dei popoli mediterranei. Della cui salubrità Keys ritiene di poter fornire le prove scientifiche. I lavoratori bolognesi e i Napoletani facoltosi sono invece sulla strada sbagliata, che li espone al pericolo di attacchi cardiaci al pari degli Inglesi e degli Statunitensi.

Il Seven Countries Study

Nel 1959, durante una trasmissione della CBS, Keys ricorre a un autentico *coup de théâtre* per sensibilizzare l'opinione pubblica sul rapporto tra cibo

e salute. Posiziona sulla cattedra dieci regoli all'impiedi, perfettamente allineati l'uno accanto all'altro. Poi uno dopo l'altro ne abbatte la metà con un colpetto delle dita. Come se fossero birilli. Il rumore secco dei regoli che cadono, ha l'effetto di una campana a morte, che drammatizza i dati sciorinati dallo scienziato. E dà un che di macabro al calcolo statistico degli americani tra i 40 e i 59 anni destinati ogni anno a morire a causa di un infarto. Le cifre sono ulteriormente drammatizzate dalla comparazione con le altre nazioni. Il professore va alla lavagna e comincia a scrivere con il gesso i numeri del suo allarmante bilancio. Australia 70, Canada 74, Svezia 46, Italia 34. Assumendo come termine di paragone gli Stati Uniti d'America con il valore di 100, che costituisce il peggiore risultato del mondo. I dati pongono ulteriori interrogativi. Chi, quando e perché sarà vittima di un infarto? E proprio per rispondere a queste domande che il Laboratorio di igiene fisiologica "Stadium Gate 27" – che Keys stesso ha fondato e dirige all'Università del Minnesota – ha intrapreso l'anno precedente una ricerca comparativa internazionale che coinvolge sette nazioni e dodicimila volontari. Un lavoro pionieristico e tutt'ora in corso, noto con il nome di *Seven Countries Study* (Scs). Si tratta di un'autentica pietra miliare nella ricerca epidemiologica su vasta scala circa il rapporto tra nutrizione, fisiologia umana e culture alimentari, dalle evidenti implicazioni antropologico-mediche [KEYS A. 1966, 1980; SEPPILLI T. 1994, 2009; BLACKBURN H. 1994; NESTLE 1995; KROMHOUT A. - MENOTTI V. - BLACKBURN H. 2002; PIZZA G. 2005; TRUSWELL A.S. 2010; LOCK M. - V.K. NGUYEN, 2010: 180-182; MACKENBACK 2007]⁽⁶⁾. Keys, con sensibilità da *medical anthropologist*, infatti, ripeteva spesso che la cultura e le mentalità potevano più della genetica e della medicina messe insieme. E proprio di culture alimentari iniziano ad occuparsi sistematicamente i ricercatori di questa equipe internazionale⁽⁷⁾. Studiando in parallelo abitudini culinarie e condizioni di salute, per cercare di evidenziare le correlazioni statistiche più significative tra gli elementi in questione. L'indagine, di amplissimo respiro geografico e temporale, ha coinvolto *cohort* in Italia, Grecia, Paesi Bassi, Giappone, Finlandia, Jugoslavia, Stati Uniti impegnando tre generazioni di accademici che si sono succedute alla funzione di coordinamento. Quando Keys scrive la sua autobiografia, nel 1999, settemila delle dodicimila persone prese in esame all'inizio della ricerca sono ancora viventi e le loro condizioni di salute correlate al loro stile di vita continuano a fornire spunti di riflessione.

L'esito più immediatamente riconoscibile del *Seven Countries Study*, sono le linee guida sulla nutrizione dettate dall'Organizzazione mondiale della Sanità, che hanno risentito largamente l'influenza di questo studio pe-

riodizzante. Esso rappresenta un passo decisivo verso la definizione e la promozione del modello alimentare che va sotto il nome di «dieta mediterranea». Con il concorso di organizzazioni internazionali come la FAO, che recentemente ha riconosciuto nella dieta mediterranea un regime alimentare tra i più sostenibili al mondo sul piano agronomico come su quello ecologico. Inoltre il 17 novembre del 2010 la dieta mediterranea è stata iscritta nella «Lista rappresentativa del patrimonio culturale immateriale dell'umanità», stilata dall'UNESCO. Un riconoscimento internazionale prestigioso che ha un risvolto antropologico particolarmente rilevante, visto che a essere stata patrimonializzata non è la piramide alimentare in sé, con la sua proporzione aurea tra proteine, carboidrati e grassi. Né i singoli prodotti agricoli, come olio, grano e uva. E ancor meno le ricette, più o meno tradizionali o i piatti identitari come pasta e pizza. Oggetto di patrimonializzazione sono piuttosto le pratiche, le poetiche, le retoriche e le politiche sociali che trasformano il cibo in operatore simbolico, fattore comunitario e marcatore identitario. Nel senso che le une come le altre ruotano intorno al modo in cui si costruisce comunità nel Mediterraneo attraverso il codice alimentare, facendo della tavola il vettore di una *Koinè* fondata sul richiamo a una presunta tradizione (DETIENNE M. 1975; DETIENNE M. - VERNANT J.P. 1982; BRAUDEL F. 1985). Lo rivelano come meglio non si potrebbe le parole di Jeremiah Stamler, illustre cardiologo e professore emerito dell'Università di Chicago, amico prima ancora che collega di Ancel Keys, nonché suo ideale continuatore. L'illustre accademico, in una lettera inviata nel 2009 al Gruppo di lavoro UNESCO del Ministero italiano delle politiche agricole, alimentari e forestali, per perorare la causa della candidatura UNESCO di questo patrimonio culturale immateriale, lo definisce un regime alimentare sostenibile e raccomandabile, esemplarmente rappresentato dalle pratiche alimentari, dallo stile di vita e dal rapporto tra uomini e territorio che caratterizzano in maniera specifica la comunità di Pioppi, in Cilento⁽⁸⁾. La cui dieta si compone sostanzialmente di vegetali, frutta, legumi, prodotti a base di farine integrali, pesce e molluschi, olio di olive, vino e altro. Si tratta, secondo le parole di Stamler, di una tradizione che va oltre la semplice nutrizione ed è talmente condivisa da poter essere definita una «pratica sociale».

«La Dieta Mediterranea è per noi⁽⁹⁾ un patrimonio condiviso di valori finalizzati al nostro benessere, trasmessi di generazione in generazione, che uniscono le diverse classi sociali e tengono insieme le famiglie e gli amici per condividere momenti di convivialità fatti di diletto e di piaceri salutari. [...] Infatti per la nostra comunità la pratica sociale della Dieta Mediterranea rappresenta un elemento fondamentale della coesione sociale; essa appartiene alla nostra storia e plasma lo sviluppo della nostra cultura, rappresentando di fatto uno stile di vita positivo e sostenibile»⁽¹⁰⁾.

The Mediterranean way

Proprio lo stile di vita mediterraneo, da semplice oggetto di studio, diventa per Ancel e Margaret Keys pratica di vita e conoscenza da diffondere nel mondo anglosassone. Con due libri divulgativi che riscuotono subito un grande successo di pubblico. *Eat well and stay well*, pubblicato nel 1957 e poi riedito in una nuova veste nel 1975 con il titolo, ancor più eloquente, *How to eat well and stay well the Mediterranean way*. Un successo editoriale tradotto in molte lingue.

Nella prefazione a *Eat well and stay well* gli autori spiegano che il libro è stato scritto per rispondere alle domande dei medici e del grande pubblico sul rapporto tra cardiopatia coronarica, colesterolo nel sangue e tipo di dieta. I due studiosi ammettono che restano ancora molte cose da indagare e da spiegare, ma sono convinti, in accordo con l'opinione di molti illustri studiosi e medici, che vi sia un rapporto tra le patologie in questione nella regolazione del colesterolo. Quel che sanno per certo invece è che il livello di colesterolo nel sangue è regolabile attraverso l'alimentazione. Di qui l'idea di far promuovere un regime povero di grassi, ma ricco di sapori, e mai monotono, come quello che hanno imparato a conoscere nel Mediterraneo.

I due autori dichiarano da subito che la parte iniziale del libro, quella più tecnica, ha due scopi principali. Il primo è quello di dimostrare ai medici più scettici che le ricerche scientifiche in questo campo hanno già dato alcuni risultati apprezzabili. Il secondo è quello di allargare la conoscenza di quel pubblico colto che ha la volontà di apprendere gli elementi di base della scienza della nutrizione. Il testo dunque propone una nuova mentalità alimentare che afferma di fondarsi su pratiche antiche e consolidate, sobrie e genuine, cercando di dimostrare quanto la cultura e la conoscenza in fatto di salute siano più decisive della genetica e dell'ereditarietà. La posta culturale, etica e scientifica che gli autori mettono in gioco è altissima perché, come affermano esplicitamente

«Il vivere civile è un'intelligente ricerca di soddisfazioni durevoli, un accordo equilibrio tra i piaceri attuali e quelli futuri. Così è per il mangiare; si dovrebbe raggiungere un giusto equilibrio tra il primo impulso e la considerazione delle conseguenze che possono derivare indulgendo ad esso» (KEYS A. 1962: 3).

Questo incipit del primo capitolo pone subito la questione della nutrizione in termini che ricordano in maniera sorprendente alcune celebri teorie medico-filosofiche del mondo antico in materia di ricadute sociali della nutrizione. È il caso di quella platonica che può a buon diritto definirsi

una fisiologia politica o, in termini foucaltiani, una tecnologia politica del corpo. L'argomentazione dei Keys fa pensare, in particolare, al dialogo tra Socrate e Glaucone contenuto nel secondo libro della *Repubblica*, che fa di un'alimentazione frugale una garanzia di salute per gli individui come per la *polis* (PLATONE, *Rep.* II, 372D).

Quando i due autori parlano dei tre pilastri tradizionali della dieta mediterranea il racconto si fa più letterario. I riferimenti al mondo antico si moltiplicano. La retorica delle emozioni si impenna. I ricordi personali entrano a fare parte della trama viva del discorso. E aumentano i giudizi lapidari e senza appello su gusto, freschezza, consistenza dei prodotti. Il pane soffice a lunga conservazione, molto consumato negli Stati Uniti, viene definito immangiabile e insopportabilmente gommoso. I Keys amano quello fatto in casa.

«La maggior parte delle insulse pagnotte del fornaio potrebbero scomparire senza alcun rimpianto. Ma il pane e i cereali non solo furono il sostentamento dell'esistenza assai prima dei tempi storici; da esse è dipeso l'intero sviluppo della civiltà occidentale. La coltivazione dell'orzo e del frumento segnò la fine della vita nomade. I magazzini di grano nella valle del Nilo e in Mesopotamia significarono di più che un sollievo all'incessante preoccupazione per il cibo. Essi diedero modo alle genti di raccogliersi in collettività e resero inevitabili lo sviluppo delle città, la specializzazione dei mestieri e le conoscenze da cui solo potevano sbocciare le arti e le scienze» (KEYS A. 1962: 127-128).

A questo punto la narrazione assume i toni di una retorica ancestralizzante che fonda la validità della loro teoria su argomenti di carattere mitologico e paleontologico, finendo per postulare una continuità alimentare di lunga e ininterrotta durata tra le antiche civiltà del Mediterraneo e le popolazioni rurali oggetto della loro indagine:

«Gli Egiziani adoravano Iside, figlia della terra e del cielo, identificabile con la dea Demetra dei Greci, sorella di Zeus, e con la sua ultima incarnazione romana, Cerere, dea della fertilità. Le feste in onore di Cerere erano un grande avvenimento in Italia, perlomeno fin dal Trecento a.C. Ma le donne avevano anche i loro particolari riti dedicati a Cerere, durante i quali, scommettiamo, esse si bisbigliavano i segreti per preparare la pasta e per cuocerla e facevano voti per mantenere a un buon livello la preparazione del pane. In Italia il pane è ancora meraviglioso [...]. Bisogna provarlo per capire quel che poteva essere l'antica "base della vita"⁽¹¹⁾ [...] Tutte le buone cose che si possono confezionare con i cereali sono di nostro gradimento – i delicati pasticcini, le pappe, gli spaghetti e l'autentico pane francese. [...] I chicchi dei cereali sono notevolmente stabili se immagazzinati secchi e non macinati. L'orzo, leggermente bruciacchiato o fortemente arrostito, costituisce lo "tsampa", uno di principali cibi del Tibet e dell'Himalaya, e il grano abbrustolito era fondamentale nell'alimentazione di molte tribù pellirosse» (KEYS A. 1962: 127-129)

Nelle parole dei Keys sembra di sentire l'eco di Pavel Muratov quando descrive alcuni prodotti del Mezzogiorno italiano in termini di archeologia vivente:

«L'amore della vita e un ampio respiro degli spazi, delle terre e del mare, che circondano l'uomo, formavano la felicità del mondo antico. Questa felicità non ha ancora del tutto abbandonato Napoli [...] Questo sapore amaro, questo leggero sapore amaro delle olive, dei melograni e di alcuni vini locali, sembra strano per l'idea comune della dolce bellezza del paesaggio napoletano. Ma forse così arriva a noi, attraverso la natura, una verità sull'antica vita che si era sviluppata un tempo su questa terra, sui forti succhi e i sali marini che la nutrivano e sul suo primordiale grano amaro» (MURATOV P.P. 1971: 257).

La metafora dei sapori antichi assume dunque un senso reificante in opposizione all'insipida gommosità del moderno pane americano. Che diventa un'allegoria sensoriale al servizio di una critica sociale del gusto, una constatazione/contestazione del carattere insapore e omologante della modernità.

Quello dei Keys è un Mediterraneo elettivo, idealizzato, in apparenza più naturale. Ma di fatto talmente mediato culturalmente da apparire addirittura orientalizzato. Erede di una lunga filiera culturale che vede nel Sud il luogo metaforico di un'antichità sopravvivenza, di un altrove temporale – quello che Giacomo Leopardi definì «meridionalità nel tempo» – caratterizzato da una lontananza immanente, da un passato che resta remotamente presente (NIOLA M. 2007b: 2; CASSANO F. 1996; PALUMBO B. 2001)⁽¹²⁾.

È proprio quest'antica prossimità con la natura che Ancel Keys cerca nell'alimentazione dei Napoletani. Ma ben presto il boom economico farà piazza pulita dell'Arcadia alimentare inseguita dallo scienziato. Che negli anni Sessanta nota con disappunto come Napoli stia diventando simile a tutte le altre città italiane, perdendo di fatto la sua irriducibile differenza da “ultima tribù” pasoliniana⁽¹³⁾. È allora che lo scienziato americano trova nel Cilento la sua ultima Thule meridiana.

Pioppi

Nel Parco Nazionale del Cilento e Vallo di Diano, in provincia di Salerno, i Keys stabiliscono il loro *buen retiro* mediterraneo. Una casa sul mare a Pioppi, il borgo di pescatori del comune di Pollica. Dove trascorrono trentaquattro anni della loro vita, dal 1966 al 2000. Intorno a loro si crea una comunità scientifica e umana. Che attrae, fra gli altri, scienziati come

Jeremiah Stamler, Martii Karvonen e Flaminio Fidanza, che acquistano case nella stessa località. Tutti i componenti di questa sorta di Bloomsbury del Cilento hanno in comune la convinzione che lo stile di vita e il regime alimentare locali siano una garanzia di longevità. «Ho deciso di venire a vivere in Cilento per allungare la mia vita di vent'anni» è la frase che il leggendario orale locale attribuisce concordemente a Keys.

La villa «del professore e della signora Margarèt», circondata da alberi da frutto, dotata di due orti e una serra, è a tutti gli effetti una piccola azienda produttiva, dove il kilometro zero, il biologico e il localismo alimentare sono altrettanti dogmi indiscutibili con cinquant'anni di anticipo su Slow Food. Durante i lunghi pomeriggi di lavoro della coppia il canto ininterrotto delle cicale ha un controcanto tecnologico nel ticchettio delle telescriventi che trasmettono in tempo reale i risultati che affluiscono dai vari *panels* del *Seven Countries Study*. Una bolla di modernità sospesa in un territorio incontaminato, se non arretrato, di cui la scrittura di Keys sottolinea l'arcaismo, ancorché visto in una luce positiva, una luce meridiana. Non a caso il luogo viene ribattezzato Minnelea, un'archeo-crasi simbolica ancor prima che letterale, tra Minneapolis ed Elea, la patria di Zenone e Parmenide i cui resti si trovano a poca distanza. È un esempio perfetto di invenzione di località in cui l'archeologia da una parte e l'autenticità figlia della natura diventano le coordinate di una ancestralizzazione ideologica che oscilla tra il registro dell'antico e quello del primitivo (DETENNE M. 1990, 2003; APPADURAI A. 2001).

E a Pioppi, che oggi, proprio grazie alla rifondazione territoriale operata da Keys si fregia del titolo di «Capitale mondiale della dieta mediterranea», prende sempre più forma la costruzione della *Mediterranean way* che Ancel e Margaret Keys mettono progressivamente a punto. Mescolando esperimenti scientifici e ricerca etnografica. Ispirazione medico-culturale, innovazione tecno-scientifica e proiezione neotradizionalista. Antichi tabù e nuove interdizioni.

«Quando arrivavo a casa loro la mattina mi chiedevano: “Delia che menù hai preparato oggi a Giannino?” e io glielo dicevo. Raccontavo le ricette, volevano sapere tutto. Passato un anno una mattina la signora Margarèt mi chiamò e mi disse: “Delia finalmente abbiamo finito il lavoro”. “E quale lavoro importante avete fatto questa volta?” – perché ogni tanto dicevano che andavano in Francia, Portogallo, Cina... venivano pure i colleghi qua, proprio per l'alimentazione, perché c'era questa obesità tremenda. E mi dicevano per esempio: “Delia finalmente in Spagna siamo riusciti a fare un controllo che ha ridotto di un tot il colesterolo...”. Insomma la signora mi dice “È un libro sull'alimentazione sana. Ci sono anche le tue ricette. Ma non verrà tradotto in italiano”»⁽¹⁴⁾.

Il volume in questione è *The benevolent bean*, pubblicato negli Stati Uniti e in Canada nel 1967. Fin dal titolo si evince il teorema di fondo: «Mangiare più fagioli!». Cui viene aggiunto un corollario. «Consumare meno zucchero!» (KEYS A. - KEIS M. 1967: 26). L'associazione tra benevolenza e fagioli viene presa a prestito da *Handley Cross*, un poema di Robert Smith Surtees, composto nel 1843, dove l'immagine poetica di una comunità di uomini *full o' beans and benevolence*, diventa metafora di uno stato di grazia che rimette in pace comunità e natura o, piuttosto, naturalizza la comunità. Una frase che sintetizza come meglio non si potrebbe le scoperte e le ragioni che spingono i due autori, reduci dal grande successo editoriale del loro primo libro sulle diete, a esplorare l'epopea dei legumi e a stenderne il peana. Raccogliendo anche miti, leggende, favole di tutto il mondo sui semi delle leguminose in un capitolo argutamente intitolato *Bean Lore*. Dalla Bibbia alle scoperte archeologiche, dalle etnografie sugli indiani d'America ai diari di bordo di Cristoforo Colombo, dal pitagorico tabù delle fave ai trattati agronomici dell'imperatore Shen Nung, dalle fiabe del focolare dei Grimm all'aneddotica relativa alle loro missioni di ricerca nel Mediterraneo. Con una raccolta di oltre duecento ricette a base di fagioli, ceci, piselli, fave, lenticchie, lupini, arachidi e soia attinte alle fonti più disparate. Dal *Liber de coquina* di Apicio allo sterminato repertorio gastronomico francese raccolto da Auguste Escoffier in *Ma cuisine*, dal *Classic Cooking from India* di Dharamjit Singh, fino al ricchissimo repertorio cilentano di Delia Morinelli, la loro cuoca, che glielo compita con intonazione sapienziale. L'accostamento di tali fonti eteroclite, mirante a mostrare l'antico che sopravvive nelle pratiche alimentari locali, diventa la reificazione della mitologia alimentare costruita dai due ricercatori. Trasformando il Mezzogiorno storico-antropologico e geografico in una «meridionalità del tempo» che ricorda il Leopardi dello *Zibaldone*.

L'archeologia alimentare legittimata dall'autorità scientifica dei Keys si pone così come antidoto contro le superstizioni primitive e al tempo stesso contro la cattiva propaganda dell'industria alimentare. Da un lato contro la barbarie primitiva e dall'altro contro la corruzione moderna e le ricadute negative dell'abbondanza in una civiltà che ha spalmato l'alimentazione festiva su tutti i giorni del calendario. (KEYS A. 1962: 9, 47-48)⁽¹⁵⁾.

In *The benevolent bean* i Keys fanno continuamente ricorso ad una retorica universalista, che mira a alla promozione di un'alimentazione adatta a tutte le culture e a tutte le fedi religiose. E al tempo stesso alla portata di tutti i ceti, visto che la diffusione planetaria delle oltre diecimila famiglie di legumi ne rende facile ed economico l'approvvigionamento. Ma a fondare nell'autorità del passato questo manifesto a favore del *phaseolus* vi

sono altre due ragioni. La prima risiede nel fatto che il consumo di ceci, lenticchie e fave nel Medio Oriente risale almeno a ottomila anni prima di Cristo e quello dei fagioli nelle Americhe almeno a quattromila, dati cronologici che vengono assunti quali garanzie di una pratica alimentare antica e dunque testata dai tempi lunghi della storia. La seconda proviene dalle ricerche condotte dall'Università del Minnesota e da un ospedale pubblico di Minneapolis su un campione di ventiquattro volontari in buona salute sottoposti a un regime nutrizionale corrispondente a quello della classe operaia partenopea. Quindici per cento di proteine, 20 per cento di grassi e il restante in carboidrati. Risultato: il tasso di colesterolo scende mediamente da 225 a 195. E tuttavia non raggiunge l'ideale dei 165 *incarnato* dai Napoletani. Il fatto è che le quantità dei nutrienti sono analoghe, mentre non si può dire lo stesso della qualità. Il menù a Minneapolis, infatti, non prevede l'olio d'oliva, sostituito dai grassi della carne e del latte.

«Tutto ciò avveniva molto prima che fosse chiaro il ruolo dei grassi saturi, ma ci sembrò probabile che la differenza tra il grasso consumato a Napoli e quello usato nel nostro esperimento in Minnesota spiegasse la discrepanza nei valori del siero del colesterolo» (KEYS A. & M. 1967: 21-22).

Allora si passa a un secondo esperimento, confermato anche dalle ricerche di altri scienziati⁽¹⁶⁾. L'olio d'oliva, introdotto nell'alimentazione del campione, riduce ulteriormente il divario tra Napoletani e Minneapolisitani. Ma aver trasformato i Minneapolisitani da mangiacarne a mangiamaccheroni non è ancora sufficiente a colmare del tutto il divario⁽¹⁷⁾.

«Anche se la nostra imitazione della dieta napoletana era stata "corretta" nella tipologia di grassi, non sarebbe stata accettata come una dieta napoletana a Napoli. Dove erano le montagne di verdure a foglia, l'abbondanza di frutta, i fagioli e gli altri semi leguminosi così preminenti nella dieta popolare a Napoli?» (KEYS A. & M. 1967: 22).

I parametri dell'esperimento vengono ulteriormente modificati in modo tale che il menù dei "volontari" sia quanto più possibile somigliante a quello partenopeo. A quel punto dati si allineano pressoché perfettamente.

Ma qual è il senso dell'esperimento? Prima di tutto «che non c'era più nessuna ragione per sostenere che gli uomini del Minnesota fossero basilarmente diversi dai Napoletani» (KEYS A. & M. 1967: 22). Come dire che le differenze non hanno mai uno sfondo biologico ma storico, sociale e culturale. E ad un'osservazione comparata dei menù risulta evidente che la dieta media degli Stati Uniti è povera di legumi. Mentre a Napoli «pasta e fagioli è il piatto preferito, soprattutto della gente comune che

noi abbiamo studiato e che lo consuma compulsivamente» (KEYS A. 1967: 23-24). Nel testo Keys usa la parola *settimanale* in italiano. Da allora pasta e fagioli diventa l'emblema di un'alimentazione sana, equilibrata sul piano calorico e nutrizionale, nonché eticamente corretta in quanto alla portata di tutti.

Conclusioni

In una prima esplorazione antropologica della genealogia della “dieta mediterranea”, il percorso medico-culturale dei coniugi Keys si rivela come fondamentale, capace di fondare medicalmente e culturalmente un modello di alimentazione. Si può affermare in definitiva che è lo sguardo da lontano di Ancel Keys e Margaret Haney ad avere fatto emergere un modello alimentare, articolando in un sistema coerente elementi storicamente e socialmente eteroclitici (TETI V. 1990). In questo modo i due scienziati americani hanno di fatto inventato, più che scoperto, la “dieta mediterranea” che non è dunque la dieta dei popoli mediterranei, peraltro impossibile da definire senza ricorrere ad un'astrazione che riduce a una sorta di fotogramma fisso – relativo a un sol luogo e a un sol tempo – un processo storico-antropologico costitutivamente pluriverso. Quella che ora si chiama Dieta Mediterranea appare piuttosto come l'effetto di una “mediterraneizzazione” di un nuovo modello nutrizionale autoriale, progettato in laboratorio e soprattutto funzionale alla prevenzione delle malattie cardiovascolari e in generale al conseguimento e al mantenimento di uno stato di salute percepito come soddisfacente.

Note

⁽¹⁾ Nel 1951 Ancel Keys trascorre un anno sabbatico a Oxford con la famiglia. Egli è già molto noto grazie ai suoi studi pionieristici sugli effetti che l'altitudine esercita sulla pressione arteriosa, nonché per una fondamentale ricerca sugli effetti della fame sul corpo umano pubblicata nel 1950 in un'opera in due volumi intitolata *The biology of human starvation*, Minneapolis, University of Minnesota Press. Durante la seconda guerra mondiale il fisiologo statunitense era diventato una celebrità internazionale per aver ideato la Razione K (K da Keys). Un kit nutrizionale completo e tascabile pensato per sfamare i paracadutisti in casi di emergenza, ma che grazie alla sua praticità viene adottato dall'intero esercito americano.

⁽²⁾ Sulla vastissima letteratura riguardante le convenzioni rappresentative che attraversano la scrittura del Grand Tour, i cui paradigmi sono riscontrabili nell'*Italienische Reise* di Goethe e in *Corinne ou l'Italie* di Madame de Staël, si vedano almeno BRILLI A. 2008 e DE SETA C. 1992.

⁽³⁾ I versi sono tratti da una celebre canzone di Mignon nel *Wilhelm Meister* di Johan Wolfgang Goethe.

⁽⁴⁾ Alexandre Dumas ha contribuito alla codificazione in termini alimentari dello stereotipo del *lazzarone* facendone una metafora del popolo napoletano *tout court*. E giungendo ad attribuire al povero partenopeo una natura del tutto particolare: «quanto al nutrimento, quantunque appartenga alla specie degli onnivori, egli in generale mangia soltanto due cose: la pizza e il cocomero» (DUMAS A. 1985 [1843]: 92). Uno stereotipo cui non si sottraggono nemmeno le scritture locali. Valga per tutti l'esempio offerto da Matilde Serao ne *Il ventre di Napoli* dove definisce la pizza una delle «adorazioni cucinarie napoletane». Tanto amata da essere «la colazione o il pranzo di moltissima parte del popolo napoletano». Ma quando un imprenditore partenopeo apre la prima pizzeria a Roma l'impresa fallisce a causa della connotazione etnica del cibo «La pizza tolta al suo ambiente napoletano pareva una stonatura e rappresentava una indigestione; pianta esotica, morì in questa solennità romana» (SERAO M. 1988 [1888]: 21-22).

⁽⁵⁾ Durante il periodo di ricerca a Madrid, i Keys scoprirono che il dottor Carlos Jimenez Diaz, oltre ad essere il più celebre medico della Spagna, era molto noto anche in Africa e tra i suoi pazienti poteva vantare tutte le teste coronate del Maghreb. Racconta Keys, evidentemente divertito, che uno dei suoi illustri pazienti dell'altra sponda del Mediterraneo compensò le sue prestazioni mediche inviandogli a casa una Cadillac fiammante.

⁽⁶⁾ Margaret Lock e Vinh-Kim Nguyen (2010: 180-182) considerano le ricerche sulla dieta mediterranea un caso esemplare di quegli esperimenti che vengono definiti “naturali” poiché investigano la vita reale di gruppi di popolazione dislocati in luoghi geograficamente distanti, con abitudini differenti e per periodi di tempo piuttosto lunghi. Condizioni che consentono un'analisi comparativa estesa. Alla quale seguono solo in un secondo momento le verifiche di laboratorio. Secondo gli autori, inoltre, questo tipo di indagini ha il vantaggio di prendere in considerazione i processi di differenziazione biosociale che sono accorsi in periodi di tempo estremamente lunghi. Analogamente per John P. Mackenback (2007) le ricerche epidemiologiche sulla dieta mediterranea condotte in particolare dai ricercatori del Scs hanno il merito di aver dimostrato che quando si lavora sulle cause delle malattie le domande sul “perché” sono altrettanto rilevanti di quelle sul “come”.

⁽⁷⁾ Se Ancel Keys è l'ideatore del *Seven Countries Study*, altrettanto fondamentali furono gli scienziati che condivisero con lui l'idea di allargare gli studi di fisiologia agli stili di vita, tra questi i principali furono Paul Dudley White cardiologo del presidente degli Stati Uniti Dwight D. Eisenhower e professore alla Harvard School of Medicine; Alessandro Menotti e Vittorio Puddu dell'Università di Roma, Flaminio Fidanza dell'Università di Napoli e in seguito di Perugia, Noboru Kimura dell'Università di Tokyo, John Brock dell'Università di Capetown, Martii Karvonen generale medico finlandese e Kromhout Daan dell'Università di Helsinki, Christ Aravanis dell'Università di Atene, Henry Blackburn dell'Università del Minnesota che nel 1973 succedette a Keys alla direzione del Laboratorio “Stadium Gate 27”. Peraltro Flaminio Fidanza, quando operò nella Università di Perugia, dove Tullio Seppilli dirigeva l'allora Istituto di etnologia e antropologia culturale, stabili con lui un intenso e durevole rapporto che si sviluppò sul terreno teorico, della ricerca e della comune partecipazione a convegni scientifici: un rapporto molto importante nella fondazione italiana dell'antropologia dell'alimentazione (SEPPILLI T. 1994, 2009).

⁽⁸⁾ Il Cilento è l'area subregionale della Campania che va dal golfo di Salerno a quello di Policastro, già protetta dall'UNESCO come patrimonio dell'umanità.

⁽⁹⁾ L'uso della prima persona plurale si spiega col fatto che Stamler è cittadino di Pioppi da oltre trent'anni.

⁽¹⁰⁾ La lettera di Jeremiah Stamler, allegata al dossier italiano di supporto alla candidatura della dieta mediterranea trasmesso all'UNESCO è consultabile sul sito www.unesco.org. Le complesse dinamiche di produzione della passione identitaria e patrimoniale si fondano spesso su un oblio della natura processuale del “bene” e finiscono per sostanzializzare il suo processo costitutivo. È interessante in questo senso il caso siciliano del Val di Noto, dove la patrimonializzazione UNESCO, le sue procedure e le istituzioni tradizionali hanno prodotto anche in una parte di popolazione, fino ad allora poco sensibile al tema, una inedita retorica patrimoniale. I cui topoi ricorrenti insistono sul carattere esclusivo della bellezza naturalistica del sito, sulla genuinità dei suoi prodotti agroalimentari, in breve su quei tratti che riassumono idiosincriticamente l'unicità

del luogo (PALUMBO B. 2011: 14). Qualcosa di analogo sta accadendo anche in Cilento, dove il riconoscimento UNESCO è alla base di una produzione, simbolica e politica, della tradizione, fondata su pratiche di autocelebrazione identitaria che fanno esplicito ricorso alla presenza dei coniugi Keys quali autorità certificatrici di autenticità della rivendicazione (MORO E. 2013).

⁽¹¹⁾ Se per un verso la singolare “antropologia” medico-alimentare dei Keys si caratterizza per un comparativismo ingenuo e astrattivo, una sorta di inconsapevole frazerismo, per l'altro la loro tesi trova un'inattesa conferma linguistica nelle ricerche di ambito indo-europeistico che indicano nei termini significanti la nutrizione, la crescita, il miglioramento – come *magmentum*, *augurium*, *adolere*, *adolescere* e *adultus* – una comune radice «collegabile fino a una possibile quasi identificazione con il cibo “cereale”», ovvero che pertiene a Cerere (PROSDOCIMI A. 1989: 163).

⁽¹²⁾ Esempio, al riguardo, un brano di Leopold Von Ranke a proposito del Mezzogiorno italiano – e della sua storicità naturalizzata o, se si vuole, natura “istoriata” – dove l'antico diventa il simbolo, di fatto astorico, di una società incorrotta, vicina alla natura, immune dagli effetti nocivi della civilizzazione (DUBBINI R. 1994: 67). Una dimensione additata in egual misura dai “monumenti” della natura e da quelli della civiltà: «questo stesso cielo, situato tra Roma e la Grecia e che le unisce con una presenza così intensa da rendere superflua ogni spiegazione storica, questo cielo che è solo natura, ci immerge immediatamente in una atmosfera che mi sembra simile a quella di secoli antichi». Nello stesso testo Ranke arriva a dire: «Se lo studio dell'antichità fosse la mia specializzazione, trascorrerei un paio d'anni a Napoli, a costo di dover condurre la vita del *lazzarone*» (VON RANKE L. 1890: 234). Sulle contraddizioni di una presunta specificità meridiana, si vedano gli incisivi rilievi critici di Berardino Palumbo (PALUMBO B. 2001) a proposito del libro *Il pensiero meridiano* di Franco Cassano (CASSANO F. 1996). Sulla questione della riappropriazione in chiave neoidentitaria di una ipotetica eredità meridiana risulta interessante il caso di “neomediterraneizzazione” di Malta, analizzato dall'antropologa Elise Billiard secondo la quale le élites maltesi usano oggi il modello alimentare mediterraneo come pratica di distinzione dalle classi popolari dell'isola. Esse rivendicano una presunta tradizionalità di quel modello che, in realtà, è stata imposta in tempi recenti dai colonizzatori inglesi. Passando sotto silenzio dati storici che testimoniano, in maniera incontrovertibile, come a Malta, almeno a partire dal Medioevo, la produzione di olio e di vino fossero pressoché assenti, sul piano materiale come su quello simbolico. A dispetto di ciò, le classi dirigenti spingono verso questo ideale alimentare mediterraneo per costruirsi un'identità riconoscibile soprattutto all'esterno e rispondere ad una domanda turistica alla ricerca di uno stile di vita meridiano (BILLIARD E. 2006).

⁽¹³⁾ Pier Paolo Pasolini parla per la prima volta di Napoli come “ultima tribù” che resiste all'omologazione prodotta dalla modernizzazione e dal consumismo in un'intervista rilasciata a Dario Bellezza apparsa con il titolo *Io e Boccaccio* su “L'Espresso” del 22 novembre 1970, ora in PASOLINI P.P. 1999: 1652.

⁽¹⁴⁾ Il brano è tratto dall'intervista a Delia Morinelli, classe 1937 e un anno e una settimana di scuola elementare interrotta dalla guerra, governante e cuoca dei Keys per tutti gli anni della loro permanenza a Pioppi. Il nostro primo incontro si è svolto il 17 luglio 2013 nella sua casa di via porto del fico. Dove il 5 agosto sono tornata accompagnata da Roberta Campassi, ricercatrice e video-operatrice del MeEatResearch, il Centro di ricerche sociali sulla Dieta Mediterranea dell'Università Suor Orsola Benincasa di Napoli diretto da Marino Niola, per realizzare un'intervista video per i *Granai del Mediterraneo*, una ricerca etnografica sulla memoria gastronomica nel Mezzogiorno d'Italia che dirigo dal 2012 e che afferisce ai *Granai della Memoria*, un progetto internazionale che ha tra i suoi partner l'Università di Scienze Gastronomiche, Slow Food International e il mio Ateneo di appartenenza. Quest'ultima intervista, sottotitolata in inglese, è consultabile sul sito www.granaidellamemoria.it. Entrambi i colloqui sono invece integralmente archiviati e consultabili presso la Cineteca dell'Università Suor Orsola Benincasa.

⁽¹⁵⁾ Sui tabù religiosi: «Ci opprimono, per quanto gli americani e gli inglesi ne risentano meno degli indiani, degli abitanti delle isole dei mari del sud e di molti altri popoli. Assai più pericolosa è l'universale abitudine di misurare i valori del cibo in termini di spesa e di considerare cibi pregiati quelli che richiedono il minor sforzo per essere masticati e inghiottiti (...). Infine le nostre diete moderne rispecchiano l'interesse commerciale dell'industria alimentare la cui pubblicità talvolta è più suadente che esatta» (KEYS A. 1962: 9, 47-48).

⁽¹⁶⁾ Nel 1948 l'olio d'oliva e i suoi effetti benefici sulla salute sono stati oggetto di una ricerca periodizzante della Rockefeller Foundation a Creta, dove vennero analizzati i consumi quotidiani di 128 famiglie e più in generale le consuetudini alimentari di 765 nuclei famigliari. Secondo Anne Meneley gli esiti di questa ricerca, pubblicati da Leland Allbaugh nel 1953 (ALLBAUGH L. 1953), furono la chiave di volta di quella che in seguito sarebbe stata identificata come la Dieta Mediterranea (MENELEY A. 2007). Un modello alimentare promosso fin dagli anni Settanta del Novecento dai media nordamericani grazie a un significativo accreditamento medico-scientifico che ne certificava gli effetti benefici sulla salute. E che oggi invece fonda la sua centralità culturale e simbolica nelle pratiche di distinzione sociale messe in atto da quella parte dei consumatori occidentali che individua nella produzione alimentare industriale un pericolo per la salute. Avvalorando di fatto un'idea della tradizione e dell'artigianalità alimentare mediterranee quale baluardo del gusto e della genuinità. Qualcosa di analogo sta accadendo anche nel bacino del mediterraneo, come evidenziato recentemente da Cristina Papa (PAPA C. 1998, 1999).

⁽¹⁷⁾ Sugli straordinari consumi di verdure della plebe partenopea e sulla sua emancipazione sociale alla fine del Settecento esemplificata nel passaggio dalla condizione di "mangiafoglie" a quella di "mangiamaccheroni" si veda il fondamentale saggio di storia sociale di Emilio Sereni (SERENI E. 1998 [1958]).

Riferimenti bibliografici

[N.B. La presente bibliografia comprende sia i lavori citati nel testo sia le opere di riferimento generale consultate]

ALBERTI-FIDANZA Adalberto - FIDANZA Flaminio (2004), *Mediterranean adequacy index of Italian diets*, "Public Health Nutrition", vol. 7, n. 7, ottobre 2004, pp. 937-941.

ALLBAUGH Leland (1953), *Crete: a case study of an underdeveloped area*, Princeton University Press, Princeton (New Jersey).

ANDREWS Geoff (2010 [2008]), *Slow Food. Una storia tra politica e piacere*, traduz. dall'inglese di Luisa Pece, Il Mulino, Bologna [ediz. orig.: *The Slow Food story: politics and pleasure*, McGill - Queen's University Press, Montreal, 2008].

APOLITO Paolo (2001), *Tarantismo, identità locale, postmodernità*, pp. 136-143, in Aa. Vv., *Quarant'anni dopo De Martino. Il tarantismo. Atti del convegno, Galatina, 24-25 ottobre 1999*, 2 voll., vol. I, Besa, Nardò (provincia di Lecce).

APPADURAI Arjun (2001 [1996]), *Modernità in polvere*, traduz. dall'inglese di Piero Vereni, Meltemi, Roma [ediz. orig.: *Modernity at large: cultural dimensions of globalization*, University of Minnesota Press, Minneapolis, 1996].

BÉRARD Laurence - MARCHENAY Philippe (1995), *Lieux, temps et preuves: la construction sociale des produits de terroir*, "Terrain", n. 24, 1995, pp. 153-164.

BÉRARD Laurence - MARCHENAY Philippe (2004), *Les produits de terroir entre cultures et règlements*, CNRS, Paris.

BILLIARD Elise (2006), *When tradition becomes trendy: social distinction in Maltese food culture*, "Anthropological Notebooks", vol. XII, n. 1, 2006, pp. 113-126.

BLACKBURN Henry (curatore) (1994), *Lessons for science from the Seven Countries Study: 35-year collaborative experience in cardiovascular disease epidemiology*, Springer-Verlag, Tokyo.

BOURDIEU Pierre (1983 [1979]), *La distinzione. Critica sociale del gusto*, traduz. dal francese di Guido Viale, Il Mulino, Bologna [ediz. orig.: *La distinction: critique sociale du jugement*, Les Editions de Minuit, Paris, 1979].

BOYARIN Jonathan (1994), *Remapping memory. The politics of time space*, University of Minnesota Press, Minneapolis.

- BRAUDEL Fernand (curatore) (1992 [1985]), *Il Mediterraneo. Lo spazio e la storia, gli uomini e la tradizione*, traduz. dal francese di Elena De Angeli, Bompiani, Milano [ediz. orig.: *La Méditerranée*, Flammarion, Paris, 1985].
- BRILLI Attilio (2008), *Il viaggio in Italia. Storia di una grande tradizione culturale*, Il Mulino, Bologna.
- CAMPORESI Piero (1970), *Introduzione*, pp. I-LXXXVI, in ARTUSI Pellegrino, *La scienza in cucina e l'arte di mangiar bene*, Einaudi, Torino.
- CAMPORESI Piero (1980), *Il pane selvaggio*, Il Mulino, Bologna.
- CAMPORESI Piero (1983), *La carne impassibile. Salvezza e salute fra Medioevo e Controriforma*, Il Saggiatore, Milano.
- CAMPORESI Piero (1989), *La terra e la luna: alimentazione, folklore, società*, Il Saggiatore, Milano.
- CAMPORESI Piero (1990), *Il brodo indiano: edonismo e esotismo nel Settecento*, Garzanti, Milano.
- CAMPOS Paul (2004), *The obesity myth: why America's obsession with weight is hazardous to your health*, Gotham Books by Penguin Group, New York.
- CAPATTI Alberto - MONTANARI Massimo (1999), *La cucina italiana. Storia di una cultura*, Laterza, Roma - Bari.
- DE SETA Cesare (1992), *L'Italia del Grand Tour da Montaigne a Goethe*, Electa, Napoli.
- DETIENNE Marcel (1975 [1972]), *I giardini di Adone. I miti della seduzione erotica*, traduz. dal francese di Letizia Berrini Pajetta, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *Les jardins d'Adonis. La mythologie des aromates en Grèce*, Gallimard, Paris, 1975].
- DETIENNE Marcel (2007 [1977]), *Dioniso e la pantera profumata*, traduz. dal francese di Mario De Nonno, Laterza, Roma - Bari [ediz. orig.: *Dionysos mis à mort*, Gallimard, Paris, 1977].
- DETIENNE Marcel (1990), *Qu'est-ce qu'un site?*, pp. 1-16, in DETIENNE Marcel (curatore), *Tracés de fondation*, Peeters, Louvain - Paris.
- DETIENNE Marcel (2003), *Comment être autochtone. Du pur Athénien au Français raciné*, Seuil, Paris.
- DETIENNE Marcel - VERNANT Jean-Pierre (1982 [1977]), *La cucina del sacrificio in terra greca*, traduz. dal francese di Carla Casagrande e Giulia Sissa, Bollati Boringhieri, Torino [ediz. orig.: *La cuisine du sacrifice en pays grec*, Gallimard, Paris, 1977].
- DOUGLAS Mary (2003 [1966]), *Purezza e pericolo. Un'analisi dei concetti di contaminazione e tabù*, traduz. dall'inglese di Alida Vatta, Il Mulino, Bologna [ediz. orig.: *Purity and Danger: An analysis of the concepts of pollution and taboo*, Routledge & Kegan Paul, London, 1966].
- DUBBINI Renzo (1994), *Geografie dello sguardo. Visione e paesaggio in età moderna*, Einaudi, Torino.
- DUBY Georges (1959), *La Méditerranée des pauvres*, "L'Arc", n. 5, 1959, pp. 8-11.
- DUMAS Alexandre (1985 [1843]), *Il corricolo*, Passigli, Firenze [ediz. orig.: *Impressions de voyage: Le corricolo*, Michel-Lévi, Paris, 1843].
- FABIETTI Ugo (2013 [1995]), *L'identità etnica. Storia e critica di un concetto equivoco*, Carocci, Roma.
- FIDANZA Flaminio (1979), *Diets and dietary recommendations in ancient Greece and Rome and the school of Salerno*, "Progress in Food & Nutrition Science", n. 3, 1979, pp. 79-99.
- GHIARELLI Antonio (1976), *La Napoletanità*, Società Editrice Napoletana, Napoli.
- GIARD Luce (1999), *Faire-la-cuisine*, pp. 213-350, in DE CERTEAU Michel - GIARD Luce - MAYOL Pierre, *L'invention du quotidien 2: habiter, cuisiner*, Gallimard, Paris.
- GLASSNER BARRY (1999), *The Culture of fear: why Americans are afraid of the wrong things*, Basic Books, New York.
- GRIMALDI Piercarlo (2012), *Cibo e rito: il gesto e la parola nell'alimentazione tradizionale*, Sellerio, Palermo.
- GRIMALDI Piercarlo - PORPORATO Davide (2012), *Granai della memoria: manuale di umanità 2.0*, Università di Scienze Gastronomiche, Pollenzo.

HERZFELD Michael (2003 [1997]), *Intimità culturale. Antropologia e nazionalismo*, traduz. dall'inglese di Emanuela Nicolencov, L'Ancora del Mediterraneo, Napoli [ediz. orig.: *Cultural intimacy: social poetics in the nation-state*, Routledge, London, 1997].

HIRSCH Dafna (2011), "Hummus is best when it is fresh and made by Arabs". *The gourmetization of hummus in Israel and the return of the repressed Arab*, "American Ethnologist", vol. 38, n. 4, 2011, pp. 617-630.

KEYS Ancel (1950), *The biology of human starvation*, 2 voll., University of Minnesota Press, Minneapolis.

KEYS Ancel (1956), *Field studies in Italy, 1954*, pp. 50-61, in KEYS Ancel - WHITE Paul D., *Cardiovascular epidemiology. Selected papers from the second world congress of cardiology and twenty-seventh annual scientific sessions of the American heart association*, Hoeber-Harper, New York.

KEYS Ancel (curatore) (1970), *Coronary heart disease in seven countries*, "Circulation", n. 41 (supplemento), 1970, pp. 1-211.

KEYS Ancel (1995), *The Mediterranean diet and public health: personal reflections*, "American Journal of Clinical Nutrition", n. 61 (supplemento), 1995, pp. 1321S-1323S.

KEYS Ancel (1994), *A brief personal history of the Seven Countries Study*, pp. 3-4, in BLACKBURN Henry (curatore), *Lessons for science from the Seven Countries Study: 35-year collaborative experience in cardiovascular disease epidemiology*, Springer-Verlag, Tokyo.

KEYS Ancel (1999), *Adventures of a medical scientist. Sixty years of research in thirteen countries*, Crown Printing Inc., Minneapolis.

KEYS Ancel - FIDANZA Flaminio - SCARDI Vincenzo *et al.* (1954), *Studies on serum cholesterol and other characteristics on clinically healthy men in Naples*, "Archives of Internal Medicine", n. 93, 1954, pp. 328-335.

KEYS Ancel - ARAVANIS Christ - BLACKBURN Henry *et al.* (1967), *Epidemiologic studies related to coronary heart disease: characteristics of men aged 40-59 in seven countries*, "Acta Medica Scandinavica", n. 460 (supplemento), 1967, pp. 1-392.

KEYS Ancel & Margaret (1957), *Eat well and stay well*, Doubleday&Company, New York [traduz. dall'inglese di Adalberto Fidanza e Virginia Poppi, *Mangiare bene e stare bene (con la dieta mediterranea)*, Piccin, Padova, 1962].

KEYS Ancel & Margaret (1967), *The benevolent bean*, Doubleday, Garden City - New York.

KEYS Ancel (curatore) (1980), *Seven Countries. A multivariate analysis of death and coronary heart disease*, Cambridge, Harvard University Press, MA - London.

KROMHOUT Daan - KEYS Ancel - ARAVANIS Christ *et al.* (1989), *Food consumption patterns in the 1960s in seven countries*, "American Journal of Clinical Nutrition", n. 49, 1989, pp. 889-894.

KROMHOUT Daan - MENOTTI Alessandro - BLACKBURN Henry (curatori) (1994), *The Seven Countries Study: a scientific adventure in cardiovascular disease epidemiology*, Brouwer, Utrecht.

LA CECLA Franco (1998), *La pasta e la pizza*, Il Mulino, Bologna.

LÉVI-STRAUSS Claude (1966 [1964]), *Mitologiche I. Il crudo e il cotto*, traduz. dal francese di Andrea Bonomi, Il Saggiatore, Milano [ediz. orig.: *Mythologiques I. Le cru e le cuit*, Plon, Paris 1964].

LÉVI-STRAUSS Claude (1971 [1968]), *Le origini delle buone maniere a tavola*, traduz. dal francese di Enzo Lucarelli, Il Saggiatore, Milano [ediz. orig.: *Mythologiques III. L'origine des manières de table*, Plon, Paris, 1968].

LÉVI-STRAUSS Claude (2006 [1968]), *Le triangle culinaire*, pp. 51-68, in Lévi-Strauss, Éditions Inculte, Paris.

LOCK Margaret - NGUYEN Vinh-Kim (2010), *An anthropology of biomedicine*, Wiley-Blackwell - Malden (USA) - Oxford (UK) - Chichester - West Sussex (UK).

LOMBARDI SATRIANI Luigi Maria (1996), *Cibo, dono, socialità. La civiltà della tavola nella società signorile nei secoli XVIII-XIX*, pp. 123-153, in TETI Vito (curatore), *Mangiare meridiano. Le culture alimentari di Calabria e Basilicata*, Adamo, Catanzaro.

MACKENBACK John P. (2007), *The Mediterranean diet story illustrates the “Why” questions are as important as the “How” questions in disease explanation*, “Journal of Clinical Epidemiology”, n. 60, 2007, pp. 105-109.

MENELEY Anne (2007), *Like an extra virgin*, “American Anthropologist”, vol. 109, n. 4, dicembre 2007, pp. 678-687.

MORO Elisabetta (2013), *La dieta mediterranea tra i presocratici e l'UNESCO. Retoriche di ancestralizzazione e politiche di patrimonializzazione*, “Voci”, 2013 [in corso di stampa].

MURATOV Pavel P. (1971), *Vita a Napoli*, pp. 256-261, in LO GATTO Ettore, *Russi in Italia*, Editori Riuniti, Roma.

NESTLE Marion (1995), *Mediterranean diets: historical and research overview*, “American Journal of Clinical Nutrition”, n. 61 (supplemento), 1995, pp. 1313S-1320S.

NIOLA Marino (2007a), *Eine Art von Meridionalität in der Zeit*, pp. 1-20, in FÜLBERTH Andreas - MEIER Albert - FERRETTI Victor Andrés (curatori), *Nördlichkeit-Romantik-Erhabenheit. Apperzeptionen der Nord/Süd-Differenz (1750-2000)*, Peter Lang Internationaler Verlag, Frankfurt am Main.

NIOLA Marino (2007b), *L'invenzione del Mediterraneo*, in *Littérature et Anthropologie*, pp. 153-172, numero speciale della Collection Poétiques Comparatistes (éditée par la Société Française de Littérature Générale et Comparée), Université de Paris Sorbonne, Paris.

PAPA Cristina (curatore) (1992), *Antropologia e storia dell'alimentazione. Il pane*, Electa - Editori Umbri, Perugia.

PAPA Cristina (1998), *The social construction of Umbrian extravirgin olive oil*, pp. 145-160, in PAPA Cristina - PIZZA Giovanni - ZERILLI Filippo M. (curatori), *Incontri di etnologia europea /European ethnology meetings*, Esi, Napoli.

PAPA Cristina (1999), *Lo “stile” dell'olio umbro*, pp. 165-172, in ANELLI Paolo (curatore) *Il dono e la quiete: il mare verde dell'olio. V colloquio internazionale Homo Edens*, IRSSAE dell'Umbria - GESP, Perugia.

PALUMBO Berardino, [2001], *Campo intellettuale, potere e identità tra contesti locali, “pensiero meridiano” e “identità meridionale”*, “La Ricerca Folklorica”, n. 43, 2001, pp. 117-134.

PALUMBO Berardino (2011), *Le alterne fortune di un immaginario patrimoniale*, “Antropologia Museale”, anno 10, n. 28-29, 2011, pp. 8-23.

PIZZA Giovanni (2005), *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma.

PIZZA Giovanni (2012), *Microfisiche del cibo fra edonismo e cultura*, “Italianieuropei”, n. 10, 2012, pp. 40-46.

PROSDOCIMI Aldo (1989), *Cibo degli dei e cibo degli uomini: “magmentum” e “mactare”, “adolere-adultus” e “adolesco-adulescens”*, pp. 147-168, in LONGO Oddone - SCARPI Paolo (curatori), *Homo Edens. Regimi, miti e pratiche dell'alimentazione nella civiltà del Mediterraneo*, Diapress, Verona.

ROZIN Paul (1976), *The selection of foods by rats, humans, and other animals*, pp. 21-76, in ROSENBLATT Jay S. et al. (curatori), *Advances in the study of behavior*, vol. VI, Academic Press, New York.

SAID Edward W. (1991 [1978]), *Orientalismo*, traduz. dall'inglese di Stefano Galli, Bollati Borinighieri, Torino [ediz. orig.: *Orientalism*, Routledge & Kegan Paul, London, 1978].

SEPPILLI Tullio (1994), *Per una antropologia dell'alimentazione. Determinazioni, funzioni e significati psico-culturali della risposta sociale a un bisogno biologico*, pp. 7-14, in TURCI Mario (curatore), *Antropologia dell'alimentazione*, “La Ricerca Folklorica”, n. 30, ottobre, 1994 [nuova edizione rivista di Alimentazione, cultura, società. Determinazioni sociali e significati psico-culturali dell'alimentazione umana: un quadro interpretativo della risposta sociale a un bisogno biologico, pp. 462-471, in FIDANZA Flaminio - LIGUORI Giovanni, *Nutrizione umana*, Idelson, Napoli, 1981, XXIV+757 pp.].

SEPPILLI Tullio (2009), *L'approccio antropologico alla alimentazione*, pp. 75-88, in Giancarlo POCETTA - Patrizia GARISTA - Gianfranco TARSITANI (curatori), *Alimentare il benessere della persona*, Società Editrice Universo, Roma, 2009, 381 pp.

SERAO Matilde, (1988 [1884]), *Il ventre di Napoli*, Adriano Gallina Editore, Napoli. [prima ediz.: *Il ventre di Napoli*, Treves, Milano, 1884].

SERENI Emilio (1998 [1958]), *I napoletani da "mangia foglia" a "mangia maccheroni". Note di storia dell'alimentazione nel Mezzogiorno*, Argo, Lecce. [ediz. orig.: *Note di storia dell'alimentazione nel Mezzogiorno: i Napoletani da mangiafoglie a mangiamaccheroni*, "Cronache Meridionali", vol. 5, n. 4/6, pp. 271-422].

SERVENTI Silvano - SABBAN Françoise (2000), *La pasta. Storia e cultura di un cibo universale*, Laterza, Roma-Bari.

TETI Vito (1976), *Il pane, la beffa e la festa. Cultura alimentare e ideologia dell'alimentazione nelle classi subalterne*, Guaraldi, Firenze.

TETI Vito (1999), *Il colore del cibo. Geografia, mito e realtà dell'alimentazione mediterranea*, Meltemi, Roma.

TRICHOPOULOU Antonia - SOUKARA Stavroula - VASILOPOULOU Effie (2007), *Traditional foods: a science and society perspective*, "Trends in Food Science & Technology", n. 18, 2007, pp. 420-427.

TRUSWELL Arthur Stewart (2010), *Cholesterol and beyond: the research on the diet and coronary heart disease 1900-2000*, Springer, Dordrecht.

VASILOPOULOU Effie - TRICHOPOULOU Antonia (2009), *The micronutrient content of traditional Greek food*, "Mediterranean Journal of Nutrition and Metabolism", n. 2, 2009, pp. 97-102.

VON RANKE Leopold (1890), *Zur eigenen Lebensgeschichte*, Leipzig [traduz. dal tedesco di Fabrizia Ramondino - Andreas Friedrich Müller, pp. 222-224, in RAMONDINO Fabrizia - MÜLLER Andreas Friedrich, *Dadapolis. Cateidoscopio napoletano*, Torino, Einaudi, 1992].

WINCKELMANN Johann Joachim (1973) *Il bello nell'arte. Scritti sull'arte antica*, edizione italiana a cura di Federico Pfister, prefazione di David Irwin, Einaudi, Torino.

WRIGHT Clifford (1999), *A Mediterranean feast: The story of the birth of the celebrated cuisines of the Mediterranean, from the merchants of Venice to the barbary corsairs*, William Morrow & Co. Inc., New York.

Scheda sull'Autrice

Elisabetta Moro è nata a Vicenza il 27 settembre 1971 e dal primo gennaio 2011 è professore associato nelle discipline demoetnoantropologiche (M-DEA/01) presso la Facoltà di scienze della formazione dell'Università degli studi Suor Orsola Benincasa (Napoli). In questo ateneo ha ricoperto il ruolo di ricercatore nelle medesime discipline da inizio 2006 a fine 2010. Attualmente insegna Antropologia culturale e Tradizioni alimentari del Mediterraneo nella Facoltà di scienze della formazione e nella Facoltà di lettere (dove aveva precedentemente tenuto anche l'insegnamento di Mitologie contemporanee).

Ha svolto il ruolo di coordinatrice didattica nel Master in "Tradizioni e culture dell'alimentazione mediterranea" dell'Università degli studi Suor Orsola Benincasa (Napoli). Insegna Antropologia dell'alimentazione nel Master in Comunicazione multimediale dell'eno-gastronomia dello stesso ateneo e Anthropology of food presso il Council on international educational exchange dell'Università degli studi di Napoli "L'Orientale".

È membro del comitato scientifico del MedEatResearch - Centro di ricerche sociali sulla dieta mediterranea dello stesso ateneo (diretto dal prof. Marino Niola). Dal 2011 è direttore di ricerca dei "Granai del Mediterraneo", un progetto di etnografia e video-documentazione della storia orale e della memoria gastronomica nel Mezzogiorno d'Italia, afferente al progetto internazionale "Granai della Memoria/The Granaries of Memory" intrapreso in collaborazione con l'Università di scienze gastronomiche di Pollenzo e SlowFood International. All'interno del medesimo progetto ha realizzato numerose interviste, aventi ad oggetto l'etnografia della dieta mediterranea, pubblicate sul sito www.granaidellamemoria.it

Tra i suoi temi di ricerca, oltre al processo di patrimonializzazione della dieta mediterranea e alle pratiche di distinzione alimentari, si collocano le topografie degli spazi sociali e i miti di fondazione delle città, le strategie collettive di costruzione dell'identità locale.

Tra le sue recenti e più rilevanti pubblicazioni: *La santa e la sirena. Sul mito di fondazione di Napoli*, Imagaenaria, Ischia, 2005; *L'enigma delle sirene. Due corpi un nome*, L'Ancora del Mediterraneo, Napoli, 2009; *La dieta mediterranea tra i presocratici e l'UNESCO. Retoriche di ancestralizzazione e politiche di patrimonializzazione*, "Voci. Annuale di scienze umane", anno X, 2013, pp. 111-122.

Riassunto

L'invenzione della dieta mediterranea. Genealogia medico-culturale di un modello alimentare

Questo saggio ricostruisce la genealogia della dieta mediterranea. Cercando di dimostrare come questo modello alimentare, "scoperto" negli anni Cinquanta del Novecento dal fisiologo americano Ancel Keys a Napoli e in altre località del Mediterraneo, sia di fatto un'invenzione. Poiché più che la dieta dei popoli mediterranei esso è l'esito di un processo di "mediterraneizzazione" di un nuovo modello alimentare funzionale alla prevenzione delle malattie cardiovascolari e in generale al conseguimento e al mantenimento di un soddisfacente stato di salute.

Parole chiave: dieta mediterranea, Ancel Keys, alimentazione, salute/malattia, Italia del Sud, patrimonio.

Résumé

L'invention de la diète méditerranéenne. Généalogie médico-culturelle d'un régime alimentaire

Cet essai retrace la généalogie de la diète méditerranéenne en essayant de prouver comment ce modèle alimentaire – "découvert" dans les années Cinquante du XX^e siècle par le physiologiste américain Ancel Keys à Naples et dans d'autres endroits de la Méditerranée –, est en fait une invention. Moins régime alimentaire des peuples de la Méditerranée, la diète méditerranéenne est le résultat d'un processus de «Mediterranéisation» d'un nouveau modèle alimentaire fonctionnel à la prévention des maladies cardio-vasculaires et en général à l'atteinte et le maintien d'un état de santé satisfaisant.

Mots-clés: diète méditerranéenne, Ancel Keys, nutrition, santé / maladie, sud de l'Italie, patrimoine.

Resumen

La invención de la dieta mediterránea. Genealogía médico-cultural de un modelo alimentario

Este ensayo reconstruye la genealogía de la dieta mediterránea. Intentando demostrar como este modelo alimentario , “descubierto” en los años Cinquenta del siglo XX por el fisiólogo norteamericano Ancel Keys en Nápoles y en otros lugares del Mediterráneo, sea de hecho una invención. Ya que más que la dieta de las poblaciones mediterráneas es el resultado de un proceso de “mediterraneización” de un nuevo modelo alimentario funcional en la prevención de las enfermedades cardiovasculares y en general a la consecución y al mantenimiento de un satisfactorio estado de salud.

Palabras clave: dieta mediterránea, Ancel Keys, alimentación, salud/enfermedad, Italia del Sur, patrimonio.

Abstract

The invention of Mediterranean diet. A medico-cultural genealogy of an alimentary pattern

This article reconstructs the genealogy of the Mediterranean diet. It tries to show how this alimentary model – “discovered” in the fifties of the ninetieth century by the American Ancel Keys in Naples and in other Mediterranean places – was indeed an invention. Less than a diet of people from the Mediterranean it is the result of a “mediterraneanization” process aimed at the construction of a new alimentary model for cardiovascular pathologies prevention and more generally for achieving and maintaining a satisfying health condition.

Keywords: Mediterranean diet, Ancel Keys, alimentation, health/illness, Southern Italy, heritage.

La morale delle avvertenze.

Circolazione, uso e manipolazione dei farmaci nei campi rom di Roma

Lorenzo Alunni

dottore di ricerca in Etnologia e antropologia (Dottorato internazionale AEDE, Università degli studi di Perugia - Université Paris Ouest Nanterre La Défense)
[lorenzo.alunni@gmail.com]

Introduzione: la densità morale dei farmaci

«Mi raccomando il dosaggio, ch  questo   veleno!». Dice il Dottore, quasi urlando, a una paziente rom, mentre le cede un foglio con la prescrizione per un farmaco.   una delle prime visite cui assisto con intento etnografico. La contraddizione   forte: viene assegnato un farmaco mentre lo si indica come una possibile fonte di malessere. Si tratta certamente di un paradosso che riguarda tutti i pazienti, non solo quelli rom, ma che, combinato con gli elementi politici che permettono ancora l'esistenza della realt  dei cosiddetti "campi nomadi", fa s  che in tale contesto quella dei farmaci si mostri da subito come una dimensione della quotidianit  a cui prestare una forte attenzione. I farmaci si fanno strumenti descrittivi ed esplicativi di dinamiche sociali che ci dicono molto riguardo la quotidianit  di chi, nei campi rom in questione, li richiede, prescrive, utilizza, manipola.   a questo tema che il presente contributo si rivolge.

Il materiale etnografico che questo scritto presenta   frutto di una ricerca sulle pratiche d'intervento sanitario nei campi rom di Roma⁽¹⁾. La ricerca   stata condotta negli insediamenti legali e illegali della zona sud e sudovest della citt , nel 2009 e 2010. La parte pi  consistente del lavoro sul campo   stata condotta in seno a una unit  medica mobile chiamata "camper sanitario", gestita da una delle ASL (Azienda sanitaria locale) di Roma ed esclusivamente dedicata alle prestazioni mediche per i residenti di quegli insediamenti abitativi. Vi operano quotidianamente un medico, una infermiera e un mediatore culturale, che si occupa anche della guida del mezzo. In questo testo, concentro l'attenzione sui temi della circolazione, dell'uso e della manipolazione dei farmaci, interessandomi alla loro "vita sociale" nei campi rom.

La questione della cura dei Rom sollecita una serie importante di dinamiche che riguardano il concetto di diritto alla salute nell'Italia contemporanea. Le problematichità che sono abitualmente attribuite alla cosiddetta questione rom si trovano peculiarmente espresse nell'ambito del rapporto fra rom e sistema sanitario. È in questo senso che un'etnografia dell'incontro di cura nei campi rom si presenta come analisi delle relazioni fra questi, la società fuori dai campi e le sue istituzioni. È nel campo di un'antropologia del diritto alla salute che ci troviamo. Per poter dar conto degli snodi etnografici e teorici di questo ambito di ricerca, mi rivolgo al dibattito attuale attorno a una nozione al cui sviluppo l'antropologia medica contemporanea contribuisce considerevolmente: quella di economia morale. Prendendo in considerazione le forme di dispiegamento dei sentimenti morali nelle pratiche di cura e nella produzione e distribuzione dei valori che soggiacciono al lavoro in situazione di eccezione (AGAMBEN G. 2003), mi rivolgo alla nozione di economia morale per rintracciare le linee secondo cui questi stessi sentimenti morali sono prodotti, fatti circolare, messi all'opera e posti in reciproca relazione nel contesto della cura nei campi rom. Si tratta di ricostruire le modalità attraverso cui un insieme di valori, sentimenti ed emozioni si costituisce come legittimo e dominante, in un contesto sociale storicamente determinato. Tale approccio richiede di considerare allo stesso tempo tanto la sociogenesi quanto una etnografia delle forme individuali di azione, reazione e negoziazione nel quadro di una stessa economia morale (FASSIN D. - EIDELIMAN J.S. 2012). Interessarsi a un'economia morale significa considerarne anche i conflitti e le fluidità, cogliendo le forme di deviazione dal consenso morale interno a una comunità: le economie morali non vengono subite passivamente, elemento che non sfugge alle inchieste etnografiche che si vogliono etnografie delle economie morali. La nozione considerata ci aiuta a comprendere l'ordine di tale eterogeneità e l'articolazione di simili differenze e conflitti. Ma a quale idea di morale riferirsi? Sessant'anni or sono, il filosofo Abraham Edel, in un testo dedicato a uno sguardo incrociato fra antropologia e filosofia etica, mostrava in che modo si potesse studiare la morale considerandola come una dimensione relativamente indipendente, e non come mero oggetto di descrizione culturale. Tale postura ha offerto agli studiosi successivi l'opportunità di osservare la morale attraverso l'analisi dei suoi processi di valutazione e delle sue relazioni causali: in tal modo essa diventava un'istanza empirica suscettibile di analisi comparative (EDEL A. 1962). I concetti morali non hanno un valore disgiunto da un contenuto sociale, né un significato indipendente e senza relazione funzionale con le istituzioni sociali: per ogni concetto morale ci sono cause sociali, anche nella loro mutazione o persistenza.

Nel sintetizzare le “pietre angolari” a cui fa ricorso nella sua declinazione della nozione di economia morale⁽²⁾, Didier Fassin indica l'esigenza di contestualizzarne l'analisi in tutti i possibili mondi sociali, associando valori e norme, e senza separare questi due ambiti dalle emozioni (FASSIN D. 2009, 2010, FASSIN D. - EIDELIMAN J.S. 2012). Così configurata, la nozione di economia morale si può offrire non solamente come possibile oggetto di etnografia, ma anche come vero e proprio strumento etnografico, ovvero come postura atta a cogliere e rendere conto delle azioni e discorsi che derivano dalla «produzione, ripartizione, circolazione e utilizzo dei sentimenti morali, delle emozioni e dei valori, delle norme e degli obblighi nello spazio sociale» (FASSIN D. 2009: 1257 [traduz. mia L.A.]). E tutto questo in ragione della capacità della nozione descritta di produrre nuove forme d'intelligibilità del mondo, che è del resto l'unico fine del suo dispiegamento.

Fra coloro che hanno dato forma a tale idea di economia morale e al suo potenziale descrittivo, James C. Scott (SCOTT J.C. 1981) ha dimostrato che a ogni situazione di sussistenza corrisponde un'etica di sussistenza. Sulla scia di questa consapevolezza, il presente lavoro intende affrontare la dimensione medica e sanitaria di quella stessa sussistenza, a partire da una sorta di parafrasi: a ogni situazione di sussistenza corporea corrisponde un'etica di sussistenza sanitaria. È in tale ottica che affronto la questione della circolazione e manipolazione dei farmaci nei campi rom di Roma, con particolare attenzione alle circostanze in cui l'evidenza morale vacilla sotto i colpi delle istanze etiche e di resistenza individuali del personale sanitario e dei pazienti rom.

Farmaci generici e genere dei farmaci

Nel campo di via Salviati, entrò nel camper sanitario una ragazza di ventitré anni, Ana, lì residente. Arrivò a fine mattinata, quando la fila era molto ridotta, cosa che le permise di passare a bordo un tempo ben superiore alla durata media delle visite. Quello di Ana non era un volto nuovo, per il personale. Il Dottore e l'Infermiera⁽³⁾ la conoscevano molto bene e avevano con lei una certa confidenza. L'assistevano da quando aveva dodici anni, dissero. Ana entrò, si sedette e raccontò, con espressione visibilmente preoccupata, dei suoi continui attriti con il marito, di pochi anni più di lei. Ad attirare l'attenzione fu la sua frase «Da quando litighiamo io mi sento strana». L'Infermiera le pose delle domande attraverso cui, gradualmente, emerse la sua recente storia clinica. In particolare,

venne fuori che aveva avuto modo già di parlare di questo problema con il suo medico di base (cosa che, oltretutto, è stata prova di un suo livello avanzato d'interazione con il sistema sanitario, rispetto alla media del campo). Quest'ultimo le aveva prescritto delle pillole calmanti, di cui Ana non seppe riferire il nome esatto e che, dalla sommaria descrizione fornita, parvero essere farmaci generici. Lei si recò in farmacia ad acquistarle ma, una volta che il marito le trovò nella loro abitazione – un piccolo prefabbricato in lamiera –, le vietò categoricamente di assumerle. La sua argomentazione, lapidaria, fu: «Queste sono come una droga». A tale divieto, Ana reagì assumendo del Valium, ma di nascosto dal marito. Venne a sapere dell'esistenza e dell'efficacia di quella medicina da altre donne del campo e si recò in farmacia a comprarla in segreto. Benché fosse nell'impossibilità di prenderle, Ana era incuriosita dalla funzione di quelle pillole, che il medico di base le aveva prescritto senza fornire spiegazioni. A questo proposito, chiese informazioni al Dottore e all'Infermiera, una volta constatato un loro livello di attenzione e confidenza adeguato, in quel momento. Il Dottore scelse di risponderle, con tono premuroso: «Quelle pillole lì si prendono quando uno è un po' giù, nei momenti difficili, capisci?». È a quel punto che Ana raccontò di essersi spaventata perché aveva letto, nel foglietto delle avvertenze delle pillole, che si prendono «quando muore qualcuno». Si era spaventata molto. Non capiva, lamentò, cosa potessero avere a che fare le pillole con la morte di qualcuno. Ascoltando i suoi commenti, emerse che il significato di quel che aveva letto poteva riferirsi piuttosto all'induzione della morte di qualcuno o al tentativo di ostacolarla. L'opacità tecnica si era fatta di nuovo foriera d'incertezza. Tenendo presente il suo “sentirsi strana”, le pillole le avevano fatto sovrastimare la gravità del suo stato anche per via del medico che, senza troppe spiegazioni, le aveva indicato con forza una medicina per situazioni estreme. A quel punto, il Dottore e l'Infermiera la rassicurarono e, nel farlo, sembrò subito che ciò che la stava convincendo con più efficacia erano le risate con cui reagirono a quella preoccupazione. La reazione d'affettuosa ilarità fu provocata da un altro dei frequenti casi il cui il malinteso da parte dei soggetti rom sulle caratteristiche delle medicine (dal nome alla posologia, dalla funzione al modo d'assunzione e così via) veniva accolto dal personale sia come ovviamente un momento divertente che come indicatore del livello di comprensione delle caratteristiche dei farmaci e del giusto rapporto da tenere con questi⁽⁴⁾.

L'Infermiera chiese ad Ana di poterla pesare, come per mostrarle con più forza di occuparsi di lei. Rispetto all'ultima misurazione, il peso risultò diminuito in maniera preoccupante, e non c'erano diete di mezzo.

Dopo le rassicurazioni sulle funzioni delle pillole calmanti – che vennero presentate dal Dottore come cose da prendere eventualmente con molta attenzione – Ana continuò a parlare del suo stato, ed emersero fattori che complicarono la situazione. Si riferì innanzitutto alle numerose raccomandazioni che, durante i mesi precedenti, il personale del camper le aveva rivolto rispetto alla possibilità di vedere uno psicologo. L'Infermiera le chiese se lo avesse fatto e, quando si sentì rispondere di no, rimase sorpresa e la rimproverò. La ragazza rispose di non voler andarci perché «quello è il medico dei matti... io paura... io non voglio andarci... e se poi mi chiudono?». Ne aveva molta di paura e fece intendere chiaramente al Dottore e all'Infermiera che era inutile provare di nuovo a convincerla, come effettivamente stavano per fare. Ma, piuttosto che allontanare la possibilità di nuovi inviti a visite specialistiche dipingendo una situazione adeguatamente migliorata, Ana scelse di raccontare i suoi stati di anormalità nelle loro manifestazioni più recenti. Per farlo, si alzò e mimò le reazioni del suo corpo nei momenti di maggiore criticità di quella stranezza di cui stava parlando al personale. In particolare, si riferiva alla notte precedente: «Ieri notte ero così...». Scattò in piedi e cominciò a percorrere avanti e indietro, per tre volte, i pochi metri di lunghezza del camper, come se fosse stata la sua abitazione (che del resto non era molto più grande). Camminava vistosamente ingobbata, tremando forte e stringendo le braccia al petto. «Tremavo tutta...». Di fronte a quella messa in scena del suo stato psicofisico della notte precedente e di numerosi altri momenti recenti, l'Infermiera assunse immediatamente un atteggiamento di premura e le parlò con molta dolcezza. Il Dottore scelse di non prescriverle altre medicine e si limitò a suggerirle di cercare di stare calma, «ché non succede niente». Il coinvolgimento emotivo, da parte del personale, ebbe un'impennata nel momento in cui Ana scelse di supportare con una rappresentazione corporea la narrazione del suo stato fisico. Questa conferì al suo rapporto con lo staff, in quel momento, una carica espressiva di grande efficacia nel produrre una reazione di compassione.

Prendendo le mosse da un'idea di sentimenti morali come emozioni che ci portano verso i mali degli altri e ci fanno desiderare di correggerli (Fassin D. 2010), il registro della compassione si presenta come il risultato della combinazione di questi impulsi e dell'indignazione morale che, a diversi gradi e livelli, può sfociare in un atto, anche discorsivo, per contrastare la causa stessa di quella indignazione. Una delle deduzioni che si possono trarre da questa concezione del sentimento di compassione, è che questo presuppone sempre una relazione di asimmetria fra chi suscita compassione e chi invece la provoca (Nussbaum M. 2001). Ciò che questa attenzione

alla dimensione compassionevole delle espressioni osservate può inoltre fornire è uno strumento d'analisi delle scelte lessicali e pragmatiche che ne derivano. In una postura attenta all'economia morale dispiegata in una relazione di cura in un contesto problematico come gli insediamenti rom, le forme della compassione emergono da approcci che non si stagliano su uno sfondo moralmente neutrale: da considerare è l'assetto emotivo, morale e di potere in cui questi sentimenti trovano il loro terreno fertile. La paziente aveva un rapporto problematico con le medicine, ebbe dal medico di base spiegazioni insufficienti, era soggetta a un rapporto di genere che le impedisce di assumere quelle stesse medicine, aveva mostrato una forte sfiducia rispetto alla possibilità di un consulto psicologico e aveva un rapporto peculiare con il personale del camper. Tutte queste constatazioni ci si presentano come elementi il cui punto di convergenza erano proprio quelle pillole e la loro "vita sociale" (VAN DER GEEST S. - REYNOLDS WHYTE S. - HARDON A. 2003)⁽⁵⁾, a partire dal momento della loro prescrizione, il loro ingresso, la loro vita e l'utilizzo finale nel campo rom in questione. Le pillole sono state vietate dal marito della ragazza protagonista di quanto riportato in ragione del loro presunto "essere come una droga". Entrate nel campo, quelle medicine sono state subito prese in un meccanismo direttamente conformato dai rapporti di genere a cui è sottoposta quella ragazza. Il farmaco sembrava conferire materialità e una diversa osservabilità alla circolazione di valori e norme morali fra spazi sociali diversi, in questo caso l'esterno e l'interno del campo rom. Inoltre, ad aver reso possibile – ed osservabile – questa dinamica è bastata quella "oggettualità" che proviene dal potere dell'oggetto-medicina di dare alla malattia una tangibilità che la fa esistere (VAN DER GEEST S. *et al.* 1996). Era quella stessa concretezza poi ad attivare ciò che, manifestandosi al livello dei rapporti di genere, rendeva visibile il passaggio della medicina da un regime di valori all'altro: alla stessa medicina – o, meglio, allo stesso oggetto – corrispondono diverse fasi di dispiegamento di posizionamenti morali che provocano azioni che ne rispecchiano e riproducono l'economia. In questo senso, il gesto della prescrizione da parte del dottore ha la stessa pregnanza di quella del marito che vieta l'assunzione di quella stessa medicina. In questi passaggi, l'attenzione è da porre sul fatto che quel che si offre all'esperienza degli attori e all'osservazione è l'articolazione dei registri morali nei confronti di quella medicina e di tutto ciò a cui essa si oppone (la malattia) o porta con sé (la sua ricezione, per esempio da parte del marito). Conviene partire da un primo assunto: tanto per il dottore prescrivente quanto per la paziente e suo marito, la prescrizione si presenta come il riconoscimento ufficiale della malattia: nominare una

malattia significa farla esistere (TREVISAN P. 2004; GAY Y BLASCO P. 1999). Con la questione dei farmaci, – la materialità delle medicine e la loro “vita sociale” prima, durante e dopo l’ingresso nei campi rom – è come se si passasse a un livello superiore di quella constatazione. Se nominare una malattia significa farla esistere, abbinarle un farmaco corrisponde al darle una concretezza che, esprimendosi attraverso un “oggetto” che la contrasta, la iscrive in un registro cognitivo dove poter cogliere il rapporto sia con quello che con le figure che gestiscono i farmaci stessi (dal dottore prescrivente al farmacista, dal marito che ne vieta l’assunzione alla moglie che allora le compra di nascosto). Allo stesso tempo, la concretezza della medicina costituisce per il o la paziente una prova che viene fatto qualcosa di concreto per lui o lei, per contrastare la sua malattia. Ma è quella stessa esistenza materiale del farmaco a innescare i processi che, a partire dalla sua “vita sociale”, fanno della medicina un coagulante delle dinamiche sociali a cui ci stiamo interessando. Del resto, la confezione di pillole era un oggetto tanto per la ragazza – che attraverso quelle vedeva finalmente riconosciuta la sua malattia – tanto per il marito, che le vedeva come l’incarnazione di qualcosa da contrastare facendo leva su una gerarchia di genere e parentela.

Dobbiamo però notare una caratteristica importante del medicinale, o meglio del suo uso, nel caso appena presentato: non ne è stata tentata nessuna manipolazione. Se non le fosse stato impedito, Ana avrebbe assunto le pillole secondo quanto indicato dalle istruzioni per l’uso, per comprendere meglio le quali ha addirittura chiesto aiuto al personale del camper sanitario. Ma le dinamiche innescate dal loro essere “oggetti densi” in un campo sociale comprende anche quella che possiamo definire “creatività” nell’utilizzo dei farmaci. La premessa da fare riguarda la specificità delle forme creative determinate da un contesto sociale quale quello dei campi rom. La “creatività” nell’uso dei medicinali non è certamente esclusiva degli individui che si trovano in situazioni di marginalità. Del resto, numerosi studi di antropologia dei farmaci mostrano come quello della manipolazione e dell’interpretazione autonoma dell’uso delle medicine (fino a giungere a una vera e propria economia della menzogna, spesso con la complicità del personale medico) sia una realtà che riguarda tutti i gruppi sociali (FAINZANG S. 2009, 2011). A determinare la specificità di queste dinamiche d’utilizzo dei farmaci nel caso qui discusso sono i modi peculiari in cui queste siano generate in relazione a uno specifico contesto di disuguaglianza nell’accesso ai servizi sanitari e, più in generale, a condizioni di vita che differiscono notevolmente da quelle della società che circonda i campi. In questo quadro, nella prossima parte del testo do

conto di un aspetto che si è presentato all'osservazione etnografica e che, in una eccezionalità solo relativa, mostra aspetti tanto drammatici quanto rivelatori della questione dei farmaci nei campi rom.

Creatività e rischio delle manipolazioni: il caso dell'aborto indotto

Dobbiamo chiederci quanto un'operazione di manipolazione o uso alternativo di un farmaco sia rivelatrice di uno sforzo creativo atto a superare impedimenti nell'accesso alla salute e al godimento del relativo diritto. In sostanza, quanto e cosa la manipolazione di un medicinale da parte di un o una residente di un campo rom ci dice del suo rapporto con il sistema sanitario e con la gestione del suo corpo? Affronto questo tema ripartendo di nuovo dall'etnografia. Quanto riporto ora è emerso fra ottobre e novembre 2009, durante la prima parte del periodo di etnografia. La scintilla iniziale fu la morte di una ragazza nel campo La Martora per emorragia interna, in ottobre. La vittima non era fra le pazienti abituali del camper sanitario, che in quel campo si recava regolarmente e il cui staff aveva avuto notizia del decesso dalla stampa. Dal momento di quel tragico evento, al Dottore e all'Infermiera del camper cominciarono ad arrivare segnali che, trasparendo dalle parole delle pazienti interessante alle questioni di gravidanza e contraccezione, destarono vaghi sospetti rispetto a una pratica che stava forse prendendo piede nei campi. Visita dopo visita, quel sospetto si stava concretizzando sempre di più. Il momento in cui la consapevolezza di quel che stava avvenendo si manifestò fu allorché, all'inizio del mese di novembre, una ragazza del campo La Martora, Tamara, si presentò al camper dicendo di temere di essere incinta. Era lì per chiedere informazioni sulle modalità di aborto legale. Il Dottore e l'Infermiera si mostrarono molto delicati nei confronti della ragazza e ciò facilitò una confidenza che permise di farle confermare esplicitamente il sospetto: molte ragazze del campo assumevano un farmaco studiato per il mal di stomaco per abortire. A permettere tutto ciò era il fatto che il farmaco in questione contiene alcuni degli stessi principi attivi della cosiddetta pillola del giorno dopo. Le donne che avevano saputo di questa possibilità di manipolazione ne ingoiavano una per via orale mentre ne assumevano una per via vaginale, nello stesso istante. Il risultato era un'emorragia interna che, in sostanza, portava via il feto. Ma il rischio era oltremodo alto: l'emorragia interna può assumere con molta facilità proporzioni che la rendono incontrollabile e ingestibile da parte del corpo. Le conseguenze fatali sono tutt'altro che un'eventualità remota. Secondo quanto appreso, il farmaco in questione era il Misodex (il cui

principio attivo è il misoprostolo), prodotto da Pfizer, una delle maggiori multinazionali farmaceutiche. La categoria farmacoterapeutica indicata dal suo foglio illustrativo è «Farmaco per il trattamento dell'ulcera peptica e della malattia da reflusso gastroesofageo - prostaglandina», mentre le indicazioni terapeutiche recitano: «Prevenzione di ulcere gastroduodenali indotte da FANS⁽⁶⁾. Terapia di ulcere gastroduodenali indotte da farmaci anti-infiammatori non steroidei in pazienti artrosici a rischio, anche continuando la somministrazione dei FANS. Ulcere duodenali e gastriche». Ci sono indicazioni dettagliate – e poco rassicuranti – anche per l'uso da parte di donne in gravidanza⁽⁷⁾. Per quanto queste indicazioni classifichino l'emorragia uterina e l'aborto incompleto come «non noti», è esattamente quello che succedeva nei campi⁽⁸⁾.

Ad aver permesso la conferma della scoperta di questo fenomeno, dopo la notizia della morte della ragazza nel campo La Martora, fu l'incrinarsi del tacito impegno al silenzio da parte di tutte le donne dei campi rispetto a una pratica che si stava mostrando più diffusa di quanto che i sospetti iniziali avevano suggerito. Appena uscita dal camper Tamara, che si era lasciata sfuggire quella prima confessione, il Dottore e l'Infermiera cercarono di fare mente locale sulla frequenza e i pazienti a cui potrebbero avere prescritto il farmaco Misodex, senza poter ancora immaginare quell'uso improprio. Ma nessuno dei due ricordava di averlo indicato ai pazienti, da molto tempo a quella parte. Una seppur rapida e superficiale visione dei registri delle prescrizioni costantemente aggiornati dall'Infermiera confortava quella constatazione. La conclusione che ne dedusse il personale è che i pazienti rom dovevano avere scoperto autonomamente quella pericolosa "efficacia alternativa" (forse addirittura in altri farmaci composti dagli stessi principi attivi o equivalenti), oppure c'era qualcun'altro che glieli procurava, supposero. Tutte e due le ipotesi non gli apparvero improbabili. Per quanto riguarda i circuiti alternativi attraverso cui procurarsi farmaci non prescritti, altri casi etnografici di questa ricerca ne hanno dimostrato l'esistenza e l'efficacia. Per quanto riguarda invece la scoperta autonoma della possibilità alternativa, un'altra ragazza, nel far riferimento nel camper al fenomeno, si lasciò sfuggire che a suggerire l'uso modificato di quel farmaco erano state delle «donne romene qui». Coi che pronunciò queste parole era della stessa nazionalità e risiedeva al campo di via del Flauto, effettivamente composto nella sua quasi totalità da rom romeni di recente arrivo in Italia. Le informazioni riguardo quella strategia per aggirare le restrizioni sull'aborto – o semplicemente per non dover avere a che fare con le strutture sanitarie istituzionali per affrontarlo – sembravano essere circolate con loro o all'interno delle dense

reti di collegamento con la Romania e con altri connazionali residenti in Francia, come vedremo.

L'ultima paziente citata, Alina, arrivò al camper con un'apprensione evidente. Una volta seduta al posto solitamente riservato ai pazienti, tirò un sospiro ed esordì così: «Io ti dico la verità». Cominciò con il raccontare di aver assunto delle pillole di Cytotec – di nuovo una per via orale e una vaginale – con l'intento di abortire. Continuò raccontando di aver perso molto sangue, aggiungendo: «Mi sono usciti molti pezzi». Alla domanda del Dottore sul come si sentisse in quel momento, Alina rispose di sentirsi «strana», con un continuo mal di testa e debolezza. L'Infermiera reagì per prima, quasi urlando: «Ma è pericoloso! Potevi morire!». La donna rispose abbassando il capo e mormorando: «Lo so». Il Dottore, da parte sua, confermò che aveva rischiato una emorragia mortale e cercò immediatamente di convincere la donna ad accettare di sottoporsi a una regolare visita ginecologica, aggiungendo che ormai l'obiettivo doveva essere quello di «tenere sotto controllo i danni che sono stati senz'altro fatti». Notando l'espressione di preoccupazione crescente da parte di Alina (in reazione più al bisogno di visita che al problema fisico), il Dottore scelse di rassicurarla sul fronte che gli parve più pressante, per lei: «Non ti devi preoccupare, noi qui non siamo i poliziotti, se hai fatto una cosa illegale adesso non importa... però adesso devi dire la verità anche alla visita dal ginecologo, va bene?».

Quello che emerse fu che, per poter sperare di entrare con Alina in una confidenza entro la quale avrebbe potuto convincerla con più forza a farsi visitare, il Dottore dovette prima di tutto tranquillizzarla sul piano del controllo legale e di polizia. La consapevolezza di aver corso un rischio immane per la salute e del fatto che le conseguenze avrebbero potuto essere ancora in atto non fu sufficiente a far sì che le informazioni a proposito sui modi di cura fossero diventate prioritarie rispetto a quelle sulle possibili conseguenze penali. Se la prima reazione venne dettata dalla pulsione emotiva, allora quest'ultima riguardò prima la paura della Polizia che quella di un malore che avrebbe potuto essere ancora mortale. E a capirlo fu anche il Dottore, che prima tranquillizzò Alina sull'immunità legale all'interno del camper e poi passò a dire della visita ginecologica.

Il Cytotec, di cui aveva parlato Alina, ha la stessa funzione «alternativa» del Misodex, discusso prima. Il costo di una confezione è di quattordici euro, sarebbe un gastro-protettore, usato soprattutto in caso di ulcera. Può provocare contrazioni uterine che, se stimulate da un dosaggio e un modo d'assunzione rischiosamente adattato per questo fine, arriva fino

all'aborto⁽⁹⁾. I casi di donne in fin di vita per questo metodo sono numerosi e molti analisti imputano a questo tipo di rimedi quel surplus di 14.000 aborti spontanei che risulta dai dati ISTAT. Constatando il fenomeno, nel 2006 l'Associazione Italiana per i Farmaci ha imposto la vendita di quel farmaco solo dietro prescrizione medica nominale. Ad averne impulso è stato prevedibilmente il mercato nero, come le dinamiche riscontrate nei campi dimostrano. Non solo il mercato nero: quello che le strategie di queste donne rom dimostrano è che si è fatto ricorso ad altri metodi, ovvero alla scoperta di altre medicine che potessero avere lo stesso effetto. Il Misodex, per esempio. Inoltre, del mercato nero citato emersero segni evidenti quando una paziente, sempre in quel processo di rilascio graduale di notizie sui metodi alternativi di aborto, confidò che stavano arrivando nel suo campo (il Casilino 900) pillole abortive dalla Francia, portate da altri Rom. La ragazza disse che in Francia costavano dieci euro e che nel campo le facevano pagare almeno cento, e non fu in grado di dire se questa cifra comprendeva anche il trasporto. Al tentativo di approfondire la questione, la chiusura è stata totale e non è stato possibile avere altre informazioni.

Nei mesi seguenti alla progressiva scoperta dell'uso del medicinale per abortire, il personale del camper avrebbe usato come dissuasore l'argomentazione della morte della ragazza nel campo La Martora con le numerose pazienti che, per quello che dicevano durante le visite e per la loro situazione personale e familiare, erano ritenute dal personale suscettibili di far ricorso a quel metodo radicale e pericoloso. Fu il caso di una ragazza residente in via del Flauto che ricorreva regolarmente al camper sanitario, Micaela. «Mi raccomando, non fare stupidaggini, non prendere strani farmaci per abortire, capito?», le disse in occasione di una visita il Dottore, che conosceva bene la sua situazione d'ingerenza, di difficoltà familiari (il marito è in prigione) e sapeva che aveva già tre figli. «Perché?», rispose lei, non lasciando intendere con chiarezza se si riferisse alla ragione della raccomandazione o proprio sul perché non bisogna prendere «strani farmaci», formula spesso ripetuta. La risposta di Dottore e Infermeria venne urlata quasi all'unisono: «Non lo sai che alla Martora ce n'è morta una anche il mese scorso?». A Micaela, disse poi il Dottore, a vietarle l'aborto era proprio il marito in carcere. È un dato che va per molti aspetti ad affiancarsi a quello, innanzi discusso, del marito che impedisce alla moglie in precario stato psicofisico di assumere le pillole calmanti che un medico le ha prescritto. Ancora con Micaela, l'Infermiera si sbilanciò raccomandando: «Non ascoltare i cattivi consiglieri del campo! Non farti influenzare! Prendi solo le medicine che ti diciamo

noi qui!». Una volta uscita, Dottore e Infermiera si interrogarono sulla sua affidabilità, parlando sottovoce per non rischiare di farsi sentire dai pazienti che stavano facendo la fila fuori del camper. Si dissero di temere che Micaela avrebbe fatto ricorso a quei pericolosi metodi alternativi d'aborto, rischiando la vita. Sapevano che la sua situazione familiare e la sua tendenza a non prendere troppo sul serio le loro raccomandazioni ne facevano un soggetto a forte rischio. Confrontandosi, sembravano confortare reciprocamente la convinzione condivisa secondo cui l'aborto indotto sarebbe stato tentato. Ma la reazione a questa convinzione avrebbe portato i due a esprimere la propria volontà di tutelarsi e di fornire una prova del loro tentativo di dissuasione, nel caso in cui il supposto tentativo di aborto avrebbe avuto conseguenze fatali. Il Dottore, al termine del loro breve confronto, disse: «È meglio se, insieme a quello che gli ho prescritto, scrivi anche 'opera d'informazione sanitaria su aborto farmacologico', così poi se succede qualcosa potremo dimostrare che c'è stato un tentativo di prevenzione». Pronunciate queste parole, e mentre l'Infermiera stava già annotando sul registro quanto dettato, il Dottore rimane in silenzio per qualche secondo, evidentemente pensieroso, e poi aggiunge: «Su 'aborto' aggiungi 'illegale', che è meglio...». Emerge come la relazione di tipo compassionevole e l'approccio d'intimità con i pazienti si ridimensioni notevolmente ogni qualvolta che a entrare in gioco sia il bisogno di rispondere alle dinamiche di responsabilità e potere che soggiacciono alla gestione degli interventi sanitari nei campi rom: si manifesta un rapporto dinamico di proporzionalità inversa fra i discorsi e le pratiche di responsabilizzazione dei pazienti e di deresponsabilizzazione da parte del personale. In questo senso, il rischio sanitario diventa una risorsa morale allo stesso tempo in cui gli sforzi di prevenzione creano una distanza cautelativa dai rischi derivanti dall'incertezza delle responsabilità del personale e dai rischi a cui questo si sente esposto. Inoltre, ciò che emerge è che, messa di fronte a una realtà complessa, la difficoltà di tradurre in pratiche la morale compassionevole non è una semplice violazione di una norma morale e un valore etico, ma uno strumento di mantenimento di una situazione normalizzata, qual è del resto anche l'esistenza del bisogno di un servizio emergenziale in una realtà, quella dei campi rom, che in Italia esiste ormai da decenni.

Il rapporto con la questione dell'aborto attira a sé numerosi snodi problematici affrontati. Ad amplificarli è il fatto che venga toccato il rischio corporeo per le donne in un modo che tira direttamente in ballo anche il loro essere prese tanto in rapporti di genere, che impedirebbero loro regolarmente di rinunciare alla gravidanza, quanto nel rapporto proble-

matico con le istituzioni della salute, da cui rifuggono fino a che l'impellenza non sia estrema (o non sia troppo tardi, come per quella ragazza del campo La Martora). Che un medicinale venga usato in maniera alternativa è frutto di un adattamento di ciò che il mondo *gagé* [non-rom] "offre" al mondo rom, un adattamento che è però spia del bisogno di supplire all'incompletezza strumentale di quell'offerta. Si tratta di strategie per inseguire, da un lato, le possibilità mediche che il mondo *gagé* ha inventato, e, dall'altro lato, per reagire alle limitazioni che quello stesso mondo impone.

L'attenzione analitica dovrebbe ora rivolgersi alle ragioni soggiacenti alla volontà di ottenere determinati risultati attraverso la manipolazione farmaceutica. Alle condizioni strutturali di quanto è qui descritto. Ma, per poter avere a disposizione gli strumenti conoscitivi per affrontare questi interrogativi, è bene spostare l'attenzione da un caso in cui il medicinale è adattato per fini impellenti (qual è una "pianificazione familiare d'urgenza") a un altro caso in cui invece le variabili cambiano notevolmente e passano a un differente registro economico e corporale d'illegalità. In particolare, mi riferirò ora a un caso che incrocia la questione dell'adattamento dei medicinali e quella della circolazione di stupefacenti nei campi.

Medicine e ingiunzioni morali associate: il caso degli stupefacenti

Concentro l'attenzione su un determinato farmaco, il ben noto Aulin (prodotto da Roche). Viene considerato parte del gruppo terapeutico «farmaci antiinfiammatori ed antireumatici non steroidei». Il principio attivo è il «nimesulide»⁽¹⁰⁾. Esisterebbero diversi farmaci equivalenti all'Aulin di costo sensibilmente più basso ma, durante l'etnografia, non si verificò un solo caso in cui i pazienti rom avessero accettato la prescrizione di un farmaco che non corrispondesse all'immagine e al nome della sua versione più conosciuta e pubblicizzata (fenomeno del resto presente anche fra i *gagé*). Il Dottore del camper arrivò a constatare: «Se alla televisione passa lo spot di un nuovo farmaco, tu stai tranquillo che il giorno dopo c'è la fila qui fuori di gente che lo vuole». In questo, l'Aulin è un caso particolarmente emblematico. Veniva continuamente richiesto nella sua versione più conosciuta, affermando esplicitamente forti dubbi sul funzionamento di quelli equivalenti, con gli stessi principi attivi. La frase «Io voglio Aulin vero» era ripetuta spesso. Ma le pubblicità e i farmaci stessi vengono da quello stesso mondo *gagé* di cui diffidare strategicamente e costantemente. Le pubblicità televisive sembravano esenti da quella cortina di diffidenza, e il fatto

che quel prodotto riguardi direttamente il corpo non può che aggiungere una variabile decisiva. L'interrogativo di base riguarda la verosimiglianza di un meccanismo per cui le urgenze corporali hanno il potere di sospendere una parte consistente delle resistenze normalmente opposte alle sollecitazioni provenienti dalla società maggioritaria. Si potrebbe obiettare che la dinamica appena delineata debba allora riguardare anche tutte le operazioni riguardanti la salute, in generale. Ma a entrare in gioco sono le caratteristiche dell'efficacia relativa degli anti-infiammatori come l'Aulin: rispondono con immediatezza a quella che viene pensata come una concezione del dolore basata sull'immediatezza della sua esperienza e allo stesso tempo permettono di non dover entrare in percorsi terapeutici che coinvolgano contatti con le strutture sanitarie e variazioni sostanziose allo stile di vita. A queste caratteristiche – a loro modo ideali – di Aulin, è da affiancare però di nuovo un'analisi della sua "vita sociale" nei campi rom.

Durante il primo periodo di osservazione delle visite nel camper sanitario, una costante che emergeva era quella della forte ritrosia, da parte del Dottore, a prescrivere Aulin, che pure veniva regolarmente e insistentemente richiesto. Lo stesso fenomeno si presentava con il medicinale denominato "Oki", che rientra nella stessa categoria di Aulin e presenta le stesse caratteristiche e problematicità. Succedevano continuamente episodi quale il seguente. Una signora residente nel campo Casilino 900 si presentò alla visita chiedendo la prescrizione per una confezione di Aulin. Il Dottore le disse che «non si può fare», ma la signora pareva aspettarsi quella risposta (aveva già ottenuto un rifiuto nei giorni precedenti) e oppose subito l'argomentazione «ma non lo dico a nessuno che me lo dà!», intendendo che non avrebbe scatenato nessuna rivendicazione o imitazione fra gli altri pazienti. In altri frangenti, il Dottore scelse di segnare sì l'Aulin, ma sulla "ricetta bianca", ovvero quella con cui i farmaci devono essere pagati. L'effetto di scoraggiamento era forte. «Se lo vuoi lo paghi», disse esplicitamente a un paziente che insisteva per ottenere la prescrizione. In aprile, nel campo La Martora, una ordinaria giornata di visite iniziò con una discussione dai toni accessi con una ragazza che pretendeva la prescrizione di psicofarmaci per lei e altre due persone. Scongiurò in tutti i modi il Dottore, che però si rifiutò adducendo la ragione che glieli aveva già assegnati la settimana precedente e le dosi sarebbero dovute ancora bastare. Fu solo con l'intervento di mediazione dell'Infermiera che si arrivò ancora una volta al compromesso della ricetta bianca, ovvero della prescrizione a pagamento. Se da una parte c'era la convinzione, nel personale, che indicare una medicina che avrebbe dovuto essere pagata costituiva un forte deterrente per il suo acquisto, dall'altra parte c'era

anche una dimensione di piccolo ricatto che si gioca sul rapporto fra le possibilità economiche dei pazienti in questione e il mercato dei farmaci. E quando il ragionamento, nei momenti di conflitto, si spostava su questo registro, la priorità di una scelta fatta solo in base alla salute del paziente non sembrava più così preminente.

Alle domande di spiegazioni da parte dei pazienti che chiedevano la prescrizione di anti-infiammatori, la risposta di Infermiera e Dottore era lapidaria: «Dai piani alti ci hanno detto che d'ora in poi l'Aulin e l'Oki si pagano». A volte il Dottore approfondiva l'argomentazione dicendo che il bilancio della ASL soffriva di un numero di prescrizioni di quei medicinali ritenuto eccessivo, constatazione da cui era derivata la direttiva a tutti i medici di ridurre sensibilmente quel tipo di prescrizioni. In altri momenti invece si faceva riferimento alla dannosità che viene imputata a quei potenti anti-dolorifici. In effetti, il nimesulide (il principio attivo in questione) è stato accusato da numerosi studi di un impatto violento su fegato e sistema gastroenterico⁽¹⁾. I danni epatici riscontrati nei pazienti non sono rari e talvolta anche molto gravi. La sua distribuzione era stata addirittura vietata in alcuni Paesi europei, quali Irlanda, Spagna e Finlandia. La dannosità del farmaco era messa avanti dal Dottore del camper come ragione principale di quella sua reticenza a prescriverlo. Le eccezioni a questa scelta riguardavano i casi di pazienti la cui affidabilità era, dal punto di vista del personale, comprovata da numerosi anni di conoscenza e comportamento virtuoso, oppure in circostanze particolari quali lo sgombero di un campo. Al di là di queste eccezioni, il rifiuto di prescrivere Aulin e Oki, come prevedibile, dava luogo a numerosi momenti di tensioni e irrigidimento del rapporto fra medico e pazienti dei campi. Queste incomprensioni provenivano anche da quella che doveva apparire come un paradosso poco spiegabile: quello dell'incoerenza fra il negare la prescrizione dell'Aulin in ragione della sua dannosità ma, allo stesso tempo, concederla ai pazienti abituali e ritenuti più affidabili. La semplice volontà di "accontentarli" difficilmente avrebbe potuto giustificare l'accettare il rischio di arrecare danni a loro sì e ai pazienti "ordinari" no. Prendendo le mosse da questa apparente incongruenza e approfondendo la questione con il personale, ciò che emerse fu che la ragione vera per questa sua refrattarietà alle continue richieste di Aulin o Oki non era dettato né dai costi per l'ASL né per la sua dannosità, comunque presa in considerazione. La ragione era un'altra. Il personale del camper aveva scoperto un uso alternativo dell'Aulin, nei campi: veniva utilizzato per, come si esprime il Dottore, «tagliare la droga».

«Non è vero che è una disposizione dall'alto», disse il Dottore, «è che piano piano abbiamo capito da certe parole di alcune pazienti che l'usano per queste cose. Io l'avevo capito, ma poi abbiamo avuto delle conferme precise, allora abbiamo detto basta». Le prescrizioni venivano richieste con dei pretesti, fino a che l'uso alternativo non venne scoperto. L'Aulin, aggiunto nella composizione delle dosi di eroina e cocaina, ne amplifica l'effetto. Nel raccontare della sua scoperta, il Dottore commentò: «Io il fesso lo faccio quando voglio, l'ho capito cosa ci fanno». La concezione che emerge dietro una tale idea non è solo quella di un approccio compassionevole che si abbina a una funzione di disciplinamento espressa attraverso una morale punitiva. I membri dello staff del camper ci tenevano a sottolineare che questa loro posizione non veniva da nessuna indicazione dai superiori (di cui lamentavano spesso l'indifferenza, nei confronti del loro servizio), ma esclusivamente da quella che il Dottore volle definire come una loro «scelta etica». L'elemento di forte interesse nella questione dell'Aulin utilizzato per la preparazione di dosi di stupefacenti era che ogni qualvolta i membri dello staff decidevano di assumere misure di flessibilità dei regolamenti – quando queste misure non fossero richieste formalmente dai responsabili dell'AsL – a essere invocato era il registro morale, attraverso il richiamo all'argomento delle implicazioni etiche delle scelte di gestione del servizio.

Ma la questione degli antidolorifici utilizzati per modificare la composizione delle sostanze stupefacenti non poteva non chiamare in causa anche la realtà stessa della loro circolazione nei luoghi dove si è svolta l'etnografia. In particolari campi – soprattutto in quello della Martora – di scene di commercio di stupefacenti ne ricorsero numerose e senza che i protagonisti facessero troppo per nasconderle (neanche negli immediati dintorni del camper sanitario). Si trattava per lo più di *gagé*, quindi evidentemente non residenti dei campi. Secondo la testimonianza di alcuni precedenti acquirenti, la droga distribuita in quel campo è «pessima», «a squagliarla viene fuori la terra», ma il campo La Martora si presentava spesso come una ultima possibilità a cui ricorrere quando tutti gli altri circuiti di rifornimento si sono mostrati momentaneamente o definitivamente indisponibili. Secondo lo staff del camper, era quello il campo dove il fenomeno della tossicodipendenza fra i Rom stava dilagando in maniera più visibile e preoccupante, e a questa tendenza si accompagnava quella dell'aumento considerevole di episodi di violenza e, addirittura, sparatorie. Il camper non era escluso dalle dinamiche innescate da questa realtà. Più volte, durante il solo periodo di etnografia, sia alcuni residenti sia persone provenienti dall'esterno, lo scambiarono

con una delle unità di strada dedicate all'assistenza ai tossicodipendenti. Numerose volte venne stata richiesta una dose di metadone. In novembre, ancora alla Martora, si presentarono al camper due persone, due *gagé*, un signore vestito in maniera distinta e una ragazza che l'accompagnava. Chiesero all'Infermiera delle siringhe. «Quelle da 2,5 per i bambini», dissero. Senza porre alcuna domanda né al Dottore né alle due persone, l'Infermiera cercò fra i materiali a disposizione i due oggetti richiesti, li trovò e glieli porse. Il Dottore osservava consenziente. Prese le siringhe, i due cominciarono a chiedere con una certa insistenza una bottiglia d'acqua, che però non era disponibile. Appena se ne andarono, il Mediatore li osservò e commentò laconico: «Tossici». In ottobre, fuori del campo di via del Flauto, una giovane ragazza si affacciò alla porta del camper e chiese: «È questo il camper delle siringhe? Date le siringhe?». Il Dottore rispose con un perentorio «No!» che fece andar via la ragazza senza altre domande. È ancora al campo La Martora che, in marzo, un ragazzo di trent'anni, dopo la visita, disse per caso che il suo prossimo impegno di quella giornata sarebbe stato quello di occuparsi di raccogliere una siringa che ha trovato per terra non lontano dalla sua baracca. «Tutta sporca di sangue è [...] e lì ci giocano bambini!», esclamò. L'Infermiera, per raccogliercela, gli fornì un paio di guanti antisettici prelevati dalla dotazione del camper. Stesso argomento per il caso di una utente abituale che, arrivando per una visita, in marzo, tremava sensibilmente. «M'avete fatto soffrire», disse per lamentarsi di un supposto ritardo del passaggio del camper nel suo campo di residenza. Si trovava nel mezzo della visita quando, dal vetro dell'ambulatorio mobile, si accorse di una pattuglia dei Carabinieri che vagava nel campo. Li vide e disse: «Io quelli li conosco bene, m'hanno portato via tante volte». Il Mediatore avrebbe confermato che si trattava di una «nota tossica, lei e sua sorella, ma qui ce ne sono così tanti [...]». Per il servizio del camper, questa situazione creava anche delle circostanze paradossali di limitazione alle funzioni di cura. Fu il caso di un paziente abituale che venne e, assicurato sul «segreto professionale», confidò al Dottore la sua forte preoccupazione per la moglie. La signora, nata nel 1965, non stava rispondendo alle cure e, se le cose fossero continuate in quel modo, avrebbe dovuto essere ricoverata e molto probabilmente operata. Il Dottore mi avrebbe poi detto che la malattia in questione era un tumore al seno, in stato d'avanzamento grave. Il marito non voleva assolutamente che si sapesse nel campo, dove i tumori sono spesso considerati malattie contagiose. Il problema, durante la visita in cui si stava confidando, arrivò quando chiese al Dottore la prescrizione per una medicina inclusa nel trattamento della moglie. Il Dottore fu co-

stretto a rispondere che, nel camper, quel tipo di medicina non poteva essere prescritto. Il fatto era che questa contiene fra i suoi componenti anche la morfina, il che determina che per poterla prescrivere bisogna necessariamente ricorrere a un procedimento di sicurezza detto “ricetta doppia”, un sistema usato in particolar modo per le dosi di metadone. Nel camper, dice il Dottore, si preferì sospendere quel tipo di procedura, per la quale non c'erano a disposizione a bordo neanche i materiali eventualmente necessari. La decisione venne presa per motivi di sicurezza, considerato il rischio di furto o di aggressione per avere quella ricetta doppia. Il Dottore risolse l'argomento dei motivi di sicurezza constatando: «Troppi tossici [...]». La gerarchizzazione morale delle condotte faceva sì che una misura cautelativa e deresponsabilizzante – quale quella di non tenere a disposizione il blocco della ricetta doppia per il rischio di furto da parte di tossicodipendenti – superasse per importanza la disponibilità a fornire un farmaco effettivamente utile ad altri residenti dei campi rom: l'etica ordinaria dell'accesso ai diritti della salute si faceva configurazione morale paradossale.

Considerazioni conclusive

Tensioni, dubbi, dilemmi, contraddizioni: l'etnografia delle economie morali è anche etnografia dell'ambiguità, per il suo sguardo sull'articolazione fra configurazione morali e pratiche, fra soggettivazione e ingiunzione morale, fra comprensione morale e scelte divergenti. Con questa consapevolezza, l'attenzione a quelli che potremmo chiamare “micro-posizionamenti morali” assunti dal personale del particolare servizio sanitario trattato ha permesso di mettere in luce la relazione fra la pratica di cura, i suoi risvolti di responsabilità personale e di bisogni amministrativi, e l'etica della cura dei pazienti dei campi rom. Le medicine per il mal di stomaco usate per abortire, gli antidolorifici per «tagliare la droga» e così via: la manipolazione delle funzioni di base delle medicine per fini diversi interroga le riflessioni sulle strategie di adattamento da parte dei Rom di ciò che la società maggioritaria mette a disposizione. A un primo livello, la diversità dei casi riportati riposa su un assunto secondo cui, se la questione dell'aborto indotto è determinata da un effettivo impedimento dettato dal sistema sanitario, quella del mercato di stupefacenti non lo è. Si tratterebbe di ampliare il raggio di analisi e comprendervi le ragioni strutturali dei bisogni evidenziati dalle medicine trattate: la situazione sociale che porta i Rom in questione ad avere bisogno di aborti, quella

che porta certi Rom a fare uso di stupefacenti oppure le necessità di sussistenza economica che rendono appetibile la strada del traffico di droga. Conviene fermarsi alla specificità del rapporto fra Rom e farmaci e, più in particolare, rivolgersi alle ideologie dell'osservanza che si esprimono nel campo sociale preso in considerazione. Solo raramente l'espressione d'inosservanza è frutto di una comprensione erronea o un malinteso sul funzionamento del farmaco o sulle istruzioni date dal medico (salvo in rari casi e tutti non rilevanti quanto quelli qui descritti). A opporsi sono piuttosto razionalità che coagulano tutti quei conflitti riguardanti le dinamiche sociali e politiche che s'intersecano nell'atto della prescrizione e assunzione di un farmaco. Gli elementi di conflittualità evocati riguardano in primo luogo l'accesso a quegli stessi farmaci, il conformarsi alle leggi della società maggioritaria e la possibilità di evitare il contatto con questa e le sue strutture sanitarie.

Fra le considerazioni da trarre ce ne sono due di un certo rilievo, una per sponda. La prima, nella sponda dell'istituzione sanitaria, riguarda il fatto per cui la presenza di unità sanitarie specifiche nei campi rom si configura come mediazione opposta, rappresentando la possibilità di far ricorso ai suoi servizi (quali la prescrizione di farmaci) per evitare di frequentare le strutture sanitarie ordinarie: l'intento di "orientamento sanitario" verso ospedali e ambulatori – tanto presente nei discorsi istituzionali riferiti a tal genere di unità mediche speciali – è paradossalmente invertito, con un contributo significativo alla riproduzione delle problematicità della realtà odierna dei campi rom italiani e della loro esistenza. La seconda, nella sponda dei soggetti rom, ci porta a osservare un insieme di pratiche per cogliere le quali è utile parafrasare l'idea, sviluppata da James C. Scott, di «infrapolitiche» (SCOTT J.C. 2006), intendendo qui per "infrapolitiche sanitarie" quei modi interstiziali e creativi di ricorrere alla cura istituzionale (e ai prodotti collegati, quali i farmaci) con particolare attenzione a come questa intervenga sulle relazioni del soggetto rom con la società esterna e le sue istituzioni. È poi in un piano di percezione dei medicinali rispetto a quella della malattia e del suo contesto che dobbiamo spostare la nostra attenzione. Sappiamo come le medicine abbiano anche la funzione e il potere di facilitare, marcare e rinforzare le relazioni sociali, di genere e potere (VAN DER GEEST S. *et al.* 1996; FAENZANG S. 2009). Ma quel che appare è che, in questo contesto, le medicine espongono i rapporti di forza del campo sanitario e allo stesso tempo offrono del materiale grezzo da combinare, manipolare e adattare per sfuggire a quegli stessi rapporti di forza. In questo senso, le medicine non hanno più il solo potere di rendere la malattia tangibile, come detto precedentemente, ma

anche di dare concretezza a una situazione di bisogno che, in una costante contingenza di scarsità, innesca strategie di adattamento che proprio da quella concretezza prendono le mosse: con una medicina prescritta da un medico, non solo la malattia sarà concreta, ma lo sarà anche il campo di forze entro cui questa insorge ed è affrontata. È così che questa frase più volte pronunciata dal Dottore apparirà sotto un'altra luce: «Sembra quasi che prescrivergli un farmaco sia per loro un gesto di attenzione, e allora vengono anche se non c'hanno niente».

Note

(1) Una stima effettuata nel luglio 2009 dal Comune di Roma parla di 7.177 Rom presenti a Roma (2.200 negli insediamenti abusivi, 2.136 nei «campi tollerati» e 2.241 nei «villaggi autorizzati»). Secondo invece le stime delle organizzazioni di privato sociale, la stima è da situare fra le 10.000 e le 18.000 unità.

(2) Per una genealogia minima della nozione di economie morali si vedano i lavori di E.P. Thompson (THOMPSON E.P. 1971), James C. Scott (SCOTT J.C. 1981) e Lorraine Daston (DASTON L. 1995). La nozione non è certo esente da critiche: per esempio, in un suo articolo che parte da una rassegna di studi di «sociologia della protesta» in ambito africanista, Johanna Siméant si chiede se non si corra il rischio di «favorire una nuova routine interpretativa nelle scienze sociali» (SIMÉANT J. 2010) e di incappare in un nuovo caso di *concept stretching*.

(3) Mi riferisco a questi due protagonisti della scena etnografica usando la lettera maiuscola, nell'intento di distinguere il personale del camper sanitario da quello di altre strutture sanitarie).

(4) I casi di malinteso e ilarità sono continui: la donna cinquantenne a cui il Dottore dà un medicinale che lei non conosceva e lei chiede ridendo se «si prende da sopra [indicando la bocca] o da sotto [indicando il fondoschiena]?», oppure la ragazza che chiede una confezione di Aulin aggiungendo «quello alla fragola» e la Dottoressa sostituita che risponde in romanesco «ahò, e mica so 'er gelataio!», giusto per citare due dei tanti casi occorsi durante l'etnografia.

(5) Susan REYNOLDS WHITE - Sjaak VAN DER GEEST - Anita HARDON 2003, per il loro importante lavoro di antropologia dei farmaci, si sono ispirati al titolo di un'opera di Arjun Appadurai (APPADURAI A. 1986), ottenendo *Social lives of medicines*.

(6) Farmaci Anti-infiammatori Non Steroidei.

(7) Alla luce del caso di cui si sta trattando, assumono luce particolare le notizie riguardanti i possibili effetti collaterali relativi alla gravidanza della paziente che dovesse assumere Misodex: «Gravidanza, puerperio e condizioni perinatali: Non nota: Embolia amniotica, anomalie delle contrazioni uterine, morte fetale, aborto incompleto, nascita prematura, placenta mantenuta, rottura uterina, perforazione uterina. Patologie dell'apparato riproduttivo e della mammella: Non comune: Emorragia vaginale (inclusi sanguinamento in post-menopausa), sanguinamento intermestruale, disturbi mestruali, crampi uterini. Raro: Menorragia, dismenorrea. Non nota: Emorragia uterina».

(8) Con questa premessa, le avvertenze dedicate alla «gravidanza e parto» del foglio illustrativo assumono un'altra luce, che si ha la tentazione di vedere come «beffarda»: «Gravidanza: chiedere consiglio al medico o al farmacista prima di prendere qualsiasi medicinale. Misoprostolo è controindicato nelle donne in gravidanza perché induce contrazioni uterine e può causare aborto, parto prematuro, morte fetale e malformazioni».

(9) Questo metodo è stato anche definito «aborto express», con tanto di vere e proprie guide in rete, in dei siti molto frequentati da donne appartenenti a gruppi di popolazione di scarsi

mezzi. In un articolo del 18 febbraio 2008 il quotidiano “La Stampa” riferiva il fenomeno soprattutto alle donne sudamericane. Un esempio: <http://www.womenonwaves.org/>

⁽¹⁰⁾ Le indicazioni sono: «Trattamento del dolore acuto. Trattamento sintomatico dell'osteoartrite dolorosa. Dismenorrea primaria. La decisione di prescrivere nimesulide deve essere basata su una valutazione dei rischi individuali complessivi del paziente».

⁽¹¹⁾ Da considerare è che, già nel 2002, l'Italia risultava come il Paese con il maggior tasso di assunzione di Aulin e Oki (“Corriere della Sera”, 18 maggio 2007).

Bibliografia

- AGAMBEN Giorgio (2003), *Stato di eccezione: Homo sacer II*, Bollati Boringhieri, Torino.
- APPADURAI Arjun (1986), *The social life of things: commodities in cultural perspective*, Cambridge University Press, Cambridge.
- DASTON Lorraine (1995), *The moral economy of science*, “OSIRIS”, n. 10, 1995, pp. 2-24.
- EDEL Abraham (1962), *Anthropology and ethics in common focus*, “Journal of the Royal Anthropological Institute of Great Britain and Ireland”, vol. 92, n. 1, 1962, pp. 55-72.
- FAINZANG Sylvie (2009 [2001]), *Farmaci e società. Il paziente, il medico e la ricetta*, traduz. dal francese di Adelina Talamonti, ediz. italiana a cura di Vittorio A. SIRONI e Mara TOGNETTI, Bologna, postfazione di Pino SCHIRRIPIA, Franco Angeli, Milano [ediz. orig.: *Médicaments et société. Le patient, le médecin et l'ordonnance*, Presses Universitaires de France, Paris, 2001].
- FAINZANG Sylvie (2006), *La relation médecins-malades: information et mensonge*, Presses Universitaires de France, Paris.
- FAINZANG Sylvie (2011), *From self-diagnosis to self-medication: constructing and identifying symptoms*, pp. 39-58, in FAINZANG Sylvie - HAXAIRE Claudie (curatori), *Of bodies and symptoms. Anthropological perspectives on their social and medical treatment*, Universitat Rovira i Virgili Publicacions, Tarragona.
- FASSIN Didier (2009), *Les économies morales revisitées. Étude critique suivie de quelques propositions*, “Annales. Histoire, sciences sociales”, vol. 64, n. 6, 2009, pp. 1237-1266.
- FASSIN Didier (2010), *La raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent*, Hautes Études - Gallimard - Seuil, Paris.
- FASSIN Didier - EIDELIMAN Jean-Sébastien (2012), *Introduction*, pp. 9-18, in FASSIN Didier - EIDELIMAN Jean-Sébastien (curatori), *Économies morales contemporaines*, La Découverte, Paris.
- GAY Y BLASCO Paloma (1999), *Gypsies in Madrid: sex, gender and the performance of identity*, Berg, Oxford.
- NUSSBAUM Martha (2001), *Upheavals of thought: the intelligence of emotions*. Cambridge University Press, Cambridge.
- REYNOLDS WHYTE Susan - VAN DER GEEST Sjaak - HARDON Anita (2003), *Social lives of medicines*, Cambridge University Press, Cambridge.
- RICORDY Alice - TREVISANI Claudia - MOTTA Fulvia - CASAGRANDE Silvia - GERACI Salvatore - BAGLIO Giovanni (curatori) (2012), *La salute per i Rom. Tra mediazione e partecipazione*, Edizioni Pendragon, Bologna.
- SCOTT James C. (1981 [1977]), *L'economia morale dei contadini: rivolta e sussistenza nel Sud-Est asiatico*, traduz. dall'inglese di Sergio Viletti, introduzione di Pasquale VILLANI, Liguori Editore, Napoli [ediz. orig.: *The moral economy of the peasant. Rebellion and subsistence in Southeast Asia*, Yale University Press, New Haven, 1977].
- SCOTT James C. (2006 [1990]), *Il dominio e l'arte della resistenza. I “verbali segreti” dietro la storia ufficiale*, traduz. dall'inglese di Roberto Ambrosoli, Elèuthera, Milano [ediz. orig.: *Domination and the arts of resistance: hidden transcripts*. Yale University Press, New Haven, 1990].

SIMÉANT Johanna (2010), *Économie morale et protestation. Détours africains*. "Genèses", vol. 4, n. 81, 2010, pp. 142-160.

THOMPSON Edward Palmer (1971), *The moral economy of the English crowd in the Eighteenth century*, "Past and Present", n. 50, 1, febbraio 1971, pp. 76-136.

TREVISAN Paola (2004), *La 'salute' dei Rom: una questione piuttosto ingarbugliata. Riflessioni antropologiche sulla letteratura medica riguardante gli Zingari*, "La Ricerca Folklorica", n. 50, 2004, pp. 53-73.

VAN DER GEEST Sjaak - REYNOLDS WHYTE Susan - HARDON Anita (1996), *The Anthropology of pharmaceuticals: a biographical approach*, "Annual Review of Anthropology", vol. 25, 1996, pp. 153-178.

Scheda sull'Autore

Lorenzo Alunni è nato a Città di Castello (provincia di Perugia) nel 1983. Dopo la formazione in Antropologia culturale presso l'Università degli studi di Perugia (Lauree triennale e magistrale) e un Master di secondo livello all'École des hautes études en sciences sociales (Parigi), ha ottenuto, nel 2012, il Dottorato internazionale in Etnologia e antropologia (AEDE) in co-tutela fra l'Università degli studi di Perugia e l'Université Paris Ouest Nanterre La Défense.

La sua ricerca di dottorato è stata diretta da Giovanni Pizza (Università degli studi di Perugia) e Patrick Williams (Université Paris Ouest Nanterre La Défense) ed è sfociata nella tesi dal titolo *La cura e lo sgombero. Etnografia dell'intervento sanitario nei campi rom di Roma*.

È membro della Società italiana di antropologia medica (SIAM). I suoi principali interessi di ricerca vertono attualmente sugli interventi sanitari nelle aree urbane marginalizzate, sul dibattito corrente relativo all'antropologia delle morali e sull'evoluzione delle forme di scrittura etnografica. Alcuni suoi articoli sono stati pubblicati e altri sono in corso di stampa in riviste italiane e internazionali.

Riassunto

La morale delle avvertenze. Circolazione, uso e manipolazione dei farmaci nei campi rom di Roma

Basato su una ricerca etnografica svolta nel 2009 e 2010, questo articolo si rivolge alla diffusione e alle forme d'utilizzo dei farmaci fra i residenti dei "campi rom" della zona sud e sudovest di Roma. Soffermendosi su casi di un loro adattamento creativo per fini abortivi e di preparazione di stupefacenti, i farmaci vengono colti nel loro essere strumenti descrittivi del rapporto fra le comunità dei campi, le istituzioni sanitarie e la società maggioritaria.

Parole chiave: farmaci, campi, Rom, Roma, sanità, aborto, droga.

Résumé

La morale de la notice. Circulation, utilisation et manipulation des médicaments dans les camps roms de Rome

Basé sur une recherche ethnographique qui a eu lieu en 2009 et 2010, ce texte concerne la diffusion et les formes d'utilisation des médicaments parmi les résidents des "camps roms" de la zone sud et sud-ouest de Rome. En se concentrant sur des cas d'adaptation créative à des fins d'avortement et de préparation de stupéfiants, les médicaments sont saisis en tant qu'outils descriptifs du rapport entre les communautés des *camps*, les institutions sanitaires et la société majoritaire.

Mots-clés: médicaments, camps, Rom, Rome, santé, avortement, drogue.

Resumen

La moral de la etiqueta. Circulación, uso y manipulación de los medicamentos en los campamentos rom de Roma

Con base en una investigación etnográfica llevada a cabo en los años 2009 y 2010, el presente texto aborda la difusión y los múltiples empleos de los medicamentos entre los residentes de los "campamentos rom" de la zona sur y suroeste de la ciudad de Roma. Adaptados de forma creativa para fines abortivos o en la preparación de sustancias stupefacientes, los medicamentos son analizados en tanto instrumentos descriptivos de la relación entre la comunidad de los campamentos, las instituciones sanitarias y la sociedad mayoritaria.

Palabras clave: medicamentos, campamentos Rom, Roma, sanidad, aborto, drogas.

Abstract

The moral of the instructions. Circulation, use and manipulation of medicines in the Roma settlements in Rome

Based on an ethnographic research conducted between 2009 and 2010, this article discusses the diffusion and use of medicines among the inhabitants of the Roma settlements, the "Roma settlements", in the South and South-East of Rome, Italy. Focusing on their "creative" adaptation for abortion and drug preparation, the medicines are observed as descriptive tools for the relationship between Roma communities, sanitary institutions and the larger society.

Keywords: medicines, camps, Rom, Rome, health, abortion, drug.

Percorsi d'inclusione delle medicine non convenzionali nelle attività di un gruppo di medici di medicina generale e pediatri di libera scelta nella regione umbra

Carlotta Bagaglia

dottore di ricerca in Metodologie della ricerca etnoantropologica (Università degli studi di Siena - Università degli studi di Perugia - Università degli studi di Cagliari) / ricercatrice presso la Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia) [bagaglia@antropologiamedica]

1. L'orizzonte di riferimento

Il lavoro che qui si presenta ha avuto l'obiettivo di esaminare gli atteggiamenti e le scelte operative di un gruppo di medici di medicina generale e di pediatri di libera scelta che, all'interno del Servizio Sanitario Nazionale italiano, praticano alcune medicine non convenzionali parallelamente alla biomedicina. I nuclei tematici che hanno orientato tale ricerca si strutturano attorno ad alcuni ambiti specifici: il ricordo delle motivazioni e degli accadimenti che hanno portato questi operatori biomedici ad avvicinarsi ad alcune medicine non convenzionali e a praticarle, i loro vissuti soggettivi, le modalità attraverso le quali costruiscono e strutturano le loro pratiche "non convenzionali"; ed infine le modalità soggettive attorno alle quali essi si rappresentano la legittimità del proprio operato a fronte degli altri colleghi e di contro ad un vuoto normativo che caratterizza l'attuale situazione italiana.

Sebbene l'ampio e complesso dibattito nazionale ed internazionale sia testimone di una discussione ancora molto accesa ed aperta a partire dalla terminologia stessa, si predilige la definizione "medicine non convenzionali" perché ormai prevalsa, almeno in Italia, rispetto a quella che le identifica come alternative o complementari (così come le definisce la letteratura anglosassone utilizzando la dicitura *Complementary and Alternative Medicine*). "Medicine non convenzionali" (MNC) appare forse più adeguato per circoscrivere concezioni, saperi e pratiche che, *in un concreto contesto storico-culturale*, non sono riconosciute o legittimate dall'apparato

burocratico ed amministrativo ufficialmente preposto ad offrire risposte di salute. Una legittimità ed un riconoscimento che, nel contesto italiano, da un lato sono affidati alla legislazione e alle indicazioni del Sistema sanitario nazionale ma dall'altro trovano significative variazioni nelle direttive regionali.

Ormai numerose e svolte in differenti paesi "occidentali" sono le indagini per valutare l'entità di un crescente ricorso di utenti alle MNC. Per quanto riguarda il contesto italiano questo ricorso risulta più elevato fra le donne appartenenti a ceti medio-alti, con un elevato grado di istruzione e residenti nel Nord Italia, e risulta rivolto a trattamenti di omeopatia, massaggi, fitoterapia e agopuntura. In aumento è anche l'utilizzo dell'omeopatia per bambini e ragazzi fino ai quattordici anni d'età⁽¹⁾. Negli ultimi anni, peraltro, risulta che numerosi biomedici praticano MNC parallelamente alla biomedicina sia in ambito privato che in ambito pubblico⁽²⁾.

La situazione che si presenta ai nostri occhi, in questo particolare periodo storico, investe così numerose questioni interne al "campo biomedico" quali, ad esempio, la definizione degli iter formativi e l'accreditamento professionale, il ruolo del Sistema sanitario nazionale, il problema delle ricerche sull'efficacia delle varie MNC ed infine l'ambito delle soluzioni normative.

In effetti, già dai primi anni '90 molto intensa è stata in Italia l'attività legislativa intorno alla questione del possibile riconoscimento e della regolamentazione delle MNC. La discussione normativa italiana consegue, in qualche modo, alle indicazioni proposte dalla Unione Europea che, fin dal 1997, ha emanato una serie di direttive e risoluzioni con l'obiettivo di rendere omogenee le legislazioni dei vari Stati membri per garantire ai cittadini la più ampia libertà possibile di scelta terapeutica⁽³⁾.

In Italia, a partire dal 1996 sono state avviate una serie di proposte di legge sulle MNC a livello nazionale, nessuna delle quali ha però mai superato l'intero iter legislativo. Ciononostante, in virtù del federalismo, alcune regioni italiane sono intervenute autonomamente sulla questione inaugurando ambulatori specifici, avviando ricerche conoscitive e investendo su specifici percorsi formativi.

Inoltre, nel 2002, la Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (Fnomceo), scavalcando la legislazione, ha riconosciuto "nove MNC" come "atti medici", praticabili – in quanto tali – esclusivamente da laureati in medicina e odontoiatria. Le MNC "riconosciute" sono: agopuntura, medicina tradizionale cinese (!), chiropratica, fitoterapia, omeopatia, medicina antroposofica, osteopatia, omotossicolo-

gia e medicina ayurvedica. Questa presa di posizione molto decisa sembra manifestare l'intento di cooptare in maniera definitiva ed ufficiale queste MNC all'interno dello "strumentario" biomedico ribadendo, in ogni caso, la loro posizione subalterna e la loro praticabilità solo da medici laureati nelle facoltà di medicina.

Il vuoto legislativo nazionale, l'aumento del ricorso a MNC da parte della popolazione, l'aumento della pratica di MNC da parte di biomedici⁽⁴⁾ e il confuso quadro normativo, costituiscono gli elementi fondamentali per la costruzione dello scenario al cui interno si colloca questa ricerca.

2. La ricerca: note di metodo

L'indagine empirica di cui si presentano qui alcuni principali risultati, s'inserisce all'interno di una serie di esperienze sul campo che hanno avuto inizio nel 2000. Il mio interesse per gli atteggiamenti e le pratiche di medici di medicina generale e di pediatri di libera scelta nei confronti delle medicine non convenzionali ha orientato di fatto l'indagine [che è poi confluita nella mia tesi di laurea (BAGAGLIA C. 2001)]. L'obiettivo era quello di individuare quali MNC questi operatori conoscevano, quale definizione ne davano, in che modo le inserivano nel loro paradigma scientifico e nella loro pratica quotidiana e quali valutazioni ne davano in riferimento alla concezione di salute/malattia che erano andati elaborando nel loro percorso professionale. Dopo aver selezionato una particolare area della Regione Umbria – il Distretto n. 1 della ASL n. 2 – avevo proceduto somministrando a un campione di 164 medici e pediatri un questionario (postale) a domande "aperte" ricavandone 34 risposte ed effettuando 31 interviste in profondità con operatori biomedici selezionati casualmente.

Parallelamente ho partecipato all'equipe che ha condotto l'indagine biennale (2000-2002) *Terapie non convenzionali: indagine descrittiva sulle offerte e sulla utenza nella Regione dell'Umbria*⁽⁵⁾, focalizzata sugli operatori (biomedici e non) che praticavano MNC, i loro utenti, le farmacie, le erboristerie e i centri di medicina non convenzionale presenti nel territorio umbro. Conclusa anche questa indagine e sulla scorta della esperienza sul campo acquisita, ho orientato la ricerca di dottorato – di cui viene qui fornita una sintesi parziale –.

In particolare vengono qui esaminati gli esiti di una decina di lunghi colloqui in profondità condotti nel biennio 2004-2005 con "medici di me-

dicina generale” e “pediatri di libera scelta” che al momento, praticavano una qualche MNC da almeno 15 anni nel territorio umbro.

Attraverso questi colloqui si era cercato di individuare, appunto, le motivazioni, gli accadimenti, i vissuti soggettivi che avevano portato questi operatori biomedici ad avvicinarsi ad alcune medicine non convenzionali e a praticarle: con tutte le cautele metodologiche del caso, essendo evidente che stavamo individuando più che gli accadimenti e le motivazioni iniziali, la loro percezione soggettiva e i loro ricordi nel tempo.

La scelta di lavorare con queste particolari categorie di biomedici è stata effettuata tenendo in conto la posizione che essi occupano all'interno del Servizio sanitario nazionale e alcune caratteristiche della loro attività professionale: la presenza capillare sul territorio, il tipo di problematiche alle quali essi si trovano a dover dare risposta, e soprattutto la loro possibilità di entrare in rapporto reiterato con un numero molto elevato di utenti⁽⁶⁾. In un Servizio sanitario nazionale che modula i livelli d'intervento dal più generale al più specialistico, i pediatri di libera scelta e i medici di medicina generale sono impegnati nella cosiddetta “medicina di primo livello”. A loro – la cui attività è svolta all'interno del Servizio in base un contratto nazionale collettivo – è preposta l'educazione e la prevenzione sanitaria della popolazione unitamente agli interventi diagnostici e terapeutici. Essi costituiscono inoltre, per gli utenti, la chiave d'accesso alle strutture specialistiche ed ospedaliere presenti nel territorio.

Decidere di avviare una ricerca su questo terreno ha delle precise implicazioni e delle inevitabili conseguenze che sono insite nel fare antropologia “at home”. Scegliere come *field* il proprio contesto socio-culturale, la propria Regione, così come decidere di focalizzare l'attenzione su soggetti che operano all'interno del Servizio sanitario nazionale offrendo servizi dei quali noi stessi usufruiamo in prima persona, significa toccare con mano alcune difficoltà inevitabili: difficoltà che si verificano soprattutto, come è noto, quando il “tornare a casa” non permette l'allontanamento dal campo e l'attenzione è catturata in ogni momento dalle istituzioni, dai media, dai soggetti delle reti che si abitano, dalle proprie esperienze personali in materia di salute/malattia.

«[...] l'antropologo ha acquisito, preliminarmente, uno specifico sapere/approccio professionale. Ma in ogni caso, comuni o abbastanza simili fra i due poli della ricerca – fra lui che indaga, appunto, e chi viene indagato – sono in larga misura gli orizzonti di vita e l'impianto culturale di fondo in base ai quali entrambi elaborano i propri punti di vista, i riferimenti al

passato, le gerarchie dei valori e una gran quantità di codici e convenzioni. Come è noto, ciò consente al ricercatore di partire avvantaggiato da una giovevole piattaforma di conoscenze-quadro e di buone chiavi di lettura della realtà indagata; ma al tempo stesso una tale situazione sottrae alla sua attenzione, in quanto apparentemente “ovvie”, un gran numero di manifestazioni e di connessioni che ad un osservatore esterno salterebbero immediatamente agli occhi» (SEPPILLI T. 2003: 14).

E in effetti, questo lavoro ha confermato in ogni momento quanto sembra specifico del lavoro “at home”: un esercizio critico costante delle proprie chiavi di lettura, l'attenzione a quanto è apparentemente “ovvio”, la costante consapevolezza delle ricadute operative del proprio lavoro e del significato dell'impegno civile che necessariamente le sottende.

2.1 La conquista di una nuova dimensione terapeutica

Significativo è quanto emerso dai colloqui in merito alle motivazioni, agli accadimenti, ai vissuti soggettivi che hanno portato i medici intervistati ad avvicinarsi ad alcune MNC e a praticarle parallelamente alla “medicina di primo livello”. Perché ad un certo punto della carriera alcuni medici decidono autonomamente di avvicinarsi alle MNC? In che fase del loro percorso formativo e professionale? Ma soprattutto, come si articola il loro vissuto soggettivo rispetto all'incontro/scontro di formazioni che fondano le loro radici in orizzonti ideologici molto lontani, quando non in aperta contraddizione fra loro? Il rapporto stabilito fra i diversi approcci finisce per essere una semplice integrazione di tecniche o si può parlare di una rielaborazione più profonda?

Di frequente gli intervistati raccontano come, ad un certo punto, del loro percorso professionale, siano stati attraversati da una crisi, dalla percezione di un disagio che investe gli strumenti resi disponibili dalla biomedicina e la loro insufficienza nella risposta a talune domanda di salute.

C'è chi parla di una “conversione”, quasi si trattasse del passaggio ad altra fede:

«Io la considero come una conversione dell'età matura, cioè nel senso, io sono arrivato... ho cominciato... ho quarantanove anni, ho cominciato prima ad occuparmi di medicina non convenzionale a quarant'anni, dopo i quarant'anni. Prima ero completamente... ero un feroce praticamente oppositore, ero una persona che era convinta che tutto... che uscendo dall'università ci avessero dato tutta la scienza, voglio dire, innata per poter far tutto, poi t'accorgi nella realtà che molto spesso non è così, cioè ti accorgi che effettivamente tante patologie praticamente non le risolvi, allora mi ero sinceramente un po' stancato di dire ai miei assistiti, ai miei clienti, “Hai questo, hai l'artrosi, hai i dolori, ma te li devi tenere!”. Volevo

capire se esisteva qualche altra cosa, quindi voglio dire, mi sono un po' interessato e un po' anche per mia indole, per mio carattere, io ho abitudine a conoscere, a capire cose nuove, eccetera, quindi m'ha sempre stimolato molto» (MMG, 51 anni, pratica omotossicologia, omeopatia, omeosinatria, fitoterapia, fiori di Bach).

La convinzione di essere in possesso di strumenti infallibili acquisiti durante la formazione biomedica sembra scontrarsi immediatamente nella pratica quotidiana con i limiti che, soprattutto a livello terapeutico, essi dimostrano di avere. Si ricercano allora altri approcci che possano dimostrarsi più efficaci sul piano della cura e della prevenzione.

Emerge uno scollamento fra la preparazione universitaria ed i problemi che si devono affrontare nella professione e nel rapporto con i pazienti. La crisi delle pratiche sembra ingenerare elementi di crisi del paradigma teorico. Il disagio professionale riguarda soprattutto le patologie di tipo degenerativo, cronico, cardiocircolatorio e quelle definite "acute", per le quali spesso la biomedicina non riesce a superare le risposte di tipo sintomatico e non sembra dare senso al malessere percepito.

Avvicinarsi ad altri "sistemi di cura" e successivamente praticarli diventa l'opportunità di ritrovare un entusiasmo ormai perso per una professione che è sempre più burocratizzata, fatta di linee guida, di protocolli, di ingerenze esterne acute dai processi di aziendalizzazione.

«Io ero arrivato a un momento in maniera così critica che se fossi andato avanti così non lo so se forse avrei continuato a fare il medico. Avevo un attimo di crisi perché non... cioè io tante volte mi guardo indietro e dico: "Ma se io...", cioè ho ripreso uno sprint nuovo! Una voglia di fare, una voglia di conoscere... cioè io qui anche adesso mi sono iscritto ad un corso di nutrizione biologica per capire un attimo, per avere... infatti sto facendo quasi tutto perché ho questo grosso interesse che m'è dato da questo tipo di conoscenze» (MMG altro stralcio dalla medesima intervista precedentemente riportata).

L'avvicinamento alle MNC è spesso il motore di una rivitalizzazione della professionalità, della rinascita di un entusiasmo sopito, di una spinta anche emozionale, che ridefinisce l'attività lavorativa e, in generale, l'auto-percezione, logorata dalla routine. Spinti da curiosità e cause più diverse (non ultima quella economica⁽⁷⁾), ci si avvicina ad un terreno sconosciuto, spesso denigrato dai colleghi e più in generale dalle istituzioni "ufficiali". Dai colloqui emerge infatti un panorama variegato di motivazioni: un problema di salute patito in passato da sé o da altri, per il quale, in qualità di utenti non si è trovata risposta con la biomedicina; una sorta di "predisposizione" affiorata in periodi diversi del proprio percorso esi-

stenziale e formativo; il contatto con altri colleghi che precedentemente si sono avvicinati alle MNC; il sentirsi inadeguati davanti ad una richiesta di MNC da parte di una utenza che si fa sempre più insistente.

La parola chiave spesso reiterata quando gli intervistati raccontano del loro avvicinamento alle MNC è “curiosità”. Curiosità personale che spinge ad approfondire saperi e pratiche “non convenzionali” rispetto ai quali i canali di informazione “ufficiali”, non ultimo l’istituzione universitaria, non offrono alcun tipo di informazione se non di segno negativo.

Gli intervistati attribuiscono a questa loro apertura un carattere “originario”, di vocazione profonda che è andato precisandosi e crescendo in consapevolezza nell’incontro con altre interpretazioni del corpo e della salute/malattia. Quel “qualcosa che è sempre stato in loro” si costruisce come risposta alla percezione dei limiti del modello biomedico, di una angustia di spazi professionali che suggerisce di scappare da certe “gabbie”, alla ricerca di saperi e pratiche che diano maggior conto della complessità del soggetto sofferente con il quale ci si confronta.

Entro il quadro appena tracciato le spinte motivazionali si arricchiscono di un ulteriore elemento che ha a che vedere con esperienze di malattia vissute in prima persona, che occupano nelle interviste, un certo spazio narrativo. Aver patito un problema di salute e averlo risolto attraverso il ricorso a MNC, appare l’occasione da cui si sono prese le mosse e si sono precisate curiosità ed interessi nuovi. Il percorso, fin dall’inizio, si costruisce attorno al ribaltamento del ruolo – da medico a paziente (BARTOCCIONI S. - BONADONNA G. - SARTORI F. 2006) – e al dubbio di una qualche inefficacia della biomedicina e dell’ideologia scientifica sulla quale essa si fonda. Il “medico malato”, confrontandosi con queste contraddizioni (GODEAU E. 1993) e misurandosi con il fallimento della corporeità oggettivata (idea intorno alla quale si incentrano pesantemente i processi di formazione biomedica, PIZZA G. 2005). Così, egli decide autonomamente di ricorrere ad altri tipi di trattamenti attraverso una sorta di “rito iniziatico” che porta il medico ad altre interpretazioni (GODEAU E. 1993).

L’esperienza diretta o indiretta di malattia è indicata quindi di frequente come momento di iniziazione alle metodiche non ufficiali: si parla di un avvicinamento lento, graduale anche se irreversibile e – come si diceva – quasi preordinato e inevitabile, a sottolineare che il processo di maturazione ed il periodo di “margine” è stato lungo e meditato.

Fin dai racconti relativi alla “iniziazione” comincia a delinearsi la costruzione dei confini fra se stessi e gli “altri”, quegli “altri” che appartengono

al medesimo gruppo professionale ma che seguono fedelmente le regole del sapere biomedico e non offrono, al momento del bisogno, risposte di salute efficaci.

Nel costruire le narrazioni – specie in risposta alle possibili critiche dei colleghi – i medici intervistati propongono un’immagine di se stessi caratterizzata da una “apertura mentale” che si contrappone agli schemi rigidi del modello scienziato appreso nelle università e si nutre invece, a loro parere, della verifica empirica dell’efficacia delle MNC così come essi sono andati via via sperimentando nella attività.

Le modalità attraverso i quali gli operatori hanno vissuto il conflitto interno fra le diverse formazioni sono molteplici ed eterogenee: le narrazioni parlano in ogni caso – come si diceva – di una crisi, di un disagio, un momento di confusione iniziale nel quale i diversi quadri concettuali si scontrano. L’approfondimento, ad esempio, delle conoscenze relative alla medicina cinese sembra aver causato in un intervistato, in particolare, una frattura profonda che, traslata nella sua attività pratica quotidiana, ha dato luogo, come lui stesso si esprime, ad una dissociazione “schizofrenica”: affrontare un problema di salute ora con gli strumenti biomedici, ora secondo l’approccio mutuato dalla medicina cinese, ha significato vivere la professione, per un certo periodo, come scissa “in compartimenti stagni”. La ricomposizione ha richiesto una consapevolezza che l’intervistato riconduce autoironicamente ad un’abilità acrobatica, ad un capolavoro di astuzia.

«Inizialmente ho vissuto in maniera abbastanza schizofrenica, cioè mi mettevo il cappellaccio cinese in un momento, il cappellaccio occidentale in un altro. Poi, nel corso degli anni, e ci sono voluti pochi anni... perché ho capito che le due cose erano in realtà la stessa cosa e lì sono stato... ho fatto il ganzo, diciamo» (MMG, 52 anni, pratica agopuntura).

E “l’imbarazzo” della transizione diventa ancora più evidente nel caso in cui si decida di praticare l’omeopatia, branca eterodossa della biomedicina, con cui i suoi presupposti teorici entrano in aperta contraddizione.

«Io ho avuto, dentro di me, un lavoro enorme su questo perché son due teorie che in alcuni settori sono talmente... sono all’opposto, quindi capisce che per la formazione che noi abbiamo a livello universitario... eh, è un bel problema! Però se tu piano, piano, impari a convivere, non solo, ma a motivare e a capire l’evoluzione di molte malattie in un determinato modo, non è vero che poi l’omeopatia è così lontana dalla medicina ufficiale» (PLS, 53 anni, pratica omeopatia).

La soluzione sembra stare nella capacità acquisita, attraverso la pratica e l’esperienza, di integrare i diversi approcci che giungono a comporre un

unico quadro concettuale a cui attingere, di volta in volta, la risposta più adeguata. Sta al paziente poi accogliere la proposta terapeutica.

«Ho superato l'imbarazzo con me stesso: "Adesso come l'affronto? Come un agopuntore o come..." No, ora non me frega più niente. Ora dico al paziente: "Guardi, secondo me la cosa migliore da fare è questa". Qualunque essa sia, se è la migliore è la migliore. Per cui mi capita di dire ad un paziente: "Guarda, è meglio se ti prendi i fiori di Bach". Oppure: "Guarda, tu hai la lombalgia, e lo risolvi soltanto trattando questa cicatrice". Poi il paziente decide» (MMC, 52 anni, pratica agopuntura).

2.2 Una professionalità pluralistica

In effetti, il termine "pluralismo terapeutico" descrive solitamente una situazione nella quale i pazienti, impegnati a dare risposta ai loro problemi di salute, ricorrono *parallelamente* e spesso *contemporaneamente* alla biomedicina e ad altri approcci di cura. Così, più frequentemente, le attenzioni dei ricercatori si sono concentrate sulle opinioni, gli atteggiamenti, le *illness behaviours* che caratterizzano appunto questa tipologia di pazienti. In questa prospettiva la letteratura ha messo in luce modalità di orientamento diverse nel tempo. Mentre ad esempio negli anni Settanta le singole scelte risultavano prevalentemente connesse a motivazioni ideologiche, in questi ultimi anni esse appaiono piuttosto fondate su un forte pragmatismo: la opzione fra il ricorso all'approccio biomedico o invece alle MNC sembra cioè legato a motivazioni di ordine quasi esclusivamente pratico e contingente. Così come ha messo in evidenza Benoist, in un suo importante anche se non recentissimo contributo (BENOIST J. 1996), laddove un intervento (diagnostico o terapeutico) fallisce o presenta dei limiti, ci si rivolge altrove senza aderire in maniera totalizzante all'approccio volta a volta prescelto.

Ma sembra opportuno applicare la categoria di "pluralismo terapeutico" anche agli stessi operatori quando essi adottano appunto una pluralità di orientamenti di cura: quando essi, cioè, rifuggono dall'adesione monolitica ad un unico sistema e propendono invece per l'utilizzo di sistemi diversi e per una conseguente fluidità di opzioni operative. I confini in questo senso non sono netti. Il medico pluralista è sì iscritto nel "campo biomedico" ma al contempo partecipa ad altre concezioni del corpo e di salute/malattia alle quali decide di attingere che, in certa misura, contribuiscono a modificare il suo modo di praticare la stessa biomedicina.

Questa modificazione è frutto della «profonda contraddizione fra l'orizzonte ideologico e culturale di appartenenza – fondato su un regime autonomo di razionalità e verità – e la prassi concreta e situata del loro

agire quotidiano in situazioni reali» (PIZZA G. 2005: 147). Il lavorare nella quotidianità produce nel medico «l'elaborazione di tattiche personali che lo spostano rispetto a una rigida appartenenza al proprio sistema di riferimento e lo pongono in posizione di dialogo critico e di continua negoziazione della propria identità» (PIZZA G. 2005: 147). A proposito delle MNC praticate, emerge dai colloqui come – ai livelli preventivo, diagnostico o terapeutico – gli intervistati raramente scelgano di intervenire ricorrendo ad un unico approccio: utilizzando i vari strumenti offerti da altre medicine, essi si sentono in possesso di «un'arma in più», di «più frecce al proprio arco», nessuna delle quali, da sola, è da considerarsi risolutiva, dotata di virtù eccezionali.

Così sembra giusto riferire il pluralismo terapeutico anche a questi operatori, che raramente abbandonano l'approccio diagnostico o terapeutico propri della biomedicina ma attuano sul piano operativo una prima significativa integrazione. I medici intervistati dichiarano appunto di scegliere, di volta in volta, lo strumento che appare più efficace, in rapporto ai problemi specifici e allo specifico soggetto che è innanzi a loro.

«Per una broncopolmonite non rischi comunque solo con l'omeopatia. Sì, dai un supporto omeopatico, ma dai anche un farmaco: insomma, quando ci vuole lo prendi! Per un attacco d'asma grave anche il cortisone si può dare, non è che... insomma, voglio dire, qualche volta serve! Serve anche mettere un farmaco... ecco, non bisogna averci tanto i paraocchi» (PLS, 55 anni, pratica omeopatia e fitoterapia).

«Prima di tutto sono medico, poi ho preso diverse specializzazioni. Però considero – come le dissi già l'altra volta – il tutto delle frecce al mio arco» (PLS, 53 anni, pratica omeopatia).

Questa integrazione di approcci nella quale “tutto serve”, nulla è evitato a priori, appare però possibile solo sulla base dell'esperienza sedimentata all'interno della attività professionale. Nel continuo confronto con MNC come l'agopuntura, l'omeopatia, la fitoterapia, la cui efficacia non gode attualmente di un riconoscimento ufficiale, è la personale sperimentazione empirica ad assumere una rilevanza fondamentale nella scelta del rimedio da utilizzare nelle diverse situazioni. Le “prove d'efficacia” si costruiscono nella quotidianità, nel continuo confronto con l'utenza, nelle verifiche condotte a livello professionale.

Ma, per quanto gli intervistati tendano continuamente a distinguersi dai medici “normali” nel tentativo di dare corpo ad una auto-definizione professionale fondata sulla pluralità delle pratiche, alcune delle metafore utilizzate testimoniano il radicamento di una formazione biomedica che non è stata abbandonata. Dai discorsi degli intervistati infatti raramente

emerge una critica esplicita della ideologia e della pratica biomedica: spesso anzi si sottolineano i risultati ottenuti dalla biomedicina nel corso degli ultimi cent'anni, specie per quanto concerne le strumentazioni diagnostiche e la ricerca farmacologica, e la loro traduzione in un generale miglioramento dei livelli di salute. Parimenti, i medici intervistati affermano di non voler in alcun modo rinunciare al bagaglio di esperienze acquisite in anni di medicina d'urgenza, di medicina generale o servizi di guardia medica. Caso mai in questione è l'uso indiscriminato di tecniche invasive o di farmaci di sintesi che possono avere effetti secondari evitabili con la medicina cosiddetta "naturale".

«[...] io non rinuncio alle mie esperienze fatte di notte in emergenza, non ci rinuncio, perché ho trattato gli infarti, ho trattato la colica renale, ho trattato... non con l'omeopatia... perché devo rinuncia' se esiste... uno che c'ha una colica renale prenderà un Voltaren, sta bene in tre minuti. Poi starà al medico coscienzioso far capire a questo che non esiste solo il Voltaren, esiste un modo di alimentarsi particolare, esistono anche delle tecniche medico naturali tra cui l'omeopatia ma anche la fitoterapia in quel campo, che possono evitare il ripresentarsi del calcolo. Però in certe situazioni è favolosa, non bisogna fare di tutta un'erba un fascio. La vita funziona meglio perché esistono delle tecniche ufficiali favolose. Gli antibiotici hanno salvato popolazioni intere... adesso un po' meno, però... poi c'è stato l'eccesso... poter avere una colica renale e il stare bene in un quarto d'ora è una cosa favolosa, perché no? Poter usare la morfina in una persona che sta per morire, di farla morire bene, perché no? Poi, in certi campi, la medicina ufficiale ha un effetto secondario talmente negativo che è meglio usare prodotti naturali» (MMG, 49 anni, pratica omeopatia e agopuntura).

Ciò che separa e distingue, marca il confine fra chi ha deciso di approfondire ad esempio l'omeopatia, e gli "altri", che seguono esclusivamente i principi appresi nelle facoltà di medicina, è piuttosto un atteggiamento problematizzante: porsi delle domande, approfondire i perché di un evento patologico, non accontentarsi di fermarsi ai sintomi o, comunque, alle cause immediate.

«[...] quando c'ho na tonsillite batterica da streptococco anch'io do l'antibiotico, lo do, perché so che quello m'è dirimente! Però subito dopo me chiedo: "Ma perché quel...". Mentre il medico allopatico finisce lì e dice: "Va beh, l'ho curato! Arrivederci e grazie!". Io no! Comincio a ragionare. E dico: "Ma perché. Va beh, t'ho curato conquello, t'ho messo a posto. Ma perché l'organismo mi ha reagito in quella maniera?". Questo è il lavoro. Quindi io faccio doppia fatica[ride] perché mi pongo sempre, medico omeopata... dice: "Ma non doveva succedere, questo. Allora vuol dire che c'è nell'organismo qualcosa che non quadra!". Invece il medico normale dice: "Va beh, basta [sbatte le mani con il senso di: lavarsene le mani] t'ho curato!". Come diceva Totò: "Pigliate sta pasticcia!". Capito? Questa è un po' la diversità!» (PLS, 53 anni, pratica omeopatia)

Dai medici che utilizzano l'omeopatia, i "medici normali" vengono giudicati come colleghi che non si interessano a fondo del paziente, si deresponsabilizzano rispetto al malessere, affidandosi al supporto farmacologico che dà soluzione al sintomo. Il rimedio farmacologico in realtà "copre" i perché, li rende invisibili e agendo direttamente sui sintomi tende a ignorare le vicende e i vissuti personali che dovrebbero essere individuati e ascoltati per cercar di riportare l'equilibrio nell'organismo. Ma questi confini tra sé e gli "altri" vengono tracciati all'interno della medesima categoria d'appartenenza: si è comunque medici e si utilizzano comunque all'occorrenza gli stessi rimedi farmacologici e le stesse tecniche diagnostiche strumentali. La differenza sta nell'assumersi la "fatica" di inserire l'evento patogeno all'interno di un più ampio quadro nel quale la malattia acquisisce significati ulteriori intorno ai quali è bene interrogarsi.

Non si abbandona l'utilizzo del rimedio farmacologico nel momento in cui le situazioni contingenti e acute lo richiedono "nel rispetto" non solo del paziente, ma anche e soprattutto delle regole che il proprio nella struttura sanitaria pubblica impone. La pratica di altri tipi di trattamenti è inserita infatti all'interno di uno spazio di autonomia che tali soggetti costruiscono nello svolgimento della propria professione, ma che non può superare i limiti previsti dalle norme. Affiora nei colloqui, sebbene mai in maniera chiara e diretta, il timore delle eventuali ripercussioni penali che una "mal pratica medica" potrebbe comportare. Prima fra tutti la possibilità di incorrere in denunce da parte dei malati o dei loro parenti. È bene ricordare, a questo proposito, come le responsabilità medico-legali dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta siano esplicitate nel contratto nazionale che li lega allo Sistema sanitario e come il numero delle denunce pendenti a loro carico sia notevolmente aumentato nel corso degli ultimi anni – avvicinandoci così ai livelli statunitensi –. L'introduzione, quindi, di altri tipi di trattamenti è vissuta come un'iniziativa da prendere con cautela, quando le condizioni di salute del paziente lo permettano e lo consiglino e non sussista la possibilità che la sua vita sia posta minimamente a rischio.

«Mah, io all'inizio quando inizio una terapia omeopatica non tolgo mai i farmaci tradizionali. E solo se la terapia omeopatica ottiene dei risultati a quel punto sconsiglio i farmaci tradizionali. Come medico di base se ai miei pazienti do delle medicine omeopatiche, comunque... se non riesco a risolverlo in breve tempo oppure vedo che ci sono dei problemi, ricorro alle medicine tradizionali, perché chiaramente c'è un problema, insomma, anche medico-legale!» (MMG, 54 anni, pratica omeopatia e fitoterapia).

Prediligere e utilizzare diagnosi strumentali significa comunque, secondo gli intervistati, affidarsi “ai fatti”, a strumenti che in qualche modo permettono di evidenziare “il problema” e le sue cause; e se da un punto di vista terapeutico alcune MNC dimostrano di offrire risposte migliori, questo non vale per quanto concerne le tecnologie diagnostiche.

«[...] non è detto che uno deve assolutamente per forza di cose seguire solamente una via. Io non penso di avere nessuna verità, però uso più armi, nel senso buono, a beneficio di chi mi sta davanti. Però se dalla terapia ritorniamo alla diagnosi, la diagnosi deve essere fatta bene, cioè non è che me posso accontentare di farla la diagnosi del polso come facevano i cinesi 5000 anni fa. Se ho paura che c'abbia una polmonite questo se becca una radiografia. Cioè, il paziente deve avere il massimo da questo punto di vista. Poi se voglio raffinare ci sono delle tecniche diagnostiche molto più raffinate della radiografia che vengono in tempi successivi. Sennò ritorniamo a... ritorniamo indietro» (MMG, 49 anni, pratica omeopatia e agopuntura)

Sebbene da quanto appena delineato l'integrazione di alcune MNC sembri consistere in una semplice integrazione di “pratiche”, sembra importante sottolineare come in questo processo siano coinvolti anche gli orizzonti ideologici di riferimento in cui le MNC. Alle pratiche si aggiunge, anche se *in nuce*, negli operatori, un'adesione in qualche modo ideologica: mutano le concezioni del corpo e lo stesso stile di vita, muta complessivamente l'interpretazione del mondo e del posto che l'uomo vi occupa. Al contempo, però, si continua a far parte del campo biomedico e ci si sente parte di una categoria professionale all'interno della quale si decide di inserire l'esercizio delle MNC.

Tra le diverse formazioni e informazioni acquisite da un lato, e le concrete opzioni nella pratica diagnostica e terapeutica risulta comunque una stretta correlazione. È infatti sulla base delle verifiche personali di una effettiva efficacia delle MNC che gli intervistati sembrano dare senso e legittimazione ad un'attività che si colloca fra convenzionalità e non convenzionalità.

È l'efficacia esperita da loro, dai loro congiunti e dai loro utenti a far percepire loro una “coerenza” nell'attività che svolgono. Tutto sembra focalizzato sull'esperienza, sul campo, sulla pratica e nelle pratiche. Scetticismo, crisi, imbarazzo che trovano nel bagaglio d'esperienze positivo acquisito negli anni e nella costruzione di un approccio integrato la soluzione di un percorso sentito inizialmente alle volte come “altro”.

2.3 Questioni di legittimità e di legittimazione

Cosa significa praticare MNC all'interno di un Servizio sanitario pubblico che non assicura alcuna certa legittimazione e che stenta a riconoscerle ufficialmente? Quali sono le modalità soggettive attorno alle quali gli intervistati costruiscono la legittimità del proprio operato di contro ad un vuoto normativo e al tempo stesso ad un esponenziale aumento della richiesta e del ricorso dell'utenza a tali pratiche?

I discorsi dei medici, in merito a questo problema, sembrano tutti articolarsi intorno alla distinzione di un duplice versante interno/esterno – l'elaborazione di una prassi personale e la propria collocazione entro l'istituzione – che entra in gioco in ogni nucleo tematico affrontato durante i colloqui. Vi emerge insistente la ricerca di una legittimazione esterna che si considera giustificata e doverosa in virtù di una già raggiunta e fortemente percepita legittimità interna che, come abbiamo visto, trae origine dalle verifiche d'efficacia e dal crescente riconoscimento degli utenti. Una rivendicazione ed un senso di liceità a praticare, che si fonda su un'immagine della medicina più come "arte pragmatica", forse, che come "scienza". La legittimità, del resto, è stata rafforzata da un'unica e fondamentale delibera effettuata in materia, come si vedrà, ovvero l'ufficiale riconoscimento di alcune MNC come "atti medici" da parte di un organo istituzionale biomedico come la FNOMCEO.

La ricerca di un riconoscimento risulta peraltro il tema centrale del discorso, quando i medici intervistati parlano dei loro rapporti con la struttura sanitaria e, in particolare, con i colleghi dai quali hanno dovuto subire continue derisioni, specie durante i primi anni di pratica.

«[prima] ti guardavano come una mosca bianca insomma, come uno stregone, "che vuoi fare? quella è una medicina che non fa nulla, non contiene niente, è acqua fresca!"» (MMG, 51 anni, pratica omeopatia).

«Venivo preso per un mezzo pazzo però intanto me mandavano tanti casi di quelli proprio... i cosiddetti crostini. M'arrivavano proprio... prima c'ero io e poi il mago. Prima c'ero io e poi c'era il mago, il passaggio era questo» (MMG, 49 anni, pratica omeopatia e agopuntura).

Per lo più si tratta appunto di derisioni che, variando di poco, si costruiscono su di un'idea comune: la mancanza di fondamenti scientifici, il carattere irrazionale del pensiero che informa le MNC, l'assimilazione dell'operatore che le pratica alla figura del "mago". L'accusa di ciarlataneria sembra essere risparmiata, forse perché si pensa che i colleghi eterodossi coltivino in buona fede illusioni di inesistenti meccanismi sull'efficacia: nel caso dell'omeopatia viene facile evocare "l'acqua fresca".

E i discorsi degli intervistati, pronunciati spesso con grande autoironia, alludono all'avvio di un percorso intrapreso in pieno – e forse anche “eroico” – isolamento.

Gli intervistati che praticano in particolare l'omeopatia, parallelamente alla biomedicina, lamentano di ricevere dai colleghi molte critiche che fondano la loro radice comune in una supposta mancanza di studi che ne convalidino l'efficacia. La più importante accusa che i colleghi muovono agli intervistati – specie se praticano appunto omeopatia – riguarda l'utilizzo di rimedi che non solo non sono efficaci perché non testati scientificamente, ma che impedirebbero o ritarderebbero i percorsi di guarigione sostituendosi alle terapie ufficiali. L'efficacia di rimedi “altri” sarebbe esclusivamente ricondotta all'effetto placebo, al quale si può certo attribuire una qualche incidenza per problemi definiti come “psicosomatici”. Del resto gli intervistati mostrano di considerare inutili gli studi clinici che testino l'efficacia dei rimedi omeopatici attraverso strumenti messi appunto nell'ambito dei metodi valutativi della biomedicina.

«[quello dei colleghi] è un atteggiamento derisorio tutto sommato perché ancora ci sono... moltissimi colleghi che considerano... io dico per ignoranza perché non la conoscono insomma, considerano la medicina omeopatia come nulla! [...] [Questi colleghi sostengono che in medicina omeopatica] non prendi nulla, non assumi nulla! Ma ci sono sperimentazioni... io lavoro con altri medici, lì nello studio di Bastia e a parte uno che fa anche agopuntura e con il quale ho un dialogo, con gli altri zero, mi dicono: “ma ci sono sperimentazioni che dimostrano che la medicina omeopatica funziona? Ci sono trial clinici che...?” Io purtroppo in questo senso devo dire no, perché chiaramente non ci sono in effetti sperimentazioni serie, anche perché tutte le sperimentazioni che sono state fatte anche a livello credo adesso ministeriale, so che stanno facendo una sperimentazione sulla medicina omeopatica, però metodologicamente è errata perché fondano questa sperimentazione con gli stessi metodi della medicina ufficiale, cioè con un metodo di tipo biologico. Invece la medicina omeopatica è una medicina bioenergetica: per questo andrebbe fatta la sperimentazione con altri metodi, con un metodo affine alla metodologia omeopatica» (MMG, 51 anni, pratica omeopatia).

Essi ritengono la questione rilevante ma da problematizzare e porre in altri termini: si è convinti dunque della necessità di effettuare sperimentazioni cliniche sui rimedi, ma allo stesso tempo si è certi che il fallimento dei tentativi effettuati sia dovuto alla fallacia degli strumenti utilizzati, più che alla inefficacia di rimedi che al contrario, a loro parere, danno continue prove di validità. È evidente, anche su questo piano, che i medici intervistati non intendono affatto collocarsi fuori dalla biomedicina, bensì assumere al suo interno delle posizioni critiche. Alle accuse dei colleghi

essi contrappongono critiche relative alla prescrizione smodata di farmaci effettuata non tanto quanto per il bene del paziente ma per questioni di protezione medico-legale: trascurare i rischi dell'uso eccessivo di rimedi farmacologici comporta, secondo gli intervistati, sottrarsi alle proprie responsabilità, delegandole alle direttive sanitarie ed alla tutela legale. Anche in questo caso riemerge il ruolo attribuito dai medici intervistati all'esperienza personale: gli atteggiamenti denigratori dei colleghi sarebbero da imputare alla loro inesperienza più che alla mancanza di studi sull'efficacia. Si deride ciò di cui non si conoscono potenzialità e validità: che possono essere verificate con la pratica più che sancite dall'"esterno" attraverso i riconoscimenti ufficiali. Viene avvertita comunque la opportunità che le MNC siano in qualche modo sottoposte a sperimentazione clinica, per uscire dal "limbo" in cui ci si sente confinati.

Sperimentazioni cliniche e standardizzazione degli interventi sono considerate, in proposito, necessarie non solo per entrare "nell'ufficialità", ma anche per definire dei confini netti fra MNC diverse che non possono essere poste tutte sullo stesso piano. Nel tentativo di rientrare nella "convenzionalità" si propone una netta separazione fra le MNC che, grazie anche alla dichiarazione della FNOMCEO, sono riconosciute come "atti medici", ed altre tipologie d'intervento che vanno "lasciate fuori" dalla legittimazione. L'importante è non essere paragonati a "guaritori", cioè confusi con coloro che non sono in possesso di una laurea in medicina.

E nel tentativo di trovare una "via d'uscita" da questa confusa situazione, mentre ci si sente in una zona di frontiera, si interpreta questa mancata distinzione di competenze e di ruoli come una strategia politica perseguita dall'"ufficialità" per mantenere il "disordine".

«[...] la paura che spesso e volentieri dietro queste metodiche mediche, quelle che sono state un po' riconosciute anche due o tre anni fa da quel congresso fatto a Terni, s'appiccicano guaritori, pranoterapeuti... allora diventa un calderone che fa comodo all'ufficialità per di': "Va be', son tutti insieme, c'è quello che guarda l'occhio, quello che fa il pranoterapeuta, l'imposizione delle mani...". La paura è questa, ma però fa più comodo all'ufficialità, questo. E noi che stiamo dall'altra parte, in qualche maniera, ma specialmente noi che stiamo sia da una parte che dall'altra, dobbiamo dire: "Cerchiamo di studiare ste cose. Allora, alcune le possiamo accettare alcune no", anche se qualcuno ce rimette qualcosa, anche se qualcuno usava in omeopatia ste diluizioni altissime, usava solo quelle, ci sarà una codificazione che dice: "Queste sì, queste no!". Ma ogni rivoluzione fa queste cose qui nell'ambito umano, io sto parlando non soltanto di medicina. Ci dobbiamo arrivare a questo, a quel che han fatto i francesi che sì, non possono utilizzare in omeopatia delle diluizioni altissime, ma alcune diluizioni sono rimborsate dal sistema sanitario nazionale perché, altrimenti,

non si può andare avanti! La mia paura è questa: che la mancata presa di posizione fa comodo proprio all'ufficialità, non fa comodo a chi si interessa veramente della medicina naturale perché rimane tutto un calderone dove c'è di tutto, quindi fa comodo mettere insieme il pranoterapeuta e l'omeopata!» (MMG, 49 anni, pratica omeopatia e agopuntura).

La soluzione sembra venire dall'esempio offerto da altri Paesi europei, primi fra tutti la Francia e la Germania, dove non solo l'omeopatia è inserita come insegnamento nelle università ma i cui rimedi sono annoverati fra i capitoli di spesa rimborsabili dai rispettivi sistemi sanitari nazionali.

In sostanza, come abbiamo visto, nessuno degli intervistati rinuncia all'idea della possibilità/necessità di studi clinici controllati sulle MNC praticate ma tutti si riferiscono, comunque, alla verifica dell'efficacia nell'attività pratica, rivendicando all'osservazione empirica uno statuto riconosciuto come parte integrante del metodo scientifico. Concettualmente gli intervistati utilizzano gli stessi criteri di analisi e di interpretazione della efficacia su cui fonda le proprie radici la *evidence based medicine*, spogliandola tuttavia delle componenti di replicabilità e di standardizzazione e indicando come "evidenze" sufficienti alla validazione dell'efficacia le esperienze da loro stessi condotte. L'imbarazzo e la consapevolezza delle contraddizioni, comunque, rimangono e viene largamente avvertita la necessità da un lato di trovare una "spiegazione scientifica" dall'altro di restare aggrappati all'"evidenza".

«Come agisce non lo sappiamo, noi anche qui vediamo che agisce!» (MMG, 51 anni, pratica omeopatia).

«Io non credo nell'agopuntura, io vedo i risultati. Quando funzionano, funzionano, quando non funzionano, non funzionano. Perché sennò, allora, c'è sempre il rischio di agitargli davanti un maracas, fargli vedere un santino, e quelli guariscono. Per cui, sapere che un medico, che arriva con un sano scetticismo, [...], e poi ti dice: "Oh, è vero, avevo un dolore e non ce l'ho più". Beh, allora significa che è l'agopuntura che ha funzionato e che in quel senso l'affascinazione e l'effetto placebo sono impossibili" (MMG, 52 anni, pratica agopuntura).

La concezione qui espressa, dell'agopuntura e di altre pratiche contigue, è improntata insomma all'idea che si tratti di tecniche e procedure da valutare di volta in volta: da un lato l'intervistato assume lo "scetticismo" come metodo sperimentale occidentale, che preserva da una adesione puramente ideologica, dall'altro egli aderisce però ad alcuni aspetti della medicina cinese in termini di eziologia, diagnosi e terapia. In questo modo si sente al riparo dal pericolo della fascinazione e dell'effetto placebo, che teme come esercizio di ciarlataneria: non "credere" ma "vedere i risultati". A questo punto si può recuperare quell'"arte" che è parte

integrante della medicina e che sembra esser stata persa nel suo legame con le “scienze esatte”.

«[...] non sta a noi medici, non sta a me che sono medico che sono uno che cura, non sono uno scienziato, non sta a me a tutti i costi di voler avere la presunzione di dimostrare il funzionamento a livello scientifico, inteso in senso lato della parola, io devo accettare che la metodica funzioni, che sia una metodica che non causi danni, che sia ripetibile però, quando io ho iniziato a studiare medicina, la proposta del funzionamento dell'aspirina era una... l'aspirina funzionava per quella proposta, adesso funziona per n'altro motivo, però l'aspirina funziona. Volevo di' questo, questo è importante. Al tempo stesso è anche giusto che ci sia gente che accerti il funzionamento di queste metodiche che non posso essere io però io... è come l'inventore, uno dei più grossi inventori è stato Thomas Edison, ha inventato tutto questo! La lampadina... tutto ha inventato! E diceva che dopo l'intuizione ci dev'essere la traspirazione, cioè dopo l'intuizione [...] ci dev'essere il lavoro di traspirazione cioè, il sudore per riuscire a capire come quell'invenzione può funzionare [...] in omeopatia a volte c'è l'intuizione per analogia, però poi deve arrivare la sudorazione, cioè riuscire a capire chi c'hai davanti, controllare se sta persona continua a stare bene, non come fa qualcuno... allora entriamo nella stregoneria: “No, secondo me il farmaco è questo, ci vediamo fra due anni!”. Vivere da medico significa vivere un po' in prima linea, avere le telefonate: “Sto meglio, sto peggio...” e quindi la traspirazione potrebbe essere vista anche da sto punto di vista oltre che... cioè, tutto il lavoro che viene dopo è quello di oggettivare il risultato, riuscire a trovare una spiegazione» (MMG, 49 anni, pratica omeopatia e agopuntura).

Nell'ambulatorio il medico, in qualche modo, “crea”, “inventa” e arriva alla comprensione attraverso un atto creativo, uno scarto conoscitivo che consente di capire problemi che si configurano in forme sempre nuove, ma al tempo stesso il medico deve faticare controllando scrupolosamente il processo di salute/malattia; lo “scienziato” avrà il compito di sistematizzare, di normalizzare, “oggettivare” lontano dalla “prima linea”, dalla relazione con il paziente. Così come hanno sottolineato Colombo e Rebughini, «il sapere terapeutico non può essere completamente definito dalla dimensione scientifica, non può basarsi sulla meccanica applicazione di classificazioni, modelli e protocolli. Deve al contrario sapersi adeguare alla specificità dei soggetti che intende curare, richiede intuito, la capacità di ascoltare e lasciarsi meravigliare. [...] Il medico deve coniugare scienza e arte, possedere conoscenze tecniche e scientifiche, ma supportate da una solida esperienza personale e sviluppate capacità empatiche. La medicina non è una scienza ma un'arte» (COLOMBO E. - REBUGHINI R. 2004: 176).

«Perché il medico non è uno scienziato, è un umanista sotto sotto, il medico è uno che fa' arte» (MMG, 49 anni, pratica omeopatia e agopuntura).

Laddove per arte s'intende il termine nel suo significato arcaico di *ars* come pratica, come abilità "manuale" che si costruisce nel quotidiano.

Ed è in questo complesso quadro che si inseriscono altre critiche mosse ai medici intervistati dai loro colleghi, che investono questioni legate all'"economia della salute" e, in special modo, alla spesa sanitaria⁽⁸⁾.

I medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta hanno a disposizione precisi budget per la prescrizione di farmaci e di controlli strumentali. Prescrivere altri rimedi che non siano contemplati nei capitoli di spesa dal servizio pubblico – e che dovranno essere per ciò stesso pagati direttamente dall'utente – significa in genere intaccare una quota minore del budget messo a disposizione rispondendo così, positivamente alle continue richieste degli organismi sanitari in vista di una riduzione della spesa pubblica: ma ciò provoca l'invidia di colleghi che prescrivendo farmaci allopatici, finiscono inevitabilmente per "sforare".

«Tre o quattro mesi fa, nel corso della riunione di équipe del nostro nucleo, qui, di Madonna Alta, tirarono fuori l'argomento che io ero arrivato a raggiungere gli obiettivi dell'Usl [di contenimento della spesa] non solo al 100%, ma al 118%. [...] Però se tu c'hai delle possibilità terapeutiche diverse da quelle tradizionali, puoi convogliare i consumi più pesanti per esempio, su alcuni tipi di piante, e il tuo budget si abatterà perché non... non consumi sotto altri aspetti. Per cui ho detto semplicemente: "Se volete, io sono disposto, vi faccio una ventina di piante, uno schema con 20 piante che sono quelle che più si usano e più ti aiutano nella pratica. E ho sentito uno stronzetto, dall'altra parte della stanza, che ha detto: 'Ah, sì, e adesso che faccio, l'ortolano?'. 'Va, beh, non mi vedi più, peggio per te'. Io lo faccio l'ortolano, perché ha un senso preciso, sia nei confronti del paziente, sia nei miei confronti. Arrivo facilmente ad essere in credito nei confronti dell'Usl, senza muovere un dito, senza dover far porcate come vengono fatte sottobanco, non ce n'ho bisogno. Però se questo viene visto come fare l'ortolano, allora io co' sta gente non ce voglio ave più niente a che fa'» (MG, 52 anni, pratica agopuntura).

Prescrivere altri rimedi e quindi far spendere meno al sistema sanitario pubblico significa allora essere tacciati di "mala pratica", perché senza farmaci veri non "si cura". Ecco che gli intervistati sembrano vivere un'ulteriore contraddizione: a fronte delle richieste istituzionali di ridurre la spesa farmaceutica chi, grazie alla prescrizioni di rimedi non convenzionali fa spendere meno "al sistema", finisce per essere mal giudicato dai colleghi sia perché "non cura" sia perché a fronte "del sistema" esercita nei loro confronti una concorrenza sleale.

Emergono tuttavia significativi mutamenti: come rilevano gli stessi medici intervistati, si verifica nei confronti di alcune MNC una progressiva

apertura, nel senso che un numero crescente di medici di medicina generale e pediatri di libera scelta risulta avvicinarsi e praticare, in particolare, l'omeopatia e l'agopuntura. Una tendenza, peraltro, confermata dalle numerose inchieste condotte dai differenti Ordini provinciali dei medici italiani per valutare il fenomeno, come si è già accennato in precedenza [cfr. *nota* 2]. E mentre l'omeopatia è sempre più praticata in ambito pediatrico, l'agopuntura è preferita dai medici di medicina generale. Come è già stato rilevato da altre inchieste effettuate nel territorio umbro⁽⁹⁾, una simile apertura è riconducibile a differenti motivazioni. Per quanto concerne l'omeopatia appare evidente la tendenza dei pediatri ad utilizzare sempre meno farmaci allopatici ritenuti eccessivamente "violenti" e produttori di negativi effetti collaterali, per quanto concerne invece l'agopuntura, le ragioni sembrano da imputare ad altri fattori. Hanno probabilmente contribuito alla sua maggior accettazione in campo biomedico sia la creazione di un ambulatorio per la terapia del dolore convenzionato con la ASL n. 2 della Regione Umbria, nel quale laureati in medicina esercitano l'agopuntura, sia una maggiore facilità di interpretare i suoi meccanismi di funzionamento attraverso i metodi dalla biomedicina⁽¹⁰⁾. Gli intervistati segnalano infatti ripetutamente il maggiore riconoscimento loro accordato dai colleghi e la percezione di un cambiamento intervenuto negli ultimi anni che, se da un lato è da imputare alle ragioni appena espresse, dall'altro viene ricondotto alla fiducia e alla stima personale costruita in anni di pratica sul territorio.

«[...] in questo momento, ho tre medici in terapia: un ortopedico, un oculista e un neurochirurgo. Però, il tutto è passato attraverso la fiducia personale. Cioè, sono miei coetanei, che mi conoscono come essere umano, per cui il ragionamento è questo: "Io non so che cavolo faccia Luca, perché non lo capisco tanto bene, però è una brava persona. È una persona che fa le cose in buona fede e quindi io gli do una chance. Proviamo, vediamo quello che riesce a combinare. Se funziona, funziona, se non funziona non funziona» (MMG, 52 anni, pratica agopuntura).

Nella ricerca di una legittimazione "esterna" emerge comunque in maniera insistente, dalle interviste, la necessità di definire chi e in quali condizioni debba essere autorizzato a praticare MNC: si rimarca, in sostanza, la necessità che esse – ed in particolare omeopatia, omotossicologia e agopuntura – siano praticate esclusivamente da laureati in medicina. A questo riguardo i discorsi si connotano peraltro di una forte emotività: quasi con veemenza gli intervistati esprimono infatti l'urgenza che i terapeuti abbiano realizzato l'intero iter formativo in biomedicina e quindi abbiano acquisito le basi conoscitive della tradizione occidentale.

«Non si può fare il medico omeopata se tu non hai la formazione universitaria, ossia se non ha studiato medicina! Questo è fondamentale! Chiunque altro si inventa di mettersi a fare l'omeopata che non è medico non potrà mai... mai! Secondo me. Con tutto che la formazione universitaria è carente, tutto quello che vuole, però tu devi studiare medicina! Ma non è una scelta classista, non mi capisca male! È una questione di... è una questione di anatomia, è una questione di fisiologia, è una questione di biochimica, è una questione di chimica... se vuole vado avanti! Ecco! È una questione di basi mediche!» (PLS, 53 anni, pratica omeopatia).

Essere in possesso di una laurea in biomedicina e, conseguentemente, essere in grado (almeno potenzialmente) di saper eseguire diagnosi biomediche, diventa l'elemento fondamentale nella costruzione di confini rispetto alla legittimità nel praticare. La dichiarazione della FNOmceo del 2002, più volte citata, ha contribuito in qualche misura a rafforzare questa esigenza apparentemente irrinunciabile.

La crescente estensione dell'offerta di MNC da parte dei laureati in medicina è, in effetti, percepita dagli intervistati in maniera contraddittoria. Sebbene a loro parere il consenso diffuso abbia da un lato rafforzato il riconoscimento della propria attività, dall'altro l'incremento degli operatori – essendo, secondo i medici intervistati, determinato da ragioni economiche – ha contribuito a produrre una concezione delle MNC giudicata come volgarizzata e superficiale. Dai colloqui emerge una forte denuncia verso coloro che oggi “si improvvisano” agopuntori e omeopati, senza una formazione adeguata.

«[...] a me da molto fastidio il fatto che attualmente molti si... si improvvisano omeopati. Addirittura vengono... viene gente con prescrizioni omeopatiche che... non stanno né in cielo né in terra! Si vede che è stato dato qualcosa pur di dare! Solo che questo discorso è pericoloso perché come per la medicina allopatrica, ci son dei farmaci che peggiorano, non ti migliorano, chiaro il discorso? Se quel soggetto è un calcarea carbonico e tu gli dai il zolfo... provi!» (PLS, 53 anni, pratica omeopatia).

«[...] tocca trova' una via de mezzo, forse, fa' capi' a sta gente che nn'è che e tutto rosa e fiori, senno tu... ai medici tocca fa' capi' che per prescrive un prodotto omeopatico nn'è che poi fa' due corsi il sabato e la domenica! T'è da rimbecca' le maniche, devi comincia' a studia! Sennò capito?, ogni tanto me confronto con amici che conosco, che ho conosciuto, e [...] ultimamente la fo la domanda: “Qual è la tua formazione?”, dice: “Ma sì, me so interessato...”, “Me so interessato che vol di'?!”, perché io ribatto il concetto che io comincio a capicce qualcosa adesso, de agopuntura» (MMG, 49 anni, pratica omeopatia e agopuntura).

Il vuoto legislativo, unitamente alla mancanza di indicazioni precise rispetto agli iter formativi, fa sì che perfino la lunghezza dei corsi frequentati

sia assunta come parametro importante per valutare la preparazione nella disciplina che si intende praticare. La dialettica non è più quindi solo fra coloro che praticano le MNC e i colleghi che non lo fanno, ma tra medici che hanno effettuato la stessa scelta. Ed è interessante notare come gli intervistati costruiscano un'immagine di sé che si connota di istanze non utilitaristiche nel confronto con gli "altri" a cui attribuiscono motivazioni esclusivamente opportunistiche. Inoltre, è opportuno sottolineare come, sebbene si sostenga l'esigenza di iter formativi approfonditi e protratti nel tempo, si assegni allo stesso tempo un'importanza decisiva all'esperienza personale e si faccia dell'empiria il referente principale della pratica. Così come è già stato sottolineato: «[Il terapeuta] basa la sua autorevolezza non solo su corpo di conoscenze teoriche apprese, ma su un percorso personale di verifica dell'efficacia di tali conoscenze. È l'esperienza personale e clinica, più della conoscenza teorica e del riconoscimento accademico a garantire le loro competenze» (COLOMBO E. - REBUGHINI R. 2004: 175). Gli intervistati vivono in prima persona la contraddizione del sistema burocratico-amministrativo nel quale sono inseriti, che impone loro rigide linee guida alle quali conformarsi. L'esercizio delle MNC consente di coltivare un terreno nel quale si ritrova, in qualche misura, una "perduta libertà", una autonomia delle pratiche: proprio perché ancora immune da una formalizzazione precisa, e costruito soggettivamente dagli informatori, attraverso l'esperienza e la verifica personale. Questo spazio d'autonomia allo stesso tempo, proprio perché produce continui riscontri sul piano dell'efficacia terapeutica, porta gli operatori a ricercare la legittimazione esterna ed il riconoscimento della "comunità scientifica". Lo spazio d'autonomia in questo senso diventa così una "zona franca", rispetto all'ufficialità e alle sue norme, che si costruisce nella relazione duale con i propri utenti e che trova nella domanda di mercato e nelle sue spinte un'importante interlocutore. Zona franca che è costruita attraverso la "non osservanza" delle «logiche regolative del campo biomedico» (PIZZA G. 2005: 147) che entrano in crisi nel momento in cui gli operatori biomedici che praticano MNC sono impegnati nella costruzione di nuovi confini fra ciò che è legittimo e ciò che non lo è, fra ciò che è scientifico e ciò che non lo è.

Note

⁽¹⁾ CENSIS 1983; CENSIS 1989; LALLI Pina 1988; LOSI Natale 1990; DEI Fabio 1996; DOXA 1999; ERNST Edzard 2000; ISTAT 2003; ISTAT 2007; FONDAZIONE ANGELO CELLI PER UNA CULTURA DELLA SALUTE - REGIONE DELL'UMBRIA 2006; EURISPES 2006; EURISPES 2010.

(2) SECONDULFO Domenico 1987; COCCONI Giorgio 2002; COLOMBO Enzo - REBUGHINI Paola (curatori) (2003); COCCONI Giorgio - CAMMINATI G. 2005; CUTTINI M. - GIANNELLI M. 2003; BELLAVITE P. *et. al.* 2003; RANISIO Gianfranca - SIMONE C. 2005; SEPPILLI Tullio 2005; FONDAZIONE ANGELO CELLI PER UNA CULTURA DELLA SALUTE - REGIONE DELL'UMBRIA 2006; HEALTH MONITOR COMPUGROUP MEDICAL - IL SOLE 24 ORE SANITÀ 2011.

(3) Si veda tra gli altri EUROPEAN COUNCIL 1992, EUROPEAN PARLIAMENT 1997; COUNCIL OF EUROPE 1999; EUROPEAN PARLIAMENT - COUNCIL OF THE EUROPEAN UNION 2004. Per uno sguardo antropologico sulle direttive europee, inoltre, si veda DEI Fabio 2006.

(4) In particolare: agopuntura, omeopatia, omotossicologia e fitoterapia.

(5) L'indagine è stata condotta da Fondazione Angelo Celli in base ha un progetto selezionato dalla Regione dell'Umbria e finanziato dall'allora Ministero della Sanità: FONDAZIONE ANGELO CELLI PER UNA CULTURA DELLA SALUTE - REGIONE DELL'UMBRIA 2006.

(6) Il numero di iscritti varia a seconda delle categorie professionali: il medico di medicina generale può avere un massimo di 1500 iscritti mentre il pediatra di libera scelta 800.

(7) In effetti, sebbene dalle interviste non emerga esplicitamente, è abbastanza ovvio che uno dei tanti motivi – non unico ma certo importante – che conducono alcuni medici a praticare MNC sia quello legato a un desiderio di maggiore reddito personale. Gli interventi non convenzionali, dove e nella misura in cui essi non sono ammessi dalla normativa pubblica e dunque la loro pratica e le prescrizioni che ne derivano vengono attuate in un rapporto privatistico, possono costituire una cospicua fonte collaterale di guadagno.

(8) Le Aziende Sanitarie Locali, seguendo le direttive generali definite dalle politiche sanitarie nazionali, stabiliscono dei parametri concernenti la spesa sanitaria che si costruiscono attorno ai farmaci e alle indagini strumentali prescritte.

(9) Cfr. BAGAGLIA Carlotta 2005; FONDAZIONE ANGELO CELLI PER UNA CULTURA DELLA SALUTE - REGIONE DELL'UMBRIA 2006.

(10) Un importante contributo in tal senso è stato dato dalle ultime acquisizioni in materia offerte dalla psiconeuroendocrinoimmunologia, branca della biomedicina che negli ultimi decenni ha messo in luce i meccanismi sottesi alle correlazioni fra il sistema immunitario, il sistema nervoso centrale e il sistema endocrino. Per un approfondimento vedi BOTTACCIOLI Francesco, *Psiconeuroendocrinoimmunologia. I fondamenti scientifici delle relazioni mente-corpo. Le basi razionali della medicina integrata*, II ediz., Red Edizioni, Milano, 2005.

Bibliografia

ANTISERI D. - FEDERSPIL G. - SCANDELLARI C. (curatori) (2003), *Epistemologia, clinica medica e la "questione" delle "medicine eretiche"*, Rubbettino Scientifica, Saveria Mannelli (provincia di Catanzaro).

BAGAGLIA C. (2005), *Biomedicina, terapias "alternativas" y el proceso de su integración en la asistencia primaria. Investigación en una zona central de Italia*, "AM. Rivista della Società Italiana di antropologia medica", n. 19-20, 2005, pp. 139-152.

BAGAGLIA C. (2006) *Pratiche, politiche e strategie d'inclusione delle medicine non convenzionali. Atteggiamenti e scelte operative di un gruppo di medici generalisti e pediatri di libera scelta in Umbria*, tesi di dottorato in Metodologie e tecniche della ricerca etnoantropologica, Università di Siena - Università di Perugia / Università di Cagliari [inedita].

BARTOCCIONI S. - BONADONNA G. - SARTORI F. (2006), *Dall'altra parte*, Rizzoli, Milano.

BELLAVITE P. *et. al.* (2003), *Indagine sulle medicine complementari. Risultati dell'indagine sulla conoscenza e l'utilizzo dei metodi non convenzionali e complementari da parte dei medici veronesi*, "Verona Medica. Bollettino dell'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri della provincia di Verona", annata XXXVIII, n. 4, ottobre 2003, pp. 8-15.

- BENOIST J. (1996), *Soigner au pluriel*, Editions Karthala, Paris.
- BOCCA M. - FLORINDI S. - CARDINI F. (2009), *Studi per l'integrazione delle medicine non convenzionali. 2006-2008*, Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, Regione Emilia Romagna, Bologna (Dossier n. 187).
- BOTTACCIOLI F., *Psiconeuroendocrinoimmunologia. I fondamenti scientifici delle relazioni mente-corpo. Le basi razionali della medicina integrata*, II ediz., Red Edizioni, Milano, 2005.
- BOTTACCIOLI F. (2005), *Medicine non convenzionali: evidenze scientifiche e prospettive di medicina integrata*, pp. 41-51, in FONDAZIONE ANGELO CELLI PER UNA CULTURA DELLA SALUTE - REGIONE DELL'UMBRIA (enti curatori), *Terapie non convenzionali. Esiti della ricerca in Umbria e percorsi per l'integrazione nel Servizio Sanitario Regionale* [Atti del Convegno "Medicine non convenzionali. Esiti della ricerca in Umbria e percorsi per l'integrazione nel Servizio Sanitario Regionale" (Perugia, 5 dicembre 2002)], Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute - Morlacchi Editore, 2005 [http://www.antropologiamedica.it/progetti/terapieNonConvenzionali/Terapie_non_convenzionali_ricerca.pdf]
- CENSIS (Centro Studi Investimenti Sociali) (1983), *XVII rapporto/1983 sulla situazione sociale del paese*, Franco Angeli Editore, Milano / in particolare: *Prevenzione e nuova medicina: l'autogestione della salute*, pp. 401-408.
- CENSIS (Centro Studi Investimenti Sociali) (1989), *La domanda di salute in Italia. Comportamenti e valori dei pazienti negli anni '80*, Franco Angeli Editore, Milano.
- CIPOLLA C. - ROBERTI DI SARSINA P. (2009), *Le peculiarità sociali delle medicine non convenzionali*, Franco Angeli Editore, Milano.
- COCCONI G. (2002), *Indagine conoscitiva sulle medicine non convenzionali a Parma*, "Parma Medica. Bollettino dell'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri della provincia di Parma", n. 3, maggio-giugno 2002, pp. 18-28.
- COCCONI G. - CAMMINATI G. (2005), *Medicine non convenzionali: inchiesta a Parma*, pp. 121-131, in SECONDULFO D. (curatore), *Medicina medicine. Le cure "altre" in una società che cambia*, "Salute e Società", anno IV, n. 3, ottobre 2005 (numero monografico).
- COLOMBO E. - REBUGHINI P. (curatori) (2003), *La medicina che cambia. Le terapie non convenzionali in Italia*, Il Mulino, Bologna.
- COLOMBO E. - REBUGHINI P. (2004), *Un diverso sapere medico: le terapie non convenzionali tra conoscenza ed esperienza*, pp. 73-119, in GUIZZARDI G. (curatore), *Star bene. Benessere, salute, salvezza tra scienza, esperienza e rappresentazioni pubbliche*, Il Mulino, Bologna.
- COLOMBO E. - REBUGHINI P. (2006), *La medicina contesa. Cure non convenzionali e pluralismo medico*, Carocci, Roma.
- COUNCIL OF EUROPE (1999), *Resolution 1206. An European approach to non-conventional medicines* [<http://www.medicinanonconvenzionale.net/Download/ConsiglioEuropa1999.pdf>]
- CUTTINI M. - GIANNELLI M. (2003), *La diffusione della medicina non convenzionale in Toscana: dati di popolazione*, pp. 60-64, in BAUTTI E. (curatore), *Medicine non convenzionali in Toscana. Progetto di studio Firenze*, Regione Toscana (Servizio Sanitario della Toscana, Documenti dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, 8).
- DEI F. (1996), *Medicine alternative: il senso del male nella postmodernità*, "I Fogli di ORISS. Luoghi di confine tra antropologia psicologia, medicina e psichiatria", n. 5, agosto 1996, pp. 29-55.
- DEI F. (2005), *Normative europee sulle medicine non convenzionali: uno sguardo antropologico*, pp. 51-66, in FONDAZIONE ANGELO CELLI PER UNA CULTURA DELLA SALUTE - REGIONE DELL'UMBRIA (enti curatori), *Terapie non convenzionali. Esiti della ricerca in Umbria e percorsi per l'integrazione nel Servizio Sanitario Regionale* [Atti del Convegno "Medicine non convenzionali. Esiti della ricerca in Umbria e percorsi per l'integrazione nel Servizio Sanitario Regionale" (Perugia, 5 dicembre 2002)], Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute - Morlacchi Editore, 2005 [http://www.antropologiamedica.it/progetti/terapieNonConvenzionali/Terapie_non_convenzionali_ricerca.pdf]

DOXA (Istituto per le Ricerche Statistiche e l'Analisi dell'Opinione Pubblica) (1999), *Ricerca sui consumatori di rimedi omeopatici. Risultati d'indagine*, Milano.

EURISPES (Istituto di Studi Politici, Economici e Sociali), *Rapporto Italia 2006* [http://www.eurispes.it/index.php?option=com_content&view=article&id=584:rapporto-italia-2006&catid=47:rapporto-italia&Itemid=222]

EURISPES (Istituto di Studi Politici, Economici e Sociali), *Rapporto Italia 2010* [http://www.eurispes.it/index.php?option=com_content&view=article&id=1095:rapporto-italia-2010&catid=47:rapporto-italia&Itemid=222]

EUROPEAN COUNCIL (1992), *Council directive 92/73/EEC of 22 September 1992* [http://eurlex.europa.eu/smartapi/cgi/sga_doc?smartapi!celexplus!prod!DocNumber&lg=en&type_doc=Directive&an_doc=1992&nu_doc=73]

EUROPEAN PARLIAMENT (1997), *Resolution on the status of non-conventional medicine* [<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A4-1997-0075+0+DOC+XML+V0//EN>]

EUROPEAN PARLIAMENT - COUNCIL OF THE EUROPEAN UNION (2004), *Directive 2004/24/EC* [<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2004:136:0085:0090:en:PDF>]

FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI (FNOMCEO) (2002), *Linee guida della FNOMCEO su medicine e pratiche non convenzionali. Terni 17-18 maggio 2002* [<http://www.siom.it/documenti/news2002/fnomceo.pdf>]

FONDAZIONE ANGELO CELLI PER UNA CULTURA DELLA SALUTE - REGIONE DELL'UMBRIA (enti curatori) (2006), *Terapie non convenzionali. Esiti della ricerca in Umbria e percorsi per l'integrazione nel Servizio Sanitario Regionale*, Morlacchi Editore, Perugia [http://www.antropologiamedica.it/progetti/terapieNonConvenzionali/Terapie_non_convenzionali_ricerca.pdf]

GIARELLI G. (2005), *Medicine non convenzionali e pluralismo sanitario. Prospettive e ambivalenze della medicina integrata*, Franco Angeli Editore, Milano.

GIARELLI G. - ROBERTI DI SARSINA P. - SILVESTRINI B. (2007), *Le medicine non convenzionali in Italia. Storia, problemi e prospettive d'integrazione*, Franco Angeli Editore, Milano.

GODEAU E. (1998), *Il paradosso del medico malato*, "Etnosistemi. Processi e dinamiche culturali", n. 5, 1998, pp. 9-18.

GUIZZARDI G. (2005), *Medicine altre: che fare? Dibattiti, soluzioni, trasformazioni*, pp. 25-48, in SECONDULFO D. (curatore), *Medicina medicine. Le cure "altre" in una società che cambia*, "Salute e Società", anno IV, n. 3, ottobre 2005 (numero monografico).

HEALTH MONITOR COMPUGROUP MEDICAL - IL SOLE 24 ORE SANITÀ (2011), *L'omeopatia piace ai medici di medicina generale*, "Il Sole 24 Ore Sanità", 12-18 aprile 2011 [<http://www.cgm-healthmonitor.it/pageflip/HM.html>]

ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica) (2003), *La cura e il ricorso ai servizi sanitari. Indagine multiscopio sulle famiglie: Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari Anni 1999-2000*, ISTAT, Roma.

ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica) (2007), *Le terapie non convenzionali in Italia. Anno 2005* [http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20070821_00/testointegrale.pdf]

LALLI P. (1988), *L'altra medicina e i suoi pazienti. Un'indagine nel sociale delle pratiche di cura alternative*, prefazione di Franco CRESPI, Editrice CLUEB, Bologna.

LOSI N. (1990), *Gli amici dell'acqua*, Franco Angeli Editore, Milano.

MENNITI-IPPOLITO F. - DE MEI B. (1999), *Caratteristiche d'uso e livelli di diffusione della medicina non convenzionale*, "Annali dell'Istituto Superiore di Sanità", vol. XXXV, n. 4, settembre-dicembre 1999, pp. 489-497 [volume monografico dedicato a *Una riflessione multidisciplinare sul fenomeno "terapie non convenzionali"*, a cura di R. RASCHETTI - G. BIGNAMI, pp. 473-549].

MENNITI-IPPOLITO F. - GARGIULO L. - BOLOGNA E. - FORCELLA E. - RASCHETTI R. (2002), *Use of unconventional medicine in Italy: a nation-wide survey*, "Pharmacoepidemiology and Prescription", n. 58, 2002, pp. 61-64.

- PARLIAMENTARY ASSEMBLY COUNCIL OF EUROPE (1999), *Resolution n. 1206. A European approach to non conventional medicines*, [www.assembly.coe.int/documents/adoptedtext/ta99/ERES1206.htm]
- PIZZA G. (2005), *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma.
- RANISIO G. - CRESCENZO S. (curatori) (2005), *Medici di famiglia, pazienti e pluralismo terapeutico: una ricerca in Campania*, Samnium Medica, Benevento.
- RASCETTI R. - BIGNAMI G. (curatori) (1999), *Una riflessione multidisciplinare sul fenomeno "terapie non convenzionali"*, "Annali dell'Istituto Superiore di Sanità", vol. XXXV, n. 4, settembre-dicembre 1999 (numero monografico, pp. 473-549).
- SANTOS K. - VAS J. (2011), *CAMBrella. Una red europea de investigación en medicina complementaria y alternativa*, "Revista Internacional de Acupuntura", vol. 5, n. 4, 2011, pp. 130-134.
- SECONDULFO D. (curatore) (2005), *Medicina/Medicine. Le cure "altre" in una società che cambia*, "Salute e Società", anno 4, n. 4, settembre-dicembre 2005 (numero monografico).
- SEPPILLI T. (2003), *Antropologia medica "at home": un quadro concettuale e la esperienza italiana*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 15-16, ottobre 2003, pp. 11-32.
- SEPPILLI T. (2005), *Editoriale*, pp. 7-20, in SECONDULFO Domenico, *Medicina/Medicine. Le cure "altre" in una società che cambia*, "Salute e Società", anno 4, n. 4, settembre-dicembre 2005 (numero monografico).
- SEPPILLI T. (2005), *La ricerca sulle medicine non convenzionali nella regione umbra: risultati e ricadute operative*, pp. 5-40, in FONDAZIONE ANGELO CELLI PER UNA CULTURA DELLA SALUTE - REGIONE DELL'UMBRIA (enti curatori), *Terapie non convenzionali. Esiti della ricerca in Umbria e percorsi per l'integrazione nel Servizio Sanitario Regionale* [Atti del Convegno "Medicine non convenzionali. Esiti della ricerca in Umbria e percorsi per l'integrazione nel Servizio Sanitario Regionale" (Perugia, 5 dicembre 2002)], Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute - Morlacchi Editore, 2005 [http://www.antropologiamedica.it/progetti/terapieNonConvenzionali/Terapie_non_convenzionali_ricerca.pdf]
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2001), *Legal status of traditional medicine and complementary/Alternative medicine: A worldwide review*, World Health Organization, Geneva.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2004), *Guidelines on developing consumer information on proper use of traditional, complementary and alternative medicine* [http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js5525e/]
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2005) *Traditional medicine strategy 2002-2005* [www.who.in/media-center]

Scheda sull'Autrice

Carlotta Bagaglia è nata a Perugia nel 1973. Si è laureata presso la Sezione antropologica del Dipartimento Uomo & Territorio, Facoltà di lettere e filosofia dell'Università degli studi di Perugia, nel 2001. Nel 2006 ha conseguito il dottorato in Metodologie della ricerca etno-antropologica (Università degli studi di Siena - Università degli studi di Perugia - Università degli studi di Cagliari). Dal 2001 lavora come antropologa nella Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia), dove si occupa di progettazione, ricerca e formazione. È membro della Società italiana di antropologia medica. È autrice di *Biomedicina, terapías "alternativas" y el proceso de su integración en la asistencia primaria. Investigación en una zona central de Italia*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 19-20, ottobre 2005, pp. 139-152 / *Los cursos de formación desarrollados por el proyecto Salud para todos en América Latina*, pp. 31-40, in *El proyecto Salud para todos en América Latina. Manual de referencia, marco teórico-metodológico, experiencias y repertorio de buenas prácticas* [pubblicato anche in lingua inglese e portoghese], Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute, 2007 / *Introduzione*, "Thule. Rivista italiana di studi americanistici", n. 20-21, 2007, pp. 7-10 [numero monografico dedicato

a *Questioni di antropologia medica nel Continente americano*, a cura di Claudia AVTTABILE - Carlotta BAGAGLIA - Tullio SEPPILLI].

Riassunto

Percorsi d'inclusione delle medicine non convenzionali nelle attività di un gruppo di medici di medicina generale e pediatri di libera scelta in una regione italiana

Nell'ambito di una più ampia attività di ricerca su "medici di primo livello" che praticano anche medicine non convenzionali, vengono qui selezionati alcuni esiti concernenti il ricordo delle motivazioni e degli accadimenti che hanno portato questi operatori biomedici ad avvicinarsi ad alcune medicine non convenzionali e a praticarle, i loro vissuti soggettivi, le modalità attraverso le quali costruiscono e strutturano le loro pratiche "non convenzionali" ed infine le modalità soggettive attorno alle quali essi si rappresentano la legittimità del proprio operato a fronte degli altri colleghi e di contro ad un vuoto normativo che caratterizza l'attuale situazione italiana.

Parole chiave: medici di primo livello, medicine non convenzionali, legittimità, legittimazione.

Résumé

Parcours d'inclusion de soins non conventionnels dans les activités d'un groupe de médecins généralistes et de pédiatres de libre choix dans une région italienne

Dans le contexte d'un plus ample travail de recherche sur les médecins de 'premier recours' qui exercent aussi des soins non conventionnels, l'article souligne certains aspects de la mémoire des motivations et des événements qui ont conduit certains bio-médecins à exercer des soins non conventionnels, leur vécus personnels, les modalités à partir desquelles ils construisent et structurent leur pratiques et enfin les modalités subjectives à partir desquelles ils représentent à eux mêmes la légitimité de leurs actions face à leurs collègues, et face au vide normatif qui caractérise la situation italienne actuelle.

Mots-clés: médecins de 'premier recours', non conventionnels médecins, légitimité.

Resumen

Caminos de inclusión de las medicinas no tradicionales en las actividades de un grupo de médicos generalistas y pediatras de libre elección en una región italiana

En el ámbito de una investigación más amplia sobre médicos de atención primaria que practican también medicinas no convencionales, se seleccionan en este trabajo algunos resultados que se refieren al recuerdo de las motivaciones y de los hechos que han llevado a estos operadores biomédicos a acercarse a algunas medicinas no convencionales y a practicarlas, a sus vivencias subjetivas, a las modalidades a través de las cuales construyen y estructuran sus prácticas “no convencionales” y finalmente a las modalidades subjetivas alrededor de las cuales se representan la legitimidad del propio trabajo frente a otros colegas y contra un vacío normativo que caracteriza la actual situación italiana.

Palabras clave: médicos de atención primaria, medicinas no convencionales, legitimidad.

Abstract

Paths to inclusion of non-conventional medicines into the activities of a group of general practitioners and primary health care paediatricians in an Italian region

Drawing from a larger research work on “primary health care doctors” who also practise non-conventional medicines, this paper presents some results regarding the memory of motivations and happenings that have led these biomedical practitioners to approach and practise some non-conventional medicines, as well as their subjective experiences, the methods they use to construct and structure their “non-conventional” practices and the subjective modes around which they represent to themselves the legitimacy of their actions in facing their colleagues and facing, at the same time, the normative gap that characterise the actual Italian situation.

Keywords: primary health care practitioners, non-conventional medicines, legitimacy.

All'origine del male: il carcelazo.

Corpo, persona e malattia fra i reclusi del carcere di San Pedro (La Paz, Bolivia)

Francesca Cerbini

dottore di ricerca in Etnologia ed etnoantropologia (Sapienza Università di Roma) e in Storia (Universidad Complutense de Madrid) / ricercatrice presso il Centro de ciências da saúde, Universidade estadual do Ceará (Fortaleza, Brasil)
[francescacerbini@gmail.com]

Premessa

Prima di trattare le tematiche principali di questo articolo è necessario fare una breve premessa sul peculiare funzionamento del carcere di San Pedro, sebbene non sia possibile in questa sede dare conto di tutte le anomalie che concernono l'applicazione della legge, la gestione dello spazio carcerario e l'organizzazione interna dei detenuti, praticamente indipendenti e autogestiti.

Situato nel cuore della città di La Paz, questo penitenziario, dalla sua costruzione alla fine del 1800 sino ad oggi, non è mai stato oggetto di una vera e propria ristrutturazione, per cui è un luogo fatiscente e, sia nell'aspetto logistico che gestionale, è stato, di fatto, lentamente abbandonato dallo Stato. Inficiando la nozione stessa di "giustizia", le leggi vigenti si applicano senza tener conto delle effettive condizioni di vita a cui sono costretti i detenuti, considerando inoltre che la corruzione, il razzismo e il classismo assicurano pene lievi o addirittura l'impunità ai ceti ricchi, che dunque difficilmente vivono l'esperienza del carcere.

I circa 1500 reclusi, che eccedono di gran lunga il numero di persone che tale struttura potrebbe ospitare, si sono dovuti adattare, rimodellando essi stessi gli spazi in base alle proprie necessità e alla disponibilità economica. Per cui oggi San Pedro è formato da poche celle lussuose e da una moltitudine di tuguri affastellati ovunque è stato possibile costruire. Il risultato è un agglomerato di minuscole residenze che si affacciano su viuzze e corridoi stretti e oscuri, che hanno cancellato del tutto quella concezione dello spazio razionale, sicura e "scientifica" del progetto ot-

tocentesco. Analogamente, si sono “dissolti” anche i principi positivistici secondo cui il penitenziario, liberato dal castigo inteso come supplizio e sofferenza fisica, doveva essere un luogo di riabilitazione “morale” e “sociale” della persona, attraverso tutta una serie di “tecniche minuziose sul corpo” volte a plasmare l’agire e il sentire del recluso (FOUCAULT M. 2005 [1975]).

A San Pedro i detenuti possono circolare liberamente⁽¹⁾, assumere alcol e droga, mangiare nei ristoranti, organizzare un’attività, lecita o illecita, vivere di rendita e addirittura risiedere nel carcere con la propria famiglia. Ciò potrebbe suscitare la grata sensazione che sia svanito quel meccanismo di rigido controllo che regola la vita nel panottico, così com’è stato mirabilmente descritto da Michel Foucault. Tuttavia, solamente lo sguardo distratto di chi vive “fuori” e guarda “dentro” potrebbe non accorgersi che invece quelle “tecniche del corpo”, lungi dall’essere obsolete, si sono affinate, si sono anch’esse adattate alla peculiarità di questo carcere, “mimetizzate” con l’apparente maggiore libertà di cui, in teoria, i reclusi godrebbero. Invece, contrariamente alle apparenze, a San Pedro vige un sistema sociale speculare a quello esteriore, in cui la maggioranza dei reclusi, abbandonati e indigenti già prima della cattività, sono travolti dalla mancanza di una cella, un letto o un cibo nutriente e sufficiente; servizi fondamentali che, per logica, dovrebbero essere gratuiti e assicurati dall’istituzione e invece si ottengono solo a pagamento. Questo stato di cose produce nei bisognosi un malessere profondo e lacerante, unito alla presa di coscienza di trovarsi in una vera e propria trappola per topi, in cui l’unica possibilità di sopravvivenza è porsi al servizio dei “capi”, ossia i reclusi che risiedono al vertice del potere di questa piccola società, o alla mercé di coloro che ricevono sostegno economico dall’esterno.

Dominati da una “giustizia” arbitraria, che come è noto si applica in modo sommario e benevolo con le persone agiate, mentre è spietata e ingannevole con i settori più deboli e svantaggiati della società, i reclusi hanno vissuto e continuano a vivere senza possibilità e senza speranze. Proprio questi fattori, in sostanza, saranno all’origine delle patologie del carcere, o il *carcelazo*, come dicono i reclusi, eco di un dramma sociale di enormi dimensioni e che precede la reclusione, diluito nella biografia accidentata e disperata di coloro che si sono macchiati per lo più di crimini marginali o “minori”.

Anche se all’interno di questo penitenziario non ci sono i grandi narcotrafficienti, i politici corrotti o i cosiddetti “colletti bianchi”, bianchi anche nella pelle, si sono ricreati privilegi e classi sociali e, dunque, ineguaglianze e razzismo. Certi spazi sono esclusivi, abitati da pochi

detenuti più facoltosi che vivono con tutti i comfort, inimmaginabili per la moltitudine, che invece trascorre il periodo di detenzione in ambienti angusti e insalubri.

La quasi totale assenza di assistenza medica è una delle carenze più gravi, sebbene venga percepita dai reclusi con maggiore indulgenza rispetto ad altre mancanze; in parte perché c'è un'altissima percentuale di detenuti "preventivi", dunque non ancora giudicati in via definitiva, per la quale le preoccupazioni legate al processo in corso prendono il sopravvento su ogni altra questione; in parte perché la popolazione carceraria è abituata già prima della reclusione al mal funzionamento del sistema sanitario boliviano. I detenuti provengono in gran parte dalle aree rurali limitrofe alla città di La Paz (CICR 2006: 15), parlano *aymara* come lingua madre e mostrano nei confronti del sistema biomedico un atteggiamento sfiduciato e diffidente, simile a quello registrato nei territori di provenienza, in cui l'autocura o il ricorso al medico tradizionale sono di gran lunga le opzioni sanitarie più sperimentate (FERNÁNDEZ JUÁREZ G. 1999, 2008; RAMÍREZ HÍTA S. 2005, 2009; MENÉNDEZ E.L. 2002). Dunque, essi tendono a non confidare nel medico della *posta sanitaria*, data anche la sua scarsissima capacità risolutiva, dovuta al sovraffollamento di pazienti che chiedono di essere curati soltanto con i pochi medicinali gratuiti a disposizione. Infatti, lo stato di indigenza in cui versano molti reclusi impedisce loro di impiegare le poche risorse nella cura, anche nel caso in cui ci si possa rivolgere a un medico tradizionale (*yatiri*), anch'egli recluso. Così, se il proprio stato di salute non è gravemente pregiudicato, in genere non si prendono provvedimenti e chi non presenta un quadro clinico grave, chi non è considerato un'"emergenza", deve attendere di diventarlo per aspirare a ricevere attenzioni sanitarie da parte dell'istituzione penitenziaria.

Questa situazione alimenta anche in carcere l'idea, diffusissima fra le popolazioni urbane marginali della Bolivia, che all'ospedale si va solo per "morire" (FERNÁNDEZ JUÁREZ G. 2006) e che dunque chi esce dal penitenziario per curarsi probabilmente non vi tornerà più. Ed è abbastanza verosimile che in genere i reclusi non facciano ritorno, poiché si concede l'uscita con il permesso immediato del governatore del carcere di San Pedro solo ai malati gravi o "urgenti", cioè i moribondi. In tutti gli altri casi è indispensabile l'approvazione del giudice, che si ottiene attivando una burocrazia complessa e farraginosa, che spesso deve essere "agevolata" dal denaro per corrompere i funzionari. Molti reclusi non possono permettersi determinate spese e comprendono a stento il complicato linguaggio della burocrazia e della legge, per cui la cura "istituzionalizzata" si rivela

in genere piuttosto umiliante e costosa, ed è quindi una soluzione impraticabile.

Appare evidente allora, oltre ogni altra considerazione, che il detenuto a San Pedro è un individuo “speciale”, un “homo sacer” si direbbe, che vive in un inframondo legale svuotato di diritti, per cui è possibile privarlo di tutto, anche della vita (AGAMBEN G. 2008 [1995]).

Come vedremo nei seguenti paragrafi, il caso di Antonio Mamani e di tutti coloro che, come lui, sono affetti dalla patologia del *carcelazo* e dai disturbi che ne derivano, si iscrive nel contesto brevemente descritto. Proprio a partire da esso, infatti, certe malattie assumono un particolare significato da cui scaturisce una critica profonda al sistema penitenziario e, in una prospettiva più generale, fanno luce sul concetto di “sofferenza sociale” espresso attraverso il linguaggio del corpo (KLEINMAN A. - DAS, V. - LOCK M., cur., 1997).

I reclusi dunque, speculando sull'origine e sulle ragioni del malessere, manifestano il loro modo di vivere la disuguaglianza, la stigmatizzazione, la paura e la necessità, e in tal modo mostrano i meccanismi attraverso i quali l'ingiustizia sociale arriva ad essere “incorporata” nell'individuo, trasformandosi in una determinata patologia. Il paradigma dell'incorporazione (CSORDAS T. 1990; SCHEPER HUGHES N. - LOCK M. 1987; GOOD B. 2006), dunque, come vedremo, svela in che modo la dimensione intima e personale della malattia possa assumere un significato più ampio, capace di dar conto di quelle forze sociali, economiche e politiche che hanno devastato le vite dei reclusi e quelle dei propri cari.

Il caso Mamani⁽²⁾

«Si immagini ora un uomo a cui, insieme con le persone amate, vengano tolti la sua casa, le sue abitudini, i suoi abiti, tutto infine, letteralmente tutto quanto possiede: sarà un uomo vuoto, ridotto a sofferenza e bisogno, dimentico di dignità e discernimento, poiché accade facilmente, a chi ha perso tutto, di perdere se stesso»

Primo Levi, *Se questo è un uomo*

Antonio Mamani versava in un tale stato di prostrazione, che impietosi persino i suoi vicini di cella, abituati a vedere uomini in condizioni disperate. Diagnosticarono nell'amico una forma particolarmente grave di *carcelazo*, contratto dopo aver ricevuto una sentenza di trent'anni senza indulto, ovvero il massimo della pena:

«La giustizia, sappiamo che è per quelli con i soldi... non entrano in carcere, ci siamo solo quelli senza soldi, soprattutto i contadini [...] Entrare in carcere è brutto, fa male, pensi pensi e ti ammali, ormai tutta la vita [...] la mia famiglia non viene, ti abbandonano... solo, qui stai male, ti ammali» (Antonio Mamani, 1 aprile 2008)⁽³⁾.

Ormai completamente scoraggiato dagli eventi, Antonio Mamani ha perso fiducia nella giustizia e, contrariamente a quanto in genere fanno i reclusi nei momenti più difficili, ha anche deciso di allontanarsi da qualsiasi culto. Secondo lui, era probabilmente vittima del *susto*⁽⁴⁾:

«Il mio *ajayu*⁽⁵⁾ se ne va quando ci spaventiamo e non credo che sia tornato, perciò la gente è mezza impazzita, senza *ajayu*. Siamo diversi qui dentro, mezzi matti ormai [...] Per questo si chiama carcere, la gente cambia molto il suo carattere» (Antonio Mamani, 1 aprile 2008).

Dopo sette anni di reclusione i parenti ormai non andavano più a visitarlo. Suo padre, per esempio, era molto anziano e non poteva percorrere il lungo cammino che quasi dalla frontiera col Cile conduce a La Paz, mentre sua madre era morta di “bile” due anni prima. Nella vescica biliare⁽⁶⁾ le si era accumulato tutto il dispiacere per la reclusione e per l'ingiusta sentenza del figlio e dunque, non potendo più sopportare questo dolore, l'organo è scoppiato causando il decesso della donna.

La mancanza dei familiari, inoltre, produce un malessere specifico, chiamato *amartelo*:

«Quando le famiglie non vengono, no? E quando abbiamo l'amartelo, abbiamo l'anemia urgente. Sembra che ho proprio l'anemia [...] tutto il corpo mi fa male...la testa mi fa male...a volte, quando vedo il cibo, mi fa schifo il cibo [...] della testa sto male, del cuore pure [...] Avevo due figli, piango anche per loro [...] Quando pensiamo [*sic*], molto, il cervello sembra che si stanca, abbiamo eliminato il cervello [...] Fuori non sapevo cos'era la malattia, e invece entrando qui molti si ammalano» (Antonio Mamani, 9 aprile 2008).

I familiari dunque non vogliono visitarlo:

«Dicono che hanno paura di entrare in carcere. Mio cugino un giorno è venuto, dice che arrivato fino alla porta e siccome i pazzi stavano gridando [...] ha avuto paura e ha pensato che siamo tutti così qui dentro. Ma non siamo tutti così» (Antonio Mamani, 9 aprile 2008).

L'*amartelo* è un'afflizione che è possibile curare procurandosi un indumento indossato dalla persona che si vuole vicina:

«Bisogna lavare e bisogna bere [...] ne prendi un cucchiaino [dell'acqua del lavaggio] e ti dimentichi [...] i vestiti sporchi dei miei figli, di mia madre. Solo questa è la medicina per l'amartelo» (Antonio Mamani, 23 aprile 2008).

Così, infatti, si ingeriscono in piccole quantità le sostanze espulse dall'organismo dei propri cari e in questo modo esse entrano in circolo nella fisiologia del malato di *amartelo* il quale, attraverso questa fusione, allevia la pena tremenda della perdita delle persone care.

Come in genere succede in simili circostanze, Antonio Mamani, avendo dovuto sostenere le spese legali per il processo, ha perso anche tutti i suoi risparmi, e perciò non poteva più permettersi di impiegarli nelle cure mediche. Ma voleva sapere almeno il nome della sua malattia, e dunque si era rivolto a tutti gli specialisti disponibili nel carcere di San Pedro: il medico della *posta sanitaria*, il medico forense, la naturista, che ogni giovedì e domenica entrava per vendere i suoi unguenti e le erbe medicinali, e lo *yatiri*, lo specialista rituale recluso.

Le cure del medico della *posta sanitaria* si rivelarono inutili o addirittura nocive quando Antonio ha ingerito il doppio della dose prescritta di farmaci, pensando che in maggior quantità fossero più efficaci⁽⁷⁾.

La visita con lo *yatiri* fu ugualmente deludente poiché, sebbene diagnosticò nel paziente il *susto* e la perdita dell' *ajayu*, gli chiese una cifra molto esosa per il trattamento che avrebbe portato al suo recupero, sperando che il suo paziente avesse una famiglia disposta a pagare.

In teoria, Antonio Mamani aveva diritto a chiedere il permesso per la visita medica *extra muros*. Era necessario il consenso del medico forense, il quale doveva recarsi da Antonio entro le 48 ore previste dalla legge, e invece non arrivò che due settimane dopo, per giunta chiedendo al paziente una cifra esorbitante per rendere più "promettente" la richiesta al giudice.

Quando la famiglia non si occupa del parente detenuto in pratica non c'è diritto o burocrazia che resista alla negligenza o alla corruzione. La richiesta relativa al caso di un recluso senza parenti rimane sepolta fra le scartoffie della scrivania del funzionario, finché qualcuno non elargisce il denaro necessario per la sua riesumazione:

«[Il medico legale] voleva 100 boliviani⁽⁸⁾ e quando sarei uscito altri 100 boliviani. Io alla fine non ho detto niente, mi sono scoraggiato completamente. La prima cosa che mi ha chiesto: "Viene la tua famiglia?"» (Antonio Mamani, 15 maggio 2008).

Nel carcere le visite mediche erano gratuite ma si prescrivevano unicamente i medicinali donati dal padre Filippo Clementi, il parroco italiano della chiesa cattolica del penitenziario. Siccome i mali dei reclusi si dovevano adeguare ai rimedi, la capacità risolutiva del medico era molto limitata e la maggior parte delle volte si limitava a somministrare calmanti ed analgesici. Perciò Antonio Mamani manifestava spesso delle perplessità

riguardo alla sua reale possibilità di guarigione e faceva molto affidamento sui suoi sogni, che considerava come una premonizione-guida per gli avvenimenti futuri.

Si rivelava utile prestare attenzione anche alle malattie degli altri che assomigliavano alle proprie, in modo da poter ingerire le stesse medicine, seguirne consigli e spartire le speranze di recuperare un certo benessere. Oscar Huanca, per esempio, affetto da sintomi simili ai suoi, probabilmente soffriva di “bile”. Era inappetente, sentiva un peso sullo stomaco e più in alto, vicino al cuore:

«Molti hanno la bile qui. Bisogna operarsi, è collera, come un palloncino cresce quando ci arrabbiamo [...] Quando è avanzata [la malattia] arriva al cuore, come un palloncino, lo vuole coprire, è una sacchetta che se ci arrabbiamo, cresce sempre di più»⁽⁹⁾ (Antonio Mamani, 1 aprile 2008).

Antonio non sapeva dire se anche lui era affetto dalla malattia di “bile”, così come sua madre e molti dei suoi compagni internati. L'oppressione che sentiva, il pianto e il “*reniego*”, cioè una sorta di rabbia repressa, facevano pensare che potesse essere vittima del medesimo male. Lui sottolineava in particolare la perdita della forza e, nell'ultima intervista, dipingeva la sua situazione con parole drammatiche:

«Siamo in carcere come morti, la famiglia non viene più, ci dimenticano. Fuori non sapevo cos'era la malattia. Qui ci sentiamo tristi, siamo in un altro modo, diversi. Qualcuno è allegro, ma noi siamo tristi, quasi non mangiamo. Quando arrivano i nuovi, vengono i loro parenti con cibi buoni, portati da fuori, e noi ne vorremmo...vengono...ma i reclusi antichi [chi è in carcere già da tempo] non hanno i parenti, si dimenticano, non riceviamo più visite.

D. *Che vuol dire siamo in un altro modo?*

Non mi sento come quando ero fuori, fuori è diverso, non è uguale. Qui puzza, fuori no [...] Fuori c'è l'aria aperta, qui no. Possiamo andare al cortile, ma viviamo come conigli che vanno e vengono, e non c'è aria»⁽¹⁰⁾ (Antonio Mamani, 15 maggio 2008).

Nel suo “itinerario terapeutico”⁽¹¹⁾ le convinzioni riguardanti l'origine della sua malattia si consolidavano e si modificavano quotidianamente, perché Antonio Mamani prestava grande attenzione ai commenti dei suoi vicini di cella. Ma in un ambiente così eterogeneo come il carcere di San Pedro si concentrano le teorie più disparate sul perché delle cose, delle persone e delle loro affezioni. Ogni scenario curativo produce una diagnosi e trascina con sé un immaginario e un bagaglio di soluzioni per ritrovare la salute, in un vuoto generalizzato di punti di riferimento (la famiglia, la comunità, lo specialista di fiducia, etc.) che in condizioni

normali, ovvero fuori, i malati hanno la possibilità di creare intorno a sé (MENÉNDEZ E. L. 1990). Ma allora, cos'era questo male misterioso, chiamato *carcelazo* dai compagni di Antonio Mamani?

Per definirlo, dovremmo in primo luogo chiederci “se questo è un uomo”, quando della vita di Antonio Mamani non è rimasto nulla. Poi, è necessario andare oltre la prigione, facendo riferimento ai significati del corpo e del concetto di persona nel contesto andino (ABSÍ P. 2005, ALLEN C. 1982, ARNOLD D. 1992, BASTIEN J. 1985, BERNAND C. 1986, CANESSA A. 2006, FERNÁNDEZ JUÁREZ G. 1995, 1999, 2004, GOSE P. 2001, OBLITAS POBLETE E. 1963, RAMÍREZ HITA S. 2005, 2009, SPEDDING A. 1994, 2004, 2005). Si capirà allora che questo suo dolore impreciso, il *carcelazo*, implica, come vedremo, un problema di salute e una questione di identità.

Il carcelazo

Il termine *carcelazo* si apprende in carcere nel proprio circolo di amici e conoscenti e si diffonde quando qualcuno sembra mostrare i sintomi rivelatori della malattia. Il vocabolo si impiega poco fra coloro che provengono dalle zone rurali del paese, come i “*campesinos*” oppure, come dicono in modo dispregiativo, gli “*indios*”, cioè le persone di provincia, o chi da poco è emigrato nella città (o “*residentes*”). In genere queste persone identificano certi disturbi con la perdita di una delle anime che compongono la persona (l'*ajayu* menzionato precedentemente) e perciò non usano la parola *carcelazo* e neanche, come dicono altri, “depressione”.

Quindi, alcuni non diranno “ho il *carcelazo*”, mentre è più normale che definiscano il proprio malessere identificandolo con il “mal di cuore”, il “mal di testa”, con la “perdita dell'anima”, con l'*amartelo* o con l’“*anemia*”; mentre altri riconosceranno la malattia che è propria del carcere, il *carcelazo*.

Evidentemente, neanche Antonio Mamani comprendeva cosa fosse il *carcelazo* quando rispose ai suoi compagni:

«Questo è il *carcelazo*? Ma questo è il diavolo! Il diavolo che vuole mangiarti, è potente. Quando uno entra, ti acchiappa subito, dicono, ti acchiappa» (Antonio Mamani, 3 aprile 2008).

Il *carcelazo* e le sofferenze che ne conseguono sono qui intesi, dunque, come il risultato del furto della componente fondamentale dell'essere umano da parte di un'entità maligna che si nutre di essa, accrescendo così

il proprio potere a scapito della persona defraudata, che può ristabilirsi solo con l'intervento di uno *yatiri*.

In ogni caso, a prescindere dalle cause, tutti prima o poi sperimentano questo male, che colpirebbe i reclusi che hanno trascorso un periodo di tempo a San Pedro molto variabile: per alcuni sono sufficienti anche solo pochi giorni.

Non esiste dunque una consolidata retorica che spieghi come si manifesta e quando agisce il *carcelazo*; inoltre, né il medico, né lo psicologo del carcere hanno familiarità con questa malattia, e con lo *yatiri* recluso si produrrebbe la stessa incomprensione, poiché il paziente sarebbe affetto da un malessere che, chiamato in questi termini, non troverebbe riscontro nell'ambito di intervento del maestro rituale.

Fondamentalmente, la questione è che chi non ha avuto il *carcelazo* non può capire, e dunque era notevole lo sforzo dei malati per qualificare il loro patimento. Certi tentativi esegetici e alcune incertezze sui sintomi e sulla nomenclatura nosologica da applicarvi, si dovevano anche alla materia intima e profonda del *carcelazo*. Per parlarne e forse anche per riconoscerlo, in se stessi o negli altri, era necessario costruire una "biografia del dolore" e un "mito d'origine" del male, e ciò era possibile solo attraverso il racconto autobiografico (Good B. 2006 [1994]: 181-206).

Ma oltre gli adattamenti del linguaggio all'esperienza, il *carcelazo*, come mostra la sua etimologia, ha come agente patogeno il carcere e in tale prospettiva è un male complesso, che può avere fasi acute e può cronicizzarsi, può essere sintomatico e asintomatico. Un male che, provocato dalla vita nel penitenziario, si annida nel corpo individuale del recluso, ma anche nel suo corpo sociale e dunque, in sostanza, nel suo corpo "pensante"⁽¹²⁾ (SCHEPER HUGHES N. - LOCK M. 1987).

In ogni caso, tutti concordano nel ritenere che il *carcelazo*, in qualsiasi forma esso si manifesti, produce uno stato di stress, nervosismo, depressione o disperazione dovuti all'incarcerazione da cui, in sintesi, scaturisce una profonda inquietudine, egoismo, irascibilità e trascuratezza delle relazioni sociali e sentimentali.

Anteriormente all'esordio del *carcelazo*, il recluso in qualche modo ha saputo gestire il suo disagio. Di fatto, questo malessere coincide con la prima grande delusione che per molti è il verdetto, ma può manifestarsi anche subito, soprattutto tra coloro che pensano di essere entrati in carcere per errore. Per questi il *carcelazo* non sarebbe depressione, quanto piuttosto disperazione:

«Non ho più pazienza [...] mi sto ammalando gravemente [...] l'altro giorno ho avuto un attacco cardiaco perché il mio cuore è pieno di pensieri e... mi sale alla testa... e perdo la memoria, non ho più memoria, sono perso [...] il mio cuore mi fa male [...] soffro, sono disperato. A volte vorrei solo morire per il fatto di trovarmi qui [...] La preoccupazione mi sta uccidendo, non mi lascia la preoccupazione, perciò presto voglio essere libero e voglio che mi tirino fuori da questo penitenziario [...] I miei attacchi cardiaci ce li avevo perché ero disperato per la mia famiglia [...] Penso a come staranno e perché non vengono a trovarmi, ad aiutarmi, a portarmi qualcosa [...] Questi pensieri mi fanno proprio male e quando vorrei essere felice, allegro, mi spunta una lacrima, mi arriva ai sentimenti. [...] il mio cuore è come se si fosse rotto in due parti, non è più il mio cuore, è diviso, maltrattato, si sta per seccare come un avocado, non è più il mio cuore. Pure la mia testa è perduta» (David, 10 maggio 2008).

David non definisce il suo male *carcelazo* ma sperimenta i sintomi come “attacco di cuore”. Per lui rimanere in carcere per tre mesi è qualcosa di insostenibile, infatti ha già speso tutti i suoi risparmi e quelli della sua famiglia per l'avvocato. Tuttavia, se le prove non dovessero scagionarlo, è probabile che sia condannato con il massimo della pena, dopo aver creduto nella possibilità di uscire durante i primi mesi di reclusione.

Dunque, il trascorrere del tempo è un elemento determinante per la genesi del *carcelazo*, come afferma Ángel Serrano:

«Dopo che stai un anno, un anno e mezzo, cominci a perdere la famiglia e ti ritrovi solo [...] Non sai che fare e ti senti scoraggiato per tutto, cerchi quasi di litigare con la famiglia se viene a trovarti, sei con i nervi totalmente a pezzi, questo è il *carcelazo* [...] ci prende a tutti. Tutti quelli che sono stati almeno due anni [...] Il primo anno passa volando: sei mesi, un anno, passano volando. Dal primo anno già si comincia a sentire [...] ti senti angosciato, vicino al cuore, un nodo in gola. Molte volte va via quando beviamo e ci sfoghiamo [...] i nuovi non lo conoscono [il *carcelazo*]. La gente che c'è stata un po' di tempo lo sa» (Ángel Serrano, 4 maggio 2008).

Il *carcelazo* può manifestarsi in due forme. La più lieve affligge il detenuto appena entrato in carcere, quando i consumatori assidui di sostanze stupefacenti gli offrono la possibilità di trovare facilmente alcol e droga. Così il *carcelazo* si risolve in un susseguirsi di sbornie nell'arco approssimativo di una settimana. Questo non è neanche *carcelazo* secondo alcuni, ma semplicemente disorientamento nel nuovo ambiente. L'altra forma, più grave, colpisce dopo un anno di reclusione, così come spiegava Ángel Serrano, o dopo aver ricevuto la sentenza:

«Alcuni, quando sono stati condannati a trent'anni, si sono uccisi. Una coppia si è suicidata insieme dopo la sentenza.

D. Questo è carcelazo?

Sì, non hanno resistito a stare qui dentro. È la depressione, è quando ti senti solo, abbattuto, che niente ha senso, quando senti che il mondo non ha più senso nella tua vita» (Jaime, 6 marzo 2008).

Così, ognuno scandisce il ritmo del suo *carcelazo*. Si forma una specie di calendario della sofferenza i cui cardini simbolici sono gli episodi giudiziari o sentimentali più rilevanti: l'entrata o lo scadere dell'anno di prigionia, la sentenza o l'allontanamento della famiglia.

Prima del *carcelazo* il tempo era un elemento fondamentale dell'esistenza dei reclusi. Anche in cattività, per esempio, bisognava sbrigarsi per ottenere la libertà, per muovere in fretta gli ingranaggi giusti per uscire. Dopo il *carcelazo* il tempo collassa, perde il suo potere di organizzazione sull'esperienza (GOOD B. 2006 [1994]: 193) e diventa abbondante, omogeneo e indifferenziato.

Citando le parole di Jaime, condannato a trent'anni di reclusione, il *carcelazo* si impone "quando il mondo non ha più senso nella tua vita". In tali circostanze, la malattia scatena la perdita del senso dell'esistenza; rappresenta la rottura con tutto quanto era familiare e vicino e che costituiva giorno dopo giorno la persona, prima della reclusione. Elaine SCARRY (1990 [1985]) afferma che tutte le esperienze di sofferenza estrema producono la distruzione del mondo del dolente, provocando un cambio nell'esperienza "incorporata" del mondo (GOOD B. 2006 [1994]: 180). Si perde dunque quel flusso di reciprocità con l'esterno che, nel caso menzionato da Jaime e da molti altri, può indurre al suicidio.

Per sopravvivere è perciò necessario un grande atto di volontà mediante il quale sia possibile conferire ordine e contenuto al tempo. Chi non ne è capace può impazzire e addirittura morire, come è successo a Ramiro Flores:

«Non so se hai conosciuto il defunto Ramiro Flores, era giovane [...] mai si aspettava una sentenza di trent'anni e ancora meno per assassinio, perciò quando arrivò la sentenza ovviamente ha avuto il *carcelazo*. Si è depresso, gli si sono abbassate le difese, gli è venuta un'influenza forte e siccome i medici del penitenziario non ti auscultano, non ti sentono i polmoni, il tuo cuore, non ti visitano gli occhi [...] nel suo caso, senza visita gli hanno cominciato a dare le medicine per un' influenza comune. Dagli esami del medico legale abbiamo capito che ha avuto febbre alta e ha avuto... la meningite. In pratica, gli si è cotto il cervello, è diventato un bambino, faceva cose assurde, il medico dice che è matto [...]

D. Questo è carcelazo?

Sì, senza dubbio. Un *carcelazo* forte, anche se ad altri che gli viene il *carcelazo* si ubriacano e si drogano, cambiano la personalità e poi magari si riprendono. Ma Ramiro no, non ha resistito, gli è andata male [...] perché ti si

abbassano le difese con una notizia inaspettata, ti viene la malattia» (Fabio Rodríguez, 19 marzo 2008).

Il *carcelazo* scatena malattie gravi perché “si abbassano le difese”, al punto che i reclusi possono morire di *carcelazo* sotto forma di meningite, se il medico non somministra le cure opportune. Ovviamente, come sappiamo, nessuno chiederebbe al medico di curare un *carcelazo*, inguaribile senza la libertà, ma solo di combatterne certi effetti.

Il caso di Ramiro era stato molto dibattuto fra i reclusi. La diagnosi di meningite, che si stabilì solo in seguito ai risultati autoptici, non è stata presa seriamente in considerazione dai suoi amici, che invece focalizzarono l'attenzione sull'improvvisa follia del giovane. Infatti, gli effetti del *carcelazo* hanno qualcosa in comune con la pazzia.

I capelli sporchi e spettinati, la mancanza di decoro corporale, la trascuratezza nel vestire e l'assenza di regole alimentari sono caratteristiche dei “*locos*”, i matti, secondo la specifica connotazione che, per esempio, assumono nella zona andina (FERNÁNDEZ JUÁREZ G. 2004a: 191; SPEDDING A. 2005: 98). La follia infatti si manifesta anche in casi estremi di *susto* e perdita dell'*ajayu* (FERNÁNDEZ JUÁREZ G. 1999: 105-116, 2004: 203); senza *ajayu* la persona è priva in primo luogo delle sue capacità sociali, come quando abusa di alcol e droga.

Molti dissero che il repentino squilibrio mentale di Ramiro era dovuto alla sentenza inaspettata che lo lasciò in balia dei *saxras*, entità maligne che rubano le anime della persona (come spiegò anche Antonio Mamani parlando del “diavolo”), e ovviamente la diagnosi di meningite non variò in alcun modo questa interpretazione del male di Ramiro Flores, e anzi il responso dei medici rappresentò una nuova e particolarmente violenta manifestazione del male del carcere.

“Non è più gente” dicono i reclusi quando parlano dei “*locos*”, che in genere si identificano con i tossicodipendenti e gli alcolizzati che vivono in carcere. La follia, una delle conseguenze più sperimentate del *carcelazo*, può colpire momentaneamente o permanentemente, a seconda della gravità del caso, ma le categorie di classificazione e di giudizio etico e morale sulle persone, proprie della società dei reclusi di San Pedro, fanno eccezione solo quando si manifesta nella forma lieve, perché si capisce che possa vacillare la ragione di coloro che hanno ricevuto sentenze superiori a dieci anni o che sono stati abbandonati dalle loro famiglie.

Non c'è indulgenza invece per coloro che non riescono a risolvere il proprio *carcelazo*, i quali divengono i rappresentanti di un'irriducibile alterità: sono l'ultimo stadio dell'essere umano nell'ultimo luogo della

terra. Il rifiuto, così come la pietà che molti carcerati dimostrano verso questi malati cronici, nasconde d'altro canto il timore che, da fuori, tutti siano visti alla stessa maniera di coloro che gridano alla porta d'entrata: magrissimi, con pochi denti marci e distrutti come i detenuti che spaventarono i familiari di Antonio Mamani, al punto che non tornarono più a visitarlo.

Coloro che non riescono a reagire soffrono di *carcelazo* permanente e si lasciano consumare dalle droghe, fino ad impazzire. Anche l'inappetenza cronica toglie loro le forze e camminano trascinando i piedi, rasentando i muri del carcere, in cerca di elemosina. All'imbrunire intimoriscono chi transita nelle stradine oscure del penitenziario e se qualcuno si rifiuta di lasciare una moneta, la paranoia e la crisi d'astinenza da pasta base di cocaina e *crack* li trasforma in una specie di assaltatori o "*cogoteros*", come si dice nel gergo criminale. Fra loro si definiscono come li vedono gli altri: "morti viventi". Sono considerati perciò persone pericolose, escluse dalla comunità. Attraggono a sé tutte le malattie perché i loro valori morali non riescono più a proteggerli da certe aggressioni (DOUGLAS M. 1973 [1966]:16); in tal senso "abbassano le difese" come diceva Fabio Rodríguez.

Secondo lo *yatiri* i "*locos*", anche chiamati "*tisis*", sono maligni e imprevedibili come gli spiriti *saxras* e quando ci si imbatte in uno di loro, il maestro rituale consiglia di *ch'allarse* e cioè aspergere alcol nella direzione del pericolo, in segno di protezione, perché inoltre possono trasmettere tremende malattie attraverso il solo contatto. Il povero José, per esempio, "gringo", spagnolo, odiato e temuto dai suoi compagni, malato di Aids, alto, dai capelli rossi e magrissimo, rappresentava l'immagine stereotipata del diverso.

Invece i detenuti che malgrado le circostanze sono riusciti a mantenere il proprio aspetto intatto si considerano "sani". I sani non fanno uso abituale di droghe e alcol e conducono una vita senza eccessi. Nel carcere di San Pedro il concetto opposto di "sano" non è "malato" ma "folle" oppure "non è una persona"⁽¹³⁾ o "è un altro tipo di persona"⁽¹⁴⁾, nel senso che questi "altri" non rispettano le regole minime di convivenza sociale, avendo perduto le qualità umane dell'essere. Il significato contrario di "stare tranquillo", invece, è "essere malato", dal momento che la calma e l'equilibrio sono gli elementi per eccellenza del benessere. La salute diventa quindi un paradigma chiarificatore della dimensione sociale della persona: chi è malato/folle non può avere accanto a sé una donna, una famiglia, un'occupazione. Un aspetto "differente", una condotta di vita distinta impedisce all'essere umano che ha il *carcelazo* cronico di andare

avanti e lottare contro le vicissitudini del carcere. Chi invece si mantiene sano e tranquillo protegge la propria umanità e sa inserirsi nel meccanismo di sopravvivenza del carcere di San Pedro.

Dunque, il *carcelazo* attiva un processo di carattere iniziatico che promuove una nuova condizione esistenziale della persona reclusa: trasforma in modo permanente i “folli” rimasti incastrati nel loro vortice mortifero, e cambia in modo temporaneo coloro che sono stati appena condannati, ma che hanno mantenuto il vigore necessario per continuare a combattere e a reagire. Anche questi ultimi comunque, quando hanno il *carcelazo*, sospendono le loro abituali attività, allontanano i propri cari, sono trasandati e sporchi; poi tornano alla normalità, anche se “cambiati”.

Come spiega Fabio Rodríguez “siamo gli stessi, ma questi stessi non possono essere uguali a come erano fuori”, riferendosi con ciò a quella tensione dialettica suscitata dal *carcelazo*, che in sostanza si configura come un marchio di alterità capace di separare non solamente chi è dentro e chi è fuori, ma anche gli internati: alcuni si riprendono, adattandosi con spirito di sopravvivenza. Altri no.

Così, se lo *yatiri* di San Pedro e i suoi clienti intendono questo malessere come perdita dell'*ajayu*, la cui mancanza rompe la fondamentale integrità della persona, gli altri considerano il *carcelazo* come il principio di una metamorfosi.

Molti reclusi dicono di sentirsi “diversi” dopo il primo *carcelazo* e soprattutto notano che sono i loro parenti a vederli cambiati, uguali agli altri reclusi: perciò saranno allontanati dai propri cari. È il *carcelazo* dunque, uno dei principali responsabili della trasformazione della persona che, col trascorrere del tempo, è capace di sottrarre il recluso all'affetto della famiglia. Una volta abbandonato, al detenuto rimangono solo i ricordi:

«Ci sono giorni in cui ci alziamo con questo che chiamiamo il *carcelazo*. Ti svegli e ti dimentichi, credi che sei a casa tua, ma poi [...] il rancio, la cella...ti senti giù, è il famoso *carcelazo* che prende molti; alcuni sono violenti [...] quando mi prende il *carcelazo* ritorna tutto il mio passato all'improvviso, e non si può nascondere. Tutte le cose che mi sono successe e mi hanno fatto male, ritornano all'improvviso» (Jesús Blanco, 13 maggio 2008).

«D. Che senti quando pensi di avere il *carcelazo*?

Mi sento giù, sconsolato, ti passano per la testa tante cose. Il cervello è matto, è come avere un grande amore e perderlo, questa è la sensazione di vuoto [...] Tutte le malattie che hai avuto nella tua vita, sembra di recuperarle. Se avevi mal di testa, hai mal di testa; se avevi un'ulcera, ti torna l'ulcera; se avevi mal di stomaco, hai mal di stomaco, indisposizione, nervi» (Reinaldo Vargas, 5 marzo 2008).

Il collasso del tempo descritto per le fasi del *carcelazo* è alimentato dall'incursione dei ricordi nel vissuto presente. È un passato la cui eredità sociale e sentimentale non esiste più, ma ritorna attraverso il male del carcere, che si configura come un conflitto fra le esperienze passate e la realtà presente, che genera "rimorso"⁽¹⁵⁾, separazione, disgregazione e sofferenza. Il "passato ritorna all'improvviso" come afferma Jesús Blanco, rompendo in modo lacerante la nuova quotidianità, creando nuovamente un conflitto senza soluzione.

Jesús Blanco dice che mille volte è stato vittima del *carcelazo* perché mille volte ha pensato ai suoi figli. Jaime fa coincidere il *carcelazo* con il momento in cui fa uso di droghe, mentre Reinaldo Vargas vi identifica l'origine della sua ulcera gastrica. Antonio Mamani curava il suo amartelo/anemia/*carcelazo* bevendo un po' dell'acqua sporca risultante dal lavaggio degli indumenti dei figli. Il corpo mantiene sempre la memoria del conflitto esistenziale e infatti, quando il "ricordo" riattiva il *carcelazo*, ritorna anche la malattia, come spiega Reinaldo Vargas, in un quadro simbolico di riferimento distinto per ognuno. Se da un lato, come dice Jaime, "il mondo perde di senso", dall'altro riaffiora alla memoria come il ricordo doloroso delle opportunità perdute, le privazioni e l'ingiustizia.

Perciò, anche fra coloro che si considerano "sani", il *carcelazo* può persistere durante lungo tempo e dare origine a tutta una serie di disturbi che si concentrano negli organi preposti alla custodia della memoria e del ricordo.

Vescica biliare o "bile", testa e cuore

Con il trascorrere del tempo dunque, *carcelazo* dopo *carcelazo*, i debiti esistenziali e le preoccupazioni si accumulano. Il ricordo doloroso si fa spazio nel corpo, cerca la sua sede, danneggiando così alcune parti dell'organismo: la vescica biliare, la testa e il cuore. Perciò, la bile, il mal di testa e il mal di cuore si considerano le affezioni più diffuse, la cui eziologia si spiega in termini difficilmente riconoscibili in ambito biomedico, malgrado il nome consueto, assimilabile a disturbi molto comuni⁽¹⁶⁾. In ogni caso, anche quando i reclusi parlano chiaramente di parti del corpo, l'analisi del significato della malattia induce a intendere i sintomi come formule di un malessere generalizzato, che pervade tutta la persona, e non solamente parte di essa (BASTIEN J. 1985: 598). L'interpretazione dei dati etnografici va dunque oltre la concezione "settoriale" del corpo umano promossa dalla biomedicina attraverso lo studio anatomico dei

cadaveri, sconnessi dalle loro vite ed empiricamente sezionati (GOOD B. 2006 [1994]: 101-128).

Cominciamo allora dalla situazione sanitaria del carcere di San Pedro. Lo *yatiri* riassume come segue il quadro clinico comune alla maggior parte dei carcerati⁽¹⁷⁾:

«Si ammalano molto per l'abbandono dei familiari, che li dimenticano. A volte molti si ubriacano qui dentro e non ci lasciano dormire tranquilli, non ci lasciano riposare ... molti litigano, fanno rumore. Così, alcuni sono spaventati, a volte si arrabbiano in silenzio e perciò si ammalano, prendono le malattie per la rabbia o per lo spavento⁽¹⁸⁾, perché non sono abituati, perché vecchi e nuovi sono mischiati qui dentro, diventano deboli [...] ci sono malattie della testa e del cuore» (Manuel Macha, *yatiri* recluso, 3 marzo 2008).

Le preoccupazioni attaccano direttamente la testa, sede dei pensieri, mentre l'eccessiva afflizione provoca seri disturbi al cuore (BERNARD C. 1986: 68; RÖSING I. 1990), che anche in termini "tradizionali" si configura come un'entità molto complessa.

In genere, la capacità dell'essere umano di avere pensieri ed emozioni non si distingue da altre funzioni dell'organismo, la cui fisiologia è concepita come un complesso olistico in cui "il tutto è più grande della somma delle parti". Il corpo dunque si costituisce a partire dall'interazione di forze centripete e centrifughe che articolano i fluidi, i quali a loro volta permettono la formazione e il passaggio dei lubrificanti, dei nutrienti, delle emozioni e dei sentimenti della persona (BASTIEN J. 1985: 598).

Il cuore⁽¹⁹⁾, elaborando tutti i fluidi, è responsabile delle funzioni respiratorie, circolatorie e digestive dell'organismo e si afferma pertanto come il punto di integrazione e di origine dell'aria, del sangue, dell'acqua e degli alimenti che danno luogo ad altre sostanze fondamentali, quali il grasso, la bile, lo sperma, il latte materno, o altri sub-prodotti come le feci, l'urina o il sudore. Inoltre, tutti i fluidi vitali che si distillano al centro del corpo e attraverso il cuore si distribuiscono verso le estremità imprimono anche il carattere e i sentimenti della persona (BASTIEN J. 1985: 598-561). Appare quindi evidente come ogni squilibrio fisiologico coinvolga il cuore e cambi la forma e la sostanza della persona.

Il cuore o "*chuyma*" (in lingua aymara) è l'organo da cui promana il coraggio e la forza per affrontare le avversità della vita, regolando un equilibrio fisiologico che ha ripercussioni sulle capacità sociali dell'essere umano, sulle sue caratteristiche etiche e morali. Per esempio, chi esercita una carica all'interno della comunità "ha cuore" o "*chuymani*", un concetto

che rappresenta la sapienza mediante cui sviluppa le sue funzioni di comando, con integrità e benevolenza (FERNÁNDEZ JUÁREZ G. 1995: 67, 131). La persona con il cuore danneggiato pertanto subisce conseguenze gravi sul piano delle relazioni sociali e delle sue propensioni verso gli altri, per cui il “mal di cuore” diventa il segno del suo svantaggio sociale e di una socialità impoverita.

Sappiamo che il *chuyma* si danneggia quando, in seguito al *susto*, gli spiriti maligni lo penetrano per saziare la loro fame, afferrando “l’anima” o *ajayu* che ha lì la sua sede⁽²⁰⁾. La perdita dell’*ajayu* è molto grave per colui che deve affrontare la cattività, assalito dalla paura, dalla fiacca o dall’indolenza che sono sintomi del “mal di cuore” e sono considerati essi stessi “malattie”. I timidi sono malaticci, mentre i coraggiosi si ammalano difficilmente (FERNÁNDEZ JUÁREZ G. 1999: 119).

Questi attacchi “cardiaci”, come alcuni li chiamano (si veda per esempio David), pregiudicano il senno, la memoria, la prudenza, facoltà che anch’esse risiedono nel *chuyma* degli esseri umani (FERNÁNDEZ JUÁREZ G. 2004a: 188-191). “Avere cuore” o “coraggio” è imprescindibile al principio, quando i nuovi reclusi si sentono sostanzialmente diversi e ancora non hanno cominciato il processo di trasformazione proprio dell’ontologia del carcerato.

In un altro contesto del complesso scenario culturale andino, le miniere di Potosí, il cuore o *sonqoy*, in lingua quechua, è un termine che designa anche le interiora, il fegato e i polmoni dell’essere umano, elementi fondamentali dell’etnofisiologia del minatore (ABSI P. 2005: 241), poiché sono organi che custodiscono l’energia vitale, la forza, il valore e il coraggio, doti essenziali per lavorare in miniera e resistere agli attacchi del *Tío*, il diavolo che mangia il cuore del minatore. Danneggiare il cuore (*sonqoi*) significa dunque pregiudicare la capacità di lavorare e ciò trasforma il minatore in una persona stanca e debole.

Uno dei minatori avverte che “non bisogna entrare nella miniera con rabbia, mai. Se ti arrabbi, ti ammali” (ABSI P. 2005: 243), rinvenendo perciò in questa sorta di rabbia repressa che è il “*reniego*” un sintomo della mancanza di autocontrollo e di equilibrio, che è castigato con la malattia (ABSI P. 2005: 252-253).

Allo stesso modo, quei reclusi che appena entrati in carcere cominciano a “*renegar*”, a litigare con la famiglia, oppure a pensare ossessivamente ai propri cari, soffrono irrimediabilmente di “mal di testa” e “mal di cuore”, perché l’angoscia e la sofferenza debilitano la testa e il cuore (BERNAND C. 1986: 61).

Fabricio, condannato a trent'anni di reclusione e probabilmente vittima di un errore giudiziario, commenta come segue la sua situazione:

«Avevo il tumore della testa per pensare all'abbandono, siccome hanno abbandonato la mia persona che si ammalava, non c'era medicina per questo, non c'era la cura di nessuno.

D. Si è ammalato per l'abbandono?

Sì, perché uno che lo condannano a trent'anni, che fa? La mia vita è finita qui dentro. La famiglia non viene più, mi minaccia di non tornare, e quindi se ormai non viene nessuno, che vivo a fare?[...] Ti si traumatizza il cuore, la testa, è insopportabile l'ingiustizia della sentenza, nessuno lo può sopportare. Ma che ci posso fare, non ho alternative, ho mia figlia, ne ho due piccole, e per loro devo sopportare tutto [...]

D. Che malattia ha avuto?

Vescica biliare e anche ulcere e un trauma della mentalità [*sic*][...] ho perso la mia mentalità, psicologicamente. Non riesco più a riflettere. Io vengo dalla campagna, povero, e adesso non so che fare, non ho famiglia, a chi rivolgermi quando uscirò. So che mia moglie è in ospedale, ma dove? Chi la aiuterà? Non so niente. Sta male come me, di sopportare tanti anni che sono qui dentro. Anche mia moglie ha la vescica biliare [è malata alla vescica biliare o cistifellea].

D. È andato dal medico per la sua vescica biliare?

Sono andato, pero non ha fatto niente, mi voleva operare. I naturisti mi hanno dato un trattamento e questo mi hanno detto di fare e così l'ho tolta [la malattia]. L'operazione non serve [...] L'operazione poi neanche è gratis, ti chiedono sempre soldi» (Fabricio, 15 aprile 2008).

Sergio Villegas, il protagonista della seguente intervista, è un fervente evangelico; ha fiducia nella medicina ufficiale, soprattutto perché la considera antagonista della tradizionale, che aborre. Elimina con cura dal suo linguaggio ogni riferimento alle "credenze" autoctone sul corpo e sulla malattia, che ha rifiutato una volta avvenuta la sua conversione in carcere, perciò spiega i suoi "nervi" e la sua rabbia repressa e impotente attraverso la descrizione delle alterazioni del suo cuore, facendo intravedere un'eredità familiare della malattia. Tuttavia, l'episodio che ha scatenato il male e la tachicardia, ormai una costante della sua vita, è stata la morte del suo amico Ramiro Flores:

«Fuori non avevo nessuna malattia, nessun disturbo, ma arrivando qui la prima cosa che è andata male è la salute, è lo stress di essere in questo posto, avere il processo, avere la famiglia lontano. La maggior parte ha la famiglia lontano, come me, che non ho parenti qui [a La Paz]. Allora lo stress fa sì che attacchi qualche parte del tuo corpo [...] Nel mio caso mi ha attaccato al cuore, ad altri attacca allo stomaco o alla testa, cioè, dipende dal metabolismo di ognuno. Nel mio caso, il primo anno che sono stato qui

sono andato all'ambulatorio [del carcere]. Fuori non avevo nessun disturbo al cuore, ma qui mi è venuta una specie di tachicardia e mi hanno detto che è per lo stress del processo, ma piano piano uno lo supera. Faccio un trattamento permanente con dei calmanti che quando mi viene questa sensazione che io già conosco, allora prendo questo e mi calma [...] è un calmante per i nervi, a me mi ha danneggiato il nervo. Quello che mi ha detto il medico è che i nervi si gonfiano...come quelle persone che hanno un dispiacere o un'allegria...i nervi reagiscono a seconda della reazione che ha il corpo e nel mio caso devo avere un nervo vicino al cuore, che mi fa male, e mi si gonfia il cuore. Il mio cuore è un organo molto delicato, che qualsiasi cosa gli dà fastidio, si altera, non bisogna molestarlo [...] Mia madre è morta vent'anni fa, per embolia. Era delicata di cuore, batteva male il cuore e perciò questo sale al cervello e scoppia ed è morta [...].

D. Quando hai cominciato a sentire questo dolore al cuore?

Dopo due mesi, dopo pochi mesi. Al principio sentivo l'ansia di stare qui [...] non ho famiglia, chi mi porterà da mangiare? I vestiti? Qualcosa per vivere? Perché qui quando arrivi tutto è per soldi, devi pagare il tuo ingresso al penitenziario, alla sezione, se vuoi una cella devi comprartela⁽²¹⁾ La legge dice che il governo ti dà una cella col tuo materasso, ma in realtà non è così [...] Tutto questo posto è dello Stato, ma qui dentro c'è una compra-vendita [di celle], devi comprarti la cella, devi comprarti tutto! Quando sono arrivato avevo dei soldi e ho potuto pagare l'ingresso al penitenziario e solo una parte dell'entrata nella sezione e perciò ho dovuto fare il *salonero*. I *saloneros* sono quelli che puliscono, che portano da mangiare [...] e allora così ho potuto pagare l'ingresso alla sezione, ma poi non avevo i soldi per comprare la cella, che sono almeno 100 dollari⁽²²⁾ una cella, una messa male, una topaia. [...] Dopo poco che ero entrato, il mio amico [...] si ammalò e morì⁽²³⁾. Gli hanno dato una sentenza di trent'anni ed è durato un mese, si stressò molto, al massimo, è impazzito il ragazzo [...] mi ha talmente impressionato psicologicamente quello che gli è successo che mi è venuta una tremarella terribile [...] pensavano che anche io sarei morto. La malattia al cuore è ereditaria, ma anche se non è ereditaria mi è venuto questo male per le circostanze dello stress, perché qui è stressante [...] Questo male ormai vive con me, mi sono abituato al male. Prima mi spaventavo, adesso vive con me e lo prendo subito [il calmante]» (Sergio Villegas, 7 marzo 2008).

Sergio Villegas, come Fabricio, associa il suo mal di cuore alle molte situazioni umilianti e all'abbandono familiare che hanno caratterizzato prima la sua vita, e poi la reclusione. Cerca di spostare il piano semantico del suo impalpabile concetto di "stress" su un nervo specifico del suo corpo che è posto vicino al cuore, dando così una spiegazione più empirica o di taglio "biomedico" del suo malessere.

Fabricio invece conferisce al suo linguaggio un registro più "scientifico", con tecnicismi quali il "tumore per il pensiero dell'abbandono", il "trauma" al cuore o alla testa, la perdita della "mentalità", che si traducono

in effetti interni ed esterni al corpo. Fuori, la sofferenza, la tristezza, la svogliatezza, la mancanza di appetito; dentro, gli eccessi emozionali producono uno squilibrio umorale che fa prevalere i fluidi nocivi della bile. Fabricio denuncia così il suo malessere, che inoltre contagiava sua moglie, ammalata di “bile”.

La medesima esperienza è propria anche di molti altri reclusi, per esempio, Julio Quispe. Quando viveva a El Alto era un esperto “*partero*”, una specie di ostetrico tradizionale e conoscitore della medicina naturale, nella quale confidava ciecamente:

«Qui la gente si cura con la medicina naturale perché a volte i medici non sono buoni, la maggior parte si cura così. Ho un padrino [interno di San Pedro] che si è curato con una purga, ma a lei [Margarita, sua moglie, presente al momento dell'intervista] non ha fatto effetto. Ogni 8-6 mesi si purga per non farla accumulare [la bile] e così la tira fuori. Quando si purga si sente molto alleggerito, tranquillo, non ha più voglia di arrabbiarsi; quando è carico di bile uno si sente più rabbioso in questo periodo, diventa più arrabbiato. Quando non è carico, si sente tranquillo, qualsiasi cosa brutta, uno non ha voglia di prendersela, è tranquillo. Ai nervi mi fa male quando non mi purgo; quando mi purgo sto tranquillo [...] L'abbiamo fatto prendere a mia figlia e ha fatto effetto, per bene. A mia moglie quasi per niente perché la bile è più in profondità. Cioè la bile in profondità non si rimuove, quella in superficie la smuove, gialla, verde, è aaaagra [...] Disgraziatamente sono stato male quasi due settimane fa, mi faceva male lo stomaco, tutte le ossa, non era influenza, era diverso, neanche adesso sto bene, sto un po' male e mi hanno consigliato di farmi operare. Ma io sto così anche perché ho troppi pensieri» (Julio Quispe, 30 aprile 2008).

Julio Quispe concepisce la “bile” come un malessere ereditario. Sarebbero infatti ereditarie le condizioni per le quali i figli piccoli e la figlia maggiore potrebbero avere questa tendenza alla rabbia, che come sappiamo influisce direttamente nella formazione della bile in eccesso e produce il deposito del fluido nella cistifellea⁽²⁴⁾. Se si ripulisce il corpo periodicamente con le erbe appropriate, è possibile evitare l'operazione chirurgica, che è la conseguenza più drammatica (e costosa). Margarita ad esempio, orfana e “rabbiosa”, stanca di non ricevere aiuto dai familiari, è già ad uno stadio avanzato della malattia e non riesce neanche tranquillizzarsi, insomma non riesce proprio a guarire. Invece Julio dice che la purga non solo rimuove la bile, ma lo fa sentire anche più calmo e “non ha più voglia di arrabbiarsi”, anche quando ricorda cose spiacevoli. In pratica è tranquillo, dunque sano:

«Sono orfano, non ho mai conosciuto mia madre. Quando avevo otto mesi mia madre era morta, allora ho vissuto con estranei, gli estranei ti maltrattano, non fanno neanche caso se hai freddo, fame, sete, solo ti fanno

lavorare e se non lo fai ti sgridano, ti picchiano, ti fanno un maltrattamento fisico e psicologico. Da piccolo sono cresciuto così, con altra gente, e per non farmi picchiare...sono cresciuto nella provincia ... e per non farmi picchiare sono venuto di nascosto dalla provincia e qui non sapevo dove dormire e dove stare ... Sono arrivato a un centro di bambini, Enda Bolivia, dove c'erano bambini orfani. Lì potevo dormire e potevo mangiare e da lì andavo a lavorare. Ho lavorato da "voceador"⁽²⁵⁾ in un minibus, pero non mi conveniva, non ce la facevo, e dopo ho lavorato come lustrascarpe, e poi come aiutante di autobus, e poi come conducente. Con mia sorella ho anche avuto un mezzo di trasporto ma c'era molta invidia e l'abbiamo venduto, ci andava sempre peggio e perdevo i soldi che mettevo da parte. Tutto quello che ho guadagnato in questo periodo, ci mancava qualcuno che lo amministrasse. Uno aveva soldi, ma da giovani poi uno non sente che poi gli mancheranno. Hai soldi e li spendi, compri qualsiasi cosa, siccome non hai spese, siccome ero solo spendevo per mia sorella, figurati che gli compravo la bombola del gas, cibo, anche queste cose mi ricordo che compravo. Ma quando stai così, distrutto, neanche si ricordano di te [...].

D. Anche Margarita ha la bile?

Forse si arrabbia da quando è piccola, lei si arrabbia per qualsiasi cosa, è sempre arrabbiata. A volte forse pensa anche a come farà, anche lei è senza madre e senza padre, è orfana. Sono tre fratelli, come me, due fratelli e una sorella, lei è l'unica figlia femmina. Mio fratello è a Tarija, mia sorella a El Alto, suo fratello anche a El Alto, e gli altri fratelli in campagna [...] Per la sua famiglia io sono un grande delinquente, forse anche la mia famiglia pensa questo: "Quei carcerati, quei delinquenti". Alcuni dicono che da qui si esce peggio, delinquente [...].

D. Sua figlia di 16 anni ha già la bile?

Ce l'ha perché viene da sua madre o da suo padre. Sua madre si arrabbia molto e il figlio ha lo stesso carattere, si irrita molto facilmente. Ma non ha la bile in stato avanzato, io le ho dato la purga così non diventa come sua madre, se si purga da adesso, annualmente, dopo si accumula [...] Molti mi hanno raccontato che quando si fanno operare, dopo sono tagliati e non è la stessa cosa di prima, non possono più lavorare, prendere pesi, non possono più. Allora è meglio un trattamento da piccoli in modo che non si accumula, perché tutto il grasso che mangiamo non si deposita bisogna pulire lo stomaco annualmente, una volta, così stiamo tranquilli» (Julio Quispe, 30 aprile 2008).

Nella successiva intervista, Daniel Llanos spiega come, controllando i propri nervi, riesce a contenere la formazione della bile, la cui produzione in eccesso, anche per lui, comincia dalla fanciullezza:

«Io penso che siccome ho cominciato a lavorare da quando avevo 10 anni, ho imparato a controllare i nervi, ma ci sono persone che devono provare rabbia per la giustizia che funziona così. Per esempio, le persone che hanno i soldi, per loro c'è la giustizia. Ma per le persone che non hanno soldi invece gli vogliono togliere pure tutto quello che hanno, e questo ti

fa ammalare perché uno si arrabbia, si arrabbia e ti prende alla vescica, la bile, ti arrabbi. Io, è ovvio che mi arrabbio, ma un attimo, in quel momento mi dico che se continuo mi sento male io, ma altri devono arrabbiarsi e in quello stesso momento non ti succede niente, ti succede col tempo, quando si aggravava, quando è maligno. Adesso è benigno, ma stiamo male da quando siamo piccoli» (Daniel Llanos, 28 aprile 2008).

In un certo senso, Daniel Llanos è abituato al malessere sin da piccolo, perciò “è benigno” o comunque sa gestirlo meglio di altri, che non hanno tanta familiarità con la rabbia.

Un altro aspetto che compromette la salute è la ridotta esteriorizzazione della collera, dal momento che “la rabbia silenziosa”, come al principio diceva lo *yatiri* e conferma poi Samuel Villa, può essere ancora più nefasta:

«Un giorno ho avuto la bile perché mi comincia a fare male la schiena, e proprio qui, sul cuore, e io so che è bile perché mia moglie si è fatta operare di bile e mia figlia si è fatta operare di bile. Dicevano che avevano male alla spalla [...] Quando uno ha molta rabbia dentro, per esempio io normalmente quasi non mi arrabbio, mi trattengo per non litigare con chi mi ha molestato, per non essere aggressivo sto zitto, e credo che è questo che fa accumulare la bile. Dicono che bisogna lanciare qualcosa, rompere bottiglie, bicchieri, qualsiasi cosa per sfogarsi, ma io non sono così, e sembra che mi si sta accumulando.

D. Dov'è la bile?

Proprio qui, sotto al cuore [...] qui c'è tanta gente che è morta di bile, per la rabbia [...] perché la giustizia è bendata con un fazzoletto, è cieca [...].

D. Il dolore della bile le è venuto inaspettatamente o per qualche ragione precisa?

Mah, così, poco a poco. Quel giorno mi sono irritato, ed è cominciato, quando uno si arrabbia comincia. Mi sono irritato interiormente ed è cominciato. Fa così. Quando uno si arrabbia, dopo viene il dolore» (Samuel Villa, 30 aprile 2008).

Ernesto Ramos, naturista, spiega i tratti peculiari della disfunzione della vescica biliare:

«Bile è dove si accumula il grasso e allora può scoppiare. La chiamano vescica biliare, vero? [...] Il grasso si accumula come delle palline e scoppia [...] attacca il fegato, attacca tutte le parti il grasso [...] e poi la preoccupazione, la tensione, tutte queste cose ci portano a questo. La preoccupazione più di tutto. Non è solo il grasso, questo si accumula con tutte queste cose» (Ernesto Ramos, 11 marzo 2008).

Si deduce dunque che, oltre al grasso, il fattore determinante che favorisce l'accumulazione della bile nella vescica biliare è la preoccupazione che, insieme alla rabbia, come diceva Julio Quispe, entra in circolo costituendosi come un elemento essenziale della fisiologia umana.

A causa della frequente preoccupazione o dei pensieri più tediosi, a essere attaccati per primi sono la testa e il cuore, il fegato e la vescica biliare, organi che, come su una pellicola fotografica, imprime il “negativo” della vita passata, affermandosi allo stesso tempo come un “registro storico” (PITARCH P. 1996: 195)⁽²⁶⁾ delle “malattie biografiche” (AUGÉ M. - HERZLICH C. 1986).

Sulla capacità degli organi interni di ritenere questo “passato negativo” o questa sorta di memoria storica individuale, fanno luce, ad esempio, certi rituali di purificazione, che in genere si praticano con piccoli animali come il *“cuy”*, detto anche *“wank’u”*, cioè il porcellino d’india, o il rospo, nella zona andina ecuadoriana (FERNÁNDEZ JUÁREZ G. 1995; BERNARD C. 1986: 61).

Il terapeuta sfrega il corpo del paziente con l’animaletto che si impregna delle sostanze perniciose, ossia quei fluidi umorali che si producono dopo aver vissuto eventi negativi o tensioni sociali nel proprio ambiente, o per causa del *susto*. In tal modo l’infermo si pulisce e si libera della sua biografia dannosa, e dunque della malattia, che si trasferisce alle viscere dell’animale. Per verificare il successo del rituale, lo si sacrifica e seziona, mostrando in tal modo al paziente il malessere, che è ormai esterno al suo corpo (FERNÁNDEZ JUÁREZ G. 1999: 135).

In realtà, anche gli organi del corpo umano registrano la “malattia biografica” e, così concepiti rappresentano: «la storia intima, il passato remoto di ognuno, un altro segreto o forse un tesoro ben custodito. Custodito nelle stanze più occulte dell’inconscio e nei più lontani rifugi della memoria [...] Quando sapevamo soltanto balbettare, prima di conoscere la sintassi della nostra lingua, con le sue classificazioni dell’esperienza; quando non sapevamo dove conservare ciò che si stava vivendo con tanto sconcerto, tutto si scagliava, informe, senza etichetta, in un pozzo senza fondo, impossibile da esplorare in una vita intera. Rimane lì, ben nascosto [...] perso per noi, per loro e per tutti quelli che non possono sapere, neanche io, se si tratta di un tesoro o, come probabile, solo di un fondo pantanoso e scivoloso come il fango della coscienza. In queste profondità interiori, il tempo è fermo e gli accadimenti esterni non alterano la condizione immutabile, salvo quando una catastrofe emozionale smuove le acque del pozzo e la tenue argilla del fondo sale fino alla superficie della parola e del volto» (GUTIÉRREZ ESTÉVEZ M. 2002: 105-106).

La bile è il prodotto di questo balbettio, previo alla comprensione della sintassi dell’esperienza, della rabbia silenziosa o irruenta del *“renegar”* o della collera. La rabbia, soprattutto quando è sopita, masticata con parole

confuse, a mezza bocca, protegge gli altri dai propri sentimenti negativi ma, senza esprimersi chiaramente, si riversa dentro, nell'interiorità di ciascuno ed entra in circolo, nella delicata e controversa fisiologia dell'essere umano. Per non aver saputo gridare o tirare oggetti, il fegato straripa del liquido umorale che gli è proprio, fino a che il corpo è sopraffatto dalla bile.

Un eccesso di bile conduce a un temperamento collerico, provoca ansia e tendenza all'insoddisfazione⁽²⁷⁾. Così la collera ha ripercussioni nel corpo individuale del recluso, sebbene abbia origine nel corpo sociale dominato dalle tensioni non risolte con i familiari, che peraltro patiscono la stessa malattia. Le conseguenze di tali disordini suppongono l'insorgere dei disturbi più pericolosi, che vengono considerati di maggior impatto sulla salute perché implicano la perdita dell'anima e, di conseguenza, la frammentazione dell'essere (FERNÁNDEZ JUÁREZ G. 1999: 150) o l'"apertura del corpo".

Infatti, per "guardare" dentro se stessi, è estremamente nocivo farsi operare chirurgicamente, perché il corpo è un'entità chiusa e come tale deve rimanere nell'arco di tutta l'esistenza⁽²⁸⁾. Le soluzioni proposte dalla biomedicina per curare la vescica biliare sono dunque estremamente aggressive, poiché si utilizzano strumenti invasivi, profanatori dell'unità indissolubile dell'essere e, così come spiegavano Fabricio e Julio Quispe, debilitano irrimediabilmente il paziente, trasformando il suo corpo chiuso e resistente in un organismo propenso a contrarre malattie (FERNÁNDEZ JUÁREZ G. 1999: 78).

Analogamente, il *carcelazo*, nelle sue manifestazioni più violente, taglia le relazioni sociali dell'individuo e le sue interiorità diventano deboli e indifese. Così, i corpi docili descritti da Michel FOUCAULT (2005 [1975]), mansueti e quieti perché plasmati dalla moderna istituzione penitenziaria, rigidamente controllati dalla severa vigilanza del panottico, si trasformano a San Pedro in corpi deboli, come affermava lo *yatiri*, dominati da un concetto più intimo e profondo di "disciplina", il cui risultato è la stessa calma apparente.

Conclusioni: pena incorporea e incorporazione della pena

Dopo la sentenza, nuove e spesso drammatiche certezze si abbattano sui destini dei reclusi, che cambiano il modo di pensare e condurre la propria esistenza, il rapporto con gli altri detenuti e con l'esterno.

Il processo di adattamento della persona alla vita in carcere si definisce nei manuali di criminologia con il termine di “prigionizzazione”⁽²⁹⁾ che, mostrando la stessa etimologia del *carcelazo*, indicherebbe gli effetti della reclusione nell’essere umano, ossia quelle pene “collaterali” che, di fatto, costituiscono buona parte della condanna e di cui la sentenza non fa menzione. In tribunale si quantifica solo il tempo di internamento o l’ammontare della cauzione, lasciando invece al margine il conto della sofferenza del recluso⁽³⁰⁾.

È vero che non esiste un metodo scientifico per pesare il dolore sul piatto della bilancia, in particolar modo quando si pretende che la pena sia “incorporea” (FOUCAULT M. 2005 [1975]: 14-19), cioè senza peso sul corpo. L’integrità del corpo e la sua (teorica) inviolabilità da parte dell’istituzione penitenziaria assicurerebbero ai funzionari statali e a gran parte dell’opinione pubblica che la “dolcezza” dei castighi (FOUCAULT M. 2005 [1975]: 113-144), incorporati per legge e per “umanità”, protegga dal maltrattamento fisico istituzionalizzato. Per tanto la prigionizzazione si concepisce come un effetto della reclusione sulla psiche, la cui alterazione sfocerebbe in “sindromi reattive all’imprigionamento”, posto che la permanenza in istituzioni “chiuse” produce una lunga serie di effetti psicopatologici⁽³¹⁾. Tali effetti non costituiscono un delitto poiché, seguendo la formula in voga nel paradigma scientifico dello studio dell’essere umano, ampiamente accettata dal diritto penale, mente e corpo sono entità fondamentalmente distinte. Dunque, gli attentati all’equilibrio psichico del recluso non si considerano alla pari delle ingiurie corporali, vietate e fortemente stigmatizzate, e l’istituzione penitenziaria assume impunemente la sua funzione di agente patogeno.

Eppure neanche nel “fisico” è possibile nascondere le conseguenze perniciose della vita in cattività e della prigionizzazione, perché è fuori di dubbio che il corpo del recluso è sofferente.

Il dottor Daniel Gonin, medico penitenziario francese, criticando l’essenza coercitiva e repressiva degli istituti di pena, descrive un complesso mondo di patologie carcerarie sofferte dai suoi pazienti. Oltre a disturbi sensoriali, vertigini, anestesi del gusto, dell’olfatto e sfasamenti spazio-temporali (GONIN D. 1994 [1991]: 76-84), molte affezioni assumono l’aspetto di veri e propri martiri o sacrifici (LE BRETON 2005 [2003]: 105). «Un giorno, durante una sessione di psicoterapia di gruppo, un rumore prima secco e poi cristallino interrompe bruscamente gli scambi di opinione che si svolgevano in modo particolarmente vivace. Vidi di colpo, senza ben capire, dei pezzi di vetro sparsi dappertutto nella zona centrale del gruppo e un ragazzo chinato a quattro zampe, che in un primo tempo pensai stesse

raccogliendo i cocci sparsi, per scrupolo di ordine e pulizia. Ma con mio enorme stupore realizzai poco dopo che il giovane li stava ingurgitando con una sorta di avidità rabbiosa. Volli intervenire, ma non feci che rendere più precipitosi i suoi gesti, che divenuti maldestri, gli procurarono tagli sulle labbra a causa dei vetri rotti che ingoiava. Il sangue rosso vivo si rifletteva sulle schegge e il fascino estetico accresceva l'orrore suscitato dalla bocca insanguinata, da cui colava quel cibo particolare. Avevo fatto la conoscenza di un *ingoiatore* in collera» (GONIN D. 1994: 105). Gli "ingoiatori" ingeriscono di nascosto ogni tipo di oggetto a disposizione, e siccome non percepiscono la propria interiorità come un limite, «uno spazio o una posizione del dentro in contrasto con un fuori» (GUTIÉRREZ ESTÉVEZ M. 2002: 95), incorporano indiscriminatamente ciò che appartiene all'esterno, manifestando con questo gesto il loro supplizio.

La pena intesa come dolore e afflizione, ma anche come istituzione penitenziaria che si riflette nelle leggi, nei diritti e nei benefici, così come nell'aria, nei sapori e negli odori del carcere, si materializza in piccoli oggetti che penetrano il corpo e cominciano a farne parte, evidenziando la formula fittizia dell' "incorporeità", quando il dentro e il fuori si fondono secondo la logica perfetta dell' "incorporazione".

Il concetto di incorporazione (*embodiment*) come paradigma dello studio dell'essere umano (CSORDAS T. 1990: 5; SCHEPER HUGHES N. - LOCK M. 1987) pone in rilievo come esso sia una costruzione culturale plasmata attraverso un'interazione osmotica, inseparabile e continua con il mondo circostante. Superando la distinzione corpo/mente come formula binaria dell'ontologia del soggetto, si svincola la corporeità dalla sua dimensione esclusivamente "biologica", e la si intende invece come parte e prodotto di processi storici e sociali che si configurano come sistemi di riferimento utili per dare valore e senso alle cose (PIZZA G. 2007: 29-31).

Molti antropologi hanno sottolineato come in diversi contesti di marginalità, povertà ed esclusione il linguaggio della malattia, ad esempio i cosiddetti "nervi", rappresentino l' "incorporazione" della sofferenza connessa a fattori economici e alla subalternità politica e sociale (ENNIS-McMILLAN M. 2001; FARMER P. 1988, 2006; LOCK M. 1988, 1993; LOW S. 1981, 1994; MIGLIORE S. 2001; ONG A. 1988; REBHUN L. A. 1993; SCHEPER HUGHES N. 1997 [1992]; SCHEPER HUGHES - LOCK M. 1987; TAPIÁS M. 2006). Queste etnografie mostrano come nel campo del corporeo, messi in luce attraverso la narrazione della malattia, si possano esprimere conflitti, tensioni sociali, ineguaglianze e tragedie familiari che, siccome fanno parte della biografia individuale, non si considerano scatenati da fattori

esterni al malato, mascherando in tal modo le ragioni e le cause sociopolitiche del malessere, celato nell'ambito dell'ordine naturale delle cose e nell'inevitabile della disgrazia e della sofferenza umana (FARMER P. 2006). Inoltre tali autori, in consonanza con il significato proprio dell'"incorporazione", evidenziano come sia incongruo considerare certe malattie "false" o "psicosomatiche", rifiutando quindi il concetto di somatizzazione, considerato arbitrario e fuorviante (SCHEPER HUGHES N. - LOCK M. 1987; LOCK M. 1993) e, nel nostro caso, il concetto di "incorporeità della pena" o di "prigionizzazione" come effetto del carcere solo sulla "psiche".

Invece il *carcelazo* e le altre malattie del carcere, così come sono state raccontate dai reclusi e presentate in questo lavoro, e cioè attraverso una serie di aneddoti che sottolineano le vicissitudini della vita, mostrano la sofferenza della "persona" ma anche la debolezza sociale del soggetto, dove la debolezza, un malessere diffuso nel contesto andino (OTHIS K.S. 1999; TAPIAS M. 2006; CERBINI F. 2009), è un'istanza "bioculturale" di incorporazione di una lunga traiettoria esistenziale di esclusione e povertà. Drammi di un'esistenza raccontata come una serie di sintomi, come fluidi e sostanze localizzate in determinate parti del corpo, che pregiudicano non solo il carcerato ma anche la sua famiglia, come fosse un processo "naturale", un destino ineluttabile di alcuni, che favorisce la riproduzione di privazioni e necessità (FARMER P. 2006).

Il recinto penitenziario contiene persone che quotidianamente costruiscono la loro corporeità e "incorporano" la loro pena come prodotto del proprio metabolismo esistenziale. Tuttavia, mentre l'autolesionismo, come hanno mostrato gli "ingoiatori", è un atto di dolore particolarmente suggestivo, il processo di "incorporazione" del male descritto attraverso il *carcelazo* segna il corpo in modo meno "spettacolare"⁽³²⁾. Infatti, non ci sono a San Pedro storie di "ingoiatori" e non sono frequenti gli atti di autolesionismo e mutilazione, intesi come un grido che richiama l'attenzione su di sé, poiché certe proteste in questo penitenziario non produrrebbero alcun risultato, nessun lamento e nessuna visibilità. Eppure, nelle narrazioni sul male dei reclusi, si notano ugualmente i tessuti lacerati delle loro interiorità.

Così, le malattie del carcere di San Pedro riescono a costituire una denuncia e una protesta se studiate con gli strumenti esegetici dell'indagine antropologica, mediante i quali è possibile risalire all'origine del male. Allora, comprendere la costruzione culturale del *carcelazo* e delle affezioni collaterali che scatena significa scavare nella miseria e nella contraddizione di esistenze vissute al margine ancor prima della reclusione. Vite

subalterne in cui la malattia si configura come una metafora di desideri frustrati e necessità insoddisfatte, la cui narrazione si concepisce come una trama di esperienze che conformano la cognizione del malessere come un “mito dell’origine” (Good B. 2006a [1992]: 237-243). Per i reclusi, il *carcelazo* diventa dunque il mito di fondazione della loro diversità, del loro stigma, della sofferenza, della morte in carcere e dell’esistenza di tutti i mali che si generano a partire dalla condanna, dall’abbandono, dalla manomissione dell’identità e dell’umanità della persona in una delle più oscure e remote istituzioni statali.

Note

⁽¹⁾ Proprio questa “libertà” di movimento ha facilitato di gran lunga l’“osservazione partecipante”, impensabile in contesti del genere. I dati necessari per l’elaborazione della tesi di dottorato, da cui è tratto questo articolo, sono stati raccolti all’interno del carcere di San Pedro durante le due fasi principali del lavoro sul campo (da aprile fino ad agosto del 2006 e da febbraio 2008 fino a giugno dello stesso anno). La maggior parte delle interviste con i reclusi, circa 100, sono state registrate e, date le peculiarità di funzionamento del penitenziario, si sono potute svolgere senza la presenza di alcun estraneo alla ricerca e senza la separazione fisica con il detenuto. I temi di cui tratta questo articolo sono dunque parte della tesi di dottorato presentata all’Universidad Complutense di Madrid in cotutela con la Sapienza Università di Roma, nell’ambito del programma: *Sociedades americanas: caracteres históricos y antropológicos*, del dipartimento di *Historia de América II - Antropología de América* della Facoltà di geografia e storia (relatori: prof. Manuel Gutiérrez Estévez - prof. Alessandro Lupo).

⁽²⁾ Tutti i nomi dei reclusi sono fittizi. In genere, per motivi di “sicurezza”, registravo soltanto il nome proprio dell’intervistato, tralasciando il cognome. Non chiedevo mai il delitto commesso, poiché si trattava di un argomento delicato che avrebbe potuto alterare l’esito dell’intervista. Solo col tempo, instaurato un rapporto di mutua fiducia, emergevano i dati più “sensibili” e completavo anche le informazioni relative al cognome, età, luogo di nascita, occupazione e periodo di detenzione.

⁽³⁾ La traduzione italiana delle interviste in questo articolo rispecchia, per quanto è possibile, il linguaggio dei reclusi, molti di loro provenienti da ambienti poco castigianizzati, spesso bilingui (aymara o quechua) e con un bassissimo tasso di alfabetizzazione.

⁽⁴⁾ Il *susto*, cioè lo “spavento”, è una categoria diagnostica tradizionale molto comune fra i popoli indigeni americani.

⁽⁵⁾ Nella visione autoctona dell’essere umano, l’*ajayu* è una delle “anime” che compongono la persona. Quando, per il *susto*, abbandona il corpo causa gravi conseguenze per la salute. A proposito si veda FERNÁNDEZ JUÁREZ G. (1995, 1999, 2004).

⁽⁶⁾ Il termine “vescica biliare” è obsoleto, mentre attualmente è più comune chiamare quest’organo “colecisti” o “cistifellea”. In questo lavoro comunque adotterò sempre la prima denominazione, che traduce la parola “*vesícula biliar*” usata dai reclusi.

⁽⁷⁾ A proposito dell’incomprensione medico-paziente per quanto riguarda la somministrazione dei trattamenti e dei farmaci nell’area rurale e popolare urbana boliviana si veda: CERBINI F. (2009); FERNÁNDEZ JUÁREZ G. (1999); RAMÍREZ HITA S. (2009). Si veda anche TAUSSIG M. (2006).

⁽⁸⁾ È la moneta ufficiale del Paese. 100 boliviani equivalgono a circa 10 euro.

⁽⁹⁾ A proposito della sintomatologia della “bile”, si veda CERBINI F. (2009): Doña Concepción spiega questa malattia in termini molto simili.

⁽¹⁰⁾ Antonio Mamani probabilmente non uscirà mai dal carcere, come molti altri suoi compagni che non hanno la disponibilità economica per farlo.

⁽¹¹⁾ Per quanto riguarda il concetto di autocura o l'articolazione dei diversi saperi medici a cui il malato ricorre per risolvere la sua malattia, si veda, per esempio, CAMPOS R. (1992); MENÉNDEZ E.L. (1990, 2002); PIZZA G. (2007).

⁽¹²⁾ “*Mindfull body*”.

⁽¹³⁾ “*no es gente*”.

⁽¹⁴⁾ “*es otra clase de gente*”.

⁽¹⁵⁾ La parola “rimorso” non è causale. Si veda infatti l'opera di Ernesto DE MARTINO (1961) che ha ispirato in parte l'interpretazione di *carcelazo* come conflitto con un passato negativo, dannoso, che ritorna nei momenti di crisi di senso della vita del recluso.

⁽¹⁶⁾ È necessario considerare la dimensione socioculturale della malattia per comprenderne il profondo significato. In tal modo certe malattie come il mal di testa, la bile o il mal di cuore diventano “malattie del carcere” anche se sono molto diffuse anche all'esterno.

⁽¹⁷⁾ È molto comune fra i reclusi pensare che “prima della reclusione non ci ammalavano mai”. Ciò si deve in parte al fatto che il carcere è “patogeno”, in parte perché è possibile che si segua un “modello narrativo” della malattia secondo cui esiste un episodio scatenante a partire dal quale si incubano tutti le malattie che si patiranno in futuro, in contrasto con il periodo anteriore a questa sorta di atto di fondazione del patimento. Ad esempio, lo stesso succedeva fra le donne della zona rurale del Nord di Potosí, che intendevano spesso il matrimonio come il momento in cui hanno cominciato ad ammalarsi, in contrasto con il periodo precedente, felicemente libero dal male. Come i reclusi, queste donne lamentavano proprio il male di “bile” e lo raccontavano attraverso la narrazione degli eventi più drammatici della loro vita (CERBINI F. 2009), mostrando un quadro simbolico molto simile a quello dei carcerati di San Pedro. Perciò il dolore alla vescica biliare, apparentemente più tecnico di un generico mal di testa, ha anch'esso profonde radici popolari, essendo molto diffuso nell'entroterra boliviano, da cui la maggior parte dei reclusi proviene.

⁽¹⁸⁾ Nel senso di *susto* come categoria diagnostica tradizionale.

⁽¹⁹⁾ Joseph BASTIEN (1985) si riferisce alla parola “cuore” come traduzione dal quechua *sonqo* che indica un'entità che possiede tutta una serie di prerogative che non appartengono al “cuore” inteso in termini biomedici.

⁽²⁰⁾ La ricerca etnografica ha messo in luce come molti popoli indigeni americani intendono il “cuore” come la sede dell'anima e delle anime che compongono la persona, che le conferiscono la vitalità e la capacità di azione, la possibilità di provare emozioni e sentimenti, essendo il cuore anche una specie di magazzino della memoria (si veda, per esempio: FERNÁNDEZ JUÁREZ G. (2004a); GOSSEN G. (1975); LUPO A. (2009); PITARCH P. (1996). Anche in altri contesti il “cuore” è veicolo di una lunga serie di significati: per una semantica delle malattie di cuore in Iran si veda ad esempio il lavoro di Byron GOOD (2006a [1992]). Del resto l'etimologia stessa della parola “ricordare”, ovvero “re-cordare” da *cor*, *cordis*, “riportare al cuore”, ci mostra come anche nel nostro linguaggio il cuore si intenda come sede della memoria e anche in inglese, per esempio, “*to learn by heart*” vuol dire imparare a memoria.

⁽²¹⁾ Come accennavo nella premessa, per quanto possa sembrare incredibile, la realtà del funzionamento del carcere di San Pedro è esattamente com'è descritta in quest'intervista.

⁽²²⁾ In Bolivia, lo stipendio minimo mensile ammonta a 70 dollari circa.

⁽²³⁾ Si parla nuovamente del caso di Ramiro Flores.

⁽²⁴⁾ Descritta da Joseph BASTIEN (1985) l'etnofisiologia *Kallawaya* diffusa su gran parte dell'area andina distingue diversi fluidi, controllabili mediante una farmacopea che, prescindendo da fattori termici, si basa sulla qualità fredda o calda delle piante impiegate nella cura. Ogni disfunzione nell'equilibrio del corpo, in cui si produce il *tinku* o “incontro” delle sostanze vitali, si

traduce in un eccesso di alcune sostanze secondarie (ossia la bile, il flemma, il latte, lo sperma, il sudore e l'urina). Tale eccesso converte la sostanza secondaria in nociva e questa deve essere espulsa (BASTIEN J. 1985: 602-603).

⁽²⁵⁾ Il “*voceador*” è colui che annuncia a voce alta la destinazione dell'autobus ai passeggeri che devono scendere e salire e si occupa dei biglietti.

⁽²⁶⁾ Nella sua etnografia a Cancuc (Chiapas), questo autore descrive il “cuore” come una sorta di registro storico capace di incorporare il passato storico locale e proiettarlo nel complesso repertorio di “anime” che possiede la persona e che hanno sede, appunto, nel cuore.

⁽²⁷⁾ Per quanto concerne le teorie umorali della medicina tradizionale del Nuovo mondo si veda, per esempio: FOSTER G. (1987); LÓPEZ AUSTIN A. (1984); BASTIEN J. (1985).

⁽²⁸⁾ A proposito di popoli indigeni e chirurgia si veda: FERNÁNDEZ JUÁREZ G. (cur.) (2009).

⁽²⁹⁾ Per quanto riguarda la letteratura “scientifica” sul concetto di “prigionizzazione” si è preso in considerazione per questo lavoro il testo di FERRACUTI F. (1990); VALVERDE J. (1991).

⁽³⁰⁾ Uno dei testi più eloquenti ed evocativi sulla condizione del recluso, sul “*carcelazo*”, sebbene il malessere non sia descritto in questi termini, è di CURCIO R. - PETRELLI S. - VALENTINO N. (1990).

⁽³¹⁾ Secondo GOFFMAN E. (2007 [1961]: 26-27) tutte le istituzioni “totali” producono gli effetti della prigionizzazione, che questo autore definisce come “deculturazione”.

⁽³²⁾ Si vedano i concetti correlati di “violenza strutturale” e “sofferenza sociale” in: FARMER P. (2006 [2004]); QUARANTA I. (2006); BENEDUCE R. (2008).

Riferimenti bibliografici

ABSI Pascale (2005), *Los ministros del diablo. El trabajo y sus representaciones en las minas de Potosí*, Programa de Investigación Estratégica en Bolivia (PIEB), La Paz.

AGAMBEN Giorgio (2005 [1995]), *Homo sacer. Il potere sovrano e la nuda vita*. Einaudi, Torino (prima ediz.: Einaudi, Torino 1995).

ALLEN Catherine J. (1982), *Body and soul in Quechua thought*, “Journal of Latin American Lore”, vol. 8, n. 2, 1982, pp. 179-196.

ARNOLD Denise (curatore) (1992), *Hacia un orden andino de las cosas: tres pistas de los Andes*. Instituto de Historia Social Boliviana (HISBOL) - Instituto de Lengua y Cultura Aymara (ILCA), La Paz.

AUGÉ Marc - HERZLICH Claudine (curatori) (1986 [1983]), *Il senso del male*. Antropologia, storia e sociologia della malattia. Il Saggiatore, Milano [ediz. orig.: *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Éditions des Archives Contemporaines, Paris, 1983].

BASTIEN Joseph (1985), *Qollahuaya-Andean body concepts. A topographical-hydraulic model of physiology*, “American Anthropologist”, vol. 87, n. 3, 1985, pp. 595-611.

BENEDUCE Roberto (curatore) (2008), *Violenza*, “Annuario di Antropologia” (Meltemi, Roma), anno 8, n. 9-10, 2008 (numero monografico).

BERNARD Carmen (1986), *Enfermedad, daño e ideología. Antropología médica de los renacientes de Pindilig*, Abya-Yala, Quito.

CAMPOS Roberto (curatore) (1992), *La antropología médica en México*, 2 voll., Amacalli Editores, México.

CANESSA Andrew (2006), *Minas, motes y muñecas. Identidad e indigeneidades en Larecaja*. Editorial Mamahuaco, La Paz.

CERBINI Francesca (2009), *Cesáreas, ligadura de trompas y vesícula. Las operaciones como enfermedad crónica en el testimonio de una mujer quechua del Norte de Potosí (Bolivia)*, pp. 165-178, in FERNÁNDEZ JUÁREZ Gerardo (curatore), *Salud e interculturalidad en América Latina. Prácticas quirúrgicas y pueblos originarios*, Abya-Yala, Quito.

- CERBINI Francesca (2012) *La casa de jabón. Etnografía de una cárcel boliviana*, Ediciones Bellaterra, Barcelona.
- COMITÉ INTERNACIONAL CRUZ ROJA (CICR) (2006), *Diagnóstico situacional de los servicios de salud en el sistema penitenciario de Bolivia* (Informe 2006).
- CSORDAS Thomas (1990), *Embodiment as a paradigm for anthropology*, "Ethos", vol. 18, n. 1, 1990, pp. 5-47.
- CURCIO Renato - PETRELLI Stefano - VALENTINO Nicola (1990), *Nel bosco di Bistorco*, Edizioni Sensibili alle Foglie, Roma.
- DE MARTINO Ernesto (1961), *La terra del rimorso. Il Sud tra religione e magia*, Il Saggiatore, Milano.
- DOUGLAS Mary (1973 [1966]), *Pureza y peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabu*, Siglo XXI de España Editores, Madrid [ediz. orig.: *Purity and danger. An analysis of concept of pollution and taboo*, Routledge & Kegan Paul, London, 1966].
- DUVIOLS Pierre (1977), *Las destrucciones de las religiones andinas durante la Conquista y la Colonia*, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), México.
- ENNIS-MCMILLAN Michael C. (2001), *Suffering from water. Social origins of bodily distress in a Mexican community*, "Medical Anthropology Quarterly", vol. 15, n. 3, 2001, pp. 368-390.
- FARMER Paul (1988), *Bad blood, spoiled milk. Bodily fluids as moral barometers in rural Haiti*, "American Ethnologist", vol. 15, n. 1, 1988, pp. 62-83.
- FARMER Paul (2006 [2004]), *Antropologia della violenza strutturale*, pp. 17-49, in QUARANTA Ivo (curatore) *Sofferenza sociale "Annuario di Antropologia"* (Meltemi, Roma) (numero monografico) [ediz. orig.: *Anthropology of structural violence*, "Current Anthropology", vol. 45, n. 3, 2004, pp. 305-325].
- FERNÁNDEZ JUÁREZ Gerardo (1995), *El banquete aymara. Mesas y yatiris*, Instituto de Historia Social Boliviana (HISBOL), La Paz.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ Gerardo (1999), *Médicos y yatiris: salud e interculturalidad en el Altiplano aymara*, Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) - Ministerio de Salud y Previsión Social - Centro de Investigación y Promoción del Campesinato (CIPCA) - (ESA), La Paz, 1999 (Cuadernos de investigación, vol. 51).
- FERNÁNDEZ JUÁREZ Gerardo (2004a), *Yatiris y ch'amakanis del Altiplano aymara: sueños, testimonios y prácticas ceremoniales*, Abya Yala, Quito.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ Gerardo (2004b), *Ajayu, animu, kuraji: el "susto" y el concepto de persona en el Altiplano aymara*, pp. 185-218, in SPEDDING Alison (curatore), *Gracias a Dios y a los Achachilas: ensayos de sociología de la religión en los Andes*, Instituto Superior Ecuaménico Andino de Teología (ISEAT) - Plural Editores, La Paz.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ Gerardo (curatore) (2009), *Salud e interculturalidad en América Latina. Prácticas quirúrgicas y pueblos originarios*, Abya Yala, Quito.
- FERRACUTI Franco (curatore) (1987-1991, 1990), *Trattato di criminologia, medicina criminologica e psichiatria forense*, 21 voll. (1987-1991), vol. 11, *Carcere e trattamento*, (1990), Giuffrè, Milano.
- FOSTER George M. (1987), *On the origin of humoral medicine in Latin America*, "Medical Anthropology Quarterly", vol. 1, n. 4, 1987, pp. 355-393.
- FOUCAULT Michael (2005 [1975]), *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Gallimard, Paris, 1975].
- GIRAULT Louis (1988), *Rituales en las regiones andinas de Bolivia y Perú*, Editorial Don Bosco, La Paz.
- GOFFMAN Erving (2007 [1961]), *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu Editores, Madrid [ediz. orig.: *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and others inmates*, Doubleday Anchor, New York, 1961].
- GONIN Daniel (1994 [1991]), *Il corpo incarcerato*, introduz. all'ediz. italiana di Massimo PAVARINI, Edizioni Gruppo Abele, Torino [ediz. orig.: *La santé en carcére. Médecine et conditions de vie en détention*, L'Archipel, Paris, 1991].

- GOOD Byron (2006a [1992]), *Un corpo che soffre. La costruzione di un mondo di dolore cronico*, pp. 75-106, in QUARANTA Ivo (curatore), *Antropologia medica. I testi fondamentali*. Raffaello Cortina Editore, Milano [ediz. orig.: *A body in pain: the making of a world of chronic pain*, pp. 29-48, in DELVECCHIO GOOD Mary-Jo - BRODWIN Paul E. - GOOD Byron J. - KLEINMAN Arthur (curatori), *Pain as human experience. An anthropological perspective*, University of California Press, Berkeley - Los Angeles, 1992].
- GOOD Byron (2006b [1994]), *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective*, Cambridge University Press, New York, 1994].
- GOSE Peter (2001), *Aguas mortíferas y cerros hambrientos. Rito agrario y formación de clases en un pueblo andino*. Editorial Mamahuaco, La Paz.
- GOSSEN Gary (1975), *Animal souls and human destiny in Chamula*, "Man", new series, vol. 10, n. 3, 1975, pp. 448-461.
- GUTIÉRREZ ESTÉVEZ Manuel (2002), *Interioridades*, pp. 83-14, in GUTIÉRREZ ESTÉVEZ M. et al., *Según cuerpos. Ensayo de diccionario de uso etnográfico*, Cícón Ediciones - Fundación Xavier de Salas, Cáceres.
- GUTIÉRREZ ESTÉVEZ Manuel et al. (2002), *Según cuerpos. Ensayo de diccionario de uso etnográfico*. Cícón Ediciones - Fundación Xavier de Salas, Cáceres.
- HUANCA Tomás (1989), *El yatiri en la comunidad Aymara*, Ediciones CADA - Instituto de Historia Social Boliviana (HISBOL), La Paz.
- LE BRETON David (2005 [2003]), *La pelle e la traccia. Le ferite del sé*, Meltemi, Roma (ediz. orig.: *La peau et la trace. Sur les blessures de soi*, Métailié, Paris, 2003).
- LOCK Margaret (1993), *Cultivating the body. Anthropology and epistemologies of bodily practice and knowledge*, "Annual Review of Anthropology", n. 22, 1993, pp. 133-155.
- LÓPEZ AUSTIN Alfredo (1984), *Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos Nahuas*, 2 voll., Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), México.
- LOW Setha M. (1981), *The meaning of nervios. A sociocultural analysis of symptom presentation in San José, Costa Rica*, "Culture, Medicine and Psychiatry", vol. 5, n. 1, 1981, pp. 24-48.
- LOW Setha M. (1994), *Protest of the body*, "Medical Anthropology Quarterly", vol. 8, n. 4, 1994, pp. 476-478.
- LUPO Alessandro (2009), *Fuori di sé. Viaggi "sciamanici" ed esperienze di malattia nel Messico indigeno e meticcio*, "I Quaderni del Ramo d'Oro", n. 2, 2009, pp. 124-142.
- MENÉNDEZ Eduardo L. (1990), *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), México.
- MENÉNDEZ Eduardo L. (2002), *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*, Ediciones Bellaterra, Barcelona.
- MIGLIORE Sam (2001), *From illness narratives to social commentary. A Pirandellian approach to "nerves"*, "Medical Anthropology Quarterly", vol. 15, n. 1, 2001, pp. 100-125.
- OBLITAS POBLETE Enrique (1963), *Cultura kallawaya*, Talleres Gráficos Bolivianos, La Paz.
- ONG Aihwa (1988), *The production of possession. Spirits and the multinational corporation in Malaysia*, "American Ethnologist", vol. 15, n. 1, 1988, pp. 28-42.
- OTHS Kathryn S. (1999), *Debilidad. A biocultural assessment of an embodied Andean illness*, "Medical Anthropology Quarterly", vol. 13, n. 3, 1999, pp. 286-315.
- PITARCH Pedro (1996), *Animismo, colonialismo y la memoria histórica tzeltal*, "Revista Española de Antropología Americana", vol. 26, n. 1, 1996, pp. 183-203.
- PIZZA Giovanni (2007), *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma.
- QUARANTA Ivo (2006), *Introduzione*, pp. 5-15, in QUARANTA Ivo (curatore), *Sofferenza sociale*, "Annuario di Antropologia" (Meltemi, Roma), anno 6, n. 8, 2006 (numero monografico).
- QUARANTA Ivo (curatore) (2006), *Sofferenza Sociale*, "Annuario di Antropologia" (Meltemi, Roma), anno 6, n. 8, 2006 (numero monografico).

- QUARANTA IVO (curatore) (2006), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- RAMÍREZ HITA Susana (2005), *Donde el viento llega cansado. Sistemas y prácticas de salud en la ciudad de Potosí*, Cooperación Italiana, La Paz.
- RAMÍREZ HITA Susana (2009), *Calidad de atención en salud. Prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quechua y aymará del Altiplano boliviano*, Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), La Paz.
- Rebhun Linda-Anne (1993), *Nerves and emotional play in Northeast Brazil*, "Medical Anthropology Quarterly", vol. 7, n. 2, 1993, pp. 131-151.
- RÖSING Ina (1990), *Introducción al mundo callawayá. Curación ritual para vencer penas y tristezas*, Editorial Los Amigos del Libro, La Paz.
- SCARRY Eleine (1990 [1985]), *La sofferenza del corpo. La distruzione e la costruzione del mondo*, Il Mulino, Bologna [ediz. orig.: *The body in pain. The making and unmaking of the world*, Oxford University Press, New York, 1985].
- SCHEPER-HUGHES Nancy (1997 [1992]), *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*, Ariel, Barcelona [ediz. orig.: *Death without weeping. The violence of everyday life in Brazil*, University of California Press, Berkeley, 1992].
- SCHEPER-HUGHES Nancy - LOCK Margaret (1987), *The mindful body. A prolegomenon to future work in Medical anthropology*, "Medical Anthropology Quarterly", vol. 1, n. 1, 1987, pp. 6-41.
- SPEDDING Alison (1994), *Wachu wachu. Cultivo de coca e identidad en los Yunkas de La Paz*, Instituto de Historia Social Boliviana (HISBOL) - Centro de Investigación y Promoción del Campesinato (CIPCA) - Cocayapu, La Paz.
- SPEDDING Alison (2004), *Gracias a Dios y a los Achachilas. Ensayos de sociología de la religión en los Andes*, Instituto Superior Ecueménico Andino de Teología (ISEAT) - Plural Editores, La Paz.
- SPEDDING Alison (2005), *Sueños, kharisiris y curanderos. Dinámicas sociales de las creencias en los Andes contemporáneos*. Ediciones Mama Huaco, La Paz.
- TAPIAS Maria (2006), *Emotions and the intergenerational embodiment of social suffering in rural Bolivia*, "Medical Anthropology Quarterly", vol. 20, n. 3, 2006, pp. 399-415.
- TAUSSIG Michael (2006 [1980]), *Reificazione e coscienza del paziente*, pp. 75-106, in QUARANTA IVO (curatore) *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano [ediz. orig.: *Reification and the consciousness of the patient*, "Social Science & Medicine", part B: Medical Anthropology, vol. 14, n. 1, 1980, pp. 3-13].
- VALVERDE Jesús (1991), *La cárcel y sus consecuencias. La intervención sobre la conducta desadaptada*, Editorial Popular, Madrid.

Scheda sull'Autrice

Dottore di ricerca in Etnologia e etnoantropologia (Sapienza Università di Roma) e in Storia (presso il Dipartimento di storia americana II dell'Universidad Complutense de Madrid), ha svolto gran parte delle sue ricerche in America Latina, dopo aver conseguito la laurea presso la cattedra di Civiltà indigene dell'America (Sapienza Università di Roma) e il Master in Studi ameridiani (UCM - Casa de América, Madrid). I suoi interessi si muovono tra l'antropologia medica, antropologia dell'alimentazione e antropologia della violenza in contesti marginali, tanto nell'area andina e più in

generale sudamericana, come nelle società europee. Ha lavorato presso la Agencia española de cooperación internacional e presso l'Unione Europea in Bolivia in qualità di valutatrice di programmi di promozione della salute e delle pari opportunità, mentre come esperta in "salute interculturale e immigrazione" ha svolto ricerche con l'équipe della Universidad de Castilla - La Mancha (Toledo, Spagna). Vincitrice della borsa CAPES (Coordenação de aperfeiçoamento de pessoal de nível superior) e CNPQ (Centro nacional de desenvolvimento científico e tecnológico "jovens talentos", attualmente è ricercatrice presso la Universidade estadual do Ceará, Centro de ciências da saúde, Fortaleza, Brasile.

Ad oggi ha pubblicato: *La casa de jabón. Etnografía de una cárcel boliviana*, Ediciones Bellaterra, Barcelona, 2012 / *Le intermittenze del potere. Cibo e tranquillante, corpo e persona fra i reclusi del carcere di San Pedro (La Paz, Bolivia)*, "Studi Culturali", vol. 12, n. 2, 2012, pp. 201-224 / "¿Qué es la interculturalidad en la cárcel de San Pedro (La Paz, Bolivia)? Algunas reflexiones desde "dentro", "Nuevo Mundo Mundos Nuevos" (periodico on-line), 2011 / *Cesáreas, ligadura de trompas y vesícula. Las operaciones como enfermedad crónica en el testimonio de una mujer quechua del Norte de Potosí (Bolivia)*, pp. 165-178, in Gerardo FERNÁNDEZ JUÁREZ (curatore), *Salud e interculturalidad en América Latina. Prácticas quirúrgicas y pueblos originarios*, Abya-Yala, Quito, 2009 / *La fiesta española de los Paniora: tradición e innovación en una comunidad maorí de Nueva Zelanda*, "Revista Española de Estudios del Pacífico", n. 23, 2006, pp. 32-48.

Riassunto

All'origine del male: il carcelazo. Corpo, persona e malattia fra i reclusi del carcere di San Pedro (La Paz, Bolivia)

Situato a La Paz, il carcere maschile di San Pedro occupa un isolato nel centro della città. Qui i reclusi, lasciati a se stessi, abbandonati dallo Stato e dalle istituzioni, vivono organizzando autonomamente la loro esistenza in spazi angusti e insalubri.

In questo articolo, basato sui dati etnografici da me raccolti sul campo (2006-2008), esploro il significato di alcune malattie che sono considerate una conseguenza della vita in cattività. Così il *carcelazo* si configura come una sorta di rito di passaggio, una trasformazione importante per l'ontologia della persona reclusa, che servirà per distinguere chi sopravvive e chi soccombe alla lacerante esperienza vissuta. Utilizzo il concetto di "incorporazione", così come è stato formulato da diversi autori nell'ambito dell'antropologia medica, per analizzare il significato profondo di altre "malattie del carcere", che i reclusi ritengono una conseguenza del *carcelazo*: il mal di cuore, il mal di testa e la "bile".

Parole chiave: carcere, etnografia, malattie del carcere, incorporazione.

Resumen

Al origen del mal: el carcelazo. Cuerpo, persona y enfermedad entre los reclusos de la cárcel de san pedro (La Paz, Bolivia)

Ubicada en La Paz, la cárcel masculina de San Pedro ocupa una cuadra en el centro de la ciudad. Aquí los reclusos, dejados a sí mismos, abandonados por el Estado y por las instituciones, viven organizando de manera autónoma su existencia en espacios angostos e insalubres.

En este artículo, basado en los datos etnográficos recogidos durante el trabajo de campo (2006-2008), exploro el significado de algunas enfermedades, consideras una consecuencia de la vida en cautividad. Así el carcelazo se configura como una especie de rito de paso, una transformación importante para la ontología de la persona reclusa, que sirve para distinguir entre quien sobrevive y quien se rinde a la desgarradora experiencia del encierro. Utilizo el concepto de "incorporación", tal y como ha sido formulado por diferentes autores en el ámbito de la antropología médica, para analizar el significado profundo de otros padecimientos, que los reclusos consideran derivados del carcelazo: el mal de corazón, el mal de cabeza y la "bilis".

Palabras clave: cárcel, etnografía, enfermedades de la cárcel, incorporación.

Résumé

L'origine du mal: le carcelazo. Le corps, la personne e la maladie parmi le détenus de la prison de san pedro (La Paz Bolivia)

Située à La Paz, la prison des hommes de San Pedro occupe un quartier dans le centre ville. Ici, les prisonniers, livrés à eux-mêmes, abandonnés par l'État et par les institutions, vivent en organisant en autonomie leur vie dans des espaces étroits et malsains.

Dans cet article, basé sur des données ethnographiques que j'ai recueillies sur le terrain (2006-2008), j'ai exploré le sens de certaines maladies qui sont considérées comme une conséquence de la vie en prison. Ainsi, la «carcelazo» apparaît comme une sorte de rite de passage, une transformation importante pour l'ontologie de chaque détenu, qui servira à repérer qui survit et qui succombe à une expérience déchirante.

J'utilise le concept de «l'incorporation», comme cela a été formulé par plusieurs auteurs en anthropologie médicale, afin d'analyser le sens profond d'autres «maladies de la prison», qui sont considérées par les détenus comme une conséquence de la « carcelazo »: les maladies cardiaques, le mal de tête et la «bile».

Mots-clés: prison, ethnographie, maladies de la prison, incorporation.

Abstract

At the roots of the evil: the carcelazo. Body, self and illness among the san pedro penitentiary convicts (La Paz, Bolivia)

Sited in La Paz, the male prison of San Pedro occupies a block in the city center. Here the prisoners, left to themselves, organize their lives in cramped and unhealthy spaces, abandoned by the State and institutions.

In this article, based on ethnographic data I collected in the field (2006-2008), I explore the meaning of certain diseases that are considered a consequence of life in captivity. So, carcelazo appears as a sort of rite of passage, an important transformation for the ontology of the prisoner, which will serve to distinguish who survives and who succumbs to such excruciating experience. By the use of the concept of “embodiment” as was formulated by several authors in medical anthropology, I analyze the deeper meaning of other diseases that the prisoners consider a consequence of carcelazo: heart disease, headache and “bile”.

Keywords: prison, ethnography, prison disease, embodiment.

Rifugiati politici eritrei a Roma.

Retoriche del trauma, discorso umanitario e strategie quotidiane di rappresentazione.

Osvaldo Costantini

dottorando in Etnologia ed etnoantropologia (Sapienza Università di Roma)
[osvaldo.costantini@uniroma1.it]

«Quando il processo di adattamento è avvenuto, si verifica in realtà che il cervello dell'operaio, invece di mummificarsi, ha raggiunto uno stato di completa libertà. Si è completamente meccanizzato solo il gesto fisico; la memoria del mestiere, ridotto a gesti semplici ripetuti con ritmo intenso, si è "annidata" nei fasci muscolari e nervosi che ha lasciato il cervello libero e sgombro per altre occupazioni. Come si cammina senza bisogno di riflettere a tutti i movimenti necessari per muovere sincronicamente tutte le parti del corpo, in quel determinato modo che è necessario per camminare, così è avvenuto e continuerà ad avvenire nell'industria per i gesti fondamentali del mestiere; si cammina automaticamente e nello stesso tempo si pensa a tutto ciò che si vuole. Gli industriali americani hanno capito benissimo questa dialettica insita nei nuovi metodi industriali. Essi hanno capito che "gorilla ammaestrato" è una frase, che l'operaio rimane "purtroppo" uomo e persino che egli, durante il lavoro, pensa di più o per lo meno ha molto maggiori possibilità di pensare, almeno quando ha superato la crisi di adattamento e non è stato eliminato: e non solo pensa, ma il fatto che non ha soddisfazioni immediate dal lavoro, e che comprende che lo si vuol ridurre a un gorilla ammaestrato, lo può portare a un corso di pensieri poco conformisti» (A. GRAMSCI 1975: 2170-2171).

1. Diagnosticare il disturbo, depoliticizzare l'asilo politico

La richiesta d'asilo effettuata da coloro che entrano nelle acque o nel territorio italiano viene valutata dalla Commissione Territoriale (CT)⁽¹⁾ di competenza. Il modulo va riempito delle informazioni circa le motivazioni della richiesta d'asilo.

Quest'ultima viene respinta nel caso in cui, come previsto originariamente dalla *Convenzione di Ginevra* (1951), il richiedente ne avesse già inoltrata una presso un altro paese aderente alla *Convenzione*. Oltre a questa eventualità, la richiesta può essere respinta nel caso in cui non si riscontrino sufficienti motivazioni per decidere in favore dell'accettazione⁽²⁾. Dal 2007, con la legge n. 251, in Italia si prevede la possibilità di una terza strada tra l'accettazione e il rifiuto: la concessione della "protezione internazionale" (CARITAS/MIGRANTES 2010: 499), in linea con le direttive europee 83/2004

e 85/2005 (EMN 2009: 30). La protezione internazionale è istituita allo scopo di tutelare tutte quelle persone che subiscono, o sono a rischio di subire, una violazione grave dei diritti umani, ma che non rientrano nei criteri della *Convenzione di Ginevra* sullo status di rifugiato. La protezione internazionale prevede il rilascio di un permesso di soggiorno per motivi umanitari, che può assumere due forme: la *protezione umanitaria*, un permesso di soggiorno della durata di un anno, e la *protezione sussidiaria* della durata di tre anni, invece dei cinque garantiti dall'asilo politico. Queste due forme di protezione garantiscono minori libertà anche nell'ambito del ricongiungimento familiare e degli spostamenti tra i paesi comunitari.

Per quanto riguarda i richiedenti asilo eritrei questa distinzione è centrale, e l'ottenimento dell'asilo politico, piuttosto che di una "semplice" protezione umanitaria o sussidiaria, è subordinata al possesso o meno di una "storia traumatica".

Tale dato convoglia il discorso all'interno di quella vasta letteratura, antropologica e non, che sottolinea il progressivo disfarsi del significato politico dell'istituto dell'asilo, a favore di una risignificazione dello status di rifugiato sempre più collocabile nell'ambito dell'umanitario (cfr., ad esempio: BENEDEUCE R. 2007, 2010; FASSIN D. - RETCHMAN R. 2009; KLINGEBERG S. 2009; VACCHIANO F. 2005; VAN AKEN M. 2005a, 2005b). L'elemento forse più significativo di questo slittamento di significato sta proprio nel fatto che l'asilo politico è oggi riconosciuto quasi esclusivamente «in relazione alla possibilità – e talvolta persino alla capacità – di produrre per se stessi, una "giustificata" storia traumatica» (VACCHIANO F. 2005: 90). Alla tutela di coloro che dimostravano l'appartenenza ad una categoria a rischio, prevista originariamente dalla convenzione di Ginevra, si è sostituita l'accoglienza – decisamente più attinente alla "logica dell'umanitario" – per coloro che possono certificare i "traumi" subiti. In aggiunta vi è la consuetudine alla valutazione "sospettosa" delle richieste d'asilo da parte delle Ct, alla ricerca delle "contraddizioni", delle "incongruenze" che minano la credibilità della storia (cfr. EASTMOND M. 2007: 260; SORGONI B. 2012).

La pratica più comune, all'interno di questo quadro, è il frequente ricorso a perizie psichiatriche che favoriscono, o garantiscono, l'accettazione della richiesta d'asilo, qualora esse accertino nel richiedente la presenza di un trauma o la sofferenza causata da un Disturbo post-traumatico da stress⁽³⁾ (cfr. BENEDEUCE R. 2007).

Tutto ciò conduce dunque alla depoliticizzazione e alla medicalizzazione della sofferenza, traslata nel linguaggio (apparentemente) neutrale della scienza (BENEDEUCE R. 2010: 29), di cui la diagnosi psichiatrica è la mani-

festazione più apparente. Il corpo (o la mente) sofferente è considerato come unico criterio per l'accettazione dello straniero (FASSIN D. 2006), dinamica che evidenzia come «il diritto alla vita viene spostato dall'ambito politico a quello umanitario» (FASSIN D. 2006: 309).

Il criterio medicalizzante genera la percezione dei rifugiati sempre più come “sofferenti”, “traumatizzati” e sempre meno come “soggetti politici”. Secondo FASSIN (2007), il fatto stesso che il richiedente asilo metta a nudo la propria infelicità, attraverso una “esposizione di sé”, sarebbe un dono dovuto, in cambio del quale si ottengono le prestazioni sociali sperate⁽⁴⁾. Tale slittamento dà luogo, da una parte, alla attenzione per la cura piuttosto che per la giustizia sociale (cfr. FASSIN D. 2007: 95-6; VACCHIANO F. 2005: 93-4) e, dall'altra, a paradigmi della memoria basati sulla nozione di trauma (*ivi*: 86).

Questo articolo si basa su una ricerca da me condotta tra i rifugiati politici eritrei che vivono negli edifici occupati nella periferia di Roma. Nei prossimi paragrafi presenterò in maniera sintetica alcuni dei dati più significativi che mi consentiranno di analizzare come la categoria di “traumatizzato” giochi il suo ruolo nella vita quotidiana, costituendosi come una categoria sicura su cui costruire la propria azione nel mondo.

Uno degli scopi di questo articolo è mostrare la dialettica che si instaura tra l'interiorizzazione di una categoria egemonica – quella del “traumatizzato” – ed il suo “uso” possibile, attraverso la manipolazione che ne possono fare i singoli, sia in riferimento al contesto di accoglienza che a quello di provenienza.

Per la suddetta analisi si è scelto di adottare una prospettiva che riconsideri alcune categorie dell'antropologia di Ernesto de Martino, in particolare la domesticità utilizzabile, per il superamento delle “secche” in cui rischia di arenarsi un discorso incentrato solo sugli effetti della “biopolitica” o della riduzione a “nuda vita” (AGAMBEN G. 1995).

Intermezzo: la “politica in movimento” degli eritrei

La mia ricerca si è concentrata sui rifugiati eritrei che sono partiti dall'ex colonia italiana a partire dalle ultime fasi del conflitto tra l'Eritrea e l'Etiopia, che ha avuto luogo tra il 1998 e il 2000 (CONNELL D. 2005:75; NEGASH T. - TRONVOLL J. 2000). Si tratta, per la maggior parte, della generazione cresciuta tra la fine della lotta di indipendenza dall'Etiopia, combattuta tra il 1961 e il 1991 (un periodo che nel linguaggio dell'Eritrea post-indipendenza è designato come *Gezie Qalsi*=il tempo

della lotta [cfr. MAHRT M. 2011]), e gli anni immediatamente successivi all'indipendenza dell'Eritrea (1991). Tale generazione (detta *warsay*, in tigrino) è cresciuta nel consolidamento del mito nazionalista delle generazioni precedenti che avevano combattuto per l'indipendenza (dette *Yikealo*=coloro che tutto possono [cfr. HEPNER T.R. 2009]). I *warsay* si trovano però subito di fronte, da un lato, all'esplosione del conflitto con l'Etiopia, in cui molti di loro sono stati coinvolti direttamente come combattenti, o, indirettamente, poiché vi hanno perso amici e parenti; dall'altro, ed in conseguenza della guerra, alla trasformazione del governo eritreo – costituito dalla trasformazione del Fronte Popolare di Liberazione in partito unico al Governo del paese (CONNELL D. 2005: 73; REID R. 2005) – da liberatore in oppressore (HEPNER T.R. - O'KANE D. 2011: X). Tutte le garanzie democratiche contenute nella costituzione del 1997 vengono, infatti, soppresse (cfr. TREIBER M. 2011: 96) ed il paese è militarizzato: ogni cittadino tra i 18 e i 40 anni viene inserito nell'*Eritrean Defense Forces* e nel *National Service* (HEPNER T.R. - O'KANE D. 2011: XXVIII) e la durata della leva militare è a tempo indefinito (cfr. RIGGAN J. 2011: 72-3). Questa si trasforma ben presto in lavori al servizio del regime o in un continuo addestramento militare (HEPNER T.R. - O'KANE D. 2011: XXVIII-XXIX). Tale situazione è giustificata dal regime eritreo con il pericolo costante di una nuova invasione etiopica che, annettendo di nuovo l'Eritrea, vanificherebbe il risultato dei trent'anni di lotta di liberazione.

La guerra di liberazione dell'Eritrea fu combattuta con il principale finanziamento dei membri della diaspora (AL-ALI N. *et al.* 2001; BERNAL V. 2004; JOHNSON M. - JOHNSON T. 1981; KIBREAB G. 1996). In quei trent'anni si generò infatti un massiccio flusso di eritrei all'estero, che alla fine degli anni Novanta è stato quantificato intorno al milione di persone (AL-ALI N. *et al.* 2001: 583; HEPNER T.R. 2009:115)⁽⁵⁾. La fuga all'estero come forma di continuazione della lotta si rivelò essere una strategia vincente ed il ruolo della diaspora fu riconosciuto in vari modi nell'Eritrea post-indipendenza (cfr. AL-ALI N. *et al.* 2001; HEPNER T.R. - O'KANE D. 2011). Dalle fonti storiche ed etnografiche emerge una situazione di forte politicizzazione della diaspora che, con il suo forte appoggio economico e politico alla lotta, si presenta appunto come uno dei principali attori collettivi sulla scena eritrea pre e post-indipendenza, seppure con conflitti e spaccature al suo interno (cfr. AL-ALI N. *et al.* 2001; HEPNER T.R. 2009; IOB R. 2000; MEZZIETTI P. - STOCCHIERO A. 2005).

Di fronte alla nuova oppressione di un regime che costringe ad una quotidianità di marce e addestramenti, in una situazione che definiscono di

“non pace e non guerra”, i *warsay* riattualizzano il comportamento delle generazioni precedenti: “scappano” all’estero, ricorrendo ad una “tradizione”⁽⁶⁾. Una delle domande che mi ponevo all’inizio della mia ricerca era se in questo nuovo flusso scomparisse la dimensione politica.

A mio avviso il carattere politico di questa nuova migrazione è riscontrabile, e vi sono almeno tre argomenti in supporto a questa tesi. Il primo è che, come sosteneva Sayad, emigrare è sempre un atto politico e il mascherarlo fa parte della natura stessa del fenomeno (SAYAD A. 2002: 123). Il secondo motivo è la banale considerazione che disertare da militare a servizio di un regime è, in sé, un atto che è da considerarsi estremamente politico. Il terzo argomento è invece di livello etnografico: la decisione di partire viene sempre motivata con una volontà di liberarsi da una situazione che “blocca”⁽⁷⁾ la vita individuale. Tuttavia, nelle pieghe del discorso, è spesso possibile trovare dei riferimenti al fatto che, in questo modo, si priva il regime delle forze principali sui cui esso si basa: i giovani militari. Argomento quest’ultimo affermato certo quasi mai con chiarezza, ma che, parlando con persone che conoscevo da più tempo, mi è stato qualche volta esposto in questi termini:

«Ma sai che adesso tutti i giovani scappano? Tra poco in Eritrea ci saranno solo vecchi e bambini ... i giovani tutti via. Voglio vedere con chi la fa la guerra Afewerki [il presidente eritreo a capo del regime] a quel punto?»
(B. 28 anni, facchino).

Se si aggiunge al quadro il fatto che i rifugiati che ho conosciuto sono costantemente impegnati nel favorire la fuga dei parenti più stretti, si delinea una situazione che non vede affatto sparire il carattere politico, anche se questo viene spostato su una dimensione familiare. Se la mia ipotesi non è fallace potrebbe essere questo “l’orizzonte di senso” in cui si muovono i rifugiati eritrei, il *loro* progetto che gli consente di “esserci in una storia umana”.

2. L'importanza della “storia traumatica” e le narrazioni di sé

Gli eritrei che attualmente fanno richiesta d’asilo politico in Italia vedono la loro richiesta accettata in base al fatto che le condizioni di vita sotto il regime eritreo sono ben note a livello internazionale. Il possesso o meno della “storia traumatica”, tuttavia, entra in gioco ugualmente. Come sottolineato in precedenza, essa infatti segna il discrimine tra il riconoscimento dell’asilo politico vero e proprio e l’ottenimento di un protezione umanitaria o sussidiaria. Nelle parole di un intervistato:

«io ho protezione umanitaria [sussidiaria]⁽⁸⁾. Ma parlato con avvocato e lui dice: “Ma come, tu ce l’hai storia, devi avere asilo.” Io storia ce l’ho: militare, *prison* ... ma io non lo sapevo» (A. 27 anni, eritreo).

Questo stralcio consente di cogliere, dal vivo, una dinamica: A. si era proposto come una persona in cerca della democrazia, della pace e della tranquillità – come spesso ancora oggi mi ripete –, ma la sua non era la adeguata *presentazione del sé* (GOFFMAN E. 1969 [1959]) che la società ricevente si aspettava. Gli si chiedeva una storia che lo collocasse nella categoria del “sofferente”, del “traumatizzato”⁽⁹⁾.

La violenza subita (e la capacità di narrarla) diventa uno *stigma* (GOFFMAN E. 2003 [1963]), o l’unico elemento di *esistenza* nella società europea, in quel “mondo storico-culturale”. Nessuno di noi è in grado di dire se questo conduca il rifugiato a “percepirsi” unicamente come “vittima”, come “mera esistenza biologica”. Ciò che posso testimoniare è come quelle pratiche di riconoscimento strutturassero le relazioni con me. Viene alla luce, in questo modo, la *violenza simbolica* (BOURDIEU P. WACQUANT L. 1992) operata da quelle pratiche: un rifugiato, nell’Europa dell’inizio del terzo millennio è un “traumatizzato”, ed egli, da una posizione di subalternità, si metterà in scena con quelle categorie che fonderanno la “datità” del mondo (DE MARTINO E. 1977).

La maggioranza degli eritrei che ho incontrato nel corso della mia ricerca basavano le loro narrazioni, di sé e della propria storia, su tale associazione tra “rifugiato” e “traumatizzato”. Le storie si soffermavano su quegli aspetti del passato che potevano in qualche modo essere presentati come “traumatici”, attraverso una precisa scelta narrativa e dei ricordi: una politica della memoria (HACKING I. 1996). Ogni domanda che poteva aprire il varco ad una narrazione diversa, che rompesse con quella rappresentazione, era considerata fuori luogo, accolta con perplessità ed, infine, liquidata in fretta. Se, ad esempio, nel corso di una intervista decidevo di fare domande riguardanti compagni di giochi, divertimenti ad Asmara, tempo della scuola, o cose del genere, la reazione era sempre innanzitutto di grande perplessità, come a sottolineare che si trattava di domande fuori luogo nei confronti di un “rifugiato”.

L’intervista di fronte alla Commissione Territoriale assurgeva a modello di “presentazione”, come dimostra questo episodio annotato sul mio quaderno di campo il 15 marzo 2011:

«Dawit [nome inventato] è un giovane eritreo che ho conosciuto, tramite amici eritrei, in una occupazione a scopo abitativo. Vive lì in una casa condivisa con una sua zia che è in Italia dalla fine degli anni Sessanta. Disponibile a farsi intervistare e molto premuroso, Dawit mi da appun-

tamento di pomeriggio nella sua casa. Mi accoglie, come al solito con molta gentilezza, e mi fa sedere comodamente nella stanzetta dove dorme. Mi offre dell'acqua e del caffè, ma a colpire subito la mia attenzione sono dei fogli manoscritti sul comodino accanto al letto. Li sbircio mentre Dawit prepara il caffè. Dawit è in Italia da pochissimo tempo e il suo italiano si limita a "buongiorno" e "grazie". Le conversazioni tra di noi si svolgono interamente in inglese... [...]. Anche quei fogli manoscritti sono scritti in inglese, cosa che mi fa pensare immediatamente che siano scritti per me. Quando Dawit si viene a sedere sul letto di fronte a me, inizia subito a maneggiare i fogli. Chiedo cosa siano. Mi risponde che si tratta della sua "storia". Gli chiedo se l'avesse scritta per una commissione o per i suoi "legali" [...] e lui mi ha risposto di no, l'aveva scritta per me.

Trovo un po' irritante, all'inizio, quello che mi pare un tentativo di liquidarmi con un paio di fogli scritti. In ogni caso l'intervista si svolge, con il consenso all'uso del registratore. Lo svolgimento però presenta caratteristiche del tutto anomale: Dawit legge le sue memorie, scritte in inglese. Spesso lo interrompo, chiedendogli altre cose. Alle prime interruzioni mi pare seccato dalle mie domande, poi si rilassa e l'intervista si svolge tra brani letti e mie domande. Come di consueto, qualunque domanda che esce dal modello della "storia traumatica" viene considerata fuori luogo e liquidata» (nota di campo, 15 marzo 2011).

Ciò che questa intervista presentava come dato interessante fu proprio il testo manoscritto e la sua lettura: l'inglese di Dawit è comprensibile ma la grammatica di quel testo era di un livello molto superiore al suo. Sbobbando l'intervista mi accorsi che, in molti punti, la lettura di Dawit non rispettava la punteggiatura, o storpiava le parole che non riusciva a leggere. In generale vi era una discrepanza tra i toni che usava e il testo.

Qualche tempo dopo conobbi il migliore amico di Dawit che era tornato in Italia dopo aver richiesto, senza successo, l'asilo politico in Inghilterra. Lui aveva trascorso circa due anni in Inghilterra e il suo inglese era ovviamente di livello alto. Inoltre, nel periodo dell'intervista, era in Italia anche la sorella di Dawit che vive a Manchester da diversi anni. Il testo può essere stato scritto da loro. Ciò che però risulta interessante è il fatto che il testo rispecchia esattamente il modello della "storia" così per come è richiesta dalle Commissioni Territoriali. In quel testo vi è una attenzione particolare e minuziosa riguardo al particolare, al dettaglio, alla coerenza. Descrive in modo dettagliato come erano schierati i militari quando fu arrestato in Eritrea e tenuto in carcere, le modalità precise e le date esatte del suo primo tentativo di andare in Sudan, fallito a causa della collaborazione tra le spie sudanesi e le spie eritree. Altrettanto minuzioso è il racconto delle disavventure nel Sahara: come e perché si è rotta una ruota, quanta acqua e cibo avevano. Per finire poi con delle narrazioni precisissime sui carceri libici, con i giorni di entrata e di uscita, le somme

pagate e addirittura l'altezza del muro dal quale si era lanciato e che gli aveva procurato una piccola frattura. Come in diverse altre interviste, avevo l'impressione che i pezzi di storia fossero costruiti intorno ad un episodio di violenza, o che finissero con un episodio di violenza⁽¹⁰⁾.

Nello stesso periodo, svolsi diverse interviste che assunsero, non per mia volontà, tutte lo stesso canovaccio: la "memoria traumatica". Nonostante presentassi la mia ricerca come genericamente incentrata sulla vita dei rifugiati eritrei in Italia, gli incontri erano poi dominati esclusivamente da questo tipo di narrazioni, considerate, evidentemente, il modello con cui mettersi in scena.

Andando però avanti con la ricerca, e mettendo a confronto i dati, oltre alla massiccia presenza di ricordi tragici, cominciò anche a delinearsi un atteggiamento che lasciava trasparire una non totale passività dei soggetti nell'interiorizzazione della categoria di "traumatizzato".

In un bar gestito da eritrei, ad esempio, un rifugiato, mi raccontò di aver assistito, nel Sahara, alla seguente vicenda:

«Teodos [...], che era partito con la moglie e lei era incinta ... a un certo punto pensavano che fosse morta e l'hanno seppellita, ma lei era solo in coma e quando lui è arrivato in Libia, un camion che andava nel deserto l'ha trovata e lei è arrivata in Libia. Lui l'ha vista: era ancora incinta ed è nato il figlio; lo hanno chiamato Sahara. "Vuoi sapere che la storia torna sempre?", Sahara è morto tre anni dopo mentre attraversavano il Mediterraneo dalla Libia a Lampedusa» (B., intervista (I), 24 marzo 2011).

Conoscevo già la storia: mi era stata narrata da altri eritrei che la associavano anche loro al proprio viaggio, nonostante fossero persone partite in periodi molto distanti tra loro. Inoltre vi era traccia di questa storia anche sui quotidiani. Ad esempio, l'edizione locale di Parma de "La Repubblica" del 30 settembre 2009 riportava la notizia di una mostra di fumetti disegnati da "immigrati". Tra di loro un rifugiato eritreo che disegnò i suoi agghiaccianti ricordi di viaggio: la storia della donna incinta nel deserto.

Il racconto del mio interlocutore fu corredato, come risulta dai miei appunti di quel giorno, da una serie di gesti, posture, tonalità della voce che lasciavano trasparire una sofferenza dovuta a dei ricordi insopportabili. Nel punto più delicato, quello in cui mi raccontò dei morti nel deserto, aspettò che finissi di scrivere l'appunto sull'agenda e lo guardassi. A quel punto fissando il vuoto avanti a sé, sospirò forte, arricciò il labbro inferiore piegandolo tra le due dita. Poi dopo qualche secondo di attesa riprese a parlare raccontandomi dei morti visti nel deserto, un episodio che diverge nelle due interviste. Si tratta di quelle strategie che GOFFMAN (1969) classificava come "gesti involontari compiuti in maniera volon-

taria", o, anche, di una esposizione di emozioni plasmata dal "discorso sulle emozioni" (cfr. ABU-LUGHOD L. - LUTZ C. 1990, 2005) che opera in una determinata società, o contesto storico-culturale, ma usato, credo, in maniera strategica.

Se mostrarsi unicamente come vittima di violenza è la rappresentazione che la società richiede, è sempre possibile raccontare qualcosa che accondiscende a questa richiesta, ma al contempo se ne sottrae. È sempre possibile raccontare storie che circolano livello comune piuttosto che raccontare veramente la propria storia (a prescindere dal fatto che questa contenga o meno "violenze"). L'incontro successivo con la stessa persona mi convinse definitivamente dell'uso strategico della narrazione: nel primo incontro mi raccontò di aver compiuto il viaggio gratuitamente (procacciava clienti ai trafficanti, in cambio del passaggio) e di aver visto – oltre alla storia della donna che ho riportato – cinque morti nel Sahara. Nel secondo incontro invece mi narrò di quaranta morti visti nel deserto, di aver pagato profumatamente il viaggio e altre storie diverse dall'incontro precedente. Soprattutto, la storia tragica della donna creduta morta era sparita. Alla mia richiesta di saperne di più, Tesfaye si accorse della assenza ma, ancora una volta, fece ricorso alle "retoriche del trauma": «eh, ma mi fai dire sempre le stesse cose... Non sai che io non mi piace raccontare queste storie... mi fa male», ed abbassò lo sguardo.

La violenza subita, o vista, era l'unico elemento di riconoscimento nel nostro paese, l'unica modalità di *esistenza*; si era trasformata in uno stigma e, come sosteneva Goffman:

«lo stigmatizzato deve essere colto nell'atteggiamento verso se stesso che è definito normale dalla nostra società e deve adeguarsi così completamente a questa definizione da poter attualizzare se stesso in modo fluido di fronte a un pubblico che lo guarda con il criterio che seguirebbe per uno spettacolo del tutto diverso [...].

L'ironia di queste raccomandazioni non consiste nel fatto che si chiede allo stigmatizzato di essere pazientemente per gli altri ciò che questi gli richiedono di essere per loro, ma che tale espropriazione della sua richiesta rappresenti il miglior profitto che gli è concesso di ottenere dal suo investimento [...] Ma, naturalmente, quello che per l'individuo è un buon adattamento, può essere ancora migliore per la società» (GOFFMAN E. 2003 [1963]: 149-150).

La casistica etnografica che ho riportato mostra questa dimensione. L'episodio di Dawit e della sua storia scritta mette in luce, a mio avviso, l'influenza dei significati generati dalle pratiche per il riconoscimento del diritto di asilo. In questo senso quell'episodio è interessante in quanto la storia scritta, "credibile", ricca di dettagli e incentrata sulla violenza subita,

viene usata addirittura come carta di presentazione, come riassunto della propria biografia.

Tutto ciò è stato spesso inquadrato come una riduzione a “nuda vita” (AGAMBEN G. 1995), effetto di una biopolitica basata sul riconoscimento del corpo sofferente piuttosto che del soggetto politico. Come molte letture esclusivamente basate sulle categorie di Foucault, questa analisi, seppure più che condivisibile, rischia di perdere una parte dei dati e dei significati. Essa guarda, inoltre, come sottolineato da Said, troppo con l'occhio del potere, dando poco spazio alla resistenza dei soggetti (MINELLI M. 2011: 245-47). Nel nostro caso vi è anche da aggiungere il fatto che una lettura esclusivamente biopolitica non consente di guardare all'azione dei rifugiati rispetto al loro contesto sociale di provenienza, o all'interno del gruppo diasporico. Sayad e Signorelli sottolineano come uno dei vizi della ricerca sia la separazione analitica troppo netta tra *immigrazione* ed *emigrazione* che conduce ad una visione parziale ed etnocentrica (SAYAD A. 2002; SIGNORELLI A. 2006: 28). Ogni *immigrato* è tale perché si trova in un paese nel quale non è nato e non è residente (non è cittadino), ma egli è anche un *emigrato* da un altro paese per vari motivi (mancanza di lavoro, guerra, fame, persecuzioni politiche, ecc.), ed è a questa duplice appartenenza che bisogna, a mio avviso, guardare.

Per effettuare tale analisi propongo di prendere in considerazione alcune categorie dell'antropologia di Ernesto de Martino.

3. Rivitalizzare la “nuda vita”. Una prospettiva demartiniana

Amalia Signorelli (2006: 230) propone di leggere la situazione dei migranti all'interno della cornice teorica della “domesticità utilizzabile” elaborata da Ernesto DE MARTINO (1977). Signorelli, riprendendo un argomento già abbozzato nel suo manuale di antropologia urbana (1996), suggerisce di non guardare ai migranti come «sereni e magari orgogliosi portatori di una loro cultura» (*ivi*: 202), ma come soggetti nel bel mezzo di una “crisi della domesticità” (*ivi*: 203-204, 2006: 232).

Per de Martino il mondo è sempre “culturale”, è sempre plasmato secondo un «certo ordine di valorizzazioni intersoggettive umane, per entro un progetto comunitario dell'operabile» (1977: 636) che rende le “cose” e i “nomi” dati: richiamabili alla coscienza attuale senza bisogno di essere ripensati. Proprio perché dati, essi sono “utilizzabili” ed è l'utilizzabilità delle “cose” e dei “nomi” ciò che distingue tra loro i diversi

“progetti culturali”. È solo all'interno di tale datità che l'esserci si radica come presenza data, come centro di operabilità inserito in un orizzonte culturale che permette al singolo di raggiungere la sicurezza preminente di cui abbisogna (1977: 656). Le “cose” e i “nomi” emergono secondo un processo privo di determinismi, è l'agire umano che si fa facendoli (SIGNORELLI A. 2006: 231) procedendo nella dialettica, potenzialmente infinita tra la datità del mondo e l'emergere di nuove valorizzazioni, di nuove plasmazioni culturali. La domesticità, la datità, è infatti solo un momento di questa dialettica. Al di là di essa vi è la “natura”, che irrompe sempre nel progetto, o verso la quale i singoli possono sempre muoversi operando nuove valorizzazioni. L'esserci si configura, nella prospettiva demartiniana, solo come un momento della cultura, con una costante e continua tensione verso il “doverci essere” in un nuovo mondo culturale plasmato ripensando uno o più elementi della datità precedente (DE MARTINO E. 1977: 675-684). È ciò che l'autore chiama “ethos del trascendimento”, o “ethos trascendentale del trascendimento della vita nella valorizzazione intersoggettiva” (*ivi*: 684)⁽¹¹⁾. Entro la dialettica tra questi due momenti sta il fulcro della riflessione demartiniana, che si pone, in questo modo, come una visione estremamente dinamica della cultura:

«e per questo trovarsi e porsi e poi ancora trovarsi e poi ancora porsi “al sicuro”, l'esserci emerge inauguralmente dalla vita, si genera e si rigenera innanzitutto, gettando la prima base della sua vita culturale. In questa fungente dialettica dell'essere al sicuro e dell'assicurarsi sempre di nuovo, in questo esserci inaugurale economico-sociale, in questa storia dell'utilizzabile come nesso di fedeltà intersoggettive, sfumanti nell'anonimo e nell'abitudinario e di iniziativa liberale che riadattano e accrescono il patrimonio comune di “utilizzabili”, l'esserci per il valore fa la sua prima prova: e la fa proprio in quel dominio della vita che parrebbe il regno sovrano della più solitaria individualità chiusa del piacere e del dolore, del bisogno e della soddisfazione. Solo sulla base di questo dominio intersoggettivo della “sicurezza” sempre rimesso in causa e sempre accresciuto nella storia, sempre “dato” e sempre “dabile” si possono costituire gli altri orizzonti di valorizzazione del mondo» (DE MARTINO E. 1977:656).

Tali riflessioni, che sembrano costituire il centro di una vera e propria teoria della cultura, possono, a mio avviso, essere usate nell'analisi di contesti attuali. Il punto che appare problematico, in tale applicazione, è l'idea della natura come direzione in cui si operano nuove valorizzazioni. Ma la prospettiva dell'antropologo napoletano potrebbe essere ugualmente applicabile prendendo in considerazione, come “oltre” del mondo dato, non solo la natura, ma altri mondi dati di altri progetti comunitari.

Le nuove valorizzazioni, oltre che verso la natura, potrebbero essere il frutto dell'immaginazione amplificata dell'era della comunicazione elettronica. In particolare mi sembra che si possa riprendere l'idea di Appadurai (2001) secondo cui i nuovi mezzi di comunicazione elettronica ampliano, nell'immaginazione dei singoli, il "repertorio di vite possibili" (*ivi*: 50). L'idea di (provare a) realizzare queste nuove vite possibili costituisce a mio parere un andare oltre la "situazione data", un effettuare una nuova valorizzazione, un realizzare il "doverci essere nel mondo". Più che la natura, oggi, oltre la datità del mondo, vi è l'immaginazione⁽¹²⁾.

La "crisi del domestico" emerge appunto quando, come nella situazione dei migranti, la datità delle "cose" e dei "nomi" viene a mancare, e, nel loro caso, deve essere ricostruita al di fuori, anche se mai del tutto, del proprio progetto comunitario (cfr. SIGNORELLI A. 2006: 232), a contatto con altri progetti culturali, con altri "mondi culturali" nei quali si è spesso, se non sempre, inseriti in una posizione di subalternità.

Il discorso di Signorelli sembra adottabile nell'analisi dei rifugiati politici eritrei, i quali, a causa della guerra e della deriva autoritaria e militarista del loro governo, si sono trovati in una situazione in cui la violenza di vario tipo è entrata nel quotidiano distruggendo il "tessuto sociale ordinario". Ed è in riferimento a situazioni di questo tipo che Ivo Quaranta pone il quesito di quanto tale distruzione «è una crisi per l'essere del mondo?» (QUARANTA I. 2007: 3)⁽¹³⁾.

Quali sono i modi di costruzione della sicurezza da parte di chi scappa da tali violenze, e approda in una società di accoglienza che produce, o rischia di produrre, altre forme di violenza?

Se proviamo a guardare ai dati etnografici presentati in precedenza, con uno sguardo rinnovato dalle proposte teoriche delineate, si può provare a mettere in luce la costruzione dinamica dei "nomi" e delle "cose" nell'incontro tra i rifugiati eritrei e la società di accoglienza, e la loro azione rispetto al paese di provenienza e nell'intreccio tra questi due contesti.

All'inizio del paragrafo 2, ho riportato uno stralcio di una conversazione in cui un ragazzo eritreo mi raccontava che, dopo aver ottenuto la "protezione sussidiaria", un avvocato gli ha spiegato che lui ha la "storia" e che quindi poteva anche ottenere l'asilo. Lui, non conoscendo le pratiche delle Ct, aveva solo detto di essere eritreo e di soffrire per la mancanza delle libertà democratiche nel suo paese. A. impara in questo modo che la categoria entro la quale gli è richiesto di immedesimarsi è

quella del possessore di una “storia” di sofferenza. Tramite esperienze del genere, dal suo arrivo (nel 2003) ad oggi le informazioni su come si agisce per ottenere l’asilo politico sono circolate all’interno del gruppo diasporico. Quella dinamica – presentarsi come un “soggetto politico” ed apprendere poi che ci si deve mettere in scena come un “traumatizzato” – che abbiamo fotografato a livello individuale, può essere quindi allargata al livello collettivo. Si mette in questo modo in mostra come un intero gruppo fa rientrare nel proprio mondo di “cose” e di “nomi”, la categoria del rifugiato come un singolo che ha una storia di violenza e di sofferenza e che deve esplicitarla per essere riconosciuto (FASSIN D. 2007). Abbiamo visto in precedenza come questa violenza sia l’unico criterio che possa legittimare la propria presenza nel contesto di accoglienza. Tale legittimazione appare in tutta la sua forza in molte conversazioni con i rifugiati eritrei che, dopo avermi raccontato le loro storie, spesso aggiungevano argomentazioni di questo tipo:

«vedi le storie che ti racconto. [...] io non sono clandestino. Io sono eritreo, sono rifugiato, io ho problema: religione, militare... mica come marocchino, come egiziano. Loro non hanno problema, solo problema economico» (B. 32 anni, nota di campo 24 marzo 2011).

La ricostruzione, tramite l’iniziativa, del mondo di «sicurezze passate convertite in agevoli abitudini» (SIGNORELLI A. 2006: 232), è operata da chi migra, del tutto, o in parte, fuori dal proprio progetto comunitario (*ibidem*). In questo senso l’associazione tra rifugiato e traumatizzato può essere vista come una sicurezza convertita in agevole abitudine: una modalità di presentazione del sé in pubblico (GOFFMAN E. 1969 [1959]) che è sicuramente riconosciuta ed accettata. Tale sicurezza protegge dal rischio della perdita dell’«esserci nel mondo come soggetto di scelte e decisioni» (SIGNORELLI A. 2006: 232) consente al singolo di collocarsi nella società ricevente, e di agire rispetto alla società di provenienza tramite quella sicurezza. Come ho mostrato nei due casi etnografici che ho riportato, si entra in relazione attraverso quella categoria, mediante quella sicurezza.

Rispetto a questo mondo dato, di sicurezze convertite in agevoli abitudini, si inserisce il singolo con la sua iniziativa che può ripensare alcuni elementi della datità, riutilizzando creativamente la categoria di traumatizzato attraverso, per esempio, un racconto preso dal patrimonio collettivo. Si fotografa in questo modo una nuova “valorizzazione” del mondo, generata dalla costante tensione tra l’esserci e il doverci essere (DE MARTINO 1977: 656), che può essere fatta solo in quanto la coscienza attuale si è liberata dalla crisi di adattamento.

Ciò che ritengo centrale in questa analisi – e che riprende l'ipotesi posta all'inizio – è che la loro azione non è solo in riferimento al contesto di accoglienza. Piuttosto risulta orientata anche verso il contesto di partenza, l'Eritrea, rispetto al quale loro dispiegano la loro capacità di agire, il loro esserci in una storia umana: quella dei militari disertori che “scappano” dal loro paese ed in questo modo, pur mascherandolo, fanno la storia. Ci si colloca nella società di accoglienza e si lavora per finanziare la partenza dei familiari rimasti in patria. In questo modo la condizione di militare a tempo indeterminato, descritto come un “blocco” dell'esistenza, una mera azione del mondo sul singolo ed il suo corpo, trova una possibilità di azione sia individuale che collettiva. La condizione di violenza quotidiana che distrugge «la capacità di pensare al mondo come qualcosa di certo e di definito» (QUARANTA I. 2007: 4), che non consente il radicarsi «come presenze date, in un mondo dotato di senso [...] [e che] priva l'individuo della stessa possibilità di esistere» (*ibidem*), viene affrontata cercando di ricostruire un “tessuto sociale” fatto di migrazioni, di richieste di asilo, di finanziamento della partenza di familiari.

Rispetto a questo contesto la categoria del traumatizzato si pone come una sicurezza che sta sullo sfondo e consente di operare in quell'orizzonte storico-culturale. Ed è rispetto a questo orizzonte che la loro vicenda viene inserita e dotata di senso e riesce ad inglobare l'associazione tra “rifugiato” e “traumatizzato” che diventa uno degli elementi per poter continuare ad operare nella propria storia.

Sullo sfondo resta il fatto che, come suggerito da Ervin Goffman, che ciò che «per l'individuo è un buon adattamento, può essere ancora migliore per la società» (GOFFMAN 2003 [1963]: 149-50). Infatti il rifugiato che si adatta a questa categoria trova una collocazione che è da subordinato, poiché gli è negata la possibilità di “presentarsi” come “soggetto politico”, cosa che però non conduce alla conclusione che egli non “agisca” come “soggetto politico”.

Conclusioni

Uno dei grandi insegnamenti provenienti dagli studi antropologici (soprattutto francesi) del dopoguerra è il rifiuto di una visione eccessivamente “passivizzante” dei gruppi dominati. Per quanto i rapporti di potere possano essere asimmetrici, non vi è mai una ricezione totale e passiva dei significati trasmessi dai gruppi dominanti ma sempre una dinamica (di “sfide” e di “risposte” [LANTERNARI V. 1974:10]) che crea nuo-

ve forme culturali. È quindi plausibile che vi siano forme di resistenza alla riduzione a “nuda vita”, come ad esempio cominciare a presentare persone (a me, all’italiano) in base alla storia violenta che possono vantare (“senti lui, lui sì che ha una storia che fa piangere”) capovolgendo decisamente lo stigma⁽¹⁴⁾, oppure, in altri casi, rifiutandolo totalmente. Inoltre, come abbiamo visto, ci si può adeguare a questa datità raccontando però una storia che fa parte del “repertorio collettivo”.

Ciò che ho cercato inoltre di sottolineare è come l’interiorizzazione della categoria del “traumatizzato” sia da analizzare su un doppio piano. Il primo è quello che riguarda l’incontro con un mondo che è fuori dal proprio “progetto comunitario della utilizzazione possibile”, e che va, in qualche modo, addomesticato. In questo senso quel modello di presentazione è una categoria del mondo dato. Ciò che però sfugge a tale visione è l’articolazione, a livello globale, dei diversi progetti culturali. Quella interiorizzazione, e siamo al secondo piano d’analisi, non rappresenta, a mio avviso, soltanto una riduzione a “nuda vita”; al contrario è l’elemento che permette al vitale di dispiegarsi e di esserci, a sé stesso e nella storia, come centro di operabilità in un mondo culturale, che è quello degli eritrei che lavorano per sovvertire il loro regime. Che la domesticità in questione emerga «secondo dispositivi di volta in volta egemonici, secondo questo o quel *telos*» (DE MARTINO E. 1977: 640), non ci deve far perdere questo doppio piano, questo doppio riferimento. Diventare rifugiato, giocando sulle “retoriche del trauma”, consente di finanziare il viaggio dei fratelli, che così risolvono a livello individuale la labilità di una condizione vissuta come mera azione su di sé da parte delle condizioni politiche locali e globali.

I dati che ho raccolto e che ho qui brevemente presentato vogliono evidenziare – in linea con la citazione posta in epigrafe che ben reagisce con alcuni passaggi demartiniani (e forse anche con alcune teorie più attuali incentrate sulla nozione di *Agency*, come ORTNER S. 2006) – la natura dialettica nella quale è inserito qualunque rapporto di potere. Essi suggeriscono inoltre di valutare la possibilità che gli essere umani in una determinata congiuntura storica possano fondare sullo stigma una sicurezza che si presenta come la sola possibile, o la più conveniente. In tal modo la stigmatizzazione non metterebbe capo esclusivamente alla passivizzazione e vittimizzazione dei soggetti, ma si presenterebbe come una categoria del mondo dato, rispetto al quale, anche attraverso l’uso strategico di quella categoria, far valere la propria capacità di azione o, con un lessico diverso, inserirsi, mediante l’iniziativa, nella dialettica di quei rapporti sociali.

Note

⁽¹⁾ L'istituzione delle Commissioni Territoriali (CT) per la valutazione delle richieste d'asilo, è un prodotto della legge 189/2002 (conosciuta come "Bossi-Fini").

⁽²⁾ Il Decreto Legge 25/2008 ha introdotto la possibilità di diniego per "manifesta infondatezza" (CARITAS/MIGRANTES 2010).

⁽³⁾ Per il carattere depolitizzante (e anche arbitrariamente universalizzante di queste categorie), si vedano: YOUNG A. 1995; BENEDUCE R. 2007, 2010; HACKING I. 1996.

⁽⁴⁾ Ahiwa Ong mette in risalto, nella sua etnografia, come i rifugiati divennero, negli Stati Uniti, sinonimo di "beneficiari di sussidi" (ONG A. 2005).

⁽⁵⁾ Per una visione più ampia della questione della diaspora, delle divergenze tra i fronti di liberazione e sulla situazione attuale dell'Eritrea, si veda HEPNER T.R. 2011.

⁽⁶⁾ In una bella pagina de *Il mondo magico*, de Martino scrive (a proposito del "riscatto" della presenza): «Ora cultura significa iniziativa geniale che si consolida in una tradizione, tradizione che condiziona e alimenta l'iniziativa geniale, secondo una circolarità che la effettiva considerazione storica vieta di spezzare» (1967 [1948]: 121).

⁽⁷⁾ Sia "scappano" che "blocca", sono usati tra virgolette, poiché pur essendo poco eleganti in italiano sono i termini usati dai rifugiati eritrei, a cui ho preferito restare fedele.

⁽⁸⁾ Si tratta di un permesso di soggiorno per motivi umanitari, della durata di tre anni e con alcune restrizioni rispetto al vero e proprio asilo politico.

⁽⁹⁾ Ciò che colpiva spesso la mia attenzione, nei racconti dei miei amici eritrei, era che, nell'intervista di fronte alle CT, venivano loro chiesti alcuni dettagli intorno ai loro trascorsi durante il viaggio, alla ricerca di "eventi traumatici". Soprattutto chiedevano loro se avevano visto morti nel deserto (ed è poi uno dei punti più sottolineati nelle narrazioni degli Eritrei). Tutto ciò partecipa della logica del riconoscimento del "poveretto traumatizzato", poiché l'asilo politico, nel suo senso originario, è riconosciuto per le persecuzioni (subite o potenziali) nel proprio Paese, non durante il viaggio per l'Italia.

⁽¹⁰⁾ Credo risulti chiaro che il mio scopo non è mettere in dubbio le violenze che queste persone hanno sicuramente subito, ma come queste divengano uno *stigma* che rappresenta l'unico modo accettato, e certo, di "rappresentarsi" nel quotidiano (dove "rappresentarsi", nel puro senso di Goffman, non vuol dire fingere [per questa puntualizzazione si veda HANNERZ U. 1992]).

⁽¹¹⁾ Cfr. anche ALTAMURA R. 1993.

⁽¹²⁾ Sul ruolo dell'immaginazione come "pratica sociale" e come "pratica critica", cfr. anche SCHIRIPA P. 2005: 168-171.

⁽¹³⁾ Non si vuole qui sostenere che la "violenza" rompe la datità "sempre e comunque", considerando la "domesticità utilizzabile" come un mondo necessariamente vissuto come bello e giusto da chi lo abita. Inoltre la violenza può presentarsi come costitutiva di un mondo dato e anche come modalità per eccellenza della sua utilizzazione (le gang di strada, le associazioni criminali, i gruppi militari, ecc., per quanto possano non piacerci, sono comunque produttori di "cultura"). Lo stesso Ivo Quaranta, nella pagina citata, sottolinea quanto la violenza sia raramente priva di senso. Quello che provo a sostenere è che i rifugiati eritrei narrano di una violenza quotidiana che non trova più giustificazione nel nazionalismo eritreo e che loro provano una ricostruzione del "tessuto sociale" in un altro modo.

⁽¹⁴⁾ Per una prospettiva simile, che tende a superare la mera visione della "nuda vita", si veda COMAROFF J. 2007.

Riferimenti bibliografici

- ABU-LUGHOD Lila - LUTZ Catherine (1990), *Language and politics of emotion*, Cambridge University Press, Cambridge.
- ABU-LUGHOD Lila - LUTZ Catherine, 2005, *Emozione, discorso e politiche della vita quotidiana*, "Annuario di Antropologia" (Meltemi, Roma), n. 6, 2005, pp. 15-36.
- AGAMBEN Giorgio (1995), *Homo sacer. Il potere sovrano e la nuda vita*, Einaudi, Torino.
- AL-ALI Nadje - BLACK Richard - KOSER Khalid (2001), *The limits to 'transnationalism': Bosnian and Eritrean refugees in Europe as emerging transnational communities*, "Ethnic and Racial Studies", vol. 24, n. 4, 2001, pp. 578-600.
- ALTAMURA Roberto (1993), *Introduzione*, pp. 7-44, in DE MARTINO Ernesto, *Scritti minori su religione, marxismo e psicoanalisi*, a cura di ALTAMURA Roberto - FERRETTI Patrizia, Nuove Edizioni Romane, Roma.
- APPADURAI Arjun (2001 [1996]), *Modernità in polvere. Dimensioni culturali della globalizzazione*, Meltemi, Roma [ediz. orig.: *Modernity at large. Cultural dimension of globalization*, University of Minnesota Press, Minneapolis - London, 1996].
- BENEDUCE Roberto (2007), *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra storia, dominio e cultura*, Carocci, Roma.
- BENEDUCE Roberto (2010), *Archeologia del trauma: un'antropologia del sottosuolo*, Laterza, Roma - Bari.
- BERNAL Victoria (2004), *Eritrea goes global. Reflections on nationalism in a transnational era*, "Cultural Anthropology", vol. 19, n. 1, 2004, pp. 3-25.
- BOURDIEU Pierre - WACQUANT Loic (1992), *Risposte. Per un'antropologia riflessiva*, Bollati Boringhieri, Torino [ediz. orig.: *Réponses. Pour une anthropologie réflexive*, Édition du Seuil, Paris, 1992].
- CALCHI NOVATI Giampaolo (1994), *Il corno d'Africa nella politica e nella storia*, Società Editrice Internazionale, Torino.
- CARITAS - FONDAZIONE MIGRANTES (2010), *Immigrazione. Dossier statistico 2010. XX Rapporto Idos*, Edizioni Idos, Roma.
- COMAROFF Jean (2007), *Oltre la politica della nuda vita. L'Aids e l'ordine neoliberista*, "Annuario di Antropologia" (Meltemi, Roma), n. 8, 2007, pp. 51-70.
- CONNELL Dan (2005), *Redeeming the failed promise of democracy in Eritrea*, "Race & Class", vol. 64, n. 4, 2005, pp. 68-89.
- DE MARTINO Ernesto (1967 [1948]), *Il mondo magico. Prolegomeni a una storia del magismo*, II ediz., Paolo Boringhieri, Torino [I ediz.: Einaudi, Torino, 1948].
- DE MARTINO Ernesto (1977), *La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali*, a cura di Clara GALLINI, Einaudi, Torino.
- EASTMOND Marita (2007), *Stories as lived experience. Narratives in forced migration research*, "Journal of Refugee Studies", vol. 20, n. 2, 2007, pp. 248-264.
- EMN (European Migration Network) (2009), *Politiche migratorie, Lavoratori qualificati, Settore sanitario. Primo rapporto in Italia*, Edizioni Idos, Roma.
- FASSIN Didier (2006 [2001]), *La biopolitica dell'alterità. Clandestini e discriminazione razziale nel dibattito pubblico in Francia*, pp. 303-322, in QUARANTA Ivo (curatore), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina, Milano, 2006 [ediz. orig. del saggio: *The biopolitics of otherness. Undocumented foreigners and racial discrimination in French public debate*, "Anthropology Today", vol. 17, n. 1, febbraio 2001, pp. 3-7].
- FASSIN Didier (2007), *Un ethos compassionevole. La sofferenza come linguaggio, l'ascolto come politica*, pp. 93-112, in QUARANTA Ivo (curatore), *Sofferenza sociale*, "Annuario di Antropologia" (Meltemi, Roma), n. 8, 2007.
- FASSIN Didier - RECHTMAN Ritchard (2009), *The empire of trauma. An inquiry into the condition of victimhood*, Princeton University Press, Princeton - Oxford.

- GOFFMAN Erving (1969 [1959]), *La vita quotidiana come rappresentazione*, Il Mulino, Bologna [ediz. orig.: *The presentation of self in everyday life*, Anchor Books, New York, 1959]
- GOFFMAN Erving (2003 [1963]), *Stigma. L'identità negata*, Ombre Corte, Verona [ediz. orig.: *Stigma. Notes on the management of spoiled identity*, Simon & Schuster, New York, 1963].
- GRAMSCI Antonio (1975), *Quaderni del carcere*, Einaudi, Torino (edizione critica dell'Istituto Gramsci, a cura di Valentino GERRATANA, vol. III).
- HACKING Ian (1996 [1995]), *La riscoperta dell'anima: personalità multipla e scienze della memoria*, Feltrinelli, Milano [ediz. orig.: *Rewriting the soul: multiple personality and the sciences of memory*, Princeton University Press, Princeton, 1995].
- HANNERZ Ulf (1992 [1980]), *Esplorare la città: Antropologia della vita urbana*, Il Mulino, Bologna [ediz. orig.: *Exploring the city: inquiries toward an urban anthropology*, Columbia University Press, New York, 1980].
- HEPNER REDEKER Tricia (2009), *Soldiers, martyrs, traitors, and exiles. Political conflict in Eritrea and the diaspora*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia.
- HEPNER REDEKER Tricia - O'KANE David (2011), *Introduction. Biopolitics, militarism and development in contemporary Eritrea*, pp. IX-XXXVII, in HEPNER Tricia Redeker - O'KANE David (curatori), *Biopolitics, militarism and development. Eritrea in the twenty-first century*, Berghahn Books, New York.
- HEPNER REDEKER Tricia - O'KANE David (curatori) (2011), *Biopolitics, militarism and development. Eritrea in the twenty-first century*, Berghahn Books, New York.
- IYOB Ruth (2000), *The Ethiopian-Eritrean conflict. Diasporic vs. hegemonic States in the Horn of Africa, 1991-2000*, "The Journal of Modern African Studies", vol. 38, n. 4, dicembre 2000, pp. 659-682.
- JOHNSON Michael - JOHNSON Trish (1981), *Eritrea: the national question and the logic of protracted struggle*, "African Affairs", vol. 80, n. 319, aprile 1981, pp. 181-195.
- KIBREAB Gaim (1996), *Resistance, displacement, and identity. The case of Eritrean refugees in Sudan*, "Canadian Journal of African Studies / Revue Canadienne des Études Africaines", vol. 34, n. 2, 1996, pp. 249-296.
- KLINGEBERG Sara (2009), *La certificazione medica: la regina delle prove?*, pp. 35-53, in BRACCI C. (curatore), *La tutela medico-legale dei diritti dei rifugiati*, Sviluppo Locale Edizioni, Roma.
- LANTERNARI Vittorio (1974), *Antropologia e imperialismo*, Einaudi, Torino.
- MAHRT Michael (2011), *War, spatiotemporal perception, and the nation. Fighters and farmers in the Highlands*, pp. 17-33, in HEPNER REDEKER Tricia - O'KANE David (curatori), *Biopolitics, militarism and development. Eritrea in the twenty-first century*, Berghahn Books, New York.
- MEZZIETTI Petra - STOCCHIERO Andrea (2005), *Transnazionalismo e catene migratorie tra contesti locali*, "CESPI Working Papers", n. 16, 2005, pp. 3-49 [http://www.cespi.it/WP/wp16-transnazionalismo.pdf].
- MINELLI Massimiliano (2011), *Santi, demoni, giocatori. Una etnografia delle pratiche di salute mentale*, Argo, Lecce.
- NEGASH Tekeste - TRONVOLL Kjetil (2000), *Brothers at war: making sense of the Eritrean-Ethiopian war*, J. Currey, Oxford.
- ONG Ahiwa (2005 [2003]), *Da rifugiati a cittadini: pratiche di governo nella nuova America*, Raffaello Cortina, Milano [ediz. orig.: *Buddha is hiding. Refugees, citizenship, the new America*, The Regents of the University of California, 2003].
- ORTNER Sherry (2006), *Anthropology and social theory. Culture, power and the acting subject*, Durham, London.
- QUARANTA IVO (2007), *Corpo, memoria e violenza*, "Achab", n. X, 2007, pp. 2-7.
- REID Richard (2005), *Caught in the headlights of history. Eritrea, the EPLF and the post-war Nation-State*, "The Journal of Modern African Studies", vol. 43, n. 3, 2005, pp. 467-488.
- RIGGAN Jennifer (2011), *Avoiding wastage by making soldiers. Technologies of the State and the ima-*

- gination of the educated nation, pp. 72-91, in HEPNER REDEKER Tricia - O'KANE David (curatori), *Biopolitics, militarism and development. Eritrea in the twenty-first century*, Berghahn Books, New York.
- SAYAD Abdelmalek (2002), *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Raffaello Cortina, Milano.
- SCHIRRIPIA Pino (2005), *Le politiche della cura: terapie, potere e tradizione nel Ghana contemporaneo*, Argo, Lecce.
- SIGNORELLI Amalia (1996), *Antropologia urbana. Introduzione alla ricerca in Italia*, Guerini Studio, Milano.
- SIGNORELLI Amalia (2006), *Migrazioni e incontri etnografici*, Sellerio, Palermo.
- SORGONI Barbara (2012), *La stregoneria non è un concetto particolarmente complesso. Storia di una richiesta di asilo*, "Primapersona. Percorsi autobiografici", n. 26, 2012, pp. 74-81.
- TREIBER Magnus (2011), *Trapped in adolescence. The postwar urban generation*, pp. 92-114, in HEPNER REDEKER Tricia - O'KANE David (curatori), *Biopolitics, militarism and development. Eritrea in the twenty-first century*, Berghahn Books, New York.
- VACCHIANO FRANCESCO (2005), *Cittadini sospesi: violenza e istituzioni nell'esperienza dei richiedenti asilo in Italia*, pp. 85-103, in VAN AKEN Mauro (curatore), *Rifugiati*, "Annuario di Antropologia" (Meltemi, Roma), n. 5, 2005 (numero monografico).
- VAN AKEN Mauro (2005a), *Introduzione*, pp. 5-14, in VAN AKEN Mauro (curatore), *Rifugiati*, "Annuario di Antropologia" (Meltemi, Roma), n. 5, 2005 (numero monografico).
- VAN AKEN Mauro (2005b), *Il dono ambiguo: modelli d'aiuto e rifugiati palestinesi nella valle del Giordano*, pp. 103-120, in VAN AKEN Mauro (curatore), *Rifugiati*, "Annuario di Antropologia", (Meltemi, Roma) n. 5, 2005.
- YOUNG A. (1995), *The harmony of illusions. Inventing post traumatic stress disorder*, Princeton University Press, Princeton.

Scheda sull'Autore

Osvaldo Costantini è nato a Napoli il 13 marzo 1985. Ha conseguito una laurea triennale in Sociologia alla Università degli studi di Napoli "Federico II" con una tesi di antropologia culturale, e poi una laurea specialistica (oggi magistrale) in Discipline etno-antropologiche presso La Sapienza Università di Roma, con una tesi di ricerca tra i rifugiati eritrei che vivono in abitazioni "occupate" nella periferia romana. Attualmente è dottorando in Etnologia ed etnoantropologia presso il Dipartimento storia, culture e religioni della Sapienza Università di Roma. Il suo progetto di ricerca è incentrato sulle guarigioni nelle chiese pentecostali eritree ed etiopiche della capitale italiana.

Riassunto

Rifugiati politici eritrei a Roma. Retoriche del trauma, discorso umanitario e strategie quotidiane di rappresentazione.

Il seguente lavoro si basa sui dati raccolti nel corso di una ricerca svolta nella periferia di Roma, tra i rifugiati politici eritrei che vivono nelle occupazioni a scopo abitativo.

Riconosciuti – come una ormai vasta letteratura sottolinea – solo in quanto capaci di raccontare una “storia traumatica”, i rifugiati politici interiorizzano lo slittamento dell’istituto dell’asilo dal piano politico a quello umanitario, assumendolo come elemento sul quale basare un proprio progetto culturale. Intento di questo lavoro è analizzare la dialettica che si determina tra incorporazione del “discorso” attuale sul tema dei rifugiati e capovolgimento strategico di tale retorica da parte dei rifugiati stessi allo scopo di costruire un progetto politico e culturale autonomo, o, per utilizzare una formula forse più cara all’antropologia italiana, per garantirsi la partecipazione ad una vita culturale, “seppure angusta”.

Parole chiave: rifugiati, trauma, umanitario, strategie di rappresentazione, Eritrea.

Résumé

Réfugiés érythréens à Rome. Rhétorique d'un traumatisme, discours humanitaire et stratégies quotidiennes de représentation.

Le travail qui suit est basé sur des données collectées pendant une recherche qui a eu lieu à la périphérie de Rome, parmi les réfugiés politiques Érythréens qui vivent dans les occupations pour y habiter. Reconnus – comme une, désormais, vaste littérature souligne – seulement parce qu'ils sont en mesure de raconter une “histoire traumatisante”, les réfugiés politiques intériorisent le dérapage de l'institution de l'asile d'un plan politique à celui humanitaire, en l'assumant comme s'il était l'élément sur lequel baser leur propre projet culturel. Le but de ce travail est d'analyser la dialectique qui se détermine entre l'incorporation du “discours” actuel, pour ce qui concerne le sujet des réfugiés, et en même temps le retournement stratégique d'une telle rhétorique par les réfugiés eux-mêmes avec l'intention de construire un projet politique et culturel autonome, ou, en utilisant une formule qui est chère à l'anthropologie, pour s'assurer la participation à une vie culturelle, “même si étroite”.

Mots-clés: réfugiés, traumatisme, humanitaire, stratégies de représentation, Érythrée.

Resumen

Refugiados eritreos en Roma. Rétorica del trauma, discurso humanitario y estrategias diarias de representación.

Este trabajo se basa sobre los datos recogidos durante una investigación llevada a cabo en la periferia de Roma, entre refugiados políticos que residen dentro de espacios

ocupados y convertidos en viviendas. Como subraya una amplia literatura, ellos son «reconocidos» sólo en cuanto capaces de contar «historias traumáticas», interiorizando el desfase desde un plano político a un plano humanitario del instituto del asilo, y transformándolo en el elemento principal de su propio proyecto cultural. El objetivo de este artículo es entonces analizar la dialéctica que se establece entre incorporación del «discurso» actual sobre el tema de los refugiados y el cambio estratégico de esta retórica de parte de los refugiados mismos, para construir un proyecto político y cultural autónomo o, para decirlo con una fórmula muy usada por la antropología italiana, para garantizarse su participación a la vida cultural «seppur angusta».

Palabras clave: refugiados, retórica del trauma, humanitario, estrategias de representación, Eritrea.

Abstract

Eritrean political refugees in Rome. Trauma rhetoric, humanitarian discourse and daily strategies of representation.

This work is based on a research among the Eritrean refugees living in the “occupation for housing” of Roman suburbs. Their recognition as refugees – as stressed by a widespread literature – is strongly connected with possibility to narrate a “traumatic story”: political refugees embody the shifting of asylum from the political field to the humanitarian one and use it as an element on which they base a cultural project. In this paper I would like to analyze the dialectic process between the embodiment of current “discourse” over the political asylum, and its strategic utilization to construct a cultural and political project or to realize the guarantee of participation to a cultural life.

Keywords: refugees, trauma, humanitarian, strategies of representation, Eritrea.

Mad, sad and hormonal⁽¹⁾.

Riflessioni sul corpo dei preadolescenti e sulla costruzione dei discorsi medici

Donatella Cozzi

docente a contratto di antropologia medica, Università degli studi di Milano Bicocca
e Università degli studi di Udine
[bulunut@tin.it]

Siate ingegneri di anime
Josip Stalin, 1947

Una ricerca sulla preadolescenza in Francia e in Italia

L'adolescenza e il suo prolungamento sono stati materia di analisi di numerose ricerche, mentre la transizione dall'infanzia all'adolescenza e le tecniche del corpo ad essa proprie non sono state oggetto di studio in Italia e in Francia come è avvenuto in Gran Bretagna, negli Stati Uniti e in Germania. Il progetto di ricerca CorÂge, *Expériences du corps et passage d'âge: le cas des enfants de 9 à 13 ans (France et Italie)*, finanziato dalla ANR francese⁽²⁾ e iniziato nel 2010, si pone come obiettivo lo studio delle modalità attraverso le quali ragazzi e ragazze tra i 9 e i 13 anni governano le proprie trasformazioni corporee nelle pratiche quotidiane e come una corporeità di genere viene co-costruita insieme ai genitori e al gruppo dei pari. Attraverso il corpo, si intende interrogare la molteplicità dei discorsi e delle logiche che sono sottesi alla costruzione di questa transizione dai contorni incerti: biologici (la pubertà), scolastici (passaggio dalla scuola primaria alla secondaria di primo grado), marketing, media e comunicazione (i *tweens*⁽³⁾ come nicchia di mercato in espansione), categorizzazioni sociali⁽⁴⁾.

L'approccio seguito dall'équipe di ricerca⁽⁵⁾ fa esplicitamente riferimento alla sociologia e antropologia dell'infanzia che negli ultimi vent'anni si è svincolata progressivamente dai modelli della psicologia (LEVINE R.A. 2007) per indagare la agentività di questi attori sociali, dotati quindi di risorse per affrontare i cambiamenti corporei e le loro conseguenze

sul piano dell'autonomia, delle relazioni sociali, del proprio *self*. Antropologia e sociologia dell'infanzia hanno dimostrato come il corpo di bambini e bambine sia stato costruito storicamente e socialmente nella confluenza tra pratiche discorsive e istituzionali, mediche ed educative (JENKS C. 1982; KELLE H. 2004), e hanno dato conto del modo in cui i passaggi da un'età all'altra sono una pratica intersoggettiva fluida, che implica una rinegoziazione continua e complessa di statuti e identità (SOLBERG A. 1990). Infatti ragazze e ragazzi considerano inadeguati i concetti impiegati dagli adulti, quali sviluppo, maturità, pubertà, che, tanto negli studi etnografici esaminati quanto nelle interviste sinora effettuate⁽⁶⁾, appaiono come effetto di un continuo riposizionamento con chi li circonda, con il corpo, il sembiante, il corredo vestimentario e il comportamento degli altri: si tratta, a pieno titolo, di un *mindful body* (SCHEPER-HUGUES N. - LOCK M. 1987).

In questo testo presento alcune note riguardanti la terza sezione della ricerca CorÂge, riguardante la definizione, le rappresentazioni e le caratteristiche della pubertà tra gli 8-13 anni nel discorso medico e dei professionisti della salute⁽⁷⁾. Interviste e pratiche di questi ultimi sono qui solo accennati, preferendo concentrarmi sulle modalità di costruzione di una ontologia della preadolescenza quale viene definita attraverso la letteratura e la divulgazione sanitaria. Il primo elemento dal quale siamo partite, molto presente nella letteratura medica, è l'abbassamento dell'età di esordio della pubertà, che genera, tanto nei professionisti della salute che nei genitori, un preoccupato interrogarsi sui limiti biologici dell'infanzia che appaiono modificati e instabili. Un passaggio di età insidiato da abitudini alimentari considerate errate, dai componenti chimici presenti nei prodotti di consumo (come fenoli e ftalati), dall'industria culturale legata ai media e alla pubblicità con una serie di messaggi che talvolta ammiccano ad una ipersessualizzazione dell'infanzia. Gli anni che vedono i primi segni dello sviluppo puberale vengono quindi presentati come rivelatori di possibili rischi per la salute che sono contemporaneamente rischi sociali (obesità infantile, disturbi della crescita, comportamenti a rischio come precoce consumo di alcol e di droghe), tutte questioni che sono particolarmente amplificate dal problema delle pubertà dette precoci. In breve, naturalizzazione e medicalizzazione della preadolescenza, soprattutto femminile, ancoramento al dato biologico, sessualizzazione e universalità (per la diffusione planetaria del fenomeno), pericolosità ed esposizione al rischio contribuiscono a costruire una ontologia del preadolescente che lo ascrive all'universo 'critico' dell'adolescenza.

Pubertà precoce o pubertà anticipata? Costruire l'attenzione medica sulla preadolescenza

Il gruppo di età dagli 8-9 anni ai 13-14 anni è poco frequentato nei periodici italiani di divulgazione pediatrica⁽⁸⁾, la cui attenzione è dedicata al neonato e al bambino sino ai tre anni, con sporadiche incursioni nei problemi dell'inserimento scolastico nella scuola primaria. Invece, quando si digitano i termini di ricerca 'puberty' e 'precocious puberty' nelle principali banche dati medico-scientifiche internazionali il numero dei documenti rilevato è impressionante⁽⁹⁾. La pubertà precoce, *pubertas praecox* nel termine latino impiegato in ambito medico dagli inizi del XIX secolo, descrive in generale l'esordio della pubertà ad una età anticipata rispetto alla media⁽¹⁰⁾. In molti ragazzini e ragazzine⁽¹¹⁾ il processo rientra nei canoni della normalità fisiologica sotto tutti gli aspetti (comparsa dei peli ascellari e pubici, del bottone mammario nelle ragazze e discesa dei testicoli nei ragazzi) tranne l'età. Ma in una minoranza di questi bambini, tale precocità è scatenata da una grave patologia, come un tumore o gravi disfunzioni ormonali. Anche in assenza di questi, un esordio anticipato della pubertà può comportare alcune conseguenze negative che si manifesteranno durante la crescita. Tra di esse la più documentata è una statura ridotta rispetto alle potenzialità fisiologiche; seguono la possibilità di anticipare l'inizio della menopausa, oppure effetti relativi allo sviluppo psicologico e al comportamento sociale, che da un punto di vista fenomenologico possiamo leggere alla luce di una asincronia tra avere un corpo che si sta sviluppando velocemente ed essere ancora 'piccoli' per età e posizionamento sociale.

Occorre sottolineare che i termini 'pubertà precoce' sono utilizzati in letteratura (quella anglofona internazionale, oltre che francese e italiana), con significati differenti, che emergono dalla lettura di ciascun articolo. Infatti, in senso più ampio e generale, con 'pubertà precoce' si può fare riferimento al fenomeno della 'pubertà anticipata', molto più diffusa, ovvero all'anticipazione della comparsa dei segni secondari dello sviluppo sessuale rispetto alla media statistica dei decenni precedenti. Fonti mediche e demografiche precisano che ogni dieci anni l'età del menarca scende in media di circa tre mesi, almeno per quanto riguarda la reperibilità di dati nei paesi occidentali (TANNER J.M. 1973; FRISCH R.E. 1978). Si tratta un fenomeno del tutto normale che ha cause molteplici, prime tra tutte il miglioramento dell'alimentazione, più ricca di proteine, delle condizioni igieniche, sanitarie e di vita, che comporta però anche una dieta più ricca di grassi e il contatto quotidiano con una serie di sostanze

chimiche presenti nei prodotti di consumo e nell'ambiente. Qualsiasi definizione di precocità può essere riferita solamente alla pubertà cosiddetta centrale che inizi con una deviazione standard di 2.5 anni circa rispetto alla media della popolazione. Convenzionalmente, l'età di inizio della pubertà è segnato dalla comparsa del sesamoide, considerato il marcatore della maturazione ossea⁽¹²⁾. È interessante notare come la lettura degli stadi di sviluppo maschile e femminile sia caratterizzata da uno iato: più connotata dall'evidenza dei segni per le femmine, più tardiva e indeterminata per i maschi, ovvero il genere femminile è sovradeterminato, mentre quello maschile è sottodeterminato. Dalla metà del XIX secolo alla metà del XX secolo, l'età del menarca in Europa si è abbassata progressivamente dai 17 ai 13 anni. Benché non appaia un accordo unanime in letteratura, la pubertà femminile negli Stati Uniti viene collocata a 12,7 anni di età, ma con una varianza di 8 mesi tra ragazze 'bianche' e 'nere', le quali vengono mostrate come 'più precoci'; in Francia, tra i 12,5 e i 13,5 anni (DE LA ROCHEBROCHARD É. 1999); i dati italiani a $11,5 \pm 1,6$ ("senza grandi differenze rispetto all'età materna", GASPARINI N. - DI MAIO S. - GRECO L. 2005), in Veneto, le ricerche degli endocrinologi la collocavano 10 anni fa a 12,5 anni, ma i dati attuali registrano un abbassamento di circa un anno⁽¹³⁾. Ma è alto il dibattito intorno all'attendibilità di questi valori medi e quale sia l'età in cui i segni di esordio della pubertà siano da considerarsi 'normali', per il numero di variabili da considerare, come la familiarità – l'età materna al menarca –, una storia clinica familiare particolare, problemi alla nascita o durante la crescita, i fattori ambientali che contribuiscono nell'anticipazione dello sviluppo. Come spesso accade nelle scienze biomediche, la ragione della media statistica e l'ancoraggio cognitivo e pragmatico che essa offre, deve comunque confrontarsi in ultima istanza con le storie dei singoli soggetti. E benché la multifattorialità sia un modello ormai accettato per la genesi di molte patologie, tuttavia si avverte un disagio relativo a lavorare su più dimensioni, alcune delle quali, come quella clinica, rivolte ad indagare il funzionamento interno del corpo tramite i valori stabiliti dagli standard, altre più inafferrabili, aleatorie e in definitiva spurie rispetto al modello medico. Occorre quindi definire un limite inferiore di età che permetta, ove necessario, un intervento medico per identificare il prima possibile se alla base della pubertà precoce vi sia una patologia grave, limite che convenzionalmente viene fissato nell'esordio dei segni puberali prima degli 8 anni di età nelle bambine e dei 9 anni nei bambini. Ancora in ambito medico si distingue, a seconda della causa rintracciabile dell'esordio precoce tra:

- a) Pubertà precoce centrale, quando le cause includono danni al sistema inibitorio del cervello, legati ad infezioni, traumi, irradiazione, tumori intracranici, idrocefalo; presenza di amartoma ipotalamico che produce il rilascio dell'ormone gonadotropina (GnRH) responsabile dello sviluppo sessuale; sindrome di McCune-Albright e sindrome di Angelman. Se nessuna causa specifica viene riscontrata, la pubertà precoce viene considerata idiopatica o costituzionale.
- b) Pubertà periferica precoce. Quando lo sviluppo sessuale secondario viene indotto da steroidi sessuali provenienti da fonti anomale, di solito presenti nell'ambiente, essa viene definita come 'pubertà periferica precoce' o 'pseudo pubertà precoce'. Questa forma di pubertà precoce quando è legata a cause endogene, si manifesta attraverso una costellazione di sintomi (insufficienza surrenalica, ipotensione, valori elettrolitici anomali, genitali ambigui negli individui di sesso femminile o segni di virilizzazione, legati alla presenza nel sangue di alti livelli di androgeni e bassi livelli di cortisolo) ed è associata a gravi forme di patologia, quali: tumori gonadici, ipersurrenalismo (sindrome di Cushing), cellule germinali tumorali, iperplasia surrenalica congenita, sindrome di McCune-Albright.

Viene quindi ribadita la necessità di una valutazione medica per comprendere quali bambini che mostrano i segni di uno sviluppo precoce siano affetti da un grave problema, oppure, in caso di pubertà anticipata, quando sia il caso di bloccare lo sviluppo per ottenere che il bambino /a raggiunga l'età statisticamente auspicabile, ovvero considerata 'normale'⁽¹⁴⁾. Allo scopo, vengono utilizzati alcuni esami clinici: valutazione dell'età ossea, ecografia pelvica (solo nelle bambine) e test di stimolazione LHRH con dosaggio delle gonadotropine. A questi, possono essere associati altri esami in grado di diagnosticare la presenza di un tumore. I trattamenti per 'frenare' lo sviluppo puberale utilizzano antagonisti della GnRH, sotto controllo endocrinologico. La questione interessante è che entrambe le forme, la pubertà precoce in senso clinico che necessita di intervento medico, e la pubertà anticipata, che è un fenomeno fisiologico, sono presentate entro una medesima cornice di anormalità patologica, che può comportare fraintendimenti o ambiguità per i profani.

La pubblicistica francese si inserisce ovviamente nel *mainstream* della ricerca internazionale, anche se la rivista più autorevole, gli "Archives de Pédiatrie", tra il 1998 e il 2010, non presenta un numero particolarmente significativo di articoli a tale proposito⁽¹⁵⁾.

I dati che emergono dalla ricerca medica relativa alla pubertà anticipata (quindi relativa all'abbassamento statistico della comparsa dei segni secondari di sviluppo sessuale) non ne indicano cause univoche (KAPLOWITZ P.B. - SLORA E.J. - WASSERMAN R.C. - PEDLOW S.E. - HERMAN-GIDENS M.E. 2001; MCKENNA P. 2007) e resta ancora in parte inesplorato come si attiva l'ipotalamo per iniziare lo sviluppo puberale. Sono numerose le ricerche che dimostrano come una dieta troppo ricca di grassi abbinata all'inattività fisica esponga le ragazzine, quando obese, ad una maturazione precoce, con la probabilità dell'80% di sviluppare i seni prima dei 9 anni e il menarca prima dei 12 anni (MCKENNA P. 2007). Al contrario, secondo una ricerca del University of Michigan Health System, la percentuale crescente di ragazzini sovrappeso o obesi negli Stati Uniti sembra mostrare un ritardato esordio della pubertà (UMHS 2010). Tuttavia questa differenza tra i generi relativa al rapporto tra dieta ricca di grassi, obesità e esordio della pubertà non viene illuminata da spiegazioni. Piuttosto, è esplicito il nesso tra controllo del peso e controllo dell'esordio della pubertà⁽¹⁶⁾: ci si spinge a scrivere che le giovanissime che praticano sport a livello agonistico raggiungono il menarca a 16 anni, il che, secondo il criterio che lo vede verificarsi in media tra 11 e 14 anni d'età, dovrebbe essere considerato più una anomalia che un esito auspicabile. L'accento posto sull'obesità si coniuga con l'allarme medico-sociale relativo a ciò che un articolo di Tauber, Ricour e Bocquet non esita a chiamare "épidémie d'obésité en France" (2007, p. 1279) che colpisce un bambino su 6, e 1 bambino ogni 5-4 tra i preadolescenti delle famiglie socialmente svantaggiate. La scelta della parola 'epidemia' è molto suggestiva, e viene impiegata anche in riferimento al diffondersi della pubertà anticipata: fa riferimento ad una condizione patologica che va monitorata con attenzione per frenarne la diffusione e la pericolosità.

Un'altra serie di fattori indagati per il ruolo che rivestono potenzialmente nell'anticipazione della pubertà, oggetto di attenzione in Italia sin dagli anni Ottanta, riguarda le sostanze conosciute come fenoli e ftalati: si tratta di estrogeni di origine chimica, altrimenti denominati xenoestrogeni, che imitano l'azione degli estrogeni presenti nel nostro corpo. Ad esempio il bisfenolo A (BPA) è stato e in molti casi è ancora presente nelle bottiglie e negli oggetti di plastica dura, biberon compresi e come rivestimento interno delle lattine per alimenti. I risultati delle ricerche mediche portano a conclusioni contraddittorie: da un lato non esistono studi di natura tale da costituire evidenza clinica della nocività di queste sostanze⁽¹⁷⁾; dall'altro lato si afferma che il BPA interferisce con lo sviluppo sessuale (HOULIHAN J. - LUNDER S. - JACOB A. 2010)⁽¹⁸⁾ come dimostrano ricerche di

laboratorio in vivo (LIBERTUM C. - LUX-LANTOS V. - BIANCHI M. - FERNANDEZ M. 2009) che si estendono all'azione di un altro ormone, la melatonina (ESOUFFINO A.I. - VILLAÑA M.A. - AGRASAL C. 1987). Uno studio italiano del Centro endocrinologico pediatrico dell'università di Pisa (MASSART F. *et al.* 2008), nato dall'osservazione di un numero decisamente più elevato del normale di diagnosi di pubertà precoce centrale tra la popolazione pediatrica di Viareggio rispetto alle località confinanti, ha cercato di verificare se il fenomeno fosse da mettere in relazione con l'esposizione a micotossine con azione estrogenica. Sono state sottoposte ad analisi 32 bambine, tra le quali 6 hanno mostrato la presenza di micotossine, il che, secondo gli Autori, non giustifica completamente il maggior numero di casi di pubertà precoce centrale. Secondo alcuni studi, ad interferire nello sviluppo precoce sono anche sostanze aromatiche sintetiche e naturali contenute nell'alimentazione, come il glutammato, e nei prodotti per l'igiene personale, fatali come la lavanda, soprattutto. Il mondo di aromi naturali e artificiali di cui ci circondiamo e che consumiamo diventa una minaccia insospettata per lo sviluppo dei nostri figli, seguendo in parte il destino dei coloranti artificiali che avevano reso pericolosamente attraenti dolci ed altri prodotti per l'infanzia.

Ormoni e alterità: ipotesi di etnicizzazione della precocità puberale e bambine straniere adottate

Quanto colpisce nella letteratura esaminata è una certa enfasi collocata sul fatto che ad anticipare la pubertà, oltre ad essere esclusivamente le bambine, sono tra esse quelle che incorporano una qualche forma di alterità rispetto alla società maggioritaria, come nel caso delle bambine afroamericane negli Stati Uniti, o delle bambine di origine straniera adottate in Francia e in Italia, o figlie di stranieri soggiornanti in questi paesi. La letteratura non è cospicua, e segnala singoli casi o piccoli gruppi di casi presenti in modo puntiforme nei territori nazionali: ma la produzione scientifica così parcellizzata, moltiplicata in virtù del numero di pubblicazioni, produce l'effetto di essere di fronte ad una moltitudine⁽¹⁹⁾. I resoconti clinici su bambine afroamericane trattano di pubertà precoci idiopatiche (ad esempio: TAUBER M. 2002; NIELD L.S. - CAKAN N. - KAMAT D. 2007), quindi di casi in cui bambine altrimenti normali, nate da una gravidanza normale, con crescita ossea adeguata all'altezza, presentano a 7 anni e mezzo di età già il bottone mammario e un accenno di peluria puberale. Questo viene confermato dalla più

grande ricerca compiuta negli Stati Uniti⁽²⁰⁾, secondo la quale ‘racial disparity in the onset of pubertal onset exist’ e più alti tassi di pubertà anticipata sono stati osservati nelle ragazzine afroamericane negli Stati Uniti, rispetto alle *white girls* (KAPLOWITZ P.B. - SLORA E.J. - WASSERMAN R.C. - PEDLOW S.E. - HERMAN-GIDENS M.E 2001). L’etnicizzazione della pubertà in questo caso contribuisce a naturalizzare sia il processo di sviluppo che a sessualizzare le bambine afroamericane, e quindi a costruire una giustificazione del maggior numero di gravidanze precoci riscontrabili nei settori più svantaggiati di questa popolazione. Precocità e sessualizzazione possono anche essere proposte in termini apparentemente *politically correct* secondo le chiavi più attuali utilizzate per decostruire il concetto di razza: “Sul piano genetico la popolazione da scegliere è quella in cui gli individui componenti hanno un’alta probabilità di scegliere fra di loro i propri sposi” (CAVALLI SFORZA L.L. 2008, pp. 46-47). Ne consegue che la differenza “razziale”, rispetto alla normatività della ‘razza caucasica’, è implicitamente portatrice di anomalie. È un argomento non nuovo: è sufficiente pensare alla discussione delle curve di crescita proposte a partire dall’allattamento artificiale, più diffuso nei paesi occidentali, comparato con quello al seno (BALSAMO E. 2002) e alla critica al paradigma di sviluppo infantile proposto da André Turmel (TURMEL A. 2008). Diversi sono i casi rendicontati di bambine adottate in Europa, provenienti dal continente asiatico o africano, che mostrano segni precoci di sviluppo. Negli *Archives de Pédiatrie* troviamo l’analisi di 13 casi (10 bambine e 3 bambini) di pubertà precoce osservati nella Clinica medica pediatrica dell’Ospedale di Nantes (BARON S. - BATTIN J. - DAVID A. - LIMAL J.M. 2000), studio completato attraverso la somministrazione di un questionario a 99 famiglie adottive. In realtà, la lettura dell’articolo ci presenta una anticipazione della pubertà nel 10% dei casi (con la comparsa del menarca a 10 anni), e su 35 ragazzi del campione complessivo, 3 sono quelli che hanno mostrato uno sviluppo precoce (8,6%). Gli Autori sottolineano l’importanza di una migliore nutrizione per la crescita ossea, e per lo sviluppo in generale dei ragazzi e ragazze adottate, che intervengono soprattutto quando essi vengono adottati tra i 4 e i 6 anni di età, ma ancora non appare ben chiaro il ruolo del fattore di crescita (*insulin-like growth factor I*, IGF1) intrecciato alla qualità dell’alimentazione, ormone che è contemporaneamente un marcatore dello stato nutrizionale, ed un rilevatore ormonale nelle situazioni di denutrizione o ri-nutrizione. E, benché non misurabili, non andrebbero trascurati i fattori psico-affettivi: bambini desiderati, amati e adeguatamente nutriti crescono prima e di più. Quanto risponde al

paradigma dello 'sviluppo' appare in questi testi come ambiguo: ciò che può essere letto come una trasformazione accrescitiva positiva, può nascondere o innescare trappole patologiche, che insegnano a diffidare dell'entusiasmo che accomuna medici e genitori quando, nei mesi che seguono l'arrivo in Francia o in Italia, bambine e bambini adottati crescono di statura e di peso⁽²¹⁾. Mi sono dilungata su questo articolo perché, meglio di altri, pone in luce alcuni elementi cruciali: di fronte alla prudenziale sospensione di giudizio derivata da una indigenza conoscitiva relativa al ruolo degli ormoni sull'ipotalamo, viene avanzato un allarme clinico relativo alla necessità di porre sotto osservazione lo sviluppo dei bambini e soprattutto bambine adottate e straniere, doppiamente "straniere sociologiche" dal punto di vista della filiazione e legale. Un altro elemento che va sottolineato è relativo a come vengono presentati i dati statistici: in questo articolo, su 35 ragazzi, 3 hanno mostrato segni di anticipazione puberale, che sappiamo rarissima tra i bambini di sesso maschile, ma che coincide con l'8,6% dei casi. Ovviamente questa percentuale, quando non si chiarisce a quale universo vada riferita, appare rilevante, come nella citazione che segue per le bambine di sesso femminile:

"En Belgique, il a été observé que 25% des patients vus pour puberté précoce sont des fillettes étrangères arrivées en Belgique, le plus souvent dans le cadre d'une adoption ou, par fois, avec leur famille d'origine. Cette observation particulière pose la question du rôle éventuel d'une exposition préalable de ces enfants dans leur pays d'origine aux xénostrogènes dans le déclenchement précoce de la puberté sans que le mécanisme exact soit encore élucidé » (LEBRETHON M.C. - BOURGUIGNON J.P. 2002: 227).

Esposizione a sostanze nocive ed esportazione delle patologie relative nel paese di migrazione rendono necessarie forme di biolegittimità, che a partire da un adeguato riconoscimento anagrafico, procedano attraverso il controllo medico dei corpi⁽²²⁾.

Le interviste ai medici italiani e francesi offrono elementi a supporto e a sconfirma della etnicizzazione della pubertà: se si chiede loro notizie sulla pubertà precoce centrale, questo li coglie in generale sorpresi, perché gli unici casi che giungono alla loro attenzione sono eventualmente quelli di ragazzine straniere adottate; la pubertà anticipata, molto più diffusa, non viene menzionata: «I pediatri non vedono casi di pubertà precoce, se si eccettuano le bambine indiane [dove Indiane indica bambine di famiglie provenienti dal Pakistan o dall'India o adottate in uno di questi Paesi]»⁽²³⁾.

Bulli e Lolite: la preadolescenza come categoria a rischio

Le protagoniste di tutta questa letteratura sono prevalentemente le bambine, considerato che la letteratura sui loro coetanei maschi è estremamente limitata, nonostante anche essi cambino: mutano la voce, gli organi genitali, l'aspetto corporeo, talvolta ci si copre di brufoli e si puzza disperatamente, come se l'odore emanante dal corpo condensasse l'essenza del cambiamento in corso. Avere a che fare con un corpo che cambia è il nostro esercizio umano – e di specie – del cambiamento, della provvisorietà che si dischiude ad altri stati fisiologici, ad altre forme sociali dell'essere persona. Fasi di transizione difficili da fronteggiare cognitivamente ed emotivamente, oggi non più contenute entro forme culturali evidenti, quali i riti di passaggio. A leggere numerosi resoconti scientifici, psicologici o medici, l'impressione è che questa straordinaria acquisizione e consapevolezza di esperienza non trovi lettura che sotto la cifra della crisi, del disagio, dell'anomalia o della patologia. In un recente convegno, Virginie Vinel⁽²⁴⁾, nel compiere un primo bilancio delle interviste effettuate per la ricerca *Corâge*, ha sottolineato come tanto la letteratura medica sulla pubertà quanto il discorso dei professionisti dell'area sanitaria mettono spesso in primo piano una definizione di genere, che sottolinea la precocità femminile rispetto a quella maschile. Invece dei punti in cui gli stadi di sviluppo, quali sono stati configurati da Marshall e Tanner in un testo considerato classico sulla pubertà di entrambi i sessi (TANNER J.M. 1962), si sovrappongono per tipologia ed età, sono quindi le differenze ad essere sottolineate, rappresentando lo 'sviluppo' come acquisizione di caratteri sessuati e riconoscibili in quanto tali. Ed è il genere femminile ad essere segnato dai processi di medicalizzazione, che la seguono dall'essere bambina al diventare donna e poi anziana, permettendo di leggere in filigrana alcune interpretazioni sociali, che concentrano sulla bambina in transizione inquietudini, fantasmi, pericoli, riferiti a costruzioni discorsive e culturali più ampie. Il quadro composto ritrae ragazzine che appaiono più grandi della loro età anagrafica, per statura e per sviluppo corporeo, che spesso si atteggiavano o si abbigliavano *come se* fossero più grandi, tanto da apparire agli occhi adulti come maliziose lolite, ormai protagoniste di azioni di consumo, soggetti dotati di agentività in grado di scegliere e dare corpo a frammenti di tendenze, gusti e disgusti, tra la panoplia dei beni di consumo, il flusso delle merci, il repertorio di immagini mediatiche⁽²⁵⁾. L'indeterminatezza del corpo e dello statuto sociale di queste ragazzine, turba alcuni medici di base e pediatri. In Alsazia e Lorena tale turbamento viene talvolta esplicitato, come in queste due citazioni selezionate tra le altre⁽²⁶⁾:

«Il y a quand même une sacrée différence entre les garçons et les filles quoi, les filles ont quand même une forme de maturité différente que les garçons, physiquement déjà, et puis [...] il y a des choses qui se jouent qui sont de l'ordre de la séduction, et avec un mécanisme d'aller et de retour qu'il y a moins avec les petits mecs. Ça se jouent évidemment inconsciemment la plupart du temps, quoique, avec les petites nanas de 13 ans qui sont comme des bombes sexuelles que tu vois dans les clips des rappeurs, bon voilà, c'est assez étonnant, c'est vrai que c'est des grand garçons, quoi!»

«F.: Les lolitas en CM2 [corrispondente alla nostra seconda media] ça me frappait dans les classes de Grégoire [figlio del medico intervistato], je trouve qu'il y a un gros décalage entre les filles et les garçons, les filles qui étaient déjà très féminines, très machins, et les garçons qui étaient encore bien en short avec leur baskets, quoi, voilà.

H.: Ah, oui, ben y a aussi, c'est ce que tu dis, un décalage entre garçons et filles.

F.: Une espèce de féminisation des filles très importante, je trouve, précocement.

V.: Que vous constatez là, dans vos ...?

F.: Plutôt en primaire et puis après je trouve qu'au collège elles sont unisexes, beaucoup plus. Et en seconde, tu vois vraiment les filles qui se redeviennent féminines, quoi, c'est marrant [...].

H.: Mais tu parlais des lolitas dans la classe de Grégoire, c'est maintenant.

F.: Ah, ben oui les filles. Ouais, dès le CM2. Les filles elles commencent à changer en le CM2. Les garçons pas.

V.: Des lolitas, c'est-à-dire?

F.: Des gamine apprêtées.

H.: Apprêtées. Déjà maquillées.

F.: Maquillées, avec des trucs.

H.: Des petits talons».

Inoltre, c'è una curiosa contraddizione che la letteratura medica rende evidente: da un punto di vista strettamente evolutivo, se i mammiferi sono sani e ben nutriti, una volta sconfitte le principali cause di morte prematura e aumentate la statura e le dimensioni fisiche (FOGEL R. 2004) essi sono atti prima alla riproduzione, quindi l'anticipazione della pubertà non dovrebbe suscitare scalpore. Ma come conciliare le ragazzine che anticipano la loro pubertà con i ragazzini che invece la ritardano? Lo sviluppo femminile è più evidente e più seguito in sede scientifica, i dati della comparsa del menarca possono essere comparati nel tempo e se è stata ipotizzata una tendenza simile per la maturità sessuale maschile, quanto è in grado di documentarla è più elusivo, perché non esiste una analoga evidenza medica. L'ipotesi che avanzo è che lo sviluppo femminile sia

concepito come segnato da 'eventi' (comparsa del bottone mammario, del menarca, eccetera) mentre quello maschile segue una progressione processuale. I paradigmi biomedici si sono sempre trovati più a loro agio con eventi, piuttosto che con processi. Quando Marshall e Tanner pubblicarono la loro teoria degli stadi dello sviluppo puberale maschile e femminile, la progressione in cinque stadi proposta era caratterizzata da una lettura processuale dei cambiamenti fisiologici con grande attenzione a sottolineare che le tappe di tale sviluppo andavano calibrate considerando che l'età media variava a seconda della popolazione considerata e delle sue caratteristiche. Sembra che di questa processualità i decenni successivi abbiano ritenuto solo una focalizzazione sullo sviluppo femminile e sulle anormalità puberali, senza guardare ad una maturazione complessiva, senza affinare una lettura più attenta della pubertà maschile e delle sue peculiarità, senza riuscire a pensare ad una prospettiva di crescita capace di abbracciare entrambi i sessi. Un approccio diverso al problema di come verificare una anticipazione della pubertà maschile, benché interno ad una prospettiva biologista, viene proposto dal demografo Joshua R. GOLDSTEIN del Max Plank Institute for Demographic Research (2011), che parte da una visione indiretta della questione, ovvero considera il 'picco incidentale' (*accident hump*). Secondo il demografo, quasi tutte le popolazioni umane mostrano un aumento significativo della mortalità maschile alla fine dell'adolescenza (per incidente, violenza, malattia), che è invece assente nelle femmine della stessa età. Questo picco di mortalità maschile giovanile viene a collocarsi nel periodo di maggiore produzione ormonale, e Goldstein, dopo aver analizzato dati demografici storici di alta affidabilità a partire dalla metà del XIX secolo (relativi alla Danimarca, Svezia, Norvegia, Regno Unito e Italia) ipotizza una correlazione tra l'abbassamento di età della mortalità maschile e l'anticipazione della maturità sessuale, stimabile in 0,2 anni ogni decade, di poco inferiore quindi ai 3 mesi ogni decade attestata per l'anticipazione del menarca. Inoltre, un incremento maggiore per quanto riguarda la statura maschile diventa osservabile solo dalla fine del XIX secolo: fenomeni come urbanizzazione e industrializzazione hanno comportato un peso negativo sulle condizioni di vita, di igiene e di alimentazione. Un ulteriore elemento è correlato ad uno degli elementi tipici dell'esordio della maturità sessuale maschile, ovvero il cambiamento di voce: DAW (1970), dai registri del coro di Johann Sebastian Bach a Leipzig tra il 1727 e il 1749, riporta che tale cambiamento avveniva intorno ai 18 anni, mentre questo limite si innalza in corrispondenza del peggioramento delle condizioni nutrizionali durante le Guerre di Successione. Nella Londra del XX secolo, questa

modificazione è attestata verso i 13 anni. L'esordio puberale maschile e femminile sarebbe, quindi, caratterizzato da una analoga plasticità.

Ovviamente, i punti di vista che si applicano all'anticipazione della pubertà si schierano su fronti opposti: quelli che ne individuano l'implicita collocazione nell'area del rischio, spesso appartenenti ad una prospettiva sociobiologica o psicobiologica; e quelli che ne presentano la potenzialità creatrice di forme di soggettività e agentività, di approccio costruttivista. Diverse analisi leggono l'anticipazione puberale femminile come un disastro sociale irreversibile, in quanto abbrevia la durata dell'infanzia e aumenta la possibilità che le giovanissime inizino la propria attività sessuale, con la probabilità di gravidanze precoci e/o di abuso sessuale, troppo immature psicologicamente rispetto ad un corpo che deflagra il suo sviluppo. Questa accentuazione delle differenze ha radici antiche, ed è una attualizzazione delle teorie scientifiche dominanti nel XIX secolo, nelle quali la pubertà, oltre ad essere il motore della differenza sessuale, costruiva un marcatore della razza e della gerarchia tra classi sociali. Medici ed evoluzionisti consideravano che lo sviluppo maschile e femminile fosse simile durante l'infanzia, fino all'irreversibilità differenziante della pubertà, che dalla sfera biologica si ampliava ad abbracciare corpi, menti, comportamenti, ruoli sociali e responsabilità. Mantenere queste differenze tra donne ed uomini era essenziale per assicurare l'ordine sociale ed il progresso dell'Occidente. Se si eccettua le preoccupazioni per gli effetti nefasti, fisici e morali, della masturbazione maschile, la pubertà dei ragazzi non era oggetto di studio scientifico specifico. Le ragazze, invece, vengono descritte dal discorso medico evoluzionista come rese completamente passive e vulnerabili dai cambiamenti corporei sperimentati in successione nel processo di maturazione sessuale: la pubertà non è il debutto del desiderio sessuale, quanto la cifra della futura capacità di procreare, che qualsiasi sforzo, fisico, intellettuale, mentale o emozionale, può compromettere e indebolire. Benché non tutti i medici abbiano condiviso questa visione puberale femminile come intrinsecamente dannosa, molti luminari ne hanno fatto pretesto per invocare che qualsiasi attività venisse limitata, compreso l'accesso all'educazione superiore. Invece la precocità sessuale delle classi lavoratrici era data per scontata benché non tollerata, e la fine del XIX secolo vide la nascita di molte istituzioni e organizzazioni aventi lo scopo di riformare/punire il comportamento sessuale trasgressivo delle giovani.

Nel 1904 George Stanley Hall pubblicò *Adolescence*, testo che riaffermò la pubertà come origine della differenziazione sessuale, durante la quale i cambiamenti corporei provocavano universalmente *storm and stress* negli

adolescenti, rendendo ragazzi e ragazze somaticamente vulnerabili, emotivamente labili, e socialmente instabili. Uguali, ma con un destino di sviluppo divergente: le ragazze scolpite dalla loro emotività, che le avrebbe passivamente legate ai ruoli socialmente ascritti; i ragazzi, capaci invece di autonomia e razionalità, in grado di superare le vulnerabilità adolescenziali per affermare la corretta posizione dominante. Dagli anni Venti del Novecento, la nascita dell'endocrinologia rese possibile una nuova cornice biologica per concettualizzare la pubertà. Tuttavia, allo scopo di dimostrare il ruolo giocato dagli ormoni nel modellare lo sviluppo puberale, i ricercatori hanno in modo crescente collocato i fattori biologici all'origine di comportamenti sociali. Testimonianza di questo approccio sociobiologico e psicobiologico sono varie ricerche, volte a iscrivere preadolescenti femmine e maschi nell'area del rischio storicamente tipico dell'adolescenza. Mi limito qui al commento di tre articoli, tra psicologia e medicina, che mi sembrano particolarmente interessanti per come viene costruito il profilo che giustifica l'attenzione sanitaria, oltre che psicologico-giuridica. Il primo, dal quale ho preso in prestito una parte del titolo di queste note, è un profilo bibliografico relativo ai disturbi del sonno delle (pre) adolescenti (VALLIDO T. - JACKSON D. - O'BRIEN L. 2009). Benché il 40% degli adolescenti di entrambi i sessi faccia esperienza di qualche forma di disturbo del sonno, e siano diversi gli studi che in proposito non riscontrano differenze statistiche tra i generi, le Autrici poggiano sulle ricerche che focalizzano i disturbi del sonno femminili, le loro cause (il cambiamento ormonale) e le conseguenze (un maggiore senso di stanchezza e umore depresso, capaci di installare la depressione femminile nelle giovanissime; difficoltà scolastiche e bassa autostima; orari irregolari e più tempo trascorso fuori casa in ore notturne, con l'esposizione a comportamenti a rischio, consumo di alcol o droghe; alimentazione irregolare). Le Autrici, per marcare la loro ipotesi che i disturbi del sonno sono *gendered* e particolarmente diffusi nella preadolescenza, selezionano quegli studi, peraltro eseguiti a partire da campioni quantitativamente limitati, che suppongono una correlazione tra cambiamenti nel ciclo del sonno e periodo successivo al menarca. Essi sarebbero legati all'azione contrastante di melatonina e ormone luteizzante durante lo sviluppo puberale⁽²⁷⁾. Più si avanza nella pubertà, maggiori sono i problemi del sonno: «however, only in females was advanced pubertal status correlated with an increase risk of insomnia and daytime fatigue, despite sufficient sleep» (VALLIDO T. - JACKSON D. - O'BRIEN L. 2009: 10). In questo testo si naviga con una certa disinvoltura tra i gruppi di età, considerato che vengono citate ricerche che hanno coinvolto ragazze tra i 12 e i 14 anni, altre condotte tra i 18 e i 24 anni di

età, senza porsi il problema se questi dati siano efficacemente comparabili, o se sia corretto confrontare una survey giapponese, ovvero il sistema scolastico più competitivo del mondo, con una americana o olandese. Viene tracciata una correlazione tra disturbi del sonno e co-morbilità psichiatrica (sonnambulismo, idee suicide, disturbi alimentari e uso di alcol e tabacco, esposizione all'abuso sessuale): *mad, sad and hormonal* appunto. Sembra non avere alcuna rilevanza il fatto che la pubertà sia anche un acceleratore sociale che pone le preadolescenti femmine a sperimentare le aspettative culturali che convergono sul genere, aspettative molteplici, che vanno reinventate, modulate individualmente e talvolta faticosamente. Altri due studi sono più espliciti nella correlazione tra esordio della pubertà ed un alto rischio di coinvolgimento in crimini durante l'adolescenza: Sonia COTA-ROBLES, Michelle NEISS, David C. ROWE (2002) e Kevin BEAVER con John Paul WRIGHT (2005) collegano la maturazione anticipata maschile ad un più alto tasso di comportamenti delinquenziali violenti (ovvero quelli che passano all'atto) e non violenti (come mentire ai genitori, essere chiassosi e attaccabrighe). Nel primo saggio considerato, lo scopo era di collegare la maturazione anticipata all'etnicità («due to cultural variety in value systems or racial variation in biology», p. 367) e al comportamento delinquenziale, sulla base del dato statistico che vede una percentuale più alta di ragazzi afro e latino-americani coinvolti nelle attività di bande o in comportamenti antisociali e postulando che i processi ormonali associati all'adolescenza contribuiscano direttamente ad essi a seguito dell'aumento del testosterone. Tuttavia, a parte i campioni molto disomogenei (3.529 adolescenti tra 11 e 17 anni anglo-americani, 1.416 afro-americani e 605 di origine messicana) gli Autori stessi segnalano che non vi sono differenze nei livelli di testosterone tra gli adolescenti maschi anglo ed afro-americani – piuttosto gli afro-americani mostrano livelli più alti di estradiolo, «ormone collegato negativamente alla delinquenza» (2002, p. 369), e sottolineano inoltre come non vi sia una correlazione statistica né tra effetti dell'esordio puberale sulla delinquenza ed età, né tra età puberale e gruppo etnico. In conclusione, le differenze di comportamento delinquenziale violento e non violento tra i tre gruppi appaiono maggiormente legati al fatto che diventare 'più grandi' un po' prima porti ad accostarsi a gruppi di pari leggermente più anziani e a emularne l'esempio. Il saggio di BEAVER e WRIGHT (2005), ancora a proposito degli effetti della pubertà sul comportamento criminale, si basa sulle teorie dell'ereditabilità di: alcune abilità cognitive, la suscettibilità verso certe tossine, alcune malattie mentali e un comportamento aggressivo e criminale. In breve, si iscrive entro i molteplici tentativi di provare l'ereditabilità di una delle condizioni

citare. La lista dei comportamenti delinquenziali presenta, idealmente collocati sullo stesso piano: «graffiti writing, damaging property, lying to parents, shoplifting, fighting in a group, being loud and rowdy, shooting or stabbing someone, carrying a weapon to school, and spending the night away from home without permission» (2005: 175). Quindi, le ragazze più sviluppate fisicamente con maggiore frequenza si associano a ragazzi che manifestano un comportamento anti-sociale: «Physical maturation was [...] their ticket of entry into the delinquent world of boys» (2005: 171). Le propensioni criminogene di ragazzi e ragazze si sviluppano presto, rimangono stabili nel tempo e sono segni anticipatori del successivo disadattamento, ma l'evidenza della connessione tra esordio puberale e coinvolgimento in attività criminali viene più postulata che provata.

Preadolescenza, politica pediatrica e siti suggestivi

Un esordio della adolescenza che mostra caratteri di fragilità, propensione al rischio e caratteri patologici, porta i pediatri francesi ad organizzare una nuova specializzazione, quella della 'medicina dell'adolescenza', già attiva in alcuni grandi ospedali francesi (ALVIN P. 2006, 2008; *Dossier* 2008; LANDRIEU P. 2007; MONTERO M. 2009; STHENEUR C. - ALVIN P. - BOUDAILLEZ *et al.* 2009) allo scopo di prendere in carico con una équipe multidisciplinare 'l'adolescence en souffrance'. Una proposta che meriterebbe uno spazio di analisi ampio: da un lato fornisce una risposta adeguata alle esigenze di coloro che, tra i 14 e i 18 anni, si troverebbero altrimenti ospedalizzati insieme con gli adulti o all'opposto con i bambini, ovvero in un contesto che non riserva loro una attenzione specifica; dall'altro consente ai pediatri francesi di costruire una 'arena politica', ovvero di rivendicare uno spazio di legittimità attualmente assente in confronto alle altre specializzazioni mediche. Infatti, dalle testimonianze raccolte, in una gerarchia che vede all'apice i chirurghi, i pediatri francesi vengano collocati molto in basso, non esistendo come in Italia l'iscrizione dei nuovi nati presso un pediatra di base. D'altro canto, è interessante notare come i limiti di età inferiori per delimitare la medicina dell'adolescenza siano fluidi: così, tra i casi presentati da Patrick ALVIN (2008), troviamo dei preadolescenti di 12 e 13 anni. Non più bambini, non ancora adolescenti, i preadolescenti funzionano da rilevatore precoce dei disagi dell'adolescenza.

Una breve digressione va aperta sui siti web che diffondono notizie sugli aspetti normali e patologici legati alla pubertà, in modo particolare la pubertà anticipata e precoce, perché i genitori li consultano spesso per

acquisire informazioni, chiedere chiarimenti, avviare successive consultazioni mediche. L'offerta di informazione riguarda numerosi siti, ma spesso è assai succinta, ripetitiva (troviamo di frequente le medesime informazioni) talvolta approssimativa (per incompletezza delle informazioni o perché non sono messe a disposizione le fonti di ricerca citate), talaltra allarmista o fuorviante. Tra i siti web vanno menzionati in primo luogo quelli di servizio pediatrico online⁽²⁸⁾ che presentano le informazioni principali relative a come riconoscere i segni della pubertà anticipata e precoce ("prima dei sette anni per le bambine bianche o 6 anni per quelle di colore"⁽²⁹⁾ e 9 anni nei maschi; in casi eccezionali la causa relativa ai tumori), talvolta riferiscono in modo parziale gli accertamenti da eseguire, ricordando che essi vengono eseguiti e suggeriti da un centro specializzato di endocrinologia pediatrica. Il sito di MediExplorer presenta una interessante costruzione del discorso: alla voce 'pubertà precoce' troviamo 24 righe di testo nelle quali viene riportato l'abstract di un articolo pubblicato nel 2003 sull'autorevole rivista *Pediatrics*, in cui 223 bambine sono state esaminate per 'sospetto sviluppo puberale precoce'. Il testo si conclude con questa frase: «Gli autori hanno concluso affermando che la pubertà che si presenta nelle bambine di età compresa tra i 6 e gli 8 anni non deve essere considerata normale o benigna», senza chiarire quale era l'età del campione esaminato. Altri siti di informazione sono quelli di psicologia: in uno di essi⁽³⁰⁾, anche in questo caso in 23 righe, viene menzionata una ricerca, senza produrne la fonte, secondo la quale

«su 58.136 ragazze milanesi tra i 7 e i 18 anni ben 4.769 hanno mostrato segni di pubertà anticipata. Se agli inizi del '900 lo sviluppo avveniva a 17 anni e negli anni '80 intorno ai 10, oggi per molte già a 7/9 anni compare una timida peluria tra ascelle e pube e un accenno di seno; le prime mestruazioni poi, compaiono a 12. I medici sono allarmati da questa pubertà precoce in primis per le ragazzine che vivono troppo poco l'infanzia, e poi per le donne che saranno un giorno, poiché in questo modo il rischio di alcune malattie aumenta. [Tra i possibili colpevoli] sicuramente un ruolo importante lo giocano i vari cibi spazzatura (hamburger e patatine) ricchi di ormoni aggiunti, le abitudini alimentari sballate e l'obesità infantile, ma anche il continuo bombardamento di messaggi sessuali che pubblicità e mass media danno fin dalla prima infanzia. Basta pensare a certi tipi di bambole o al contenuto di alcuni videogiochi, con la conseguenza che parecchie ragazzine non accettano di avere un corpo così diverso da quello che gli viene prospettato. Le conseguenze di questa pubertà precoce sono problemi di sterilità e fertilità tanto nell'uomo quanto nella donna, problemi mestruali e ginecologici e tumore al seno».

Come leggiamo, il pericolo di un cortocircuito che pone sullo stesso piano pubertà anticipata (i dati citati rispecchiano una età del menarca che at-

tualmente si configura nel range della normalità) e pubertà precoce patologica è alto; ed i rischi per la salute prospettati superano quelli dichiarati in letteratura per la precocità fisiologica. Oltre ad essere una informazione *gendered biased*: sono sempre le bambine ad essere più coinvolte.

La citazione presentata mette in primo piano, tra le possibili cause, la stimolazione visiva tramite elementi suggestivi erotici che sembra avere lo stesso peso degli xenoestrogeni assimilati attraverso l'alimentazione e l'ambiente, agisce, in qualche modo direttamente sulla secrezione ormonale. Un titolo ad effetto, *Pubertà precoce per colpa della TV*⁽³¹⁾, presenta l'ipotesi di un endocrinologo dell'Ospedale Meyer di Firenze:

“Non riusciamo a spiegarci perché stia aumentando il numero di bambini che cominciano a manifestare i primi segni di pubertà già a 6 o 7 anni, se sono femmine, a 8 o 9 se sono maschi. L'idea è che nei piccoli psicologicamente più predisposti, lo stress emotivo provocato da certi programmi televisivi, e parlo soprattutto di quelli con scene di violenza o di sesso, possa agire sul cervello e influenzare quelle aree, come l'ipotalamo e l'ipofisi, che controllano il sistema ormonale. Una stimolazione eccessiva di quest'ultimo potrebbe giustificare la comparsa di una pubertà precoce”.

Qualcosa richiama la vecchia teoria somatopsichica dell'irritabilità che gli alienisti del 1800 collocavano alla base della malattia mentale. Esisterebbe, quindi, una predisposizione alla vulnerabilità psicologica che attiva lo sviluppo, che risuona alla stimolazione di immagini di sesso e violenza. Senza dubbio bambine e bambini sono spesso spettatori di sequenze di immagini non appropriati alla loro età, che spesso non comprendono e li turbano. Ma ciò che maggiormente colpisce è la passività che viene loro imputata, tale da agire nel senso traumatico di imprimere una accelerazione fisica, oppure una ammiccante sensualità, quella della 'ombelico generation'⁽³²⁾, sospesa tra consapevolezza e inconsapevolezza.

Il tema dell'alimentazione contaminata compare nei siti web frequentemente, anche nell'articolo appena citato: «Tempo fa alcune ricerche chiamavano in causa shampoo e creme solari contenenti estrogeni e c'è sempre il dubbio che negli allevamenti di polli e bovini vengano utilizzati ormoni proibiti che finiscono poi a tavola». Dell'argomento si interessa anche il sito dei Vegani⁽³³⁾, citando brevemente un articolo de “La Repubblica”, del 19 maggio 2003, *Pubertà precoce per carne agli estrogeni*, che cita una inchiesta di alcuni anni fa che denunciava la presenza di ormoni negli omogeneizzati di carne:

«Sono balzati da 94 a 132, in poco meno di dieci giorni, i casi di telarca (la precoce manifestazione di caratteri tipici della pubertà nelle bambine

di pochi anni o addirittura di pochi mesi) registrati in Torino e provincia. I procuratore aggiunto Raffaele Guariniello, in collaborazione con le autorità sanitarie, sta raccogliendo le varie segnalazioni alla luce della letteratura medico-scientifica che mette in relazione il fenomeno anche con l'assunzione di carni trattate con ormoni».

Tutte queste notizie e le ricerche dalle quali procedono riportano dati reali, pericoli reali, scandali recenti reali: ma la sinteticità comunicativa della rete li distorce come un effetto Larsen, che ingrandisce, attualizza inchieste passate, crea effetti.

Nelle mie ricerche in rete mi sono imbattuta in un forum particolare⁽³⁴⁾, attirata dal titolo 'pubertà accelerata grazie ai cibi spazzatura'. Il sito mi ha colpito non solo per i contenuti associati a questo titolo, ma soprattutto perché il blogger, e i corrispondenti, oltre a un nickname suggestivo, adottano per presentarsi la foto di un militare in divisa tedesca della Seconda guerra mondiale. Ne estraggo alcune citazioni:

«Lo psicologo ebreo Aric Sigman ha spiegato alla Bbc che questo fenomeno [la pubertà precoce] è accentuato nelle ragazzine di genitori divorziati e risposati. Gli ormoni 'odorosi' emanati dal padrino (dal nuovo marito di mamma) 'ecciterebbero' la risposta ormonale della bambina, è la sua teoria. "Se una bambina sente che il suo ambiente familiare è instabile è possibile che un meccanismo evolutivo entri in gioco, per assicurare che i geni (della bambina) siano trasmessi prima, piuttosto che poi". L'evoluzionismo, naturalmente. Darwin ha sempre ragione. Le bambine vogliono trasferire il loro corredo genetico. Gli individui non sono altro che strumenti con cui i geni si trasmettono alle generazioni seguenti. [...] Forse sono gli alimenti, forse i panini McDonald, forse la carne che in Usa e in Gran Bretagna viene da vitelli gonfiati di ormoni vietati nell'Europa continentale. Ormoni della crescita, estrogeni vari che vengono somministrati agli animali per aumentare rapidamente il peso e quindi i profitti per gli allevatori».

Il vitalismo di destra si appropria facilmente della serie di inquietudini catalizzate dalla pubertà anticipata femminile, facilmente manipolabili attraverso citazioni astute, titoli ad effetto, fonti citate parzialmente: la preoccupazione per il cibo di scarsa qualità o trattato con estrogeni, la perdita di uno sviluppo in sintonia con una certa idea di natura e dell'infanzia, la difesa di modelli di vita salutari e salutistici, il timore dei danni fisici e psicologici provocati dall'influenza dei mass media, convergono nel ritrarre una società decadente, disordinata, senza riferimenti morali e senza figure guida. È una poliedrica metafora della perdita del controllo, soprattutto verso quella parte della società che va pedagogicamente costruita e guidata, sorvegliata e curata, perché 'tramanda i nostri geni'.

Precocità dello sviluppo e sessualizzazione

Da tutte questi lacerti informativi sembra emergere inoltre una equazione, tra precocità dello sviluppo e sessualizzazione. Ad allarmare non è l'anticipo fisiologico dei segni puberali, ma il fatto che questo venga letto come la fine dell'infanzia, una anticipata disponibilità sessuale e una entrata precoce nello scambio sessuale. Lo sguardo che socialmente si posa sulle ragazzine è fortemente connotato da questa sessualizzazione, che le trasforma in oggetto, ancora in buona parte inconsapevole, del desiderio adulto per la passività malleabile loro ascritta, quale promessa di docile femminilità, riverberata nell'abbigliamento dal mondo della fashion, con modelle sempre più giovani.

Quello che conosciamo dagli articoli, dalle interviste da siti dedicati alla salute riproduttiva è che non esiste nessuna correlazione tra esordio anticipato della pubertà e precocità del comportamento sessuale attivo. La sessualità precoce esiste, senza dubbio, ma non con la frequenza che saremmo portati a pensare da certi titoli ad effetto della stampa. Per la Francia a partire dai 15 anni di età poco più di 1 adolescente su 10 dichiara di aver avuto un rapporto sessuale completo, e più della metà di coloro che si trovano tra i 15 ed i 19 anni si definiscono come ancora vergini (ALVIN P. 2006). Un elemento che negli ultimi 30 anni rimane costante, mentre ciò che secondo Paul Alvin è cambiato è la visibilità sia degli 'amori adolescenziali', sia la sovraesposizione dei giovanissimi ai supporti relativi sessualità e pornografia. Un esame che ho compiuto per un mese del sito InfoAdo, servizio di consulenza online per adolescenti realizzato dall'équipe di ginecologi e psicologi di un ospedale di Strasburgo, documenta come i preadolescenti siano maggiormente preoccupati dalla forma e dalle dimensioni dei loro genitali di quanto non siano attivamente impegnati in attività sessuali. E, relativamente ad esse, di come resista inossidabile un mito della verginità collegato alla penetrazione vaginale e non ad altri tipi di penetrazione, frequentemente praticati. Si tratta tuttavia di una minoranza, tra le migliaia di richieste di consulenza. È anche diminuito il numero delle gravidanze e delle nascite tra le minorenni: ancora ALVIN (2006) riporta tra il 1980 e il 1997 una diminuzione del 36% delle gravidanze e del 60% delle nascite, nella Francia metropolitana. Tuttavia, proprio in Francia, dove la copertura contraccettiva è tra le più elevate del mondo, il dibattito verte sullo scacco rappresentato da circa 11.000 interruzioni di gravidanza l'anno tra le ragazze minori di 18 anni, anche se il dato va vagliato alla luce del fatto che queste interruzioni sono distribuite soprattutto tra i 16 e i 17 anni, ovvero quando, secondo Alvin, i compor-

tamenti non sono più adolescenziali quanto *adultomorfi*. Nel panorama francese, preadolescenti o adolescenti incinte sono considerate prima di tutto colpevoli di non aver saputo gestire i propri 'doveri contraccettivi', si rimpiange l'assenza di un solido principio morale che imponga divieti quali 'Dico no' come nelle campagne antidroga, oppure 'True Love waits' delle campagne americane dei sostenitori dell'astinenza. A costituire una trasgressione non è tanto la sessualità, quanto la gravidanza e più ancora la maternità, perché la prevenzione è alla portata di tutti.

Conclusioni

Il dibattito sociale relativo all'allarme sull'anticipazione della pubertà, la preoccupazione verso le condotte a rischio giovanili, la consapevolezza di una sessualizzazione continua del corpo infantile, i timori suscitati dall'assenza di riti di passaggio codificati (LE BRETON D. 2003; CASSAGNAUD J. cur. 2009) costruiscono una immagine dell'uscita dall'infanzia esposta alla sconnessione simbolica, facile preda del consumo di massa; la visione medica rende una rappresentazione patologica dei passaggi corporei, inserendo nella stessa cornice sia la pubertà precoce che la pubertà anticipata. Il tutto contribuisce alla creazione di un *moral panic* (COHEN S. 1987) che, ormai da decenni polarizza verso l'adolescenza ogni minaccia verso l'ordine sociale. Una adolescenza le cui età di ingresso e di uscita appaiono dilatate, in quanto ormai anche i *tweens* vi appaiono assimilati, rendendo fluida e sfumata, verrebbe da dire priva di un referente sociale concreto e molteplice, una vasta categoria. Manca un referente concreto perché gli adulti, alcuni in osservazione dei segni fisici, altri in preoccupata (pre)visione dei comportamenti, sembrano ascoltare poco il soggetto senziente di questo passaggio, con una gran fretta di catalogarlo in qualche categoria.

Inoltre, il fatto che ad essere sottolineata sia continuamente la pubertà femminile, e l'adozione di stili di consumo, abbigliamento, comportamento che sembrano mimare quelli delle ragazze più grandi, richiama il carattere normativo e stereotipato dei modelli di femminilità. Ma nello stesso momento in cui questi modelli vengono implicitamente sottoposti a critica (la scelta dell'aggettivazione 'Lolita' scelta da alcuni professionisti è carica di implicazioni sessuali e di una acquiescenza, se non volizione, da parte delle ragazze), l'evocarli con tanta forza agisce da performativo dell'identità sessuata: se Judith BUTLER (2006 [1990]) postulava tale carattere performativo come assenza di modelli di genere stabili, l'esordio

anticipato della pubertà, lo smarrimento dei professionisti, la preoccupazione dei genitori, funziona come catalizzatore e ancoraggio di una definizione identitaria sessuata essenzialista, seguendo percorsi storici consolidati (RANISIO G. 2012) quali le cure ormonali per frenare lo sviluppo femminile, per attendere l'età 'giusta' in cui esso *démarre*, 'parte', decolla secondo gli standard.

Largamente invisibile nella pubblicistica scientifica pediatrica, questa fascia di età viene 'presa in carico' ed assume rilevanza medica attraverso la precocità puberale, oscillando tra medicalizzazione e sanitarizzazione, quando la precocità solleva possibili problemi relativi allo stile di vita o al comportamento. Véronique MOULINIÉ (1997) ci ha mostrato il carattere culturale di alcune pratiche mediche, come quelle alle quali numerose generazioni sono state sottoposte dagli inizi del XX secolo, l'ablazione delle tonsille e delle adenoidi. Moulinié ha sottolineato la funzione di produrre ritualmente il passaggio di età, manipolando il corpo, mimando una antropo-poiesi che costruisce forme di umanità secondo modelli che *fanno* il corpo di coloro che saranno uomini e donne, attraverso il sapere esperto della biomedicina. Ora, come questo si è spostato nell'identificare l'eziologia delle malattie sempre più entro i confini del corpo, a livello cellulare e intracellulare, così 'fare uomini e donne' avviene attraverso sottili regolazioni ormonali. I fattori ambientali della cui portata ci rendiamo sempre più conto (contaminazione da xenoestrogeni, dieta ricca di grassi, eccetera) più che contribuire ad una lettura più attenta della multifattorialità relativa all'anticipazione dei segni puberali, confluiscono in una cornice allarmistica che richiama l'attenzione dei genitori, e li colpevolizza, portandoli verso la richiesta sociale di intervento sanitario. L'esistenza di numerose iniziative rivolte ad una genitorialità che appare lesa nella dimensione della sua autorevolezza⁽³⁵⁾ è pedagogicamente rivolta a dare strumenti per contenere l'esplosione preadolescenziale, vedendo in essa l'anticipazione di tutti i caratteri considerati negativi che la nostra società già associa alla adolescenza. Per alcuni settori del discorso professionale, la precocità estende il carattere anomico e critico dell'adolescenza a coloro che si trovano tra gli 8-9 e i 13-14 anni di età. Non c'è bisogno quindi di pensare che questa fascia di età possa avere un profilo specifico, che passa in primo luogo attraverso l'esperienza dei cambiamenti corporei: è sufficiente allargare il pensiero convergente sui problemi dell'adolescenza ad essi.

In modo volutamente provocatorio, ho aperto questo saggio con una citazione di Stalin, ad una assemblea di artisti cecoslovacchi radunata per iniziativa di Maxim Gorkji nel 1947, la quale consacrava l'apertura della

stagione del realismo socialista. L'ho scelta perché, alla fine di questa rapida analisi di come, dal punto di vista medico, la preadolescenza venga assunta nella categoria dell'anomia e anormalità adolescenziale, essa sintetizza l'ingegneria scientifica dello stringere entro una categoria patologica un esordio altrimenti normale, per aggirare la difficoltà di riuscire a 'pensarlo'. Chi ha fatto e fa ricerca etnografica *con* questo gruppo di età, fa una esperienza frastornante del mutamento: ritornare dopo qualche mese dalle stesse ragazzine e ragazzini, vuol dire trovarli già cambiati, diversi, e non solo fisicamente, intenti in un riposizionamento continuo, più 'piccoli di' ma 'più grandi di' qualcun altro. Un riposizionamento che l'evento (il menarca, il cambiamento di voce) dà l'illusione di fissare in un certo punto. L'incapacità di abbracciare cognitivamente il cambiamento, la necessità conseguente di fissarlo in categorie pre-ordinate e semplificate, appare come la peggior forma di accoglienza di una età per definizione in transizione. Una ingegneria dell'anima, che costruisce 'anima', secondo Michel Foucault, nel senso di costruire, attraverso la disciplina del corpo, con una fine regolazione ormonale, la costruzione di una identità sessuata, l'imputazione etnica e razziale di una differenza nello sviluppo, il controllo di una alimentazione non adeguata e dell'obesità, del comportamento in generale (sessualità, adesione alle norme, uso di sostanze, abbigliamento) ridotta alla *res extensa* della propria biologia, che necessita di quelle correzioni precise, che solo un sapere esperto, oltre che legittimato socialmente, può procurare.

Note

⁽¹⁾ Rubo la prima parte del titolo dall'articolo *Mad, sad and hormonal: the gendered nature of adolescent sleep disturbance*, di VALLIDO T. - JACKSON D. - O'BRIEN L. 2009), perché mi sembra particolarmente suggestivo per le ipotesi che sostengo in questo saggio.

⁽²⁾ Il progetto di ricerca n. ANR-09-ENFT-017, ha come capofila l'Université de Strasbourg, in collaborazione con l'Université de Lorraine. Al progetto partecipa, attraverso la scrivente, l'Università Ca' Foscari di Venezia.

⁽³⁾ Comparso per la prima volta alla fine degli anni Quaranta negli Stati Uniti in un catalogo di abiti per ragazzi, il termine per indicare il gruppo di età tra i 9 e i 14 anni è stato utilizzato in modo crescente dalla fine degli anni Ottanta, sostituendo *sub-tween* e *pre-tweens*. Gli specialisti del marketing concordano nel considerarli in-between tra infanzia e adolescenza, con gusti modalità di acquisto e di consumo, bisogni peculiari.

⁽⁴⁾ Tre sono le domande di ricerca che strutturano il percorso: 1) Il periodo che comprende le età tra 8-9 anni e 13-14 viene a costituirsi come una transizione poco formalizzata o piuttosto come l'affermazione di una categoria e di un gruppo di età capace di creare un senso di appartenenza? 2) Come viene investito il corpo dai ragazzi e ragazze, dal loro entourage e dai professionisti che ne hanno in carico il benessere? 3) I preadolescenti come incorporano, resistono e/o modificano il discorso prodotto su di loro dai media, dai professionisti sanitari e socio-educativi?

(5) L'équipe è composta da: Nicoletta Diasio, Ingrid Voléry avec la collaboration de Benoît Dejaiffe, Caroline Hérasse et Maria Vazeux, Simona Tersigni, Marie-Pierre Julien (Université de Strasbourg, MISHA), Virginie Vinel (Université de Lorraine), Benoît Dejaiffe (LISEC, MSH Lorraine), Simona De Iulio avec la collaboration d'Émilie Mondoloni (Université de Lille); per il Veneto, oltre alla scrivente, la ricerca etnografica ha coinvolto due specializzande, Marta Duthika Scarpa e Alessandra Borin, rispettivamente della Laurea magistrale in Scienze etnologiche e antropologiche dell'Università di Milano Bicocca e della Laurea magistrale in Antropologia culturale, etnologia e etnolinguistica, Università Ca' Foscari di Venezia.

(6) Al 31 dicembre 2011 sono state effettuate 55 interviste a ragazze/i e ai loro familiari, in diverse zone dell'Alsazia, della Lorena e del Veneto.

(7) Al dicembre 2011 sono state effettuate tra Alsazia, Lorena e Veneto 41 interviste a figure diverse dell'ambito sanitario e socio-sanitario per l'infanzia: pediatri, endocrinologi, medici generalisti, infermiere, psicologi, assistenti sociali. Ringrazio qui sentitamente per la collaborazione la dott.ssa Cristina De Rossi (Servizio per la famiglia e l'età evolutiva, Asl 'Veneziana', il dr. Domenico Scibetta (direttore sanitario della ULSS n. 2 Feltre), il dott. Alessandro Pigatto (direttore dei Servizi sociali, ULSS n. 2 Feltre), il dott. Angelo Tanzarella (direttore dei Servizi sociali, ULSS n. 1 Belluno).

(8) Nei 5 anni esaminati (2006-2010) delle riviste "Un Pediatra per Amico", e "Medico e Bambino", un solo articolo è dedicato alla preadolescenza, esaminandola dal punto di vista del funzionamento ormonale. Sono stati anche consultati: "Archivio Italiano di Pediatria e Puericultura"; "Minerva Pediatrica"; "Il Giornale Italiano di Scienze Infermieristiche Pediatriche". Tra gli articoli italiani, mi limito a segnalare: BERTOSSI E. *et al.* 2005; DI MAIO S. 2002.

(9) La prima ricerca nella banca dati SCOPUS, il 7 febbraio 2010, forniva per 'precocious puberty' 5.335 records.

(10) Per quanto riguarda i termini di 'pubertà precoce' le fonti relative alla classificazione sono le seguenti: ICD-10: E30.1 [<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#E30.1>]; E22.8 [<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#E22.8>]; ICD-9: 259.1 [<http://www.icd9data.com/getICD9Code.ashx?icd9=259.1>]; OMIM: 176400 [<http://omim.org/entry/176400>]; DiseaseDB: 10519 [<http://www.diseasedatabase.com/ddb10519.htm>]; MedlinePlus: 001168 [<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/001168.htm>]; eMedicine: ped/1882 [<http://www.emedicine.com/ped/topic1882.htm>]; MeSH: D011629 [http://www.nlm.nih.gov/cgi/mesh/2011/MB_cgi?field=uid&term=D011629]

(11) Un problema della ricerca è stato: come denominare chi ha tra i 9 e i 13 anni di età? Non sono 'bambine' o 'bambini' (né si identificano con essi), e neppure 'ragazze' e 'ragazzi', termini preferibilmente scelti per indicare gli adolescenti. Colloquialmente, viene spesso impiegato il diminutivo 'ragazzina/ragazzino', che impiego anche in questo testo.

(12) Nelle bambine, il sesamoide del pollice compare intorno agli 11 anni, e lo sviluppo puberale continua per circa due anni, fino alla comparsa del menarca. Nei ragazzi, il sesamoide è visibile a partire dai 13 anni e prelude ad uno sviluppo che proseguirà per tre anni, senza che vi siano segni clinici chiari della conclusione della pubertà.

(13) Vedi intervista a Amedeo Vergerio, endocrinologo e primario di pediatria dell'Ospedale civile di Feltre, in data 2 novembre 2011.

(14) È interessante a questo proposito analizzare i termini impiegati nelle interviste agli endocrinologi, francesi e italiani: la pubertà 'parte', 'démarre', occorre 'fermarla' per poi farla 'ripartire'. Inoltre, come ha notato una ginecologa dell'infanzia e dell'adolescenza «medicalizzando la precocità la demonizziamo nelle ragazze, tranne poi, quando si tratta di far ripartire il tutto all'età adeguata, presentare la pubertà come positiva», in una performatività contraddittoria di cui i medici sono consapevoli.

(15) Gli "Archives de Pédiatrie" sono stati consultati ed acquisiti integralmente presso la biblioteca dell'ospedale Hautpierre di Strasburgo nel febbraio 2010. È stato effettuato lo spoglio degli ultimi 5 anni della rivista (2005-10) procedendo a ritroso fino alla metà degli anni Novanta alla ricerca dei temi di interesse per la ricerca (pubertà, fascia di età tra 8 e 14 anni, problemi clinici,

sanitari, etici e di organizzazione sanitaria relativi alla preadolescenza) Tuttavia, pur essendo una rivista con periodicità mensile, completata da un numero annuale variabile di supplementi, da 2 a 5, gli articoli trattenuti per l'analisi sono stati 28. Una parte di essi riguarda l'endocrinologia, soprattutto i meccanismi neuroendocrini legati al rilascio di gonadoliberina, GnRH, che presidia la stimolazione ipofiso-gonadica alla base dello sviluppo mammario e dell'aumento del volume testicolare (BECK-PECCOZ P. *et al.* 1998; LEBRETHON M.C. - BOURGUIGNON J.P. 2002); il trattamento della pubertà precoce centrale (CAREL J.C., *et al.* 2002; BRAUNER R. *et al.* 2005) ma anche articoli su preadolescenti, adolescenti e contraccezione (ALVIN 2006) e sulla creazione di una 'medicina dell'adolescenza' sulla quale vedi *infra*.

(16) "Helping children control their weight is suggested to help delay puberty", Wikipedia, the free encyclopedia, *sub voce* Precocious puberty (<http://en.wikipedia.org/web>, 2 febbraio 2012, consultato il 2 marzo 2012).

(17) Per i vari livelli di evidenza, cfr. la sintesi offerta da GIARELLI G. 2007; per la mancanza di evidenza medica, comunicazione personale della dott.ssa Cisternino, 26 ottobre 2012.

(18) La vicenda del bisfenolo A è per alcuni versi esemplare della traiettoria sociale di queste sostanze. Inventato in laboratorio nel 1891, nel 1930 emerge la prima evidenza della sua tossicità: si scopre che è un estrogeno artificiale ma il suo impiego come ormone farmaceutico viene impedito dall'invenzione di un altro prodotto di sintesi, il DES, dalle proprietà estrogeniche ancora più potenti. Quest'ultimo fu ritirato successivamente dal commercio quando venne collegato allo sviluppo di tumori della sfera riproduttiva in ragazze le cui madri lo avevano assunto durante la gravidanza, un segnale che avrebbe dovuto mettere all'erta rispetto alla tossicità del BPA. Tra il 1940 e il 1950 l'industria chimica inizia ad impiegare il BPA nella manifattura di una plastica dura chiamata polycarbonato, e a predisporre i film epossidici utilizzati come rivestimento interno delle latine per i prodotti alimentari, un impiego in grandissima espansione, dai biberon ai caschi per bicicletta, senza che venga richiesta prova della sicurezza della sostanza ai produttori. È solo negli anni Ottanta che iniziano gli studi sulla tossicità del BPA: nel 1996 un memorandum del Food and Drugs Administration stima che, attraverso la contaminazione legata al cibo in scatola, ogni adulto sia esposto quotidianamente a 11 microgrammi di BPA, e ogni bambino a 7 microgrammi. Seguono oltre un centinaio di studi che dimostrano i danni provocati dal BPA per la prostata, il cancro al seno, la pubertà precoce, ma solo tra il 2003 e il 2006 hanno inizio i primi provvedimenti per l'eliminazione del BPA dai contenitori per gli alimenti destinati ai bambini, formalizzati nel 2008 dal Canada. Per gli Stati Uniti, gli allarmi rimangono inascoltati per l'esistenza di un conflitto di interessi: il governo sostiene finanziariamente i produttori di prodotti plastici in polycarbonato, continua a sostenere che l'esposizione infantile al BPA è entro i limiti di sicurezza. Solo nel 2009 oltre 20 stati americani adottano provvedimenti per ridurre l'esposizione infantile al BPA. Il 28 gennaio 2011 l'Unione Europea bandisce l'uso di polycarbonato nella produzione di biberon e contenitori di bevande per bambini e proibisce la loro importazione. Provvedimenti simili sono in corso di adozione nella Repubblica Popolare Cinese.

(19) Dall'intervista a Amedeo Vergerio, endocrinologo (2 novembre 2011): "Un aumento delle pubertà precoci, in generale, anche nelle nostre bambine qualche pubertà precoce in più. Io credo che fino a 10 anni fa era molto rara, rarissima. Tenendo conto che la pubertà precoce idiopatica, cioè senza causa..., io ho pubertà precoci secondarie. Io ho due bambini, uno con idrocefalo alla nascita, che provoca pubertà precoce, l'altro con un danno cerebrale perinatale, entrambi mostrano pubertà precoce secondaria. Se io ne ho una decina, due sono secondarie, due extracomunitari, gli altri sei sono idiopatiche e quindi senza causa apparente. Quindi una messa in moto del sistema precoce. E qui scatta il grosso interrogativo".

(20) Ricerca che ha coinvolto, nel 1997, 17.000 bambine tra i 3 e i 12 anni di età a cura del Pediatric Researchers in Office Setting (Pros).

(21) Interessante, in questo saggio, l'ipotesi avanzata dagli Autori: "chez les enfants adoptés plus jeunes, il semble exister une "mémoire biologique" du phénomène de renutrition qui entraîne un déclenchement pubertaire précoce plusieurs années après l'adoption" (BARON S. - BATTIN J. - DAVID A. - LIMAL J.M. 2000, p. 815).

⁽²²⁾ E delle identità anagrafiche: una nota inviata agli "Archives de Pédiatrie" da J.V. de MONLÉON - B. GENESTE - F. HUET (1999, p. 589-590) relativamente alla pubertà precoce a i bambini adottati, invita a vigilare perché, nei paesi dove non esiste una anagrafe, sono possibili truffe volte a falsare l'età degli adottandi, anticipandola. Questo, secondo gli Autori, aiuterebbe a spiegare il numero di pubertà precoci anomale riscontrate presso questa popolazione, che quindi verrebbero a corrispondere ad un esordio puberale normale.

⁽²³⁾ Comunicazione personale della ginecologa Antonella Debora Turchetto, della Società italiana ginecologia infanzia adolescenza, gennaio 2012.

⁽²⁴⁾ *Enracinement genré des regards médicaux sur la transition entre enfance et adolescence: les 9-13 ans au prisme de la santé*, relazione al convegno "Enfance et genre", Metz, 22 novembre 2011, inedito, per cortesia dell'Autrice.

⁽²⁵⁾ Così il titolo ad effetto *Rossetto, dieta e seduzione così le fatine diventano lolite*, di Laura MONTANARI, "La Repubblica", 22 gennaio 2009.

⁽²⁶⁾ Rispettivamente, da una intervista di Nicoletta Diasio ad un medico generalista e di Virginie Vinel ad un medico generalista ed a un medico scolastico, 2011.

⁽²⁷⁾ Viene anche citato uno studio olandese, più consistente per numerosità del campione (N = 3454 ragazze/i delle scuole secondarie superiori, quindi di età maggiore rispetto alla pre-adolescenza), nel quale, benché in assenza di cambiamenti nel sistema immunitario o di alterati valori di secrezione di cortisolo, le ragazze dichiarano di sentirsi più spesso e più facilmente stanche rispetto ai ragazzi. In questo caso gli autori ipotizzano che questa stanchezza sia da collegare a più alti tassi di problemi psicologici e somatici rispetto ai ragazzi, che, del resto, raggiungono la pubertà più tardi rispetto alle loro coetanee.

⁽²⁸⁾ Ad esempio il Portale sanitario pediatrico dell'Ospedale Bambino Gesù di Roma, unità operativa di endocrinologia [www.ospedalebambinogesu.it] che riporta estratti da convegni, e pagine tematiche; MediExplorer [www.mediexplorer.it]; MammaePapà.it il tuo amico pediatra in internet [www.mammaepapa.it]; www.benesseredonna.it; www.medicitalia.it] (che pubblica risposte a quesiti degli utenti: nel corso di questi ultimi anni ne ha ricevuti diversi da genitori che chiedevano consiglio per la pubertà precoce, sospetta o diagnosticata delle figlie, tanto che i richiedenti sono stati invitati a visionare le risposte date in precedenza sull'argomento). Tutti i siti sono stati consultati a più riprese in date diverse, dal febbraio 2009 al gennaio 2012.

⁽²⁹⁾ Riportato da Portale Sanitario pediatrico dell'Ospedale Bambino Gesù di Roma, Unità operativa di endocrinologia, e da MediExplorer, sub voce 'pubertà precoce'.

⁽³⁰⁾ Si tratta di *Blog psicologia. Conoscere la psicologia per stare bene con se stessi*, [<http://psicologia.guidaconsumatore.com/sessuologia/puberta-le-bambine-con-la-fretta-di-crescere>] (consultato l'8 febbraio 2009).

⁽³¹⁾ Adriana BAZZI, *Pubertà precoce per colpa della TV*, "Corriere della Sera", 17 settembre 2002.

⁽³²⁾ Vedi l'articolo citato di Laura MONTANARI.

⁽³³⁾ All'indirizzo www.veganitalia.com (consultato l'8 febbraio 2009).

⁽³⁴⁾ Il forum ha come intestazione *Etnonazionalismo Völkisch* all'indirizzo <http://politicaonthe.net/forum> (consultato l'11 febbraio 2009).

⁽³⁵⁾ Lo psichiatra Paolo Crepet in Italia è un attivo protagonista di iniziative formative rivolte ai genitori che hanno grande successo. Segno, oltre che di un successo mediatico sostenuto da un presenzialismo televisivo assiduo, di una incertezza legata ad un difetto di trasmissione culturale a cui non è corrisposta una creatività culturale nel costruire un ruolo genitoriale affine ai tempi e alle nuove esigenze educative.

Bibliografia

- ALVIN Patrick (2006), *Contraception chez l'adolescente: le grand paradoxe*, "Archives de Pédiatrie", vol. 13, 2006, pp. 329-332.
- ALVIN Patrick (2008), *Adolescents souffrants et suicidants: les dangers de l'esquive*, "Archives de Pédiatrie", vol. 15, 2008, pp. 1383-1387.
- ARMSTRONG David (1986), *The invention of infant mortality*, "Sociology of Health and Illness", vol. 8, 1986, pp. 211-232.
- BALSAMO Elena (2002), *Bambini immigrati e bisogni insoddisfatti: la via dell'etnopediatria*, pp. 99-160, in LA CASA DI TUTTI I COLORI (curatore), *Mille modi di crescere. Bambini immigrati e modi di cura*, Franco Angeli, Milano.
- BAILLY Daniel (2010), *Problèmes liés au consentement chez l'enfant et l'adolescent*, "Archives de Pédiatrie", vol. 17, 2010, pp. S7-S15.
- BARON S. - BATTIN J. - DAVID A. - LIMAL J.M. (2000), *Puberté précoce chez les enfants adoptés de pays étrangers*, "Archives de Pédiatrie", vol. 7, 2000, pp. 809-816.
- BEAVER Kevin M. - WRIGHT John Paul (2005), *Biosocial development and delinquent involvement*, "Youth Violence and Juvenile Justice", vol. 3, n. 2, 2005, pp. 168-192.
- BECK-PECCOZ Pascal - PERSANI L. - ROMOLI R. - ASTERIA C. - BORGATO S. (1998), *Mutations activantes des récepteurs des gonadotrophines*, "Archives de Pédiatrie", vol. 5, suppl. 4, 1998, pp. 380-384.
- BERTOSSI E. - DI BENEDETTO A. - GATTA M. - BULFONI C. - DRIUL D. - LIUT S. - CREMASCHI S. (2005), *Valutazione dell'impatto psicologico dello sviluppo puberale precoce in una casistica ambulatoriale*, "Imago", vol. 12, n. 3, 2005, pp. 227-248.
- BILLARD Catherine - DUCOT B. - PINTON F. - COSTE-ZEITOUN D. - PICARD S. - WARSZAWSKI J. (2006), *BREV, une batterie d'évaluation des fonctions cognitives: validation dans les troubles des apprentissages*, "Archives de Pédiatrie", vol. 13, 2006, pp. 23-31.
- BINEL Geneviève (2007), *Les marques du corps*, "Soins Pédiatrie/Puériculture. La revue de tous les acteurs du soins à l'enfant", n. 235, 2007, pp. 5-6.
- BRAUNER R. - COUTO-SILVA A.-C. - CHEMAITILLY W. - ADAN L. - TRIVIN C. (2005), *Pubertés précoces centrales des filles: prédiction de l'étiologie*, "Archives de Pédiatrie", vol. 12, 2005, pp. 1661-1664.
- BUTLER Judit (2006 [1990]), *Trouble dans le genre*, Paris, La Découverte.
- CAREL Jean C. - LINGLART A. - ROGER M. - LALHOU N. - CHAUSSAIN J.L. (2002), *Quand et comment traiter une puberté précoce centrale?*, "Archives de Pédiatrie", vol. 9, 2002, pp. 237-239.
- CASSAGNAUD Jean (curatore) (2009), *Le passage à l'âge d'homme*, Téraèdre, Paris, 2009 (Culture et Sociétés, 2009).
- CAVALLI SFORZA Luigi Luca (2008), *L'evoluzione della cultura*, Codice, Torino.
- COHEN Simon (curatore) (1987), *Folk devils and moral panics. The creation of the Mods and Rockers*, Blackwell, Oxford.
- CONSTANT Jeanne (2008), *Les enfants sont toujours différents*, "Soins Pédiatrie/Puériculture. La revue de tous les acteurs du soins à l'enfant", n. 243, 2008, pp. 18-20.
- COTA-ROBLES Sonia - NEISS Michelle - ROWE David C. (2002), *The role of puberty in violent and non violent delinquency among Anglo-American, Mexican American and Afro-American boys*, "Journal of Adolescent Research", vol. 17, n. 4, 2002, pp. 364-376.
- DANEL Paul (2008), *Lettre ouverte à tous les responsables, décideurs et acteurs dans le domaine de la santé de l'enfant et de l'adolescent*, "Archives de Pédiatrie", vol. 15, 2008, pp. 1155-1158.
- DAW S.F. (1970), *Age of boys puberty in Leipzig, 1727-49, as indicated by voice breaking in J.S. Bach's choir members*, "Human Biology", vol. 42, 1970, pp. 87-89.
- DE LA ROCHEBROCHARD ÉLISE (1999), *Les âges à la puberté des filles et des garçons en France*, "Population", vol. 54, n. 6, 1999, pp. 933-962.

DI MAIO Salvatore (2002), *La pubertà femminile: come e quando esordisce, con che ritmo procede, quando intervenire*, "Medico e Bambino", vol. 21, n. 1, 2002, pp. 20-26.

DOSSIER (2005), *L'enfant en psychiatrie. Ensemble contre l'isolement*, "Soins Pédiatrie/Puériculture. La revue de tous les acteurs du soins à l'enfant", n. 225, agosto 2005, p. 13-36.

DOSSIER (2007), *La parentalité en question. Un lien unique*, "Soins Pédiatrie/Puériculture. La revue de tous les acteurs du soins à l'enfant", n. 237, agosto 2007, pp. 15-36.

DOSSIER (2007), *L'obésité de l'enfant et de l'adolescent. Mettre en place une prise en charge globale et pluridisciplinaire*, Soins Pédiatrie/Puériculture. La revue de tous les acteurs du soins à l'enfant, n. 239, dicembre 2007, pp. 15-38.

DOSSIER (2008), *La médecine de l'adolescent. Une clinique biopsychosociale*, "Soins Pédiatrie/Puériculture. La revue de tous les acteurs du soins à l'enfant", n. 242, giugno 2008, pp. 17-33.

ESOUFINO A.I. - VILLANA M.A. - AGRASAL C. (1987), *Effect of neonatal melatonin administration on sexual development in the rat*, "Journal of Steroid Biochemistry", vol. 27, n. 4-6, 1987, pp. 1089-1093 [Doi:10.1016/0022-4731(87)90194-4].

FASSIN Didier (2010), *La raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent*, Gallimard - Seuil, Paris.

FOGEL Roland (2004), *The escape from hunger and premature death, 1700-2100. Europe, America, and the Third World*, Cambridge University Press, New York.

FRISCH Raymond E. (1978), *Population, food intake, and fertility*, "Science", n. 199, 1978, pp. 22-30.

GASPARINI Nicoletta - DI MAIO Salvatore - GRECO Luigi (2005), *I tempi della pubertà spontanea nelle femmine: uno studio campano*, "Quaderni ACP", vol. 12, n. 2, 2005, pp. 85-86.

GHOZALI Françoise (2008), *La santé des adolescents en question*, "Soins Pédiatrie/Puériculture. La revue de tous les acteurs du soins à l'enfant", n. 245, 2008, pp. 8-9.

GIARELLI Guido (2007), *The ambivalence of integrative medicine*, in LITTLEWOOD Roland (curatore), *On knowing and not knowing in the anthropology of medicine*, Left Coast Press, Walnut Creek (California).

GOGUEL D'ALLONDANS Thierry (2005), *Réinventons les rites de passage!*, "Soins Pédiatrie/Puériculture. La revue de tous les acteurs du soins à l'enfant", n. 224, giugno 2005, pp. 39-42.

GOLDSTEIN Joshua R. (2011), *A secular trend toward earlier male sexual maturity: evidence from shifting ages of male young adult mortality*, "Plos One", vol. 6, n. 8, 2011, e14826 [Doi: 10.1371/journal.pone.0014826].

HENGST Heinz - ZEIHNER Helga (curatori) (2003), *Kinder, Körper, Identitäten*, Juventa Verlag, Weinheim - München.

HERMAN-GIDDENS M.E. - SLORA E.J. - WASSERMAN R.C. - BOURDON C.J. - BHAPKAR M.V. - KOCH G.G. (1997), *Secondary sexual characteristic and menses in youth girls seen in office practice: a study from the pediatric research in office setting network*, "Pediatrics", vol. 99, n. 4, 1997, pp. 936-941.

HOULIHAN Jane - LUNDER Sonys - JACOB Anila (2010), *Timeline: BPA from invention to phase-out*, "Environmental Working Group" [<http://www.ewg.org/reports/bpatimeline>].

JEAMMET Paul (2007), *Actualité du trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent*, "Archives de Pédiatrie", vol. 14, 2007 pp. 565-568.

JENKS Charles (1982), *Constituting the child*, in JENKS Charles (curatore), *The sociology of childhood*, Batsford Academic. London.

JOUSSELME Charles (2010), *Parentalité en 2008: entre démission et autoritarisme*, "Archives de Pédiatrie", vol. 17, 2010, pp. S26-S31.

KAPLOWITZ P.B. - SLORA E.J. - WASSERMAN R.C. - PEDLOW S.E. - HERMAN-GIDDENS M.E. (2001), *Earlier onset of puberty in girls: relation to increased body mass index and race*, "Pediatrics" 108, n. 2, 2001, pp. 347-353.

- KELLE Helga (2004), *I bambini costruiscono l'infanzia. Approcci etnografico-costruttivisti alle culture dei pari*, pp. 76-98, in HENGST Heinz (curatore), *Per una sociologia dell'infanzia*, Franco Angeli, Milano.
- LANDRIEU Philippe (2007), *Médecine d'adolescents ou psychiatrie d'adolescents: dissiper l'équivoque?*, "Archives de Pédiatrie", vol. 14, 2007, pp. 853-855.
- LE BRETON David (2003), *L'adolescence à risque*, Hachette, Paris.
- LEBRETHON Marie Christine - BOURGUIGNON Jean Paul (2002), *Aspects récents des mécanismes neuro-endocriniens de la puberté*, "Archives de Pédiatrie", vol. 9, 2002, pp. 226-228.
- LEVINE Robert A. (2007), *Ethnographic studies of childhood: an historical overview*, "American Anthropology", vol. 109, n. 2, 2007, pp. 247-260.
- LIBERTUM C. - LUX-LANTOS V. - BIANCHI M. - FERNANDEZ M. (2009), *Neonatal exposure to Bisphenol A alters reproductive parameters and gonadotropin releasing hormone signaling in females rats*, "Environmental Health Perspectives", [doi:10.1289/ehp.0800267] [http://dx.doi.org/10.1289%2Fehp.0800267] (consultato il 27 gennaio 2012).
- MAROTEUX Pascale (2008), *Du danger d'être petit. Une taille inférieure à la moyenne devient-elle pathologique dans notre société?*, "Archives de Pédiatrie", vol. 15, 2008, pp. 1381-1382.
- MARSHALL W.A. - TANNER J. M. (1969), *Variation in pattern of pubertal changes in girls*, "Archives of Diseases of Children", vol. 44, 1969, pp. 291-303.
- MASSART Francesco et al. (2008), *High growth rate of girls with precocious puberty exposed to estrogenic mycotoxins*, "Journal of Pediatrics", vol. 152, 2008, pp. 690-695.
- McKENNA Phil (2007), *Childhood obesity brings early puberty for girls*, [http://web.archive.org/web/20080419072722/http://www.newscientist.com/article/dn11307-childhood-obesity-brings-early-puberty-for-girls.html] (consultato il 1 marzo 2012).
- MONLÉON J. V. - GENESTE B. - HUET F. (1999), *Puberté précoce chez les enfants adoptés, un risque à ne pas oublier*, "Archives de Pédiatrie", vol. 6, 1999, pp. 589-90.
- MONTERO Marc (2009), *L'adolescence dans tous ses états*, "Soins Pédiatrie/Puériculture. La revue de tous les acteurs du soins à l'enfant", n. 246, 2009, p. 9.
- MONTERO Marc (2009), *La place du risque dans nos interventions auprès des enfants et adolescents*, "Soins Pédiatrie/Puériculture. La revue de tous les acteurs du soins à l'enfant", n. 246, 2009, p. 10.
- MOULINIÉ Véronique (1997), *La chirurgie des âges. Corps, sexualité et représentations du sang*, Éditions de la Maison des Sciences de l'Homme, Paris.
- NIELD Linda S. - CAKAN Nedim - KAMAT Deepack (2007), *A practical approach to precocious puberty*, "Clinical Pediatrics", vol. 46, n. 4, 2007, pp. 299-306.
- NOIRHOMME-RENARD F. - DECCACHE A. (2007), *Mise au point. La santé physique, mentale et les comportements de santé des adolescents immigrants de première génération*, "Archives de Pédiatrie", vol. 14, 2007, pp. 1020-1027.
- PIENKOWSKI C. - CARTAULT A. - MENENDEZ M. - PONSAR C. - LORENZINI F. (2008), *L'adolescente et sa première contraception*, "Archives de Pédiatrie", vol. 15, 2008, pp. 586-588.
- PIENKOWSKI C. - LAMICHE-LORENZINI F. - CARTAULT A. - FAZAL J. - FEIGERLOVÀ E. - LESOURD F. - TAUBER M. (2007), *Table ronde: L'enfant à risque de stérilité (SFEDP, GGP, SFCE). Les troubles de la fertilité dans les affections endocriniennes*, "Archives de Pédiatrie", vol. 14, 2007, pp. 715-717.
- PILLET Fabienne (2008), *La santé de l'enfant et de l'adolescent, une priorité nationale*, "Soins Pédiatrie/Puériculture. La revue de tous les acteurs du soins à l'enfant", n. 242, 2008, p. 9.
- PONTE Carène, *Ordre infirmier, protection de l'enfance, prévention de la délinquance, les nouvelles dispositions* (2007), "Soins Pédiatrie/Puériculture. La revue de tous les acteurs du soins à l'enfant", vol. 28, n. 236, giugno 2007, pp. 5-6.
- RANISIO Gianfranca (2012), *Corpo femminile e medicalizzazione*, pp. 67-83, in Cozzi Donatella (curatore) *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario in onore di Tullio Seppilli*, Morlacchi Editore, Perugia.

- RUBEL Frédéric (2006), *La Classification commune des actes médicaux cliniques en Pédiatrie*, "Archives de Pédiatrie", vol. 13, 2006, pp. 588-595.
- SAMSON Bernard (2007), *Les enfants de l'aide sociale à l'enfance, 20 ans après*, "Archives de Pédiatrie", vol. 14, 2007, pp. 735-737.
- SCHEPER-HUGHES Nancy - LOCK Margaret (1987), *The mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology*, "Medical Anthropology Quarterly", nuova serie, vol. 1, n. 1, marzo 1987, pp. 6-41.
- SIRVENT N. - BÉRARD E. (2010), *Cadre juridique de la prise de décision chez le mineur*, "Archives de Pédiatrie", vol. 17, 2010, pp. S3-S6.
- SMARRITO Stéphane - CHAOUAT Marc - MIMOUN Maurice (2005), *Les demandes des enfants en chirurgie esthétique et réparatrice*, "Soins Pédiatrie/Puériculture. La revue de tous les acteurs du soins à l'enfant", n. 227, décembre 2005, pp. 26-28.
- SOLBERG Ann (1990), *Negotiating childhood. Changing construction of age for Norwegian children*, pp. 126-144, in JAMES Allison - PROUT Alan (curatori), *Constructing and reconstructing childhood. Contemporary issues in the sociological study of childhood*, RoutledgeFalmer, London.
- SOMMELET Daniel (2007), *L'enfant et l'adolescent: un enjeu de société, une priorité du système de santé*, "Archives de Pédiatrie", vol. 14, 2007, pp. 1011-1019.
- STHENEUR C. - ALVIN P. - BOUDAILLEZ B. - GRONNIER P. - JACQUIN P. - PICHEROT G. - STRUMEYER C. (2009), *Mieux prendre en charge l'adolescent en souffrance*, "Soins Pédiatrie/Puériculture. La revue de tous les acteurs du soins à l'enfant", n. 246, 2009, pp. 7-8.
- TANNER J. M. (1962), *Growth at adolescence*, II ediz., Blackwell, Oxford.
- TANNER J. M. (1973), *Trend toward earlier menarche in London, Oslo, Copenhagen, the Netherlands and Hungary*, "Nature", n. 243, 1973, pp. 95-96.
- TAUBER M. (2002), *Âge normal de la puberté et explorations endocriniennes*, "Archives de Pédiatrie", vol. 9, 2002, pp. 229-230.
- TAUBER M. - RICOUR C. - BOCQUET A. (2007), *L'obésité infantile: nécessité d'un consensus autour de la prévention*, "Archives de Pédiatrie", vol. 14, 2007, pp. 1279-1281.
- THIBAUD E. - SAMARA-BOUSTANI D. - DUFLOS-COHADÉ C. (2008), *Méno-métrorragies de l'adolescente*, "Archives de Pédiatrie", vol. 15, 2008, pp. 584-585.
- THIBAUT H. - CARRIÈRE C. - BAINE M. - RUELLO M. - DELMAS C. - ATCHOARENA S. - DEVAUD J.-Y. - BARATCHART B.-A. - MAURICE-TISON S. (2009), *Prévention de l'obésité de l'enfant: l'expérience de l'Aquitaine*, "Archives de Pédiatrie", vol. 16, 2009, pp. 570-572.
- THIBAUT Pascale (2006), *Pas de zéro de conduite pour les enfants de trois ans. État des lieux*, "Soins Pédiatrie/Puériculture. La revue de tous les acteurs du soins à l'enfant", n. 233, 2006, p. 8.
- TRABACCHI Ghislaine (2005), *Le trouble des conduites... une nouvelle expertise de l'INSERM qui déchaîne les passions*, "Soins Pédiatrie/Puériculture. La revue de tous les acteurs du soins à l'enfant", n. 226, octobre 2005, pp. 4-5.
- TURMEL André (2008), *A historical sociology of childhood. Developmental thinking, categorization and graphic visualization*, Cambridge University Press, Cambridge.
- VALLIDO Tamara - JACKSON Debra - O'BRIEN Louise (2009), *Mad, sad and hormonal: the gendered nature of adolescent sleep disturbance*, "Journal of Child Health Care", vol. 13, n. 1, 2009, pp. 7-18.
- VANTALON V. - BRIARD-LUGINBUHL V. - MOUREN M.C. (2005), *Syndrome de l'X fragile et schizophrénie à début très précoce : à propos d'un cas féminin*, "Archives de Pédiatrie", vol. 12, 2005, pp. 176-179.
- VINCELET C. - TABONE M.D. - BERTHIER M. - BONNEFOI M.C. - CHEVALLIER B. - LEMAIRE J.P. - DOMMERGUES J.P. sous l'égide du Groupe de pédiatrie générale de la Société française de pédiatrie (2005), *Le carnet de santé de l'enfant est-il informatif ? Évaluation dans différentes structures de prévention et de soins*, "Archives de Pédiatrie", vol. 10, 2005, pp. 403-409.
- UMHS [UNIVERSITY OF MICHIGAN HEALTH SYSTEM] (2010), *Childhood obesity may contribute to later onset of puberty for boys*, "Science Daily", febbraio 2010 [<http://sciencedaily.com/releases/2010/02/100201171651.htm>] (consultato il 10 dicembre 2010).

Scheda sull'Autrice

Donatella Cozzi è attualmente docente a contratto di antropologia medica presso la Laurea magistrale in Antropologia nella Università degli studi di Milano Bicocca e di Laurea triennale in Infermieristica nella Università degli studi di Udine. Da oltre venti anni insegna nei corsi per infermiere (oltre ad alcune esperienze di docenza nei corsi universitari per ostetriche e fisioterapisti), per i quali nel 1995 ha pubblicato, con Daniele Nigris, *Gesti di cura. Elementi di metodologia della ricerca etnografica e di analisi socioantropologica per il nursing* (Colibri, Paterno Dugnano [provincia di Milano]). Si è anche occupata di tradizioni popolari (con Domenico Isabella e Elisabetta Navarra ha curato i due volumi di *Sauris /Zahre. Una comunità delle Alpi carniche*, Forum, Udine, 1998-1999, con il quale ha vinto il Premio Pitré - Salomone Marino, Palermo nel 1999) e da alcuni anni insegna Storia delle tradizioni popolari presso l'Università degli studi di Venezia Ca' Foscari.

Membro associato al Laboratoire 'Cultures et Sociétés en Europe' UMR 7236, Université de Strasbourg, nel quadro del programma ANR *Expériences du corps et passages d'âge: le cas des 9-13 ans (France et Italie)*, coordinato da Nicoletta Diasio, segue la ricerca etnografica sulle rappresentazioni del corpo dei preadolescenti, delle loro famiglie e degli operatori sanitari che li accompagnano nella transizione dall'infanzia all'adolescenza in Veneto.

Tra le pubblicazioni recenti: *Le imperfezioni del silenzio. Riflessioni antropologiche sulla depressione femminile in un'area alpina*, Bonanno, Roma - Acireale, 2007 / *Il dolore, la tortura, la voce. Note su La sofferenza del corpo di Elaine Scarry*, "DEP. Deportate, esuli, profughe. Rivista telematica di studi sulla memoria femminile", n. 16, 2011, pp. 11-23 / (con Alvisa PALESE e Linda SALVADOR) *One-dimensional scales for pain evaluation adopted in Italian nursing practice. Giving preference to deaf patients*, "Journal of Nursing Measurement", vol. 19, n. 2, 2011, pp. 91-104 / *Expériences croisées. Comment les récits de la maladie d'autrui changent l'expérience du chercheur*, "Corps. Revue interdisciplinaire" (CNRS, Marseille), vol. 10, n. 1, 2012 (numero monografico su *Corps des affects. Corps en migration*), pp. 45-53 / *Sei semi di melograno. Antropologia medica, disastri e sindrome post-traumatica da stress*, "Erreffe. La Ricerca Folklorica" (numero monografico su *Giappone 2011*, a cura di Gianluca LIGI) (in corso di stampa).

Riassunto

Mad, sad and hormonal. Riflessioni sul corpo dei preadolescenti e la costruzione dei discorsi medici.

Il progetto di ricerca dell'ANR francese CorÂge tra i ragazzi e le ragazze tra i 9 e i 13 anni ha lo scopo di comprendere come viene socialmente costruita e vissuta la fase

di transizione tra l'infanzia e l'adolescenza. Scopo della ricerca è cogliere l'esperienza dei cambiamenti corporei, come essi vengono presentati, concettualizzati e co-costruiti dai protagonisti e dagli altri attori sociali che li accompagnano in questa delicata fase di passaggio: gruppo dei pari, genitori, insegnanti, operatori sanitari. Attraverso il corpo vengono interrogate la pluralità delle logiche e dei riferimenti sottesi alla costruzione di questa età dai confini incerti: biologici (la pubertà), scolastici (fine delle elementari, ingresso nelle medie), categorizzazioni sociali di età. Corpo ed età si situano al centro dei dibattiti contemporanei sulla transizione dall'infanzia all'adolescenza. Gli aspetti biologici e medici sono onnipresenti: l'epidemiologia ci mostra la progressiva diminuzione dell'età del menarca delle ragazze in Occidente. In un secolo, l'età media del menarca è scesa da circa 17 anni a circa 12 anni. Questa inquietudine relativa alla riorganizzazione delle età biologiche alimenta una rappresentazione che riduce il tempo dell'infanzia, ma a suscitare preoccupazione nei genitori sono soprattutto le pubertà dette precoci (come fanno atto numerosi siti web) e le ricerche mediche. In tal modo la pubertà precoce (essenzialmente femminile) dà luogo attualmente ad una produzione di letteratura medica anglo-sassone vastissima ed a una proliferazione di dibattiti nei media e in internet. Il dibattito viene affrontato soprattutto nei termini dei fattori di rischio. La comparsa precoce dei caratteri sessuali secondari nei ragazzi e nelle ragazze mette in discussione i limiti dell'infanzia e solleva interrogativi sullo statuto del bambino nella società contemporanea e sui criteri adottati per definirla. Alle rappresentazioni di una classe di età in pericolo che pratica con maggiore anticipazione una serie di comportamenti a rischio (consumi di alcol e di droghe, giochi pericolosi, tentativi di suicidio) si sovrappone quella di una classe di età pericolosa. Questa doppia rappresentazione in parte è organizzata da una opposizione di genere – alle ragazze spettano i pericoli legati alla pubertà precoce e all'erotizzazione del corpo, ai ragazzi quelli delle condotte aggressive – ma in parte è mista e riguarda entrambi. La medicalizzazione di questa classe di età ha come effetto di classificare la preadolescenza nell'adolescenza, producendo una costruzione di genere.

Parole chiave: preadolescenza, corpo, costruzione del discorso medico, ipersessualizzazione del corpo femminile.

Résumé

Mad, sad and hormonal. À propos du corps des préadolescents et de la construction des discours médicaux

Le projet de recherche ANR CorÂge se propose d'étudier les modes qu'ont les enfants, garçons et filles, de 9 à 13 ans de penser et gouverner leurs transformations corporelles dans les pratiques ordinaires. On étudie concomitamment la manière dont

les parents et les pairs, et plus largement l'entourage co-construisent en interaction le corps genré de ces enfants. Par le corps, il s'agit en même temps d'interroger la pluralité des logiques et de des références qui sous-tendent la construction de cet âge aux contours incertaines: biologiques (la puberté), scolaires (fin du primaire, début du collège), catégorisations sociales d'âge. Corps et âge sont au cœur des débats contemporains sur la transition de l'enfance à l'adolescence. Les aspects biologiques et médicaux sont omniprésents: les études épidémiologiques montrent une forte diminution de l'âge à la ménarche des filles Occidentales. En un siècle l'âge moyenne à la première règle a diminué de 17 à environ 12 ans. L'inquiétude sur la réorganisation des âges biologiques alimente aussi la représentation d'une réduction de l'enfance, mais ce sont surtout les pubertés dites précoces qui sont créatrices d'anxiété pour les parents (des nombreux blogs en font état) et de questionnement médicaux. Ainsi, la puberté précoce (vue essentiellement comme féminine) donne lieu actuellement à une production médicale anglo-saxonne abondante et à une prolifération de débats dans les médias et sur l'internet. Les discussions sont essentiellement abordées en termes de facteurs de risque. La précocité de l'apparition des caractères sexuels secondaires chez les garçons et les filles remet donc en cause aujourd'hui les bornes de l'enfance et soulève des interrogations sur le statut de l'enfant dans la société contemporaine et sur les critères adoptés pour le définir. Aux représentations d'une classe d'âge en danger pratiquant de plus en plus tôt des comportements à risque (consommation d'alcool et de drogues, jeux dangereux, tentatives de suicide) se superpose celle d'une classe d'âge dangereuse. Cette double représentation s'organise en partie dans une opposition genrée – aux filles les dangers de la puberté précoce et de l'érotisations du corps, aux garçons les actes d'agression – mais aussi mixte. La médicalisation de cette classe d'âge a pour effet de classer la préadolescence dans l'adolescence, en produisant une construction genrée.

Mots clé: préadolescence, corps, construction du discours médical, hypersexualisation du corps féminin.

Resumen

Mad, sad and hormonal. Algunas reflexiones sobre el cuerpo de los preadolescentes y la construcción del discurso médico

El proyecto de investigación ANR CorÂge se propone de estudiar como los muchachos y las muchachas entre 9 y 13 años de edad piensan y gobiernan las transformaciones corpóreas en las prácticas cotidianas. Al mismo tiempo son estudiadas las co-construcciones del cuerpo de género que padres, amigos y pares, llevan a cabo en interacción con los muchachos. El cuerpo es un medio que permite de compulsar las lógicas

plurales y las referencias que alimentan la construcción de esta edad alindada por la incertidumbre: biológica (la pubertad), escolar (el pasaje entre escuela primaria y de segunda enseñanza), categorías sociales de edad. Cuerpo y edad se sitúan al centro del debate contemporáneo acerca de la transición de la infancia a la adolescencia. Los aspectos biológicos y médicos son omnipresentes: los estudios epidemiológicos muestran una disminución de la edad media de la primera menstruación en las muchachas de todo el Occidente. En el espacio de un siglo esa edad bajó de los 17 años a los 12. La aprensión que rodea la reorganización de las edades biológicas alimenta también una representación de una infancia abreviada, pero las preocupaciones más grandes de los padres se crean a propósito de las pubertades llamadas precoces (como demuestran tantos sitios en internet y la abundante literatura médica). Así la pubertad precoz, exclusivamente femenina, es motivo de numerosos artículos médicos, y de debates y preguntas en la arena mediática. Sobre todo el debate se refiere a los factores de riesgo. La precocidad de los caracteres sexuales secundarios femeninos y masculinos obliga a discutir los límites de la infancia y la posición y definición de la niñez en nuestra sociedad. A las representaciones de una clase de edad en peligro, que precozmente empieza a seguir comportamientos riesgosos (consumo de alcohol y de drogas, juegos peligrosos, tentativas de suicidio) se sobrepone la representación de una clase de edad peligrosa. Esta doble imagen se organiza alrededor de una oposición de género – las muchachas siendo expuestas a los peligros de la pubertad precoz y de un cuerpo erotizado, los muchachos a los de una conducta agresiva – que todavía en parte puede mezclar géneros y riesgos. La medicalización de esta clase de edad tiene como efecto de clasificar la pre-adolescencia en la adolescencia, y de construir una visión social de género.

Palabras llave: preadolescencia, cuerpo, construcción del discurso médico, hipersexualización del cuerpo femenino.

Abstract

Mad, sad and hormonal. About preadolescents body and construction of medical discourse

The research project CorÂge is concerned conceptually with what it means to 'do' childhood in the blurred transition from child to teenage status, from 9 to 123 age old. The aims of this research is to reflect on the lived, bodily experience of this transition. The analysis presented here focuses on medical discourses and internet information concerning the onset of puberty, the physiological sign of passage between childhood and adolescence. It explores the relationship between puberty presented by pediatric literature mostly as precocious puberty, as a pathological condition and a gendered

construction of female onset of puberty. By convention, normal puberty begins between age 8 and 12 years in girls and between 9 and 14 years in boys. The lower ages of normal pubertal onset recently has been challenged, but a consensus to accept puberty among young children without diagnostic evaluation has not been reached. A century-long secular trend reduced the age of menarche by about 17 to about 12 years. Reorganizing biological ages produces a briefer image of childhood, and anxiety in parents and society: in general, anxiety about girls sexuality has become rampant in wider cultural discourse, as debate about precocious onset of puberty in girls demonstrates. In web sites and psychological essays, often female physical maturation is cast as girls' ticket of entry into the delinquent world of boys. The onset of puberty and preadolescence are assimilated to adolescence as risk state. Precocious puberty (especially in females) create an abundant medical literature. The mean age of adrenarche in females is also considered race-dependent, medical literature reports. Precocious puberty in African-American and in adopted children are both forms of building ethnic differences in growth, physiology, and are considered to put children health at risk in the future. A representation of an age at peril of dangerous behaviour (alcohol and drugs, dangerous activities, suicide attempts) is superposed by an image of dangerous age. I would argue that much like other aspects of identity, childhood is an inter subjective process of 'becoming' and that this process involves becoming gendered. In focusing on the intersection between these three dimensions of what it means to be a girl in contemporary society, to be a medicalised object and to be feminine, the female tween body is constructed and perceived as gendered, ambivalent, by medicine and parents and by larger society.

Keywords: preadolescence, body, construction of medical discourse, hypersexualisation of female body.

“Un codice così bianco”.

*Aspetti antropologici del triage in una ricerca sulle
“priorità” presso il Pronto Soccorso
di un ospedale veneto*

Alvise Da Lio

infermiere e psicologo
[alvi2002@libero.it]

Francesco Spagna

docente di Antropologia culturale, Università degli studi di Padova
[francesco.spagna@unipd.it]

“Triage” deriva dal francese *trier* e significa “scelta”, “cernita”. Il termine venne usato probabilmente per la prima volta durante le guerre napoleoniche, quando un chirurgo dell’armata francese, organizzando il soccorso ai feriti in battaglia scelse di recuperare per primi i soldati con lesioni meno gravi, più rapidamente impiegabili per l’azione bellica successiva. Durante la prima guerra mondiale, infermieri-soldato si avventuravano tra i feriti sul campo di battaglia e stabilivano, applicando un cartellino, chi dovesse essere recuperato per primo, attribuendo dunque un codice di priorità; solo dopo questo primo lavoro di “cernita”, potevano partire i barellieri.

Nell’origine militare del triage emergono già alcuni elementi importanti, considerando anche la forza e la ricorrenza delle metafore “belliche” – di cui ha parlato Susan Sontag (SONTAG S. 1992) – nella lotta secolare tra la salute e la malattia. Il triager militare che esce dalla trincea, si trova in condizioni di alto rischio a prendere decisioni esiziali sulla vita e la morte dei suoi compagni; la sua responsabilità è ovviamente commisurata alle condizioni nelle quali si trova a lavorare. Ciò non toglie però la dimensione umana, accidentale, tragica o assurda nella quale questi infermieri-soldato si trovavano e le crisi di coscienza negate e sepolte nella furia del tempo di guerra: il dovere, in una certa misura impossibile, di compiere

una scelta in quei frangenti; di applicare un criterio di razionalità ed efficienza in una situazione fuori controllo.

Passando dalla dimensione militare a quella civile, i criteri del “razionale”, del codice di priorità – chi salvare e chi lasciare – possono certo variare anche notevolmente. Ciò che resta simile è un certo “spirito di corpo” che può animare criteri impliciti di scelta anche in ambito civile. Il “mondo” dei sani e quello dei malati, o feriti e moribondi. Il rapporto tra chi ha bisogno vitale di cure e chi le presta; tra chi ce la fa e chi deve essere lasciato indietro, per il bene del gruppo, della collettività o anche dell’umanità in generale. Lo statuto dell’individuo, in trincea come nella corsia di un pronto soccorso, vacilla: la persona spesso accetta con rassegnazione gli imperativi del razionale medico-sanitario e le sue retoriche. Le accetta perché è entrato nella comunità dei sofferenti, dei malati, dei bisognosi di cure: il suo interesse individuale – il suo proprio dolore – può essere misurato solo all’interno di questa dimensione comunitaria. Al razionale si accompagna un’etica, alla sofferenza deve sopraggiungere una resistenza. «L’etica del triage», come ha fatto osservare Nancy Sheper Hughes, in un certo modo sostituisce l’etica della cura, «il rispetto etico per l’uguale valore di ogni vita umana» (SHEPER-HUGHES N. 1995: 418).

Nella sua versione civile il triage prende corpo durante gli anni sessanta, negli Stati Uniti, dove una quota importante della popolazione non aveva una copertura assicurativa sanitaria e il Pronto Soccorso era l’unica struttura tenuta per legge federale a prestare gratuitamente la prima assistenza.

Le prime esperienze italiane sono iniziate all’inizio degli anni novanta, in servizi di Pronto Soccorso con elevati volumi di utenza e in carenza di precise disposizioni legislative. Una tappa fondamentale si può ritenere la pubblicazione delle *Linee guida per il sistema di emergenza-urgenza* del 1996, in applicazione del DPR 27 marzo 1992 del Ministero della sanità, in cui per la prima volta in Italia viene esplicitamente prevista la funzione di triage: «All’interno dei DEA (Dipartimenti di emergenza-urgenza) deve essere prevista la funzione di triage, come primo momento di valutazione dei pazienti in base a criteri definiti che consentano di stabilire le priorità di intervento. Tale funzione deve essere svolta da personale infermieristico adeguatamente formato, che opera secondo protocolli prestabiliti».

Gli obiettivi da conseguire attraverso l’attivazione di un sistema di triage sono due: ridurre al minimo i tempi di intervento sul paziente urgente e attribuire a tutti i pazienti un corretto *codice di gravità* (codice colore di priorità) che regoli l’accesso alle cure in relazione alla gravità della

condizione; mantenere l'efficienza complessiva della struttura di Pronto Soccorso.

I principi metodologici che sottendono all'attività del triage sono: la valutazione clinica all'arrivo del paziente; la raccolta dei dati soggettivi; l'interpretazione e la definizione dei dati obiettivi; la rivalutazione delle condizioni del paziente (attraverso protocolli con intervalli di tempo definiti) e la conseguente possibilità di modificare la decisione sul codice da attribuire.

Successivamente è stato introdotto un sistema di documentazione informatizzato, che serve a registrare le informazioni emerse nella raccolta dati e le azioni infermieristiche intraprese. Oltre ad avere un valore medico-legale, questo sistema rafforza la scelta fatta dal personale, rende possibili le rivalutazioni del paziente e permette le consegne agli altri operatori sanitari. Il risultato finale di questo particolare algoritmo decisionale è l'attribuzione del *codice di gravità*.

Nel territorio italiano vengono utilizzati vari sistemi di codifica, che prevedono un numero di categorie di gravità variabile da tre a cinque; l'orientamento prevalente e maggiormente utilizzato è un sistema con quattro categorie, che risulta non troppo complesso e si presta bene a collocare quei pazienti che si trovano tra la situazione di non urgenza e quella di vera e propria emergenza. Quanto alla denominazione sono stati adottati codici numerici, sigle e colori. Nella maggior parte dei servizi di Pronto Soccorso ci si è orientati per l'utilizzo dei cosiddetti “codice colore”, che risultano di immediata comprensione per tutti. In particolare, il sistema informatizzato di triage che abbiamo osservato nella nostra ricerca, utilizza un programma avente uno schema di acquisizione guidato che parte dall'individuazione di un sintomo principale. I rilievi ispettivi, i parametri vitali e la “cascata decisionale” – visibile attraverso un algoritmo standardizzato e relativa al sintomo principale – permettono di avere un supporto automatizzato che indica un codice di gravità-priorità attribuito dal programma al paziente. La decisione finale sul codice di gravità da assegnare al paziente è sempre e solo dell'infermiere, unico professionista sanitario titolare della funzione di triage, con gli obblighi giuridici, medico-legali e professionali che ne conseguono.

Questa metodologia standardizzata è riassunta dall'acronimo S.O.A.P., ovvero: *Soggettività* (la percezione del paziente relativamente al disturbo accusato); *Oggettività* (l'osservazione di segni e sintomi rilevati dal triager); *Analisi* (l'interpretazione dei dati esperiti ed inferiti dall'infermiere); *Piano* (le azioni-interventi e l'attribuzione del codice di priorità).

L'intento pragmatico (e rassicuratorio) di questa partizione in quattro fasi distinte è evidente. Attorno e attraverso di esse si trovano però avviticchiati e avviluppati alcuni tra i principali "nodi" dell'antropologia medica. L'osservazione diretta, sul campo, del lavoro del triager li ha individuati nelle loro molteplici forme e nelle loro reali vicissitudini. L'incrocio tra questo livello di osservazione etnografica e i dati quantitativi raccolti attraverso le schede del Pronto Soccorso ha caratterizzato la nostra ricerca.

Tra *Soggettività* e *Oggettività*, nella relazione tra triager e paziente, evidentemente scorre un dolore contaminante, per come viene manifestato, messo in dubbio o indagato e classificato. Un dolore, come scriveva Elaine Scarry, «che si insinua tra di noi, senza che noi possiamo dividerlo, come ciò che non può essere negato e non può essere provato al tempo stesso» (SCARRY E. 1985: 18-19). A fare breccia contro di esso vi sono oggetti – vetri bruniti, banconi, telefoni e monitor – attraverso i quali si articola l'*Analisi*, assieme all'umana voltata di spalle, e il *Piano*, che si produce spesso assieme a una contrazione, un curvarsi della schiena, un linguaggio mancato, un allontanamento, una promessa, una lacrima che indugia sulla guancia, di un volto che al momento ancora nessuno vuol vedere.

La variabile "etnica" dei pazienti di origine straniera rende la relazione del triage ancora più contratta, le parole si infrangono e i vetri bruniti si fanno ancora più opachi quando a riflettersi vi è un viso di colore più scuro. Si può insinuare un assurdo, un elemento non narrativo, che i contraenti, separandosi, si tengono dentro. Un imbarazzo che si aggiunge al dolore e una lacrima trattenuta due volte, in un altrove culturale, che non trova spazio e che apre un secondo fronte di sofferenza.

Stranieri o autoctoni, ci si può trovare a mettere in bilancio il passare un brutto quarto d'ora con il diritto a essere accolti, trattati e sedati, da una parte; dall'altra il ritrovarsi con "un codice così bianco"⁽¹⁾ e sette ore di attesa che possono rendere la domanda "perché a me" ancora più abnorme, e ritradurre la sofferenza in dolore intollerabile, rischiando la fuga dalla struttura curante e magari anche dalla stessa possibilità di essere curato e di guarire.

Al di là delle provenienze, rimangono dolorosamente sul bancone del triage le questioni sociali, la condizione di clandestino, lo status basso, l'etichetta di zingaro, barbone, alcolizzato, tossico o prostituta. In questo senso il Pronto Soccorso può anche rischiare di divenire un luogo di violenza strutturale. L'approccio antropologico trova sicuramente il suo senso anche nella forma di una testimonianza.

La ricerca

L'obiettivo della ricerca è stato quello di osservare in che modo l'infermiere triagista attribuisce significato all'esperienza di sofferenza del paziente di origine straniera, e quanto interviene – più in generale – la costruzione sociale del “diverso”, con i suoi stereotipi e pregiudizi, nell'attribuzione corretta del codice di priorità.

Quest'ipotesi di partenza è stata verificata su un gruppo di infermieri triager di una Azienda sanitaria veneta, e due gruppi di pazienti afferenti al Pronto Soccorso, uno di nazionalità italiana e uno di immigrati di diverse nazionalità.

L'esperienza è stata svolta nell'Azienda ULSS 13 della Regione Veneto nell'Ospedale di Dolo (Venezia), presso il servizio di Pronto Soccorso.

Le metodologie di analisi utilizzate sono state due: la prima – quantitativa – mediata attraverso uno strumento “puro” quale le schede informatiche di rilevazione dei segni e dei sintomi, per verificare eventuali differenze nell'attribuzione dei codici di priorità; nello specifico, per le stesse patologie identificate dalla ricerca come significative, si sono confrontati i codici attribuiti dal triager ai pazienti di nazionalità italiana (gli “autoctoni”) e ai pazienti non italiani (gli “stranieri”, immigrati con o senza il permesso di soggiorno) – consapevoli dei rischi di generalizzazione delle due categorie – e quindi si sono ricercate le possibili differenze. In secondo luogo è stata compiuta un'osservazione etnografica sugli spazi fisici dell'area di triage; sulla relazione degli attori sociali ed i loro ruoli, cercando di cogliere anche le posture, la prossemica, l'uso delle distanze sociali; il significato degli oggetti, delle strutture materiali e delle tecnologie implicate; il tipo di comunicazione, il linguaggio usato, le etichette verbali, il paralinguaggio, ecc. Questa seconda parte – qualitativa – della ricerca, particolarmente appassionante, è stata svolta nella forma “insider”, approfittando di un incarico di lavoro come triagista presso quel Servizio, osservando per diversi mesi il lavoro dei colleghi.

Data questa opportunità di svolgere una ricerca come “osservatore in situazione”, non si è ritenuto necessario svolgere ulteriori rilievi o interviste narrative con i soggetti coinvolti. L'etnografia è stata dunque condotta più nell'accezione sociologica che in quella antropologica. Il quadro emerso dall'analisi delle schede è apparso subito altamente significativo e la riflessione antropologica ha potuto compiersi semplicemente a partire dalla rilevanza dei dati raccolti (COZZI D. - NIGRIS D., 1996: 268).

Il campione preso in esame – nella ricerca quantitativa – è composto da trecento pazienti, centocinquanta italiani e centocinquanta “non italiani”, di tutte le età. Le patologie confrontate e ritenute rilevanti nella ricerca sono state quelle cardiologiche, respiratorie, neurologiche, traumatiche, addominali, più un gruppo “vario” (episodi psicotici, disturbi del visus, corpi estranei corneali, otalgia, faringodinia, dolori articolari non traumatici, sanguinamenti, febbre e sindromi influenzali, cisti, problemi dermatologici, ecc.).

La rilevazione dei dati mediante l'uso del programma informatizzato è stata fatta singolarmente su ogni cartella clinica dei pazienti; non si sono mai e per nessuna ragione “scelte” delle schede ma sono stati semplicemente seguiti i criteri di appartenenza alle classi di patologie individuate e alla nazionalità.

L'osservazione etnografica – nella parte qualitativa – è stata fatta per tutti gli infermieri e per tutti gli aspetti ritenuti rilevanti per la ricerca. Nel rapporto tra l'analisi strutturata attraverso i dati informatici dei codici di priorità, e l'osservazione semi-strutturata degli aspetti antropologici, abbiamo cercato di trovare un equilibrio e una sinergia.

Per quanto riguarda, più in generale, gli aspetti antropologici e le caratteristiche spaziali della relazione, non abbiamo riscontrato variazioni rilevanti nella prossemica o negli atteggiamenti, a parte gli ovvi segnali di stress sia nei pazienti e sia negli operatori.

Più interessante invece l'osservazione del rapporto con le strutture materiali e con gli oggetti tecnologici. Il computer – strumento che registra le informazioni emerse nella raccolta dati e le azioni infermieristiche intraprese dal triager – viene caricato di attenzioni visive (controllo delle liste di attesa) e tattili (uso del mouse per verificare lo stato delle pratiche aperte) assidue e apparentemente eccessive, anche nei periodi meno intensi di attività. In situazioni difficili, di conflitto con il paziente, si osservano due comportamenti opposti: l'allontanamento fisico o visivo dallo strumento; oppure un incremento delle attività ad esso connesse, come l'apertura e il controllo dello stato delle pratiche, l'aumento delle registrazioni sulle note e delle rilevazioni sui diari e schede infermieristiche, il ricontrollo o la ricodifica dei codici precedentemente assegnati.

I tre telefoni sulla consolle del triager rappresentano una costante fonte di nervosismo: una linea interna da cui arrivano continuamente comunicazioni riguardo ai pazienti in consulenza nei reparti da poter riportare in pronto soccorso; comunicazioni sulle necessità di trasportare alcuni pazienti in diagnostica; comunicazioni dagli ambulatori del pronto soc-

corso per la richiesta di posti letto disponibili per i successivi ricoveri; comunicazioni dal laboratorio su esami ematochimici particolarmente preoccupanti di alcuni pazienti; comunicazioni dalla dirigenza medica per mancate o inesatte compilazioni di referti deputati all'autorità giudiziaria; comunicazioni dai reparti per trasporti urgenti in altre aziende sanitarie di pazienti improvvisamente aggravatisi, ecc. La seconda linea è deputata esclusivamente alle comunicazioni con la Centrale operativa del Servizio 118 del SUEM (Servizio di Urgenza Emergenza Medica), per tutti gli interventi territoriali di competenza. La terza linea telefonica è per chiamate esterne tipicamente dall'utenza che abbisogna di informazioni sanitarie. I comportamenti osservati piuttosto frequenti sono accessi di rabbia, telefoni riagganciati con forza, risposte a monosillabi, sbuffi, sospiri, discussioni animate con gli interlocutori. Risulta evidente come tutto questo possa spesso pregiudicare la relazione con il paziente dietro il vetro, e trascinare la comunicazione su un livello prettamente paraverbale, fatto di toni e cadenze del parlato, pause, sguardi, posture e atteggiamenti.

Bancone e vetro sono le strutture che materialmente si frappongono alla relazione e dividono lo spazio di lavoro del triager dalla sala d'attesa. Il vetro è mobile: scorrendo in senso orizzontale permette la separazione o la comunicazione tra le due aree triage-sala. Attraverso il vetro è sempre possibile il controllo dei pazienti; negli episodi di conflittualità o di emergenze risulta spesso chiuso.

Per quanto riguarda gli aspetti relativi alla comunicazione, abbiamo spesso osservato toni aumentati rispetto alle effettive necessità e alle distanze, frequenti ammiccamenti, lapsus nell'eloquio, esitazioni nelle risposte. Sembrano invece diminuire gli sguardi diretti verso l'interlocutore, i cenni del capo in risposta sia affermativa o negativa, i sorrisi simmetrici (cioè “completi”, occhi e labbra che sorridono). La comunicazione è di tipo specialistico, formale, riservata a istruzioni, chiarimenti ed enunciazioni di regole della struttura-sistema. La vita in pericolo, gli stati d'ansia, le crisi psicotiche, i lutti e le disperazioni, il dolore incommunicabile, l'aggressività manifesta, cambiano però radicalmente questo quadro: anche i triager più formali tendono a cambiare matrice-registro comunicativo, provando una comunicazione più informale, empatica, che di solito viene immediatamente e positivamente recepita da pazienti ed astanti, producendo ottime ricadute sulla gestione del caso e sulla conduzione della sala d'attesa. “Buongiorno”, “buonasera”, “salve”, “arrivederci” appaiono i cerimoniali di apertura e chiusura della relazione comunicativa maggiormente impiegati dal paziente verso il triager e

viceversa. L'uso del "tu" e del "ciao" solitamente impiegato da piccoli pazienti o soggetti molto giovani, viene impiegato maggiormente dal gruppo di non italiani verso il triager e viceversa; si nota che tra gli africani tale uso è molto frequente, tra i pazienti provenienti dall'Europa dell'est è quasi assente.

Per quanto riguarda le etichette verbali, il lessico nosografico rivela la sua importanza: "l'ansioso", il "depresso", lo "psicotico", "l'alcolista", il "tossico", "l'isterica", e ancora il "marocchino", lo "zingaro", sono esempi di pregiudizi rispetto a gruppi di persone. Medici ed infermieri, durante le loro conversazioni, utilizzano queste categorie in modo naturale e disinvolto. Vi sono poi atteggiamenti e comportamenti ritualizzati. Pratiche che si possono individuare come copione-matrice, inscenate nella rappresentazione dei ruoli sociali di triager e di paziente. Frequente la richiesta del triager di un documento identificativo del paziente. L'uso di domande a risposta chiusa è il più utilizzato (ad esempio: "ha avuto anche febbre? Sì/No; ora ha vertigine? Sì/No"); raramente si prende in considerazione la narrazione e l'interpretazione personale dell'evento, provando a ricapitarla (ad esempio: "ho capito bene? Lei ha detto che è solo inciampato, quindi non ha avuto vertigine?"). Il paziente viene invitato spesso a rispondere alle domande senza troppe digressioni: identificare celermente il sospetto diagnostico e attribuire il codice di priorità sono ovviamente gli obiettivi principali, e le spiegazioni dei sintomi date dai pazienti passano il più delle volte in secondo piano. Le narrazioni dei pazienti possono essere ascoltate, ciò però rallenta la procedura: nella rappresentazione del triage, maggiore velocità di attribuzione del codice significa maggiore efficacia, efficienza e professionalità. Frasi piuttosto stereotipate spesso concludono il processo: "bene ora si accomodi, la chiamerò io"; "abbiamo delle urgenze, quindi dovrà aspettare molto per questo suo problema"; "lei sta male lo so però deve calmarsi, altrimenti non andiamo bene"; "deve avere pazienza, perché ci sono altri con gli stessi problemi". Ogni triager ha un suo repertorio di frasi che assolvono allo scopo e vengono ripetute sempre eguali. Fanno risparmiare tempo e manifestano efficienza. Sono parole mirate a sedare l'ansia dell'incertezza, dell'imprevisto, ad adeguare il comportamento del paziente alle esigenze della struttura ospedaliera.

I "nodi" restano però irrisolti, e particolarmente ingarbugliati. L'osservazione antropologica delle pratiche del triage conferma e rinforza alcuni importanti temi della psicologia sociale. Le categorizzazioni sociali e gli stereotipi che si producono in questo contesto lavorativo, de-

terminano a loro volta *bias* ed *inferenze* in grado di influenzare il piano cognitivo, falsare l'interpretazione degli eventi e dunque l'attribuzione delle cause. Si definisce infatti *bias* una tendenza cognitiva-percettiva, un sistematico errore di attribuzione causale. Nello specifico del nostro lavoro, il *bias* può evidentemente determinare – per determinati soggetti o particolari patologie e disturbi – una errata attribuzione del codice di priorità.

Ben noto, infine, il carattere disfunzionale di ciò che Hans Seyle definiva «il prezzo di tutto il logorìo e di tutte le lacrime causate dalla vita», ovvero lo stress. Numerose ricerche hanno mostrato come le prestazioni lavorative subiscano un rapido decremento se l'attivazione stressogena dell'individuo supera una soglia di tolleranza o è ripetuta nel tempo. Nell'area sanitaria e nelle “professioni di aiuto” in generale – nel processo di triage in particolare – lo stress persistente può provocare un logoramento dell'operatore che, se non prevenuto, può generare episodi di *burn out*, con gravi ricadute nella professionalità e nell'efficienza dell'attribuzione dei codici di priorità.

Descrizione e interpretazione dei risultati

L'analisi delle schede di triage che abbiamo preso come campione, ci ha permesso di effettuare alcune significative correlazioni dei risultati nel rapporto tra le patologie indagate e i due gruppi di pazienti presi in considerazione.

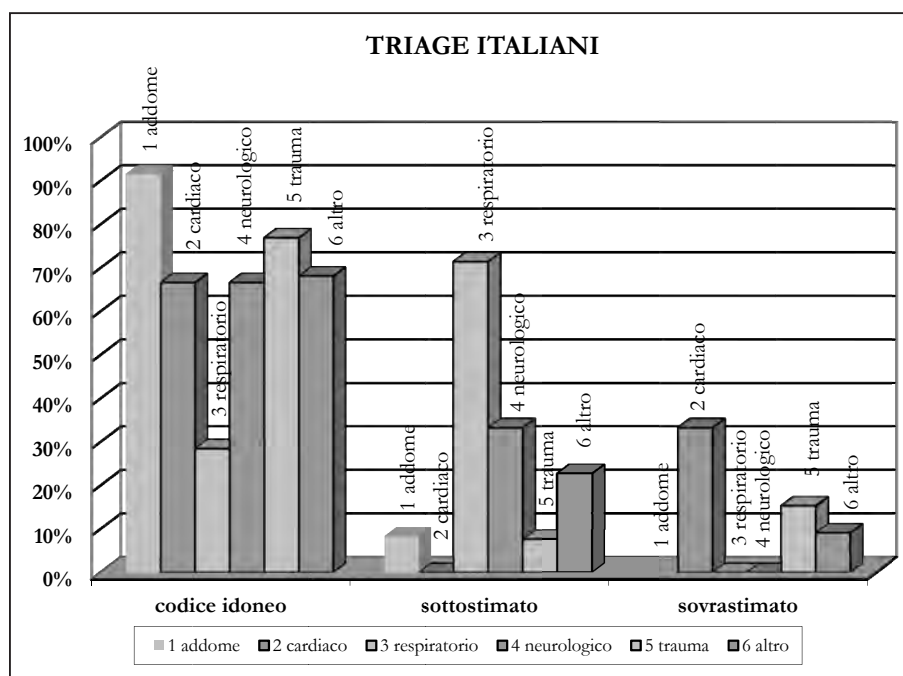
Riportiamo di seguito gli schemi relativi ai due gruppi di pazienti e quelli di confronto:

Pazienti di nazionalità italiana

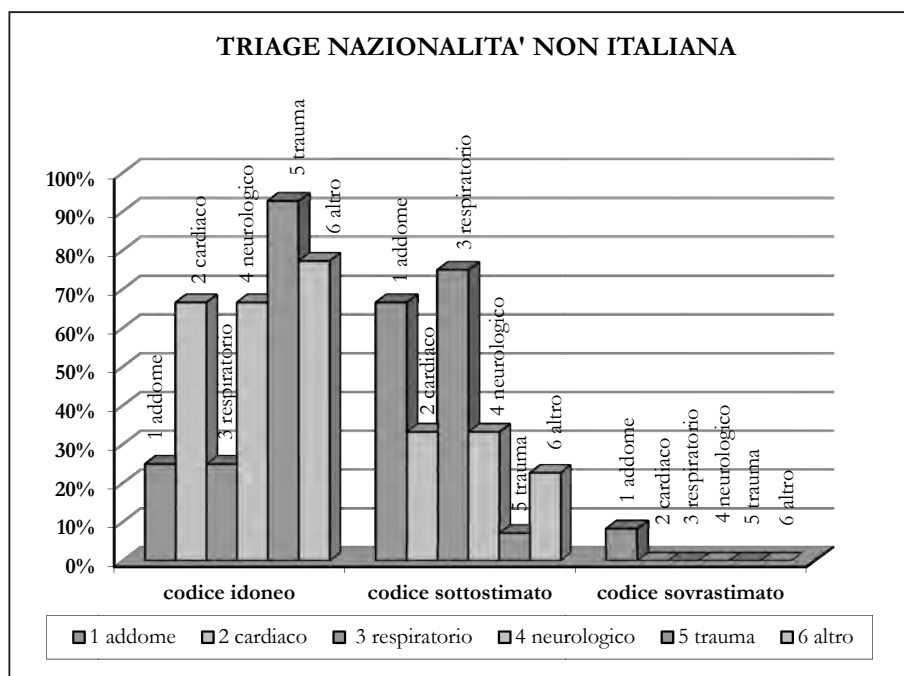
TRIAGE	codice idoneo	codice sottostimato	codice sovrastimato	performance globale
Addome	92%	8%	0%	buona
Cardiaco	67%	0%	33%	buona
Respiratorio	29%	71%	0%	insufficiente
Neurologico	67%	33%	0%	insufficiente
Trauma	77%	8%	15%	buona
Altro	68%	23%	9%	appena sufficiente

Pazienti di nazionalità non italiana

TRIAGE	codice idoneo	codice sottostimato	codice sovrastimato	performance globale
Addome	25%	67%	8%	insufficiente
Cardiaco	67%	33%	0%	insufficiente
Respiratorio	25%	75%	0%	insufficiente
Neurologico	67%	33%	0%	insufficiente
Trauma	93%	7%	0%	buona
Altro	77%	23%	0%	appena sufficiente



Come evidenziato dagli schemi, il processo di triage del campione pazienti italiani in esame presenta tre asperità: risulta insufficiente la performance applicata alle patologie di natura respiratoria e neurologica; appena sufficiente la performance applicata alle patologie di natura eterogenea.



Il processo di triage del campione “pazienti non italiani” in esame presenta cinque asperità: insufficiente la performance del triage applicato alle patologie di natura addominale, cardiaca, respiratoria e neurologica; appena sufficiente la performance applicata alle patologie di natura eterogenea.

Nello specifico, le principali differenze evidenziate nell'applicazione del processo di triage ai due campioni in esame può essere dunque descritto relativamente alle “performance insufficienti”, alle “patologie ad alto rischio per la vita”, alla “sovrastima” e alla “sottostima” dei codici di triage.

Le performance di triage ad alto rischio, individuate come appena sufficienti e insufficienti, risultano numericamente maggiori nel campione di nazionalità non italiana rispetto al campione di nazionalità italiana; esse sono esattamente cinque, su sei aree indagate (83%), rispetto a tre su sei del campione italiano (50%). Da notare inoltre il grado “sfavorevole” del dato nel campione non italiano: quattro delle cinque performance negative (80%), lo sono in maniera completamente insufficiente; nel campione italiano questo dato si riduce al 66%.

Le performance di triage ad alto rischio, individuate come appena sufficienti e insufficienti, riguardano maggiormente patologie ad alto rischio per la vita nel campione di nazionalità non italiana rispetto al campione di nazionalità italiana; sono nello specifico patologie respiratorie, cardiache e neurologiche, note internazionalmente con l'acronimo A.B.C.D. – *Airways, Breathing, Circulation, Disability* – presente in ogni algoritmo di supporto vitale al paziente. Risultano altresì gravate dall'aggiungersi di patologie addominali, che per emergenza seguono nell'immediato le sopracitate. Nel campione italiano, le stesse patologie cardiache e addominali ottengono viceversa buone performance di triage.

Le attribuzioni dei codici di triage sovrastimati (dati bibliografici ufficiali indicano una tolleranza del 25%, senza che il processo globale venga inficiato), sono assegnati a un numero minore di patologie e con percentuali inferiori, nel campione di nazionalità non italiana rispetto al campione di nazionalità italiana. Risultano, applicati nel campione italiano a una sola area patologica (addominalgia), con percentuale dell'8% e una media pari a $x=1.33$ dei casi totali; invece nel campione di nazionalità non italiana risultano applicati a tre aree patologiche (cardiache, traumatiche, eterogenee) con percentuali maggiori pari al 33%, 15%, 9% e una media pari a $x=9.5$ dei casi totali.

Le attribuzioni dei codici di triage sottostimati (non esistono dati bibliografici ufficiali che indichino una tolleranza accettabile, alcuni autori cautamente si attestano su $<10\%$), sono assegnati a un numero maggiore di patologie e con percentuali maggiori, nel campione di nazionalità non italiana rispetto al campione di controllo, di nazionalità italiana. Nello specifico, nel campione di nazionalità non italiana si ottiene una media pari al $x=39.67$ dei casi totali; nel campione di nazionalità italiana ci si attesta ad una media pari a $x=23.83$ dei casi totali.

Conclusioni

Dalla ricerca, l'incrocio tra performance di triage insufficienti e patologie ad alto rischio, soprattutto riguardo ai pazienti stranieri e ai casi sottostimati, appare piuttosto preoccupante. Un'ulteriore riflessione può essere fatta relativamente ai dati sulle sovrastime. Nel campione dei pazienti di nazionalità non italiana la percentuale dei casi sovrastimati, come appare dalle tabelle, è praticamente assente. Si tratta di un aspetto piuttosto strano: nel dubbio determinato dalla differenza culturale, nel rischio del malinteso dovuto alla distanza etnica e all'incomprensione della lingua,

il triager dovrebbe essere naturalmente (e professionalmente) portato a sovrastimare, come fa di solito nei casi difficili. Qualcosa sembra invece frapporsi nelle decisioni, forse un elemento di natura ideologica, che ha a che fare con la costruzione sociale del “diverso” e i pregiudizi ad essa connessi. Potrebbe essere la convinzione o il sospetto che il paziente straniero (o il “clandestino”), presentandosi al Pronto Soccorso, approfitti dei servizi sanitari per ottenere cure specialistiche che altrimenti non potrebbe ricevere; che il servizio di Pronto Soccorso possa rappresentare una sorta di breccia attraverso la quale lo “straniero” usurpa i diritti degli autoctoni e grava sulla spesa sanitaria nazionale (cfr. CASTAÑEDA H. 2008; RESTA P. 2008; SPITZER D. 2004). Se questa ipotesi è plausibile, rappresenterebbe la parte più “ragionata” – ossia quella accettata nel discorso pubblico – di qualcosa di più grave. Il calcolo malthusiano sull’utile e sul “peso” che gli “altri” eserciterebbero sulla comunità, suscitano brutte evocazioni di periodi storici non lontani. Il dato sulla assenza di sovrastime nelle schede di triage riferite ai pazienti non italiani potrebbe rivelare un aspetto di violenza strutturale. Ossia la considerazione dello “straniero” o del “clandestino” come un essere umano con meno diritti, come qualcuno che in una certa misura viene considerato già “perduto” o compromesso, qualcuno che si immagina abbia già passato miserie e sofferenze disumane, e dunque vi sia già abituato, o alle quali comunque sia predestinato. Un essere umano “un po’ meno umano”, sul quale la mano può essere calcata, e la dignità ipotecata. Un essere umano che può essere disumanizzato. Non ci si deve stancare, a nostro parere, a ribadire gli assunti sulla violenza strutturale, per come sono stati presentati da Paul Farmer o Nancy Sheper-Hughes (FARMER P. 2006; SHEPER-HUGHES N. 2005).

Molti ospedali, lo sappiamo bene, soffrono di gravi carenze. Mancano i posti letto, a volte persino le barelle. Tuttavia, è proprio quando le ristrettezze economiche immiseriscono le relazioni umane che si affacciano le idee su chi può legittimamente spartirsi i pochi diritti rimasti e quale sia l’utile e il costo di concedere diritti agli “inutili” o agli “stranieri”. I segnali di violenza strutturale rischiano di moltiplicarsi corrispondentemente all’impoverimento della società, ma anche del pensiero e del linguaggio. Sul versante legislativo, il cosiddetto “reato di clandestinità” introdotto in Italia con la legge 94 del luglio 2009, non ha fatto che dare spalla a ogni pregiudizio sullo straniero che “grava” illegalmente sul nostro sistema. In queste condizioni, i campanelli d’allarme su quelli che Franco Basaglia definì “crimini di pace” (BASAGLIA F. - ONGARO BASAGLIA F. 1975), rischiano ancora una volta di suonare a vuoto.

La violenza strutturale, nel suo costo più immediato, nel suo più banale calcolo dell'utile, produce quella forma di disagio psichico purtroppo sempre più diffusa – tra gli autoctoni come gli immigrati – chiamata “sindrome da risarcimento” o “nevrosi da indennizzo” (MARAZZI A. - VALTOLINA G. 2006: 130). Il costo sociale e morale dell'immigrato che perde la positività del suo progetto migratorio, è il problema che oggi ci troviamo di fronte, rispetto al quale rischia di esserci una davvero scarsa coscienza. Lo scenario attuale rimane quello delineato da Tullio Seppilli ormai dodici anni fa: una “oggettiva disfunzionalità” dei vecchi modelli culturali e comportamentali, che produce “vissuti di inadeguatezza” destinati a tradursi in nuovi disagi e patologie (SEPPILLI T. 2000: 37)

Per queste ragioni, affiancare al triager una figura di mediazione, che possa muoversi al di là e al di qua del vetro, costruendo uno spazio di comunicazione e relazione veramente umano e civile nell'ospedale – un mediatore che abbia competenze di antropologia medica e che si occupi di coordinare il lavoro degli specifici mediatori linguistico-culturali – ci sembra un sogno impellente, in quello “stato di emergenza”, come lo chiamava Walter Benjamin, che rimane la regola in cui viviamo (BENJAMIN W. 1995: 79).

Note

⁽¹⁾ Abbiamo preso in prestito il titolo di un famoso romanzo di Javier Marías, *Un cuore così bianco* (*Corazón tan blanco*, 1992, traduz. dallo spagnolo: Einaudi, Torino, 2005).

Bibliografia

- ARMEZZANI Maria (2008), “Metodo clinico e intercultura”, pp. 107-125, in MANTOVANI Giuseppe (curatore), *Intercultura e mediazione. Teorie ed esperienze*, Carocci, Roma.
- BROWN Rupert (2000) [1988], *Psicologia sociale dei gruppi*, Il Mulino, Bologna [ediz.: orig.: *Group processes. Dynamics within and between groups*, II ediz., Blackwell, Oxford, 1988].
- BASAGLIA Franco - ONGARO BASAGLIA Franca (curatori) (1975), *Crimini di pace*, Einaudi, Torino.
- BENJAMIN Walter (1995) [1955], *Angelus Novus*, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *Schriften*, Suhrkamp, Berlin, 1955].
- CASTAÑEDA Heide (2008), *Paternity for sale. Anxieties over “Demographic Theft” and undocumented migrant reproduction in Germany*, “Medical Anthropology Quarterly”, vol. 22, n. 4, 2008, pp. 340-359.
- CONTARELLO Alberta - MARRAZZA Bruno (2000), *Le dimensioni sociali dei processi psicologici*, Laterza, Roma - Bari.

- COZZI Donatella - NIGRIS Daniele (1996), *Gesti di cura. Elementi di metodologia della ricerca etnografica e di analisi socioantropologica per il nursing*, ORISS, Pisa - Colibrì, Paterno Dugnano (provincia di Milano).
- DEI Fabio (curatore) (2005), *Antropologia della violenza*, Meltemi, Roma.
- DI MARIA Franco - FALGARES Giorgio (2005), *Elementi di psicologia dei gruppi*, McGraw-Hill, Milano.
- FARMER Paul (2006), *Sofferenza e violenza strutturale. Diritti sociali ed economici nell'era globale*, pp. 265-302, in QUARANTA Ivo (curatore), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina, Milano.
- FONDAZIONE ISMU (2010), *Sedicesimo rapporto sulle migrazioni. 2010*, Franco Angeli, Milano.
- GOOD Byron J. (1999 [1994]), *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Edizioni di Comunità, Torino [ediz. orig.: *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective*, Cambridge University Press, Cambridge, 1994].
- GOOD DEL VECCHIO M.J. - BRODWIN P.E. - GOOD B.J. - KLEINMAN A. (1992), *Pain as human experience. An anthropological perspective*, University of California Press, Berkeley.
- KLEINMAN Arthur (1988), *The illness narratives. Suffering, healing and the human condition*, Basic Books, New York.
- LE BRETON David (2007 [2006]), *Antropologia del dolore*, Meltemi, Roma [ediz. orig.: *Anthropologie de la douleur*, Éditions Métailié, Paris, 2006].
- MARAZZI Antonio (curatore) (2005), *Voci di famiglie immigrate*, Franco Angeli - Fondazione ISMU, Milano.
- MARAZZI Antonio - VALTOLINA Giovanni G. (2006) (curatori), *Appartenenze multiple. L'esperienza dell'immigrazione nelle nuove generazioni*, Franco Angeli - Fondazione ISMU, Milano.
- MAROGNA Cristina (2008), *Principi di dinamica di gruppo*, CLEUP, Padova.
- NATHAN Tobie (2003 [2001]), *Non siamo soli al mondo*, Bollati Boringhieri, Torino [ediz. orig.: *Nous ne sommes pas seuls au monde*, Seuil, Paris, 2001].
- PANDOLFI Mariella (curatrice) (1996), *Perché il corpo. Utopia, sofferenza, desiderio*, Meltemi, Roma.
- PEDRON Arrigo - MAERAN Roberta (2002), *Psicologia e mondo del lavoro*, LED, Milano.
- PIZZA Gianni (2005), *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma.
- QUARANTA Ivo (curatore) (2006), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina, Milano.
- RESTA Patrizia (curatrice) (2008), *Il vantaggio dell'immigrazione. Un progetto per una cultura condivisa*, Armando, Roma.
- SCARRY Elaine (1990 [1985]), *La sofferenza del corpo*, Il Mulino, Bologna [ediz. orig.: *The body in pain. The making and unmaking of the world*, Oxford University Press, New York, 1985].
- SEPPILLI Tullio (1996), *Antropologia Medica: fondamenti per una strategia*, “AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica”, n. 1-2, ottobre 1996, pp. 7-22.
- SEPPILLI Tullio (2000), *Le nuove immigrazioni e i problemi di strategia dei servizi sanitari europei*, “AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica”, n. 9-10, ottobre 2000, pp. 35-58.
- SPAGNA Francesco (1999), *La comunicazione della malattia nelle società multietniche*, pp. XIII-XIV, in *Atti del V Congresso Regionale ANIARTI Veneto “Umanizzazione in area critica: dalla comunicazione alla relazione”*, Padova, 23 maggio 1998, “Scenario”, suppl. al n. 2, 1999.
- SPAGNA Francesco (2012), *Uno sguardo antropologico sull'ospedale*, postfazione, pp. 74-80, in *Atti del Convegno “Culture diverse in ospedale” organizzato dall'Associazione Volontari Ospedalieri di Padova*, CSV - Centro Studi della Barbariga, Padova, 2012.
- SHEPER-HUGHES Nancy (2000 [1994]) *Il sapere incorporato: pensare con il corpo attraverso un'antropologia medica critica*, pp. 281-295, in BOROFKY Robert (curatore), *L'antropologia culturale oggi*, Meltemi, Roma [ediz. orig. del volume: *Assessing cultural anthropology*, McGraw-Hill, 1994].

SHEPER-HUGHES Nancy (2005 [2002]), *Questioni di coscienza. Antropologia e genocidio*, pp. 247-302, in DEI Fabio (curatore), *Antropologia della violenza*, Meltemi, Roma [ediz. orig.: *Coming to our senses: anthropology and genocide*, pp. 348-381, in HINTON A.L. (curatore) *Annihilating difference. The anthropology of genocide*, University of California Press, Berkeley, 2002].

SHEPER-HUGHES Nancy (1995), *The primacy of the ethical. Propositions for a militant anthropology*, "Current Anthropology", vol. 36, n. 3, giugno 1995, pp. 409-440.

SONTAG Susan (1992 [1978 e 1988]), *Malattia come metafora. Aids e cancro*, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *Illness as metaphor*, Strauss and Giroux, New York, 1978, e *Aids and its metaphors*, Strauss and Giroux, New York, 1988].

SPITZER Denise (2004), *In visible bodies. Minority women, nurses, time and the new economy of care*, "Medical Anthropological Quarterly", vol. 18, n. 4, 2004, pp. 490-508.

Scheda sugli Autori

Alvise Da Lio, nato nel 1971, è infermiere e istruttore di Triage presso la ULSS 13 di Mirano (provincia di Venezia). Ha conseguito la Laurea in infermieristica presso la Facoltà di Medicina e chirurgia e nel 2010 la Laurea triennale in Psicologia sociale e del lavoro presso l'Università degli studi di Padova, con una tesi in Antropologia culturale. Possiede diverse abilitazioni professionali di Area Critica. Membro dell'A.N.I.F.E., Associazione nazionale infermieri formazione emergenza, e dell'A.I.S.A.C.E Associazione infermieri specializzati in area critica ed emergenza, si è occupato di formazione infermieristica, seguendo come co-relatore diverse tesi di laurea presso la Facoltà di Medicina e chirurgia dell'Università degli studi di Roma Tor Vergata, dell'Università di degli studi di Padova e dell'Università degli studi di Udine; ha inoltre insegnato in corsi per infermieri e per operatori socio-sanitari.

Francesco Spagna, nato a Verona nel 1962, si è laureato in Filosofia e perfezionato in Antropologia culturale e sociale presso l'Università degli studi di Padova. Ha svolto un Dottorato di ricerca quadriennale in Antropologia culturale ed etnologia, compiendo ricerche sul terreno presso comunità Native Americane in Stati Uniti e Canada. Oltre alle ricerche sulla Capanna di Medicina e altre forme di sciamanismo amerindiano, ha cominciato a occuparsi di tematiche di antropologia medica dalla fine degli anni novanta. Ha insegnato per dieci anni etnoantropologia presso i corsi di Laurea in infermieristica delle Facoltà di Medicina e chirurgia dell'Università degli studi di Torino e dell'Università degli studi di Padova, dal 2001 al 2011. Ha insegnato Antropologia medica ai corsi per Educatori socio sanitari presso la Facoltà di Scienze della formazione dell'Università degli studi di Torino dal 2003 al 2008. Attualmente insegna Antropologia culturale presso le Facoltà di Psicologia, di Scienze della formazione e di Scienze politiche, ora confluite nel Dipartimento di filosofia, sociologia, pedagogia e psicologia applicata dell'Università degli studi di Padova. È membro del C.I.R.S.S.I., Centro interdipartimentale di ricerca e servizi per gli studi sull'interculturalità dell'Università degli studi di Padova dal 2007.

Riassunto

“Un codice così bianco”. Aspetti antropologici del triage in una ricerca sulle “priorità” presso il Pronto Soccorso di un ospedale veneto

Il processo di triage è un atto decisionale di competenza infermieristica, che deve attribuire un codice di priorità per i pazienti afferenti al pronto soccorso, in base a criteri definiti. La necessità di eseguire delle non facili “scelte sul campo” in situazioni di emergenza è antica quasi quanto l'uomo stesso, nella sua storia di carestie, guerre o epidemie. Oggi le conoscenze acquisite dalla medicina e dall'infermieristica, attraverso l'utilizzo di parametri internazionali e algoritmi decisionali, permettono di applicare il processo di triage a scopo di valutazione e cura con valido margine di sicurezza, anche se alcuni altri elementi rendono il processo non immune da rischi. Valori, pregiudizi, rappresentazioni culturali, malintesi, possono riflettersi nel processo di triage, caricandolo di significati particolari e determinando esiti imprevedibili.

Partendo da tali considerazioni la nostra ricerca ha cercato di indagare su come l'infermiere “triagista” attribuisce significati e valori alla rappresentazione sintomatologica e all'esperienza di sofferenza del paziente di origine straniera, e come questo rapporto possa inficiare l'attribuzione corretta del codice di priorità, in termini di insufficienza e di sottostima. Il rischio che si producano forme di violenza strutturale è stato preso in considerazione. La ricerca è stata compiuta attraverso una rilevazione statistica e un'osservazione etnografica presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale di Dolo (Venezia).

Parole chiave: sofferenza, diagnosi, immigrazione, infermieristica.

Résumé

“Un code si blanc”. Aspects anthropologiques du triage dans une recherche sur la priorité aux urgences d'un hôpital de Vénétie.

Le processus de triage est un acte relevant de la compétence des infirmiers qui doivent appliquer un code de priorité aux patients admis aux urgences, sur la base de critères définis. La nécessité d'opérer des choix en situation difficile dans l'urgence remonte aussi loin que l'origine de l'homme, tout au long de son histoire de famines, de guerres ou d'épidémies. Aujourd'hui, les connaissances acquises dans le domaine médical et infirmier, grâce à l'usage de paramètres internationaux et des algorithmes décisionnels, permettent au processus de triage de diagnostiquer et de soigner avec une marge de sécurité solide, même si quelques éléments n'assurent pas le risque zéro. Valeurs, préjugés, traditions culturelles, malentendus peuvent

interferer dans le processus de triage avec d'importants details pouvant entraîner des suites imprévisibles.

A partir de telles considérations notre étude a cherché à savoir quelles significations et quelle importance l'infirmier triagiste attribue aux symptômes apparents et à l'expérience de la souffrance du patient d'origine étrangère et comment ce rapport peut fausser l'application correcte du code de priorité pour insuffisances et sous-évaluation. Le risque de rencontrer des formes de violence structurale a été pris en considération. La recherche a été effectuée au moyen de données statistiques et d'une observation ethnographique aux urgences de l'hôpital de Dolo (Vénétie).

Mots clés: souffrance, diagnostic, immigration, infirmier.

Resumen

“Un código tan blanco”. Aspectos antropológicos del “triage” en una investigación sobre la prioridad en el servicio de Primeros Auxilios en un hospital veneto

El proceso de “triage” es un acto de decisión y de competencia del personal de enfermería, que debe atribuir un código de prioridad para los pacientes que hacen uso del servicio de urgencias, con base a los criterios definidos. La necesidad de tomar decisiones difíciles sobre el terreno, en situaciones de emergencia, es tan antigua casi como el hombre mismo a lo largo de su historia, en situaciones de hambrunas, guerras o epidemias. Hoy los conocimientos adquiridos desde la medicina y desde la enfermería, a través de la utilización de parámetros internacionales y algoritmos decisionales, permiten aplicar el proceso de “triage” con fines valorativos y de terapia con altos márgenes de seguridad, aunque existen otros elementos que no eximen el proceso de algunos riesgos. Valores, prejuicios, representaciones culturales y malentendidos, pueden reflejarse en el proceso de “triage”, cargándolo de significados particulares determinando resultados imprevisibles.

Partiendo de tales consideraciones nuestra investigación ha pretendido investigar sobre cómo el o la enfermera “triagista” atribuyen significado y valores a la representación sintomatológica y a la experiencia de sufrimiento del paciente de origen extranjero, y cómo esta relación pueda invalidar la atribución correcta del código de prioridad, en términos de insuficiencia o de subestima. El riesgo que se produzcan formas de violencia estructural ha sido tomado en consideración. La investigación ha sido realizada a través del levantamiento de datos estadísticos y la observación etnográfica en el reparto de Primeros Auxilios del Hospital del Dolo en Venecia.

Palabra claves: sufrimiento, diagnosis, inmigración, enfermería.

Abstract

"A code so white". Anthropological aspects of triage in a research about "prioritizing" patients at the first aid of a Venetian hospital

Prioritizing is a nursing assessment, the decision through which a code of priority is given to patients in Emergency Room, according to established criteria. The duty to take a decision in emergency situations is as old as manhood, especially during famines, wars or epidemics. Today the medical and nursing knowledge, through international standards and decisional algorithms, is able to apply triage prioritizing of patients, with caring objectives and with a good safety margin, even if risks cannot be excluded. Values, prejudices, cultural schemes, misunderstandings can interfere with triage prioritizing and determine erratic outcomes.

The research tried to inquire the way in which the triage nurse assigns values and meanings to the representation of symptoms and experience of pain of the foreign patient; and further, how this relationship could invalidate prioritizing, in terms of inadequacy and underestimation. The risk of structural violence has been considered. The research has been conducted by statistical data and ethnographic observation at the Emergency Room of the Hospital of Dolo (Venice).

Keywords: pain, diagnosis, immigration nursing.

Né doctor né curandero: le CAM (Complementary and Alternative Medicine) *in un contesto indigeno messicano*

Lidia Donat

dottoranda in Discipline etnoantropologiche presso la Sapienza Università di Roma
[lidia0301@hotmail.it]

1. Il luogo, l'oggetto e l'obiettivo della ricerca

Nel presente articolo intendo analizzare la diffusione presso un certo numero di operatori terapeutici del villaggio nahua di Zaragoza (Veracruz, Messico) delle cosiddette Medicine Complementari e Alternative (CAM). L'acronimo CAM si è affermato in ambito anglosassone, soppiantando nelle pubblicazioni scientifiche la pletora di espressioni che di volta in volta venivano utilizzate: medicine alternative, non convenzionali, dolci, naturali, olistiche, parallele; ed è volto a comprendere un ampio ventaglio di pratiche terapeutiche apparentate soprattutto dalla particolare posizione occupata rispetto alla biomedicina: tendenzialmente alternative e non approvate dal sistema biomedico ufficiale, anche se sovente tollerate come complementari. Si va quindi da medicine che si situano ai limiti del riconoscimento e della istituzionalizzazione, quali l'omeopatia e l'agopuntura, ad altre che invece si configurano come particolarmente eterodosse e irriducibili ai canoni biomedici, per esempio la pranoterapia e l'ipnosi. In molti casi anche le cosiddette "medicine tradizionali" vengono rubricate quale ulteriore sottocategoria dell'onnicomprensivo spettro delle CAM, ed è la lettura che propongo anche nel presente lavoro: infatti cercheremo di evidenziare come risulti essere più proficuo nell'analisi del quadro terapeutico zaragoceño il ricorso a una categorizzazione che sottolinei la dinamicità e soprattutto la relazionalità dei differenti orizzonti terapeutici, rispetto a un'altra che invece, continuando a riferirsi alle opposizioni e integrazioni tra "medicine tradizionali", "medicina scientifica" ed eventualmente "medicine alternative", ne riproponga in filigrana una concezione vagamente essenzialista e "continuista" (nella misura in cui

sembra interessarsi soprattutto al rilevamento di continuità ideologiche, pur nel cambiamento).

Metterò dunque in luce una serie di dinamiche che contribuiscono alla restituzione di un panorama medico locale estremamente complesso e articolato, e non facilmente riconducibile al classico e perdurante (seppur criticato) orizzonte che contrappone tradizione e modernità e dunque, nello specifico dell'antropologia medica, la secolare e sempre riadattata medicina tradizionale da un lato e la recente e più o meno invasiva biomedicina dall'altro (DEI 2012). Nell'ambito dell'antropologia medica messicana, a proporre un'articolazione dei modelli medici che si svincola da questa consueta opposizione, è Eduardo Menéndez, il quale suggerisce la tripartizione "*modelo médico hegemónico*", "*modelo médico alternativo subordinado*" e "*modelo médico basado en la autoatención*", caratterizzando il secondo in una maniera molto simile a quella in cui in questo articolo si intendono le CAM:

«En este modelo se integran las prácticas reconocidas generalmente como "tradicionales". Pero esta calificación no sólo connota una suerte de "pasado" cargado de valores, sino que clausura toda la serie de prácticas alternativas que se van constituyendo como dominantes, pero que no sólo no proceden del "pasado", sino que en gran medida son derivaciones o emergentes del MMH [modelo médico hegemónico], y sintetizan y transforman inclusive a las llamadas prácticas tradicionales. Además, aquí se incluyen prácticas médicas de alto nivel de complejidad y organización desarrolladas hasta ahora al margen del sistema médico "occidental", como la medicina ayurvedica o al acupuntura y herbolaria chinas»⁽¹⁾ (MENÉNDEZ 1992 [1983]: 101-103).

Per districarsi in un quadro terapeutico tanto ricco quanto multiforme, un'attenzione precipua sarà dunque rivolta alle prospettive e traiettorie individuali dei singoli operatori le quali, seguendo Benoist, si configurano come «luoghi privilegiati di permanente creazione del sociale» (1993: 76), investendo ambiti che travalicano la dimensione prettamente medica e interessando questioni di carattere più esplicitamente socio-politico.

L'indagine etnografica si è svolta tra il luglio 2010 e il febbraio 2011 presso il villaggio nahua di Zaragoza, nel sud-est dello stato di Veracruz. *Cabecera* dell'omonimo municipio, è un *pueblo* indigeno⁽²⁾ che negli ultimi decenni ha conosciuto profondi mutamenti dovuti ad una progressiva e inesorabile integrazione al tessuto nazionale messicano: trovandosi alla periferia del corridoio industriale costituito da Minatitlán e Coatzacoalcos e in prossimità della *Carretera Transistmica* che collega le due coste dell'Istmo di Tehuantepec, ha visto riorientare profondamen-

te la propria organizzazione socio-economica. Quest'ultima sta inoltre conoscendo ulteriori e significativi cambiamenti in seguito alla sempre più massiccia emigrazione di membri dei nuclei familiari verso gli stati settentrionali della repubblica o gli Stati Uniti d'America.

Varie sono le ragioni che mi hanno portata ad occuparmi di CAM in un simile contesto. L'obiettivo iniziale e principale della mia indagine etnografica era quello di analizzare la maniera in cui a Zaragoza venivano portati avanti progetti di valorizzazione e patrimonializzazione della medicina tradizionale, sulla spinta di correnti religiose legate agli ambienti del cattolicesimo dissidente e relativamente diffuso in tutta l'America Latina. Si tratta di processi di lunga data, avviati già a partire dalla fine degli anni Settanta in seguito all'evangelizzazione della zona condotta da alcuni gesuiti appartenenti alla Teologia della Liberazione e che ha conosciuto nuovo vigore nell'ultimo decennio con l'insediamento, nel 2003, di un nuovo parroco, padre Alfonso, fortemente coinvolto nelle iniziative di una corrente relativamente recente, la cosiddetta Teologia India⁽³⁾. Nei mesi di permanenza sul campo ho quindi lavorato con gli operatori terapeutici locali più o meno coinvolti in questo tipo di progetti, frequentando sia gli spazi domestici di coloro che esercitano prevalentemente nella loro abitazione, sia la *Casa de Salud Kuaxiwi' Tahli*⁽⁴⁾, centro di "medicina tradizionale e naturale" gestito da sei donne del villaggio. Ho quindi potuto osservare come nell'attività terapeutica di questi nuovi guaritori (o *promotores de salud*, come vengono definiti dai responsabili delle iniziative che li coinvolgono e come loro stessi il più delle volte si definiscono⁽⁵⁾) si accostassero le une accanto alle altre le soluzioni terapeutiche più disparate: dall'erboristica all'omeopatia, dall'auricoloterapia e dai rudimenti di agopuntura al *baño de temazcal*⁽⁶⁾; tecniche che vengono utilizzate per fronteggiare le manifestazioni patologiche più diverse. Questo composito ventaglio di risorse, dai confini labili, sfumati e continuamente passibili di venire riplasmati, mi ha portato da un lato, come detto, a concentrare la mia attenzione non più su una supposta "medicina tradizionale" quanto piuttosto sulla più vasta ed eterogenea categoria di CAM, che pare attagliarsi maggiormente alle dinamiche che mi sono trovata ad osservare; dall'altro mi ha spinto ad adottare un'ottica che si centrasse sull'analisi dei percorsi dei singoli operatori, non facilmente incasellabili in alcun tipologia terapeutica rigidamente determinata, ma in continuo e fluido movimento tra le numerose alternative proposte, costruite ed elaborate attraverso la loro stessa attività ed esperienza.

2. Tra omeopatia, piante medicinali e politica: le CAM a Zaragoza

L'attività dei *promotores de salud* di Zaragoza si iscrive all'interno dei processi di promozione di salute "dal basso" portati avanti già a partire dalla fine degli anni Settanta da settori particolarmente attivi della Chiesa Cattolica, con lo scopo dichiarato da un lato di garantire a tutti un accesso alle cure mediche primarie e dall'altro (soprattutto a partire dalla fine degli anni Novanta, nel passaggio dalla Teologia della Liberazione alla Teologia India) di promuovere e valorizzare i saperi medici tradizionali. Il *promotor de salud*, per divenire tale, segue un vero e proprio percorso di formazione che consiste in incontri e laboratori organizzati tanto dalle diverse associazioni con cui collaborano quanto dai *promotores* stessi, organizzati in reti di reciproco scambio di conoscenze. La formazione è centrata sull'apprendimento delle più diffuse tipologie di CAM (tra le quali, nella mia esperienza, spiccavano omeopatia, auricoloterapia e "medicina tradizionale" generalmente intesa come erboristica) e delle nozioni basilari di igiene e prevenzione legate al concetto di *primary health care*. Nove sono gli operatori terapeutici con cui ho intrattenuto rapporti più stretti nel corso della ricerca, e il lavoro dei quali costituisce l'oggetto specifico di quest'analisi. Il primo di essi, Genaro, vanta un'esperienza quasi ventennale nel campo della terapeutica, avendo cominciato a frequentare i corsi promossi dai gesuiti alla fine degli anni Ottanta ed avendo poi continuato autonomamente la sua preparazione conseguendo un diploma ufficiale di omeopata presso la sede universitaria di Coatzacoalcos. Dopo aver contribuito a sua volta alla diffusione delle conoscenze acquisite nel corso degli anni tramite la formazione di altri operatori e operatrici del *pueblo*, esercita adesso privatamente nella sua abitazione. Si definisce egli stesso omeopata, ed è l'unico tra i miei interlocutori ad identificarsi con una precisa tradizione terapeutica, da lui considerata di gran lunga superiore rispetto a tutte le altre, nonostante abbia iniziato la sua attività come esperto di erboristica, e continui ad accompagnare le medicine omeopatiche da lui somministrate ai pazienti con specifici rimedi a base di piante (la terapia tipica consiste nella prescrizione ad ogni individuo che ha in cura di tre medicamenti omeopatici più un preparato erboristico di supporto). Altro operatore che attualmente esercita principalmente a domicilio (nonostante mantenga contatti di collaborazione con la *Casa de Salud*) è Gaudencio, il cui interesse per la medicina si è sviluppato negli ultimi dieci anni, in concomitanza con i corsi organizzati tanto dalla parrocchia quanto dal *Comité de Defensa Popular* (CDP), comitato politico zaragoceño legato oggi al *Partido de la Revolución Democrática*

(PRD). Figlio di un defunto *curandero* noto per le sue capacità nel risolvere i problemi di *espanto*⁽⁷⁾, attribuisce spesso a ragioni ereditarie il suo interesse, seppur tardivo, per le pratiche terapeutiche. Pur ripromettendosi di imparare un giorno a curare ritualmente come sapeva fare il padre, per il momento si accontenta di produrre i più disparati rimedi a base di piante – molte delle quali coltivate in un orto improvvisato nel patio della casa –, conosce le basi dell’omeopatia, pratica l’auricoloterapia e afferma di saper lavorare anche con l’agopuntura; si considera inoltre particolarmente abile nella digitopressione, che pratica su sé stesso e sugli altri per contrastare i malesseri più comuni. Più recente è il coinvolgimento di Guillermo: iscrittosi all’università per conseguire la laurea in *Gestión intercultural para el desarrollo* – dopo anni di attività come tecnico di apparecchiature audio e video – comincia a svolgere il tirocinio previsto dal corso di laurea presso la *Casa de Salud*, con la quale continuerà poi a collaborare anche dopo l’adempimento degli obblighi accademici. Apprende così le nozioni fondamentali dell’omeopatia, dell’erboristica e dei massaggi, e si specializza in particolare nel riscaldare adeguatamente sul fuoco le pietre necessarie per svolgere i *baños de temazcal*. Infine vi sono le sei donne che lavorano insieme nella *Casa de Salud*: Olivia, Angela, Francisca, Juana, Eufemia, Lucia. Tutte e sei hanno cominciato frequentando i corsi organizzati all’inizio dalla parrocchia e in seguito dal CDP. Dopo un periodo in cui per motivi di ordine politico entrambe le realtà (ecclesiastica e municipale) interruppero il loro sostegno attivo al progetto, oggi sono stati riallacciati i legami con la Chiesa e sono dunque ripresi i contatti con la corrente della Teologia India, che attraverso periodici incontri della durata di più giorni mantiene in una sorta di formazione permanente le operatrici, che acquisiscono così una sempre maggior dimestichezza con i temi relativi alla prevenzione, l’igiene, le medicine “tradizionali” e “naturali”. Per avere un’idea di quali sono le pratiche terapeutiche offerte dalla struttura si può leggere l’annuncio pubblicitario redatto dalle stesse donne e pubblicato sul “Diario del Istmo”, giornale locale, l’11 novembre 2010:

«Le donne di Zaragoza si autoimpiegano, elargendo le loro conoscenze di medicina tradizionale alla comunità e agli altri municipi della regione. [...] Attraverso visite gratuite, e facendo pagare unicamente il medicinale prescritto, il progetto *Kuaxiwi’ Tahli* tratta problemi di salute tramite rimedi a base di piante medicinali prodotti dalle sei donne che partecipano a questo progetto, come *tinturas*, *microdosis*, capsule, sciroppi, pomate, vitamine, erbe per il tè, massaggi per il rilassamento corporeo, auricoloterapia; inoltre dispongono di medicine omeopatiche, e per integrare i trattamenti ricorrono al *baño de temazcal*».

Ancora una volta davanti ai nostri occhi si dipana la stessa vasta gamma di pratiche e tradizioni terapeutiche dalle svariate origini e dalle caratteristiche differenti.

In che maniera possono convivere medicine così diverse?

La loro armonica coesistenza è garantita dal fatto che gli operatori si confrontano con quest'ampia gamma di risorse terapeutiche in maniera asistemica, poco attenti alle specificità delle singole medicine e seguendo principalmente le necessità contingenti⁽⁸⁾. Nonostante ciò, nei discorsi formulati dai miei interlocutori sulla tipologia delle loro offerte terapeutiche, emerge una serie di caratteristiche che ci permette, e gli permette, di considerare unitariamente un così variegato panorama.

Il primo elemento che senza ombra di dubbio contraddistingue questo tipo di pratiche è l'accento posto sulla loro "naturalità": da un lato si insiste sull'uso delle piante all'interno della medicina tradizionale, o erboristica – essendo divenute le due espressioni quasi sinonimi –, dall'altro si enfatizzano le proprietà di autoguarigione possedute dall'organismo stesso, in grado talvolta di curarsi senza immissione di sostanze esterne. Ecco dunque come Olivia spiega l'efficacia della auricoloterapia:

«Credo che si tratti di una terapia, come la chiamano, che aiuta a risvegliare l'organismo...è una terapia nell'orecchio, e dunque ti risveglia, hai delle reazioni nel corpo. La abbiamo utilizzata con varie persone, e hanno reagito, le ha aiutate insomma...serve per lo stress, per il sistema nervoso, per quello digestivo, anche quando hai la febbre ti fa passare i dolori» (9 novembre 2010).

Le due dimensioni, quella dell'intervento benefico di preparati naturali e quella delle capacità di autonoma regolazione del corpo, trovano perfetta sintesi nella maniera in cui Genaro descrive il funzionamento dell'omeopatia:

«La medicina omeopatica è prodotta con le piante, il fatto è che si tratta della pura essenza delle piante e ciò che fa la medicina omeopatica è far reagire l'organismo. Per esempio quando uno sta male, è perché il suo organismo non sta funzionando bene, le sue difese non stanno funzionando bene...l'omeopatia consiste nel farle reagire. [...] Conoscete una pianta che ha aiutato più di venti o trenta pazienti? Allora, rendetela omeopatica perché vi aiuterà di più! È molto più efficace, è molto più forte perché ciò che fa è motivare l'organismo» (20 novembre 2010).

Un ulteriore e fondamentale collante risulta essere poi la dimensione spirituale: il motivo più chiaro ed evidente che consente quest'attribuzio-

ne è ovviamente l'impulso religioso dal quale provengono e si sviluppano tutte queste esperienze. La componente della fede viene a declinarsi più specificamente nell'incrollabile fiducia in Dio e nei suoi miracoli da un lato, e dall'altro nell'altrettanto indispensabile fiducia, ai fini della guarigione, nelle proprietà misteriose delle piante, come si evince dalle parole di Eufemia:

«Io ho molta fede nelle piante. Questo dicembre è venuto mio figlio e si è portato via un po' di medicinali: una pomata, alcune capsule, uno sciroppo. Aveva un forte dolore [alla gamba], perché a lui piace giocare a calcio e a volte capita che uno prenda una storta. Prendeva vari farmaci e [il dolore] non se ne andava, e allora ha preso le nostre medicine ed è guarito. È molto importante avere fede nelle piante, perché se uno non ha fede non serviranno. Mio figlio mi dice: "Io ho molta fede nella medicina [alternativa e tradizionale], non so perché ma ho davvero molta fede"» (26 gennaio 2011).

Nel discorso di Eufemia sembra venir negata la possibilità di un'efficacia meccanica della pianta e si asserisce invece che un'assunzione "scettica", disgiunta da un coinvolgimento spirituale, rischi di non sortire alcun effetto. Anche nelle osservazioni di Gaudencio si fa esplicito il carattere miracoloso che può assumere la cura per mezzo di rimedi naturali, e – entrando quasi in contraddizione con la metodicità con cui, sino a pochi minuti prima, mi aveva elencato le proprietà curative specifiche di ogni pianta – azzarda adesso l'ipotesi che addirittura della semplice acqua possa garantire il medesimo risultato, per intervento della fede:

«Il problema è che a volte non crediamo in questa medicina, nella medicina alternativa, tradizionale, nella medicina con le erbe. Alcuni dicono: "Come può curarmi questa erbetta?" E quindi è molto importante anche la fede. C'è un testo in cui si racconta come un cieco si avvicinò a Gesù e Gesù gli disse: "Cosa vuoi?" "Voglio recuperare la vista" gli disse, e dice il testo che Gesù si accuccia e raccoglie un poco di fango e ci butta un po' di saliva e dopo il cieco vede...e che cos'è che lo ha curato? È la fede che aveva quest'uomo, lui era sicuro che se Gesù lo avesse toccato avrebbe visto. Quindi noi dobbiamo credere, somministrare il medicinale e chiedere a Dio che con questo tu ti possa curare. Se non hai fede, è meglio che non prendi proprio nulla perché non ti servirà a niente. [...] Se uno è malato, e ha fede, si può curare addirittura con un poco di acqua» (24 gennaio 2011).

Alla fede deve arrendersi anche l'insegnante di omeopatia ateo con il quale Genaro ha seguito un corso nella vicina città di Coatzacoalcos e che, a suo dire, è costretto a riconoscere l'intervento divino nella facilità con cui l'allievo ha imparato ad utilizzare questa medicina:

«Il mio maestro diceva sempre: “Non chiedere mai a Dio di curarti, perché Dio non esiste, perché Dio non c’è”, e io rispettabo la sua opinione. Poi, quando è arrivata la fine del corso, il mio maestro mi ha detto: “Credo che Dio esista” “E perché?” “Perché lo vedo in te...io pensavo di essere in grado di capire facilmente questa medicina, e invece mi ero sbagliato perché mi è costata molta ma molta fatica, e adesso vedo che tu hai imparato così facilmente!”» (20 novembre 2010).

Ciò che è significativo in questo brano non è chiaramente l’eventuale veridicità dell’episodio, quanto piuttosto l’ennesima iscrizione della pratica terapeutica in una dimensione che trascende il semplice empirismo, rappresentato dal maestro – seppur omeopata; e per quanto si tratti senza dubbio di una narrazione dall’intento autocelebrativo e legittimante (si pensi che compare in ben cinque interviste, con variazioni minime, assurgendo a episodio fondante della propria attività), è certo degno di nota che tale legittimazione avvenga proprio sul piano religioso.

Altri due aspetti, strettamente interrelati tra loro, da prendere in considerazione sono l’olismo e il carattere “individuante” (DEI 1996) adottati dai terapeuti nelle fasi di diagnosi, interpretazione e cura del male: l’individuo malato non può essere considerato unicamente come un corpo biologico necessitante rimedi che, automaticamente, ne ristabiliscono il corretto funzionamento; una sempre maggior importanza di quello che unanimemente e genericamente viene definito “*lo emocional*” impone un’attenzione particolare alla storia di vita del paziente, ai suoi rapporti con l’ambiente che lo circonda, alle sue relazioni fuori e dentro la famiglia, alle sue peculiarità comportamentali. Qualsiasi malattia troverà la sua origine, e di conseguenza la sua soluzione, in una dimensione che trascende il materialismo corporeo, ragion per cui un ruolo di primo piano assume il colloquio con la persona malata, in una sorta di seduta psicologica improvvisata. Il rapporto privilegiato e di fiducia che si intende instaurare con il paziente fa sì che la scelta terapeutica si conformi alle esigenze e alle caratteristiche ritenute proprie del paziente stesso, per cui ognuno verrà curato in maniera diversa:

«Il funzionamento dell’omeopatia riguarda soprattutto *lo emocional* [l’emo-tività]. È per questo, credo, che l’omeopatia mi piace tanto, perché si rivolge alla persona. Per esempio, se mi dici che stai male, io vedrei Lidia, e non vedrei tutte le Lidie del mondo, no no, starei vedendo questa Lidia e basta» (Juana, 30 settembre 2011).

Durante le mie interviste con Genaro venivamo spesso interrotti da pazienti con i quali si intratteneva, talvolta a lungo, in uno studiolo adia-

cente alla propria abitazione che, da buon muratore quale era prima di dedicarsi a tempo pieno alla medicina, aveva appositamente costruito. Tornando a sedersi con me nel patio (le volte che non mi chiedeva, scusandosi, di tornare il giorno successivo, immaginando che la consultazione si sarebbe protratta eccessivamente), commentava:

«Devi sapere qual è il problema di cui ti stai occupando, è la cosa più importante. Diciamo: arriva uno con il mal di testa...ma questo dolore è la metà o è tutta la testa? Se è tutta la testa può essere la pressione alta, e soprattutto quando dicono che gli fa male qui [indica un punto preciso sulla testa]. Però se ti dicono che è solo da un lato, destro o sinistro, allora no, è un'emicrania. È importante sapere qual è il problema, perché se non lo sai non puoi aiutare [...]. C'è sempre un medicinale adeguato, che rinforza l'organismo affinché si difenda da solo. [...] La medicina omeopatica non fallisce, se fallisce sei tu, non il medicinale, stai scegliendo male il medicinale [...]. Io è già da molti anni che mi occupo di questa cosa, e ho imparato molto dalla gente; ti dico perché: perché la gente si è confidata con me...addirittura le donne mi hanno confidato i loro problemi!» (16 gennaio 2011).

Anche per le donne della *Casa de Salud*, che della comunicazione interpersonale hanno fatto una prassi consolidata persino tra loro stesse, il colloquio con il paziente sta acquisendo un'importanza sempre maggiore, tanto che più volte, chiacchierando, immaginavano di dover cominciare a tenere delle vere e proprie schede nelle quali annotare tutte le caratteristiche che emergevano dagli scambi con le persone assistite, in modo da poter seguire efficacemente il loro percorso di vita e, conseguentemente, strutturare il processo di guarigione.

Se queste caratteristiche “formali” (la naturalità, la dimensione spirituale, l'olismo e il carattere individuante) vengono solitamente indicate dalla maggior parte degli studi (BAER 2001; BENOIST 1996; DEI 1996) come minimi comuni denominatori delle medicine riunite sotto la denominazione di CAM, alcune specificità del panorama zaragoceño possono essere invece rintracciate nella dimensione socio-politica che queste terapie e il loro esercizio assumono. Le ragioni della diffusione di queste forme terapeutiche, come già abbiamo detto, si ritrovano nella volontà di quelle frange “di sinistra” della Chiesa Cattolica di promuovere una salute “dal basso” in modo da garantire a tutti un accesso alle cure mediche primarie. Ecco allora che contrariamente a quanto di solito avviene tanto nei paesi occidentali quanto nella società urbana messicana – dove questo genere di terapie ha di solito un costo relativamente elevato, in relazione con il tipo di utenza che vi si rivolge – cifra distintiva delle medicine alternative di Zaragoza è il

loro essere *baratas* [a buon mercato], dovendo almeno nelle intenzioni rappresentare una valida opzione per una popolazione le cui difficoltà economiche rendono difficile un ricorso regolare alla biomedicina. Presso tutti gli operatori da me frequentati, il prezzo dei flaconi dei rimedi preparati (e preparati rigorosamente in maniera artigianale, anche nel caso delle medicine omeopatiche, che oramai conoscono invece una notevole produzione industriale) si aggira intorno ai 30 *pesos* (a seconda delle dimensioni), e il tema dell'accessibilità rimane sempre centrale nelle retoriche, anche nei casi in cui le prospettive di guadagno hanno fatto passare in secondo piano, nella pratica quotidiana, l'impegno sociale:

«Sono medicinali che costano poco, sono nelle nostre possibilità [...]. Le piante medicinali le troviamo nella nostra zona, e anche l'omeopatia costa molto poco: un flaconcino di medicina quanto mi costa? Venti *pesos*!» (Lucia, 30 settembre 2010).

E ancora:

«Le cose più semplici le possiamo fare qui nella *Casa*, così che la gente non si tormenti tanto per una semplice colica. In questa maniera si possono risparmiare un po' di soldi; qui la vita è molto difficile» (Olivia, 15 ottobre 2010).

In linea con i processi di formazione seguiti, ogni singolo *promotor* da me intervistato ha voluto evidenziare le ragioni altruistiche che lo hanno portato ad avvicinarsi alla "medicina naturale", e la mia assidua frequentazione degli ambulatori più o meno improvvisati nei quali gli operatori esercitavano ha confermato che il costo dei prodotti si manteneva estremamente basso (mentre per la semplice visita non veniva richiesto alcun pagamento).

Mi sembra a questo punto interessante istituire un duplice parallelo, nell'ambito della storia dello sviluppo e della diffusione delle medicine alternative, tra il contesto preso in esame e i diversi contesti europei nei quali è emerso uno stretto legame tra la affermazione delle CAM e la nascita di movimenti di contestazione sociale dalle rivendicazioni più o meno radicali. Un legame che è stato messo in luce da coloro i quali si sono occupati di tracciare una storia della progressiva espansione delle terapie non convenzionali nei contesti occidentali. Si tratta a di un'espansione che prende piede a partire dai primi anni Settanta del secolo scorso e che Hans BAER (2004: 1) qualifica come «un movimento popolare [...] che in vari modi sfida il burocratico, tecnologizzato e iatrogeno carattere della medicina convenzionale», legandosi agli am-

bienti della controcultura americana. Un'evoluzione simile può essere osservata analizzando le dinamiche che hanno portato ai primi successi dell'omeopatia nell'Europa del tardo Ottocento, quando a promuoverne la diffusione erano soprattutto da un lato medici e religiosi cattolici animati da un impulso umanitario e dall'altro socialisti fourieristi in cerca di forme di medicina maggiormente adatte all'utopica organizzazione dei falansteri (FAURE 2002).

In entrambi i casi gli sviluppi successivi sono stati i medesimi: le componenti di protesta sociale insite nei movimenti per la cosiddetta salute olistica degli anni Settanta si sono notevolmente smorzate lasciando invece ampio spazio alle logiche di mercato (il che permette a GOLDSTEIN [2002] di asserire che ci troviamo di fronte a un "marketed social movement") e ponendo l'accento su un benessere e una salute principalmente orientate all'individuo; analogamente la seconda ondata di diffusione dell'omeopatia in Europa (situabile nella prima metà del Novecento) è dovuta principalmente alla creazione da parte del francese Léon Vannier di una rete di laboratori farmaceutici in grado di processare prodotti omeopatici.

Nel contesto zaragoceño invece sembrano riproporsi proprio quegli aspetti di ordine economico, sociale e politico che hanno caratterizzato il primo sviluppo delle medicine alternative in Europa e negli Stati Uniti. Si tratta di elementi che emergono chiaramente anche nel momento in cui ci si volga ad analizzare le ragioni che hanno portato quelli che sono poi diventati operatori terapeutici a farsi coinvolgere in questo tipo di progetti; ragioni tra le quali occupa un posto privilegiato la ricerca di uno spazio d'azione che permetta, almeno in apparenza, di riplasmare e riorientare i rapporti fortemente gerarchizzati che caratterizzano le relazioni tra istituzione biomedica e comunità indigene, o quelli che determinano le relazioni tra i sessi all'interno della comunità indigena stessa, come è possibile constatare tramite l'esempio della *Casa de Salud*⁽⁹⁾. Le sei *promotoras* che vi esercitano, infatti, sono riuscite nel corso degli anni a ridefinire il progetto nella maniera a loro più utile e congeniale, trasformando la piccola clinica in uno spazio di incontro tra donne e di conseguenza in un vero e proprio spazio politico nel quale delineare, attraverso l'impegno costante in un ambito che esula dalla sfera familiare e domestica, una nuova e possibile immagine di donna indigena. Nel caso specifico, alla ricerca di una maggiore agentività e di una maggior capacità di controllo nei confronti del sistema biomedico, si unisce dunque un'ulteriore

caratterizzazione socio-politica, sviluppatasi *in fieri*: tramite il lavoro comune presso la *Casa de Salud*, avviato senza alcuna premessa ideologica o rivendicativa inerente in maniera specifica l'asse del genere (tant'è che la partecipazione è sempre stata aperta ai collaboratori di entrambi i sessi), la percezione di sé stesse e delle proprie possibilità ha cominciato a modificarsi rendendo quindi possibile da parte delle stesse partecipanti una più ampia e più astratta, generale riflessione su un soggetto femminile collettivo:

«Prima non riuscivo a parlare così in un gruppo di gente, esprimendo quello che sento, quello che vedo...dunque credo che questo sia di grande aiuto nel nostro gruppo, nel senso che non solamente stiamo lì come *promotoras*, ma ci motiva a fare altre cose, a valorizzarci, a svegliarci, a promuovere noi stesse come donne...e sì, lo possiamo fare» (Francisca, 22 gennaio 2011).

Attraverso la partecipazione alle attività di promozione di una salute che si propone di svilupparsi “dal basso”, tramite la preparazione comunitaria di prodotti erboristici e omeopatici da distribuire nel *pueblo*, grazie a periodiche riunioni definite “di *autoestima*” nelle quali a turno vengono narrate esperienze ritenute significative della propria storia individuale e familiare, si arrivano a mettere in discussione i modelli dominanti della propria società, trovando inediti spazi di autonomia:

«Nella *Casa de Salud* ci formiamo come donne. Credo che ci siano pochissime professioniste della mia generazione qui nel *pueblo*, si contano su una mano. Perché ai nostri tempi, soprattutto per questione economiche, se in casa c'erano maschi preferivano dare tutto a loro. E, certo, poi c'era anche l'idea di dire: “Tanto mi sposo”, ma che cosa fai poi dopo che ti sei sposata? Il fatto è che non hai spazio per te sola, quindi io penso che la *Casa de Salud* è questo, uno spazio per noi, per poter uscire dalla routine, dalla casa...fai un lavoro che ti piace, ti incontri con le altre donne e chiacchieri» (Olivia, 24 gennaio 2011).

Tuttavia, pur riconoscendo i considerevoli vantaggi acquisiti dalle donne coinvolte in simili iniziative, e riassumibili tanto nell'acquisizione di una maggiore agentività quanto nel riconoscimento di una propria specifica soggettività, sarà opportuno segnalarne brevemente i limiti. Questi ultimi hanno a che vedere sia con i frequenti ostacoli che vengono frapposti dalla famiglia a una piena partecipazione della donna alla vita politica e pubblica, sia con il rischio, in cui talvolta si incorre, di riprodurre, rinforzandoli, i meccanismi che regolano i rapporti sociali tra i sessi – nello specifico, consentendo un'occupazione al di fuori dell'ambito familiare che comunque si adegui a quei compiti di cura intesi come propri del sesso femminile, non sfidando quindi

sino in fondo le categorie che si pretende di mettere in discussione (SCHNEIDER 2009).

Dunque, l'individuazione più o meno esplicita di tutti questi tratti (la naturalità, la dimensione spirituale, l'olismo, il carattere individuante, l'impegno socio-politico) come propri di un certo tipo di approccio alla malattia e alla cura permette a coloro che lo condividono di muoversi agilmente e fluidamente tra le medicine dalla provenienza più diversa, riunite in una categoria definita di volta in volta "medicina alternativa", "medicina naturale", o addirittura "medicina tradizionale" senza che si percepisca uno stacco significativo tra "*lo que nos enseñaron nuestros abuelitos*" e le terapie di recente introduzione. A questo proposito, è interessante osservare come i canali di apprendimento possano variamente combinarsi: Genaro mi raccontava spesso del lungo apprendistato che per anni ha condotto nel *pueblo*, interrogando gli anziani *brujos* affinché gli rivelassero le proprietà curative delle varie piante medicinali, e la composizione dei rimedi che somministravano ai loro pazienti, per poi poterli utilizzare come base per i medicinali omeopatici. Mostrandomi orgogliosamente un recipiente contenente una sottile polverina marrone, mi ha spiegato come si trattasse del preparato che le *parteras* utilizzano per curare l'*alferecía*, categoria nosologica locale che si considera – o quanto meno si considerava sino a pochi anni fa – la principale causa di morte tra i bambini nei primi anni di età; preparato che poi lui combina con l'alcool omeopatico e che, una volta "agitato" secondo i dettami dell'omeopatia, è pronto per essere utilizzato. Nella medesima direzione di una sovrapposizione continua tra pratiche e saperi medici di diversa derivazione va l'esplicita e frequente richiesta tanto di Genaro quanto degli altri operatori di poter visionare le analisi cliniche dei pazienti prima di procedere con la definizione del trattamento terapeutico.

Il fatto che non vi sia un reale interesse nel conoscere i modelli teorici sui quali si reggono le singole tradizioni di cura, accomunate per l'appunto sulla base di caratteristiche arbitrariamente reputate come distintive, fa sì che il processo terapeutico consigliato a un'anziana signora cui alla clinica locale era stata diagnosticata l'artrite reumatoide possa comprendere sedute quindicinali nel *baño de temazcal*, tè a base di erbe e auricoloterapia, senza che ciò comporti alcun problema di ordine cognitivo: gli operatori si accostano a queste terapie innanzitutto secondo un'ottica funzionale, e non epistemica, che le considera *in primis* in chiave contrastiva rispetto alla forte istituzionalizzazione del sistema biomedico.

3. Conclusioni

L'offerta terapeutica alternativa a quella biomedica si rivela dunque a Zaragoza estremamente varia e diversificata, e per restituirne la complessa articolazione l'utilizzo della categoria di CAM sembra rivelarsi appropriato: permette, infatti, di rompere, anche nella consuetudine della ricerca etnografica e non solo nell'elaborazione teorica, con l'idea di una sempiterna contrapposizione tra i saperi locali e le innovazioni biomediche. Si tratta di una contrapposizione che il concetto stesso di CAM mette in crisi: ci troviamo di fronte a medicine che, da un lato, si richiamano a concezioni e presupposti differenti rispetto all'epistemologia biomedica, e dall'altro si scoprono tuttavia in molti casi profondamente legati a quest'ultima – basti pensare alle riflessioni condotte in merito già nel 1976 da Foucault, il quale ha sottolineato la contiguità tra la biomedicina e la cosiddetta “antimedicina” (esemplificata dal testo di Ivan ILLICH, *Nemesi medica*). Una falsa contrapposizione, dunque, che può risultare ancor più evidente proprio in un contesto “indigeno” come quello qui preso in esame dove omeopatia, cure rituali, e attenzione ai discorsi relativi alla prevenzione e all'igiene, si coniugano continuamente nelle esperienze degli operatori terapeutici.

L'analisi delle CAM in un simile contesto si è rivelata particolarmente interessante anche in quanto ha permesso di mettere in evidenza alcune caratteristiche che non sembrano emergere nella maggior parte degli studi sul ricorso alle medicine alternative nella società contemporanea, studi condotti perlopiù in ambienti urbani ed euroamericani⁽¹⁰⁾: gli aspetti legati a una particolare dimensione socio-politica delle CAM zaragoceña⁽¹¹⁾. Come abbiamo visto, è sempre molto forte nelle retoriche e nei discorsi dei terapeuti l'enfasi posta sulle ragioni sociali che li spingono a svolgere questo lavoro, retorica che non viene smentita quando si constata come in effetti i costi per le visite e i medicinali siano mantenuti decisamente bassi. L'impegno sociale e politico si manifesta anche, e forse soprattutto, nel tentativo di mantenere aperte reti di collaborazione tra i terapeuti stessi, e tra loro ed altre realtà socialmente attive del panorama zaragoceño, in modo da costituirsi in un vero e proprio movimento capace di garantire uno spazio di azione e autonomia nei confronti dell'istituzione biomedica spesso impensabile e a lungo negata nelle comunità indigene. Impegnarsi nella produzione e nella promozione di farmaci e terapie alternative alla biomedicina, più che rappresentare un misconoscimento o una negazione dei presupposti sui quali si fonda la pratica biomedica, viene a configurarsi come una vera

e propria scelta politica volta a riaffermare la propria capacità di azione e decisione, mantenendo inoltre una dimensione organizzativa collettiva che scongiura il forte ripiegamento individualista e orientato al benessere del singolo che contraddistingue il ricorso alle terapie alternative in tanta parte dei contesti contemporanei.

Note

⁽¹⁾ In questo modello si integrano le pratiche generalmente riconosciute come “tradizionali”. Tuttavia questa categorizzazione non si limita a connotare una sorta di “passato” carico di valori, ma comprende anche tutta la serie di pratiche alternative che si vanno costituendo come dominanti, e che non solo non derivano dal “passato”, ma che sono in gran misura derivate o emergenti dal modello medico egemonico, e sintetizzano e trasformano anche le cosiddette pratiche tradizionali. Inoltre, si includono qui le pratiche mediche di alto livello di complessità e organizzazione sviluppatesi sino ad adesso ai margini del sistema medico “occidentale”, come la medicina ayurvedica o l’agopuntura e erboristica cinesi.

⁽²⁾ Per considerare una regione come indigena la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (Cdi) ha stabilito che almeno il 40% della popolazione deve poter essere ascrivibile a un gruppo nativo. I parametri attraverso i quali condurre questa ascrizione sono variamente mutati nel corso della storia messicana; attualmente si ricorre in primo luogo ad indicatori di tipo linguistico, ai quali si è affiancato, a partire dal censimento tenutosi nel 2010, il criterio dell’autodefinizione da parte degli individui stessi.

⁽³⁾ La corrente teologico-pastorale della Teologia India si è sviluppata all’inizio degli anni Novanta e, rispetto alla Teologia della Liberazione, pone un’ enfasi maggiore sul riscatto culturale e identitario dei popoli indigeni (cfr. CLEARLY E.L. -STEIGENGA T.J. 2000; LUPO A. 2009).

⁽⁴⁾ “Piante della terra” in lingua nahuatl.

⁽⁵⁾ L’espressione *promotor de salud* non è chiaramente esclusiva di questi movimenti, ma viene mutuata dal linguaggio medico adottato in numerosi programmi istituzionali di salute pubblica.

⁽⁶⁾ Si tratta del bagno di vapore grandemente diffuso tra molte comunità indigene messicane.

⁽⁷⁾ L’*espanto*, o *susto*, è un referente eziologico largamente diffuso in Messico, per controllare gli effetti del quale è necessario sottoporsi a specifiche e complesse cure rituali.

⁽⁸⁾ Sull’estrema duttilità e creatività degli operatori terapeutici, i quali coniugano pragmaticamente risorse mediche di varia provenienza, si vedano tra gli altri BENOIST J. 1993, 1996; LANDY D. 1974; SCHIRIPA P. - VULPIANI P. cur. 2000.

⁽⁹⁾ La bibliografia che prende in esame il significativo contributo femminile alla diffusione e promozione delle medicine alternative in Europa e Stati Uniti d’America a partire dal XIX secolo è molto ampia; tra i contributi più recenti si vedano BIX A.S. 2004; FELDBERG G. 2004; FLESC H. 2007; SOINTU E. 2011.

⁽¹⁰⁾ Oltre ai già citati lavori di Baer, si vedano JOHNSTON R.D. cur. 2004; SAKS M. 2003; SCHNEIROV M. - GEZIK J.D. 2002; TOVEY Ph. - EASTHOPE G. - ADAMS J. 2004.

⁽¹¹⁾ Quella zaragocña, come si sarà intuito, è quindi una situazione ben diversa anche rispetto a quella delineata da SCHNEIROV M. - GEZIK J. D. (2002) rispetto all’area di Pittsburgh. Questi autori, se sottolineano l’impegno sociale che può sottendere l’adesione a un modello di salute “alternativo”, lo descrivono tuttavia in termini principalmente individualistici, nella misura in cui si tratterebbe di scelte che riguardano la vita quotidiana degli individui, non organizzati in gruppi strutturati veri e propri.

Riferimenti Bibliografici

- BAER HANS (2001), *Biomedicine and alternative healing systems in America: issues of class, race, ethnicity, and gender*, University of Wisconsin Press, Madison.
- BAER HANS (2004), *Toward an integrative medicine: merging alternative therapies with biomedicine*, AltaMira Press, Walnut Creek.
- BEHOIST Jean (1993), *Anthropologie médicale en société créole*, Presses Universitaires de France, Paris.
- BEHOIST Jean (1996), *Soigner au pluriel: essais sur le pluralisme médicale*, Karthala, Paris.
- BIX Amy Sue (2004), *Engendering alternatives. Feminist medical rebels and women's health-care choices, 1965-1999*, pp. 153-180 in JOHNSTON Robert D. (curatore), *The politics of healing. A history of alternative medicine in twentieth-century North America*, Routledge, New York.
- CLEARLY Edward L. - STEIGENGA Timothy J. (curatori) (2000), *Resurgent voices in Latin America. Indigenous peoples, political mobilization, and religious change*, Rutgers University Press, New Brunswick.
- DEI Fabio (1996), *Medicine alternative: il senso del male nella postmodernità*, "I Fogli di Oriss", n. 5, 1996, pp. 29-56.
- DEI Fabio (2012), *Medicine non convenzionali: una prospettiva antropologica*, pp. 157-180, in Donatella Cozzi (curatrice), *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario*, Morlacchi Editore, Perugia, 2012.
- Faure Olivier (2002), *L'homéopathie entre contestation et intégration*, "Actes de la Recherche en Science Sociale", n. 143, 2002, pp. 88-96.
- FELDBERG Georgina (2004), *Inside-out. Holism and history in Toronto's women's health movement*, pp. 182-194, in JOHNSTON Robert D. (curatore), *The politics of healing: A history of alternative medicine in twentieth-century North America*, Routledge, New York.
- FLESCH Hannah (2007), *Silent voices. Women, complementary medicine, and the co-option of change, "Complementary Therapies in Clinical Practice"*, n. 13, 2007, pp. 166-173.
- FOUCAULT Michel (2005 [1976]), *Crisi della medicina o crisi dell'antimedicina?*, pp. 148-163, in FOUCAULT Michel, *Antologia. L'impazienza della libertà*, Feltrinelli, Milano [ediz. orig. del saggio: *Crisis de un modelo en la medicina?*, "Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud", n. 3, gennaio-aprile 1976, pp. 197-209].
- GOLDSTEIN Michael S. (2002), *The emerging socioeconomic and political support for alternative medicine in the United States*, "Annals of the American Academy of Political and Social Science", vol. 583, settembre 2002, pp. 44-63.
- ILLICH Ivan (2005 [1975]), *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, traduz. dall'inglese di D. Barbone, Boroli, Milano [ediz. orig.: *Medical Nemesis. The expropriation of health*, Calders and Boyars, London, 1975].
- JOHNSTON Robert D. (curatore) (2004), *The politics of healing. A history of alternative medicine in twentieth-century North America*, Routledge, New York.
- LANDY David (1974), *Traditional curers under the impact of western medicine*, "American Ethnologist", vol. 1, n. 1, 1974, pp. 103-127.
- LUPO Alessandro (2009), *Il mais nella croce. Pratiche e dinamiche religiose nel Messico indigeno*, CISU, Roma.
- MENÉNDEZ Eduardo (1992 [1983]), *Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Características estructurales* pp. 97-114, in CAMPOS NAVARRO Roberto (curatore) *La antropología médica en México*, 2 voll., Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), México [ediz. orig.: *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), México, 1983 (Cuadernos de la Casa Chata)].
- SAKS Mike (2003), *Orthodox and alternative medicine: politics, professionalization and health care*, Continuum, New York.

SCHIRRIPIA Pino - VULPIANI Pietro (curatori) (2000) *L'ambulatorio del guaritore. Forme e pratiche del confronto tra biomedicina e medicine tradizionali in Africa e nelle Americhe*, Argo, Lecce

SCHNEIDER Suzanne S. (2009), *Radical remedies. Women, health, and the micropolitics of grassroots organizing in Mexico*, "Medical Anthropology Quarterly", vol. 23, n. 3, 2009, pp. 235-256.

SCHNEIROV Matthew - GECZIK Johnatan David (2002), *A diagnosis for our times. Alternative health, from lifeworld to politics*, State University of New York, Albany (NY).

SOINTU Eeva (2011), *Detraditionalisation, gender and alternative and complementary medicines*, "Sociology of Health and Illness", vol. 33, n. 3, 2011, pp. 356-371.

TOVEY Philip - EASTHOPE Gary - ADAMS Jon (curatori) (2004), *Mainstreaming complementary and alternative medicine: studies in social context*, Routledge, London.

Scheda sull'Autrice

Lidia Donat è nata a La Spezia il 3 gennaio 1985. Si è laureata in Discipline etnoantropologiche nel 2011 presso la Sapienza Università di Roma con una tesi dal titolo *Teologia india e salud comunitaria in un pueblo nahua del sud di Veracruz*. Attualmente sta compiendo il XXVII ciclo dottorale presso la medesima Università, con un progetto sulla malnutrizione infantile in Messico.

Riassunto

Né doctor né curandero: le CAM (Complementary and Alternative Medicine) in un contesto indigeno messicano

L'intervento si propone di analizzare il variegato panorama delle cosiddette CAM in un villaggio indigeno messicano. L'indagine permetterà di individuare in primo luogo le continuità e le discontinuità con i risultati emersi da analoghe ricerche svolte nei contesti urbani (sia europei che americani), e di riflettere poi brevemente sulle implicazioni conseguenti l'emergere di operatori terapeutici non pienamente posizionabili all'interno della classica dicotomia biomedicina-medicina tradizionale.

Parole chiave: CAM, Messico, operatori terapeutici, tradizione/modernità.

Résumé

Ni doctor ni curandero: les CAM (Complementary and Alternative Medicine) dans un contexte indigène mexicaine

Cet article a pour but celui d'analyser le paysage hétérogène constitué par les traitements désignés comme CAM. L'investigation permettra d'abord de repérer les

continuités et les discontinuités par rapport aux résultats de recherches similaires menées dans des contextes urbaines (soit européens que américaines), et après de réfléchir brièvement sur les implications résultant de l'émergence des opérateurs thérapeutiques qui ne peuvent pas être pleinement placés dans la dichotomie classique biomédecine-médecine traditionnelle.

Mots clés: CAM, Mexique, opérateurs thérapeutiques, tradition/modernité.

Resumen

Ni doctor ni curandero: las CAM (Complementary and Alternative Medicine) en una comunidad indígena mexicana

El objetivo de este trabajo está en la análisis del variado panorama de las llamadas CAM en un pueblo indígena de México. El estudio primero identifica las continuidades y las discontinuidades con los resultados de investigaciones similares realizadas en las regiones urbanas (tanto europeos como americanos), y a continuación reflexiona brevemente sobre las implicaciones derivadas de la aparición de operadores terapéuticos que no pueden colocarse plenamente en la clásica dicotomía biomedicina-medicina tradicional.

Palabras claves: CAM, México, operadores terapéuticos, tradición/modernidad.

Abstract

Neither doctor nor curandero: the CAM (Complementary and Alternative Medicine) in an indigenous Mexican context

The purpose of this paper is to analyze the heterogeneous panorama of so-called CAM in a indigenous village in Mexico. The investigation first identifies the continuities and discontinuities with results of similar studies conducted in urban environments (both European and American), and then reflects briefly on the implications resulting from the emergence of therapeutic operators not fully positioned within the classical dichotomy biomedicine-traditional medicine.

Keywords: CAM, México, therapeutic operator, tradition/modernity.

Dalla riproduzione alla manipolazione dello Stato: gli “usi” del capitale sociale nel welfare che cambia.

Il caso dell’assistenza domiciliare sociale

Erica Eugeni

dottore di ricerca in Etnologia e etnoantropologia (Sapienza Università di Roma)
[erica.eugeni@gmail.com]

Introduzione: l’attuale panorama della cura e una prospettiva di analisi

Il recente cambiamento del panorama demografico ed epidemiologico caratterizzato dall’innalzamento dell’età media della popolazione e dall’aumento delle patologie croniche correlate; la considerevole riduzione delle risorse economiche a disposizione dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali; la necessità di ridurre le degenze medie nelle strutture ospedaliere⁽¹⁾; la direttiva di diminuire i ricoveri in strutture delle persone con malattie croniche o degenerative e di mantenere gli anziani nel loro tessuto sociale sono alcuni dei fattori che stanno orientando le politiche nella direzione di aumentare le cure e le prestazioni assistenziali erogate in contesto domiciliare o ambulatoriale⁽²⁾.

Alcuni di questi servizi sono garantiti dallo Stato ai cittadini attraverso l’utilizzo di organismi intermedi, inseriti all’interno di un sistema di concorrenza prossimo a quello di mercato, e il supporto e la solidarietà delle famiglie e delle comunità di vicinato. Anche la popolazione immigrata è coinvolta, a vario titolo, nella presa in carico del disagio, dal momento che gran parte delle operatrici impiegate direttamente dalle famiglie e dalle cooperative sociali per fornire assistenza provengono da paesi diversi dall’Italia e soprattutto dell’Est Europa. Questo ambito della presa in carico che si realizza al di fuori delle strutture tradizionalmente deputate alla gestione del disagio è, inoltre, prevalentemente declinato al femminile, tanto a livello dell’ambito pubblico, quanto degli organismi del terzo settore e dell’universo familiare. I ruoli di queste donne, tuttavia, trovano un diverso riconoscimento dal punto di vista istituzionale.

Alcune delle etnografie e degli studi pubblicati in merito alla presa in carico del disagio al di fuori del contesto istituzionale hanno focalizzato l'attenzione sul ripensamento dell'attuale economia morale e politica del *welfare* (per quanto riguarda il contesto italiano, ad esempio MUEHLEBACH A. 2007)⁽³⁾, la dipendenza rispetto ai servizi pubblici e alla collettività (GAGNON É. - SAILLANT F. 2000; SAILLANT F. - GAGNON É. 2001), ma anche la distribuzione delle responsabilità e delle competenze tra gli attori e gli organismi diversamente posizionati rispetto alla cura – settore pubblico, privato sociale, reti “informali” –, con particolare riferimento a quanti, giorno dopo giorno, si prendono cura di familiari malati o invalidi, senza tuttavia trovare un adeguato riconoscimento da un punto di vista istituzionale (SAILLANT F. 1999, 2003; SAILLANT F. - GAGNON É. 1999, 2001; BUNGENER M. 2004).

Tra i servizi erogati dal settore pubblico, prestati direttamente a casa degli utenti, c'è l'assistenza domiciliare a carattere sociale dedicata agli anziani, che ha costituito uno degli ambiti di indagine della mia ricerca di dottorato.

Questa modalità di erogazione delle cure, che non coinvolge esclusivamente il settore pubblico e i cittadini-utenti fruitori dell'assistenza, favorisce la creazione di un “campo della presa in carico” complesso e articolato, inteso, nell'accezione ad esso attribuita da Pierre Bourdieu, come «una rete o una configurazione di relazioni oggettive tra posizioni» (BOURDIEU P. 1992: 67). Ciascuna posizione ricoperta dagli attori, siano essi agenti o istituzioni, è caratterizzata, per l'autore, da specifiche proprietà che dipendono dalla sua possibilità di accesso alle risorse di potere o di capitale che garantiscono l'ottenimento di specifiche poste in gioco nel campo, ma anche dalle relazioni che essa intrattiene con altre posizioni⁽⁴⁾. Intendere questa modalità di presa in carico del disagio come un “campo”, nell'accezione pocanzi proposta, mi sembra possa costituire un utile strumento euristico attraverso il quale leggere i rapporti e le dinamiche esistenti tra gli attori coinvolti nella “produzione” e “fruizione” delle cure, nel momento in cui ho svolto il mio campo di ricerca.

Presentando un'etnografia minuta che sia in grado di penetrare nei “mondi locali”, in questo lavoro vorrei provare a riflettere su alcuni aspetti di questo “campo”, integrando le riflessioni già proposte dalla letteratura, con alcune prospettive sviluppate dall'antropologia politica. Essa concepisce gli Stati come siti di produzione culturale e simbolica, essi stessi sempre culturalmente rappresentati e percepiti in modi specifici (FERGUSON J. - GUPTA A. 2002), “finzioni” che si costruiscono nell'immaginario

di utenti e operatori attraverso le pratiche quotidiane e le interazioni con le istituzioni locali (GUPTA A. 1995; SHARMA A. - GUPTA A. 2006). La loro coesione, la loro coerenza sarebbero, dunque, il frutto di processi egemonici che non possono essere dati una volta per tutte (SHARMA A. - GUPTA A. 2006), ma che – esposti costantemente alla possibilità di essere ridiscussi – necessitano di essere riaffermati attraverso rappresentazioni e pratiche che legittimano e naturalizzano la loro autorità e li reificano come entità dotate di specifiche caratteristiche (FERGUSON J. - GUPTA A. 2002)⁽⁵⁾.

In questo scritto, in particolare, vorrei soffermarmi su alcuni attori di questo campo: i *caregiver* e gli utenti, e prestare attenzione, dal punto di vista etnografico, ad alcuni aspetti del rapporto che costoro intrattengono con le figure professionali, gli organismi del terzo settore e le istituzioni preposte alla gestione del disagio a livello locale e, per tramite di questi, con lo Stato, in quanto detentore del dovere di assistere e prendere in carico, ma anche come dispensatore di benefici che possono essere piegati agli interessi individuali degli anziani. Nel primo caso, essi acquisiscono la forma di richieste di riconoscimento del lavoro di cura, veicolate dalle *caregiver* che assistono ormai da lungo tempo i mariti invalidi e malati. Nel secondo, di una manipolazione volontaria degli operatori nei domicili, da parte degli anziani. Se è vero, infatti, che gli incontri quotidiani con il livello locale costituiscono il primo luogo in cui gli individui apprendono qualcosa dello Stato, tali interazioni consentono anche l'elaborazione di strategie attraverso le quali “contrastare” questo “Stato immaginario” (SHARMA A. - GUPTA A. 2006). Esso, per gli anziani in assistenza e per le loro famiglie, è prevalentemente mediato dagli incontri con gli operatori e i servizi sanitari e socio-sanitari, e si fa presente nelle loro vite quotidiane nella forma delle assistenti sociali in visita o delle operatrici domiciliari inviate dalle cooperative per svolgere il lavoro di cura. È agendo direttamente su costoro, che essi ritengono di poter ottenere i benefici a cui ambiscono.

Analizzando il ruolo delle donne che assistevano i propri compagni nei domicili e supportavano le cure erogate dalle cooperative sociali per conto del settore pubblico, si cercherà di mostrare come lo Stato si riproduca attraverso le cure che esse erogano, inscrivendosi, allo stesso tempo, nei corpi, nella forma di una nuova sofferenza. In seguito, presentando sinteticamente i casi di due anziani che nascondevano agli operatori domiciliari e alle assistenti sociali del Municipio, le risorse in termini di relazioni sulle quali potevano fare affidamento al di fuori dell'ambito familiare, si cercherà di mettere in evidenza come, se l'uso del capitale sociale costituisce uno degli strumenti principali attraverso i quali è possi-

bile mantenere l'anziano nel contesto domiciliare e garantire gli obiettivi dello Stato, negarne o nascondere l'esistenza agli operatori costituisce la pratica attraverso la quale gli utenti in assistenza tentano di sottrarsi ai meccanismi di controllo e di manipolare lo Stato stesso.

Restare a casa da anziani

La mia ricerca si è sviluppata tra il 2008 e il 2009, all'interno di un progetto dal titolo: "Cittadini e servizi sanitari, socio sanitari e sociali. Dalla solitudine competitiva alla democrazia cognitiva. Un percorso di ricerca epidemiologica ed etnografica", promosso da Sapienza Università di Roma e Agenzia di sanità pubblica della Regione Lazio, insieme ad un Municipio e ad una ASL di Roma. Il progetto, nella sua prima fase, comprendeva l'analisi più generale di alcuni aspetti dell'assistenza domiciliare non solo a carattere assistenziale, ma anche infermieristico e fisioterapico-riabilitativo nel territorio di un Distretto romano e del rispettivo Municipio, caratterizzato da un alto tasso di anziani. Questo in una città in cui, secondo i dati proposti nell'ambito del documento prodotto dal Gruppo di lavoro "Persone anziane: Sostegno e attivazione, per il Piano regolatore sociale di Roma capitale", realizzato nella seconda metà del 2009, le persone con un'età superiore ai 65 anni, al 1 gennaio 2009, erano circa 603.735, cioè quasi il 20% dell'intera popolazione residente. Di queste 315.502 comprese nella fascia di età tra i 65 ed i 74 anni, i cosiddetti "giovani anziani" e 288.233 oltre i 75: sono coloro che si è soliti definire i "grandi anziani" (TOGNETTI BORDOGNA M. cur. 2007).

La mia ricerca, come in precedenza sottolineato, era legata all'assistenza domiciliare sociale erogata nel Municipio in oggetto ed è stata svolta in parte direttamente nelle abitazioni di sei anziani in assistenza, individuati insieme al Servizio sociale professionale del Municipio, nel territorio e nelle sedi delle cooperative sociali che erogavano l'assistenza, in parte nei locali del Servizio sociale stesso. Questo secondo momento della ricerca mi ha permesso, tra le altre cose, di seguire la situazione di altri anziani in assistenza, non direttamente arruolati nel progetto dalle istituzioni promotrici.

L'obiettivo dell'assistenza domiciliare sociale erogata agli anziani è quello di mantenere la persona nel suo contesto di vita il più a lungo possibile, tramite l'invio di operatori direttamente a casa dell'utente, che si possono occupare di: cura della persona, preparazione dei pasti, pulizia della casa, spesa, disbrigo pratiche per conto dell'utente.

L'assistenza, presso il Municipio in oggetto, era erogata attraverso dieci cooperative accreditate presso il Registro Unico Cittadino per l'accreditamento di organismi operanti nei servizi alla persona (RUC)⁽⁶⁾. Il settore pubblico garantiva una preselezione degli organismi fornitori di servizi, i quali si trovavano poi a competere tra di loro. Ciascun utente, infatti, al momento dell'attivazione dell'assistenza, poteva scegliere la cooperativa che avrebbe erogato il servizio. All'assistenza domiciliare potevano accedere tutti gli anziani, indipendentemente dal loro reddito, presentando il loro modello ISEE⁽⁷⁾. Il servizio, infatti, non era totalmente gratuito – come accade, invece, per l'assistenza domiciliare alle persone con disabilità (legge 104 [art. 3 comma 3]) – ma presupponeva un contributo da parte dell'utente, sulla base di fasce di reddito.

Il primo incontro tra l'anziano e le assistenti sociali del Municipio, mediato dall'intervento del Servizio di accoglienza sociale dello stesso Municipio o dalla Sala di accoglienza sociale del Comune di Roma, poteva avvenire negli uffici del Servizio sociale, ma anche, se la persona era impossibilitata a raggiungere i locali del Municipio, nella stessa abitazione dell'utente. Nel corso di questo primo colloquio, le assistenti sociali cercavano di approfondire la situazione dell'anziano e di capire se, ed eventualmente come e in che misura, le prestazioni previste nell'ambito del servizio SAISA⁽⁸⁾ avrebbero potuto aiutare o migliorare la vita della persona. Contestualmente le assistenti sociali provvedevano a stendere una prima ipotesi di Piano di intervento individuale, nel quale venivano elencati gli interventi ritenuti necessari per l'anziano tra quelli previsti nell'ambito del servizio, segnalato il numero delle ore che l'assistente sociale riteneva necessario attribuire settimanalmente all'anziano e individuato l'obiettivo dell'assistenza stessa rispetto a ciascuna specifica situazione: evitare l'istituzionalizzazione, sostenere il coniuge o i familiari, mantenere l'anziano attivo nel contesto domiciliare. Il settore amministrativo del Servizio sociale, a questo punto, individuava l'eventuale quota a carico dell'utente in base al modello ISEE e all'ipotesi di Piano di intervento individuale elaborata dall'assistente sociale. Nel momento in cui venivano erogati fondi per procedere ai nuovi inserimenti nel servizio degli utenti in attesa, l'assistito era invitato a scegliere, tra gli organismi accreditati, una cooperativa sociale che avrebbe fornito l'operatore domiciliare. Generalmente si aveva una nuova visita domiciliare a cui partecipavano l'assistente sociale del Municipio, la responsabile del servizio presso la cooperativa selezionata e, se possibile, anche l'operatore domiciliare assegnato, finalizzata alla conoscenza reciproca e ad un eventuale ripensamento del Piano di intervento individuale.

Il servizio poteva prevedere delle nuove visite domiciliari da parte delle assistenti sociali, finalizzate a rivedere la situazione dell'utente e, eventualmente, ad integrare il numero delle ore o il tipo di prestazioni erogate.

Il welfare delle responsabilità condivise

Una presa in carico del disagio che si dispieghi al di fuori degli spazi tradizionalmente deputati, nel contesto più ampio della comunità, implica, dal punto di vista delle politiche e dei *policy makers*, un ripensamento del ruolo dei cittadini. Agli utenti e a quanti sono loro vicini si attribuisce una maggiore autonomia in quanto soggetti potenzialmente "competenti" e agenti di cambiamento e si chiede di contribuire a farsi carico dei loro propri bisogni e di pensare a se stessi come coinvolti nella produzione del bene collettivo. Essi devono farsi carico del loro destino e del destino dei loro concittadini (MUEHLEBACH A. 2007; PACI M. cur. 2008). Il cittadino è inserito in un territorio inteso come spazio di legami e di potenzialità, al cui centro c'è il concetto di comunità e delle sue risorse. Si riattiva l'idea di reciprocità e di dono; quest'ultimo non si situa più "tra il disegno istituzionale della società e le pratiche della vita quotidiana, sugli spazi lasciati liberi dai grandi meccanismi dell'economia e della politica" (DEI F. 2008: 22), ma diventa parte attiva del buon funzionamento dei meccanismi istituzionali (DEI F. 2008). Si valorizza, così, il peso delle comunità nelle attività di sostegno e aiuto per "quei bisogni che non hanno la forza di diventare domanda economica", come ribadito nell'ambito degli Stati generali del *welfare*, tenutisi a Roma, nel dicembre 2011. Le politiche sociali, in questo senso, agiscono non solo come "strumenti utilitaristici di assistenza", ma anche come "generatori di aree di tensione morale" (DEI F. 2008: 33), spronando i cittadini ad acquisire comportamenti altruistici e promuovendo una "cittadinanza etica" (MUEHLBACH A. 2007) nell'ambito della quale i soggetti sono vincolati da rapporti di moralità e affettività piuttosto che da legami politici e sociali. Da un "welfare assistenziale" si passa, così, ad uno delle "responsabilità condivise" (MARCON G. - SCILLETTA C. 2010).

I caregiver: soffrire tra "pubblico" e "privato"

L'assistenza domiciliare, dunque, non coinvolge esclusivamente dei "professionisti" della cura, ma anche il gruppo domestico nel suo complesso,

chiamato ad integrare e supportare le attività di cura e di assistenza. Solo grazie al suo intervento, e in gran parte dei casi al supporto delle donne, è possibile garantire il mantenimento dell'anziano nel contesto in cui ha sempre vissuto e evitare il ricovero. Il ruolo delle donne, infatti, adattandosi ai limiti e alle specificità degli interventi professionali, ne compensa le principali lacune (BUNGENER M. 2004) ed è incluso tra le risorse di cura disponibili per far fronte a situazione di disagio. Se l'attribuzione del ruolo di *caregiver*, soprattutto alle mogli di anziani in difficoltà, sembra riconosciuta, non altrettanto può dirsi per le specificità e la complessità del ruolo e le esigenze che ne derivano. Nonostante il sistema di *welfare* italiano, infatti, attribuisca alle famiglie un ruolo importante nella cura e nell'assistenza, non prevede un supporto adeguato in grado di sopperire ai costi emotivi e sociali legati al lavoro di cura. Per la situazione italiana e più generalmente per quello che viene definito "sistema sud europeo familistico"⁽⁹⁾, si parla in questo senso, di "sussidiarietà passiva".

Nel caso dell'assistenza domiciliare da me indagato, non esistevano interventi o contributi tesi a far fronte alle difficoltà a cui le donne andavano incontro, se si esclude la dichiarazione di intenti dell'assistenza stessa che, anche se attivata per uno dei membri della coppia, avrebbe dovuto, nei fatti, essere di sostegno al nucleo familiare nel suo complesso. Le donne con le quali sono entrata in contatto, che si prendevano cura dei mariti malati, erano a loro volta anziane e affette da problemi di salute. Mirella, una signora che da anni si occupava del marito affetto da Parkinson, era una di loro.

Sosteneva di essere l'unica, tra i familiari, ad occuparsi dell'uomo. I figli, sebbene definiti dalla cooperativa sociale che si occupava del papà come abbastanza presenti nella vita dell'anziana coppia, erano sposati e vivevano con le rispettive famiglie, e dunque non contribuivano al lavoro di cura domestica. Mirella ogni mattina si assumeva il gravoso compito di sollevare il marito dalla sedia su cui trascorreva gran parte della giornata e accompagnarlo, sostenendolo con le proprie forze, fino al bagno, dove lo aiutava a lavarsi il viso ed il corpo, lo radeva, gli tagliava le unghie e svolgeva per lui tutti i compiti legati all'igiene quotidiana; lo accompagnava in brevi passeggiate nel quartiere e presso i servizi sanitari. Nonostante prendersi cura del marito fosse dunque per Mirella oneroso da un punto di vista fisico, gran parte del disagio della donna era il prodotto del logoramento emotivo che la vicinanza obbligata e continuativa del marito malato le imponeva. Tale vicinanza, mi disse, le «portava via la testa». Come mi raccontò più volte, Mirella era terrorizzata soprattutto dagli occhi del marito, che, sosteneva, la guardavano con rimprovero e

con invidia ogni volta che si allontanava da lui, impedendole di svolgere serenamente la propria vita. La sua presenza accanto al marito, continuava, era negativa tanto per l'uomo che non poteva ottenere un'integrazione delle cure fornite dal settore pubblico poiché c'era qualcuno in grado di occuparsi di lui nel contesto familiare, che per lei, incatenata al capezzale di un malato. Mirella aveva cercato di manifestare le sue difficoltà e la sua sofferenza inoltrando delle richieste di modifica di alcuni aspetti dell'assistenza a quello che era il livello a lei più prossimo dello Stato assistenziale: la cooperativa che aveva selezionato per erogare le prestazioni assegnate al marito, tra quelle accreditate. Si era prima recata direttamente nella sede della cooperativa per ottenere un operatore di sesso maschile al posto dell'operatrice che le era stata assegnata. La donna riteneva, infatti, che un uomo, dotato di maggiore forza fisica, potesse più agevolmente aiutarla a spostare il marito – che aveva difficoltà legate alla deambulazione – e a compiere le quotidiane operazioni di cura dell'igiene dell'uomo, sollevandola, almeno in parte, dalla fatica fisica di prendersi cura di un disabile. La responsabile del servizio all'interno della cooperativa aveva accolto la richiesta, sebbene dubitasse delle motivazioni addotte dalla donna. La psicologa, infatti, riteneva che, in realtà, il desiderio dell'anziana fosse motivato da un suo imbarazzo determinato dalle attenzioni ambigue che l'uomo riservava alle operatrici di sesso femminile. Non riteneva, inoltre, che un uomo avrebbe potuto aiutare l'anziana in modo differente da quanto avrebbe potuto fare una donna, poiché in realtà, tutti gli operatori possiedono delle tecniche di gestione e spostamento della persona, che prescindono dalla mera forza fisica. Tempo dopo Mirella si era di nuovo recata nella sede della cooperativa, questa volta con l'obiettivo di ottenere un'integrazione delle ore di assistenza. La responsabile, in questo caso, non aveva potuto soddisfare il desiderio dell'anziana, sostenendo che aumentare il numero delle ore dedicate al marito non era possibile, ma che, se la signora lo desiderava, poteva chiedere l'attivazione dell'assistenza per sé. Mirella si era indignata, sostenendo di essere totalmente autonoma e di non avere, dunque, alcun bisogno di qualcuno che la sostenesse durante le passeggiate o le leggesse il giornale, come l'operatore attuale faceva con il marito. In seguito aveva riproposto, anche in mia presenza, la sua richiesta all'operatore domiciliare, direttamente nella sua abitazione, minacciando con rabbia di abbandonare il marito in un istituto di ricovero qualora non avesse ottenuto un aumento delle ore, perché, sosteneva: «persone così devono stare in un istituto!» Concludeva, tuttavia, sottolineando come, in qualità di moglie, suo compito fosse quello di occuparsi del marito finché era in vita. L'operatore si era limitato

ad ascoltare le rimozioni della donna e a suggerirle, come fatto dalla psicologa, di inoltrare anche per sé la domanda di assistenza. La motivazione con la quale l'anziana giustificava alle diverse operatrici e a me la richiesta di aumento delle ore non era legata né allo sforzo fisico, né al disagio emotivo. Un aumento delle ore le sarebbe stato necessario, a suo dire, per recarsi presso i presidi sanitari del territorio e svolgere dei controlli e delle analisi cliniche di cui aveva urgente bisogno, in altri termini per prendersi cura della sua salute. Più volte mostrò a me e all'operatore i risultati delle sue ultime analisi, insistendo affinché prendessimo atto delle sue precarie condizioni.

Mirella soffriva di quella che propongo di definire una “*illness* di riflesso”, un malessere che non trovando alcun genere di riconoscimento da un punto di vista dei servizi sanitari e sociali, si esprimeva mediante il linguaggio del disordine fisico. Per Mirella veicolare il suo malessere e la sua richiesta a me, necessariamente associata al Servizio sociale che mi aveva introdotto, e alle operatrici della cooperativa, nei termini di un malessere fisico e dunque come richiesta di tempo per svolgere esami medici, sembrava essere uno strumento più efficace per garantirsi una risposta positiva, in ragione della maggiore “credibilità” e legittimità accordata al disagio del corpo. È questa quella che FASSIN (2004) ha definito una “bio-legittimità”, che individua nel corpo “a rischio” una risorsa fondamentale per la richiesta e l'ottenimento, in questo caso, di una integrazione dell'assistenza. Allo stesso tempo, formalizzare la propria richiesta di tempo per sé nei termini della risposta ad un disagio fisico garantiva alla donna la de-responsabilizzazione rispetto alla sospensione del proprio ruolo di prestatrice di cure, come, probabilmente, non avrebbe potuto se avesse mostrato un cedimento di natura emotiva. Mirella e le altre *caregiver* erano, infatti, vincolate al loro ruolo di curatrici dal dovere e dalla responsabilità del ruolo di moglie che ricoprivano. Questo non lasciava spazio per il dubbio, anche perché, nei fatti, non esisteva una “reale” opposizione tra alternative possibili, che avrebbe potuto sollevarle dall'obbligo morale dell'assistenza. Come sostenne una di loro: «di fronte alla possibilità di finire in un istituto, tutti vogliono restare a casa propria e anche allo Stato dovrebbe costare di meno!»⁽¹⁰⁾.

Il processo attraverso il quale lo Stato assiste direttamente “nel territorio”, appoggiandosi ai valori e ai vincoli morali che legano le anziane ai loro mariti e al desiderio di restare a casa propria, acquisisce i caratteri di una esclusione dai tradizionali luoghi deputati alla cura, allo stesso tempo inclusiva, nella misura in cui trasforma il contesto intimo delle abitazioni in un luogo di presa in carico e i legami familiari in pratiche

di assistenza. “De-istituzionalizzando” l’assistenza, esso “istituzionalizza” lo spazio privato e i legami sociali. Le donne che assistevano i mariti anziani si sentivano, così, percepite e “trattate” dagli operatori del Servizio sociale come “risorse” di cura e assistenza al pari di quelle “professionali”, senza, tuttavia, che fossero loro riconosciuti le implicazioni e i costi fisici ed emotivi del lavoro di cura, proprio come nel caso di Mirella. In questo senso la sofferenza che le donne manifestavano non era solo espressione del rapporto continuativo con il disagio, ma anche il prodotto implicito di una specifica modalità di cura e dei servizi che la metteva in atto appoggiandosi ai legami familiari e comunitari su cui ciascun assistito poteva contare. Come Mirella aveva amaramente ricordato nel corso della discussione con l’operatore domiciliare, esclusivamente la presenza di un *caregiver*, in molti casi, poteva permettere a un anziano con una disabilità grave di essere preso in carico nello spazio domestico, garantendo allo Stato quel risparmio economico che spesso era identificato con il principale obiettivo di questa modalità di cura. Questo portava Mirella a minacciare, qualora non avesse ottenuto una integrazione dell’assistenza, di inserire il marito in un istituto specifico, per uscire dal ricatto della cura. La rabbia che le *caregiver* manifestavano nei riguardi di questo Stato – identificato e conosciuto attraverso i servizi sanitari e sociali di cui quotidianamente facevano esperienza e gli operatori della cura e dell’assistenza diversamente posizionati rispetto al settore pubblico –, contestava quella cura a termine che esso era in grado di offrire e la sofferenza che essa imponeva loro. Mirella, Nora e le altre donne che ho incontrato nel corso della ricerca, dopo aver assistito per anni mariti invalidi, si ribellavano all’idea di poter essere trattate alla stregua di “risorse di cura”: a loro volta anziane e malate, formalizzando a diversi livelli e con diverse modalità il loro disagio, rivendicavano anche per loro il diritto ad essere prese in carico in quanto sofferenti.

Gestire le risorse di cura

La gestione del disagio nel contesto domiciliare sollecitava, da parte degli anziani privi di una rete familiare di riferimento, la messa in gioco di risorse di assistenza “informali” o comunitarie che fossero in grado di integrare e supportare l’assistenza erogata dai Servizi sociali, altrimenti di per sé insufficiente a garantire il mantenimento nel contesto domestico.

Entro queste risorse “informali” ricadevano tanto le badanti, quanto la più ampia rete sociale su cui la persona poteva fare affidamento. In molti

casi si trattava di un “capitale sociale”⁽¹¹⁾ costruito dagli stessi anziani per far fronte alle proprie esigenze, più spesso dell’intervento “spontaneo” del quartiere.

Gran parte degli anziani con i quali sono entrata in contatto vivevano da tempo nel quartiere e potevano dunque fare affidamento su una rete di rapporti profonda e strutturata, consolidata nel corso degli anni. Tra i principali riferimenti vi erano i vicini di casa, i portieri dei palazzi, i proprietari dei negozi e dei ristoranti della zona, che provvedevano tanto a supportare gli anziani nelle incombenze quotidiane, quanto ad integrare le loro risorse economiche, spesso assai ridotte, fornendo soprattutto pasti gratuiti.

Per contraccambiare l’aiuto che ricevevano, alcuni anziani si impegnavano in attività che avevano per loro il valore di un vero e proprio lavoro, offrendo a loro volta servizi o beni, comunque secondo le loro disponibilità e possibilità. Maria, ad esempio, un’anziana donna malata che da anni non usciva più dalla propria abitazione, piegava i tovaglioli di uno dei proprietari del bar della zona o ricompensava i pasti che gratuitamente costui le forniva badando ai suoi due figli. Allo stesso modo utilizzava la frutta e la verdura che riceveva da un’amica che lavorava al mercato rionale per ottenere, donandole a sua volta, dei servizi dai propri vicini di casa. Floriana, un’altra anziana donna sola e in cattivi rapporti con il figlio e la moglie di costui, scambiava i quotidiani gratuiti che chiedeva all’operatrice domiciliare di procurarle, con i pasti gratuiti che un ristorante del quartiere le garantiva giornalmente e, facendo leva sulla sua giovialità e sul suo buon carattere, otteneva aiuto e supporto da negozianti e artigiani della zona.

Nei casi in cui i servizi non erano in grado di garantire un supporto adeguato e il soddisfacimento di tutti i bisogni degli anziani, costoro avevano, dunque, messo in moto un sistema di piccole transazioni, riciclando materiali di differente provenienza, spesso di scarto o di seconda mano, che tuttavia acquisivano per loro un grande valore: potevano essere scambiati. Ne scaturivano spesso forme ibride, che attingevano tanto all’ambito della comunità e delle risorse informali, quanto a quello del supporto formale fornito dai servizi.

Coloro che nel quartiere supportavano gli assistiti erano fondamentali per il mantenimento nel contesto domiciliare degli anziani soli o privi di un supporto familiare, sia perché consentivano al Servizio sociale di poter garantire, con i propri mezzi, solo una parte dei bisogni di assistenza degli anziani, sia perché costituivano una ricca fonte di informazioni per

le assistenti sociali del Municipio. In questo senso, il dono in termini di tempo e di servizi prestati dalla comunità diventava parte attiva del buon funzionamento dei processi istituzionali stessi, uno punto di raccordo tra “istituzioni e vita quotidiana” (DEI F. 2008: 22). Grazie a loro era possibile ricostruire la situazione economica della persona, comprendere se e a quali contributi o agevolazioni avrebbe potuto accedere e avere un referente al quale rivolgersi in caso di necessità, soprattutto nel caso di anziani completamente privi di supporto familiare.

Le assistenti sociali del Servizio sociale e della cooperativa si ponevano, quindi, come coordinatrici non solamente delle risorse che erogavano direttamente, ma anche delle risorse “informali” che dovevano essere conosciute e capitalizzate, in una logica di complementarità tra saperi e pratiche “informali” e competenze e responsabilità professionali. Nel corso delle visite domiciliari finalizzate alla comprensione della situazione degli anziani e preliminari all’attivazione dell’assistenza e alla scelta del numero delle ore e del tipo di servizi da assegnare, le assistenti sociali del Municipio chiedevano sempre, tra le altre cose, su quali persone l’anziano potesse fare affidamento e in che termini. Nei casi in cui amici o vicini di casa sostenevano in maniera particolarmente significativa un anziano, ad esempio accompagnandolo presso i servizi sanitari o ricordandogli scadenze e pagamenti, le assistenti sociali potevano chiedere anche l’indirizzo o il numero di telefono di colui che prestava aiuto, per contattarlo direttamente e comprendere meglio il grado di autonomia, le risorse economiche e le spese sostenute dall’anziano stesso.

Nonostante ciò, non tutte le risorse erano note al Servizio sociale e alle cooperative. L’attività di ricomposizione e valorizzazione spesso si scontrava con la diffidenza degli anziani stessi, non sempre ben disposti a concedere agli operatori la fiducia che questi ultimi ritenevano si dovesse accordare a loro e ai servizi. In questi casi, il colloquio tra anziano e assistente sociale e le stesse visite domiciliari acquisivano, anche in ragione della limitatezza delle risorse economiche a disposizione dei Servizi sociali, il carattere di un’indagine poliziesca, invece che di un processo di co-costruzione e co-formulazione di un disagio.

Aurora, un’anziana sola e poco amata nel quartiere a causa del suo carattere difficile, ad esempio, usufruiva del supporto di una giovane donna rumena, Laura, che incontravo ogni mattina in cui mi recavo presso la sua abitazione. Né l’operatrice domiciliare né il Servizio sociale erano mai riusciti a capire in che termini si articolasse il rapporto tra le due donne, poiché l’anziana rispondeva in maniera evasiva a tutte le domande che le

venivano poste. Quando inizia la ricerca l'assistente sociale del Municipio chiese anche a me di cercare di capire come stavano le cose, ma Aurora fu reticente con me come lo era stata con le operatrici del settore pubblico e del privato sociale, negando soprattutto con forza che la giovane dormisse a casa sua e sostenendo che si trattava di un'amica che ogni tanto passava a trovarla. Confrontandomi con l'operatrice domiciliare che frequentava abitualmente e più da vicino l'anziana e la sua casa rispetto alle assistenti sociali del Servizio sociale, arrivammo alla conclusione che probabilmente Aurora offriva ospitalità alla giovane donna per non dover restare da sola nel corso della notte, in cambio di un aiuto domestico. Come altri anziani, Aurora voleva nascondere l'esistenza delle "risorse" altre rispetto a quelle istituzionali sulle quali poteva fare affidamento, tentando di eludere tanto le richieste delle assistenti sociali, quanto quelle dell'operatrice, nonostante le evidenze. La donna riteneva che mostrare il fatto di poter contare su altre forme di supporto le avrebbe precluso i servizi o le agevolazioni che aveva o che avrebbe potuto avere dal Municipio e questo la portava a nascondere tali risorse per contrastare la possibilità di vedersi sottratti i benefici ottenuti. In un'altra occasione, nel corso di una visita domiciliare effettuato da un'assistente sociale con la responsabile dell'assistenza per la cooperativa selezionata dall'anziano, ebbi modo di constatare come il tentativo di nascondere alle operatrici le risorse di relazione sulle quali si poteva contare fosse una pratica abbastanza comune tra gli utenti. L'assistente sociale del Municipio aveva già incontrato l'anziano, dunque introdusse brevemente a me e all'assistente sociale della cooperativa la sua storia e la sua condizione familiare, invitandolo poi ad integrare il racconto e chiedendogli di commentare le numerose foto che decoravano le pareti. Nel narrare la sua storia l'anziano sembrava titubante, insisteva sulle sue difficoltà economiche, ma soprattutto sulla sua solitudine. Non tutti i passaggi della storia coincidevano con quanto l'assistente sociale del Municipio ricordava di avergli sentito dire nel corso del colloqui precedente: alcuni fatti erano omessi, altri narrati in modo differente. La donna cercava, allora, di sollecitare i ricordi dell'anziano ponendogli domande o chiedendogli spiegazioni e chiarimenti, con fare sempre più incalzante. Mentre ancora ascoltavamo il suo racconto, suonò il citofono e l'anziano abbandonò la stanza per rispondere. Evidentemente ritenendo che non potessimo ascoltare la conversazione, iniziò a discutere con la donna che si trovava in basso. In realtà, la relativa contiguità degli ambienti e la porta lasciata incautamente aperta, ci consentirono di partecipare all'intera conversazione. Il tono e la gentilezza con la quale l'anziano si rivolse alla donna denunciavano un rapporto particolarmente intimo tra

i due interlocutori. L'anziano rispose alla donna, con un filo di voce, che non poteva salire poiché c'era l'assistente sociale in visita e di ripassare, dunque, più tardi. Tornato, l'uomo si scusò dell'interruzione e sostenne che si era trattato dell'errore di qualcuno che aveva sbagliato a citofonare, mentendo, dunque, a tutte noi. Le due operatrici, evidentemente non convinte dalle spiegazioni dell'anziano, si guardarono con aria perplessa e si riproposero di approfondire la questione in un secondo momento.

La visita domiciliare si configura come una sorta di "rituale di sorveglianza" (FERGUSON J. - GUPTA A. 2002) attraverso il quale l'anziano come altri utenti e potenziali tali accedono allo Stato e lo incorporano, non in quanto entità astratta, ma nelle persone di uomini e donne che hanno il potere di valutare un disagio e stabilire se e in che misura elargire un aiuto. Contrastare la possibilità di vedersi preclusi benefici e agevolazioni in ragione delle risorse alternative a quelle dei servizi sulle quali potevano fare affidamento, voleva dire per gli utenti manipolare gli operatori che rappresentavano lo Stato nelle loro abitazioni, gli operatori domiciliari come nel caso di Aurora, ma anche le assistenti sociali, e intervenire attivamente nel miglioramento delle proprie condizioni di vita, tentando di cumulare benefici derivanti da risorse di assistenza di diversa natura.

Gli operatori inviati dai servizi lavoravano al di fuori delle strutture istituzionali, negli spazi privati e ambigui delle abitazioni e in questo senso erano più esposti e "vulnerabili" alle manipolazioni e alle strategie degli anziani. Questi ultimi, negando a costoro informazioni rispetto alle risorse in termini di relazioni sulle quali potevano fare affidamento o camuffando la propria situazione personale o economica, cercavano di contrastare i meccanismi istituzionali e gestire, dunque, lo Stato stesso a proprio vantaggio.

Conclusioni

L'assistenza nel contesto domiciliare, proprio perché erogata al di fuori degli spazi istituzionali, in un contesto fluido e di maggiore intimità come quello domestico, lascia emergere con maggiore evidenza le contraddizioni e le ambiguità degli attuali sistemi di presa in carico.

L'"oggetto" intorno al quale prendono vita le pratiche degli operatori e degli anziani sono le risorse di relazione su cui ciascuna persona in situazione di disagio può contare. Il "capitale sociale", così, è al cuore degli attuali sistemi di presa in carico. La sua gestione costituisce non solo per

gli utenti ai quali garantisce un sollievo, ma anche per lo Stato la posta in gioco nel campo della cura e dell'assistenza. Accedere al "capitale sociale" degli anziani, infatti, – tanto nella forma delle mogli che assolvono alle quotidiane attività di cura, quanto come relazioni di supporto altre rispetto al contesto familiare –, costituisce un utile strumento di *governance*⁽¹²⁾ attraverso il quale realizzare le finalità e gli obiettivi dell'assistenza e in questo senso per riprodurre i meccanismi istituzionali.

L'assistenza domiciliare, tuttavia, pensata per alleviare i disagi legati all'istituzionalizzazione degli anziani, per come immaginata e organizzata dai servizi pubblici, può determinare nuove sofferenze, come nel caso del malessere delle donne vincolate al capezzale dei mariti invalidi. Nel caso delle anziane *caregiver*, la richiesta veicolata secondo l'offerta di un corpo sofferente esposto, dunque come *disease*, nella prospettiva dell'ottenimento di un beneficio (l'integrazione dell'assistenza), non esaurisce il rapporto tra Stato, corpo e valori sociali, ma ne costituisce esclusivamente un aspetto. Quella sofferenza che le donne non erano legittimate a veicolare e che non trovava un adeguato riconoscimento dal punto di vista delle istituzioni, che era cioè negata in quanto *sickness*⁽¹³⁾ non riuscendo a divenire socialmente significativa, era il prodotto della cura "a tempo" che lo Stato era in grado di offrire e che, appoggiandosi ai valori sociali che vedono il ruolo di moglie come quello di colei che accudisce e si prende cura, precludeva loro l'emancipazione dallo spazio domestico e dal ruolo di erogatrice di cure. Se si considera l'incorporazione come «la pratica che rende alcune idee, ideologie o rapporti di potere riconoscibili e effettivi nelle vite personali e sociali degli esseri umani» (PIZZA G. - JOHANNESSEN H. 2009: 14), questa sofferenza costituisce una vera e propria forma di "incorporazione dello Stato", dal momento che essa è il prodotto di politiche specifiche, di una modalità di organizzazione, in questo caso, dei servizi e delle cure e dei valori che ad entrambe soggiacciono.

Allo stesso tempo, il contesto in cui questo tipo di assistenza si dispiega anche in ragione della sua relativa marginalità rispetto agli spazi formalizzati dei servizi, favorisce l'apertura di spazi di agentività da parte dei fruitori dell'assistenza, laddove con questo termine intendo fare riferimento, seguendo Ortner (2006), ad una forma di potere che le persone hanno a disposizione per influenzare gli altri o gli eventi e mantenere il controllo sulla propria vita. Gli utenti e i *caregiver*, così, negando agli operatori le informazioni circa la loro rete di supporto nel primo caso, manifestando il proprio malessere nella forma di un cedimento fisico nel secondo, mettono in discussione la legittimità dell'intervento pubblico e l'efficacia dei dispositivi istituzionali stessi (FASSIN D. 1996).

Note

(1) In questo senso, lo spostamento delle cure in contesto domiciliare costituisce uno degli strumenti attraverso i quali ottimizzare le risorse a disposizione e fronteggiare quella che FASSIN (1996) ha definito messa in causa della “funzione di regolazione economica”: una delle crisi che stanno oggi attraversando i sistemi delle cure, dal punto di vista dello Stato. Tali crisi si giustificano, tra le altre cose, in rapporto alla crisi economica più in generale, ma anche al cambiamento del panorama epidemiologico, di cui si è detto, e all’aumento della richiesta e dell’erogazione di cure, per alcuni versi prodotto di quella che oggi viene comunemente definita “medicina difensiva”.

(2) Il tasso di istituzionalizzazione, in Italia, in realtà non ha mai superato il 2%. Questo modesto sviluppo della residenzialità non è mai stato supportato da una implementazione dei servizi domiciliari e semiresidenziali, nonostante la de-istituzionalizzazione sia parte delle retoriche politiche ormai dagli anni '70 (DA ROIT B. 2009). Per quanto riguarda la situazione attuale dei servizi dedicati alle non autosufficienze in Italia, vedi, tra gli altri, NETWORK NON AUTOSUFFICIENZE cur. 2009, 2010, 2011; GORI C. cur. 2004, 2008; TRABUCCHI M. 2005; TOGNETTI BORDOGNA M. cur. 2007.

(3) Rispetto ai cambiamenti nell’attuale modello di *welfare* vedi, tra gli altri, DONATI P. 2000; GORI C. 2002; RODGER J. 2004; PACI M. cur. 2008; KAZEPOV Y. cur. 2009.

(4) Per un utilizzo del concetto di campo di forze in rapporto all’ambito della cura, si veda SCHIRRIPIA P. 2005.

(5) Per un quadro complessivo in merito al dibattito, si veda PALUMBO B. 2011.

(6) A Roma la modalità di accreditamento è introdotta a partire dalla delibera comunale 30 dicembre 2000, n. 1532. La procedura di accreditamento è organizzata sulla base di tre ambiti di intervento (minori, anziani, handicap) e prevede due momenti e due albi distinti, uno cittadino, per accedere al quale è necessario essere in possesso di alcuni requisiti generali, e uno municipale. L’iscrizione presso il primo albo costituisce prerequisito necessario per l’accesso al secondo, che valuta il possesso o meno di specifici requisiti territoriali.

(7) L’Indicatore della situazione economica equivalente è lo strumento individuato a livello nazionale per l’accesso alle prestazioni e, in taluni casi, per il calcolo del livello di compartecipazione dell’utente al costo del servizio erogato.

(8) Servizio per l’autonomia e l’integrazione sociale della persona anziana.

(9) Per un quadro riassuntivo del dibattito in merito ai modelli di *welfare* in Europa si veda KAZEPOV Y. cur. 2009.

(10) N.N. conversazione informale (Note di campo, giugno 2008).

(11) Utilizzo il concetto di capitale sociale nell’accezione attribuita al termine da P. BOURDIEU (1980), come insieme delle relazioni personali direttamente mobilitate da un individuo per perseguire specifici fini o migliorare la propria condizione o, in altri termini, come l’insieme delle risorse che derivano ad un individuo dal possesso di determinate relazioni. Scelgo di avvalermi di questa definizione e non di quella di R. PUTNAM (1993), – per il quale il capitale sociale è costituito da quei fattori che migliorano l’efficienza dell’organizzazione sociale nel suo complesso favorendo la cooperazione tra gli individui, come le reti di associazionismo civico, la fiducia, le norme di convivenza e di reciprocità – in prima istanza poiché in questa sede mi interessa prendere in considerazione le reti personali tra soggetti individuali (TRIGLIA C. 2001) e non il capitale sociale in quanto caratteristica dell’intero sistema sociale. La definizione di Bourdieu, inoltre, mi permette di analizzare gli usi strumentali del capitale sociale in funzione di specifici obiettivi, usi i cui esiti possono essere non efficaci o addirittura dannosi per altre finalità (PISELLI F. 2001) e comunque non necessariamente positivi per la collettività (TRIGLIA C. 2001). Abbracciare questa prospettiva mi consente, dunque, di indagare l’uso che dei legami viene fatto, i modi in cui le risorse vengono combinate, le strategie particolari degli attori in situazioni specifiche, la razionalità che soggiace alle scelte a partire dalle informazioni di cui i

soggetti dispongono. Per il dibattito intorno al concetto di capitale sociale vedi BAGNASCO A. - PISELLI F. - PIZZORNO A. - TRIGLIA C. *cult.* 2001; MINELLI M. 2007.

⁽¹²⁾ Utilizzo il termine *governance* nell'accezione ad esso attribuita da SHORE e WRIGHT (1997), intendendo, dunque, quei processi complessi attraverso i quali le politiche influenzano le condotte degli individui in modo che essi contribuiscano al mantenimento dell'ordine sociale. Un tipo di potere, dunque, continuano gli autori, che agisce su e attraverso gli individui in quanto soggetti liberi e razionali; che presuppone piuttosto che annullare la loro capacità/possibilità di azione.

⁽¹³⁾ Uso, in questo caso, il concetto di *sickness* inteso come «quel processo attraverso il quale i segni comportamentali e biologici preoccupanti [...] vengono investiti di significati socialmente riconoscibili: essi vengono cioè convertiti in sintomi e risultati socialmente significativi» (YOUNG A. 2006 [1982]: 124).

Bibliografia

BAGNASCO Alessandro - PISELLI Fortunata - PIZZORNO Alessandro - TRIGLIA Carlo (curatori) (2001), *Il capitale sociale. Istruzioni per l'uso*, Il Mulino, Bologna.

BOURDIEU Pierre (1980), *Le capital social: notes provisoires*, «Actes de la Recherche en Sciences Sociales», 1980, n. 31, pp. 2-3.

BOURDIEU Pierre (1992), *Risposte. Per un'antropologia riflessiva*, Bollati Boringhieri, Torino.

BUNGNER Martine (2004), *Une gestion des corps malades et vieillissants. Le transfert domestique des activités de soins*, pp. 109-133, in FASSIN Didier - MEMMI Dominique (curatori), *Le gouvernement des corps*, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris.

DA ROIT Barbara (2009), *Le politiche di assistenza agli anziani*, pp. 201-221, in KAZEPOV Yuri (curatore), *La dimensione territoriali delle politiche sociali in Italia*, Carocci, Roma.

DEI Fabio (2008), *Tra le maglie della rete: il dono come pratica di cultura popolare*, pp. 11-41, in DEI Fabio - ARIA Matteo (curatori), *Culture del dono*, Meltemi, Roma.

DONATI Paolo (2000), *La cittadinanza societaria*, Laterza, Roma - Bari.

FASSIN Didier (1996), *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Presses Universitaires de France, Paris.

FASSIN Didier (2006), *Un ethos compassionevole. La sofferenza come linguaggio, l'ascolto come politica*, pp. 93-112, in QUARANTA Ivo (curatore), *Sofferenza sociale*, "Antropologia", anno 6, n. 8, 2006 (numero monografico).

FASSIN Didier (2004), *Les corps exposés. Essai d'économie morale de l'illegitimité*, pp. 237-266, in FASSIN Didier - MEMMI Dominique (curatori), *Le gouvernement des corps*, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris.

FASSIN Didier - MEMMI Dominique (2004), *Le gouvernement de la vie, mode d'emploi*, pp. 9-33, in FASSIN Didier - MEMMI Dominique (curatori), *Le gouvernement des corps*, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris.

FERGUSON James - GUPTA Akhil (2002), *Spatializing states. Toward an ethnography of neoliberal governmentality*, "American Ethnologist", vol. 29, n. 4, 2002, pp. 981-1002.

GAGNON Éric - SAILLANT Francine (2000), *De la dépendance et de l'accompagnement. Soins à domicile et liens sociaux*, L'Harmattan - Les Presses de l'Université Laval, Paris - Québec.

GORI Cristiano (2002), *Il welfare nascosto. Il mercato privato dell'assistenza in Italia e in Europa*, Carocci, Roma.

GORI Cristiano (curatore) (2004), *La riforma dei servizi sociali in Italia*, Carocci, Roma.

GORI Cristiano (curatore) (2008), *Le riforme regionali per i non autosufficienti. Gli interventi realizzati e i rapporti con lo Stato*, Carocci, Roma.

KAZEPOV Yuri (curatore) (2009), *La dimensione territoriale delle politiche sociali in Italia*, Carocci, Roma.

MARCON Giuseppe - SCILLETTA Claudia (2010), *Il ruolo del welfare civile nel welfare mix. Bisogni non evasi dal welfare pubblico. Rapporto provvisorio* [www.tv.camcom.it/docs/Studi/welfarecivile_rapporto.pdf].

MINELLI Massimiliano (2007), *Capitale sociale e salute. Una bibliografia ragionata*, Morlacchi Editore, Perugia.

MUEHLEBACH Andrea (2007), *The enemy in the house. Economies of intimacy in an era of privatization*, "Cahiers Parisiens / Parisian Notebooks", n. 3, 2007, pp. 590-603.

NETWORK NON AUTOSUFFICIENZE (curatore) (2009), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*, Rapporto promosso dall'IRCCS-INRCA per l'Agenzia nazionale per l'invecchiamento, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna (provincia di Rimini).

NETWORK NON AUTOSUFFICIENZE (curatore) (2010), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. II Rapporto*, Rapporto promosso dall'IRCCS-INRCA per l'Agenzia nazionale per l'invecchiamento, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna (provincia di Rimini).

NETWORK NON AUTOSUFFICIENZE (curatore) (2011), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. III Rapporto*, Rapporto promosso dall'IRCCS-INRCA per l'Agenzia nazionale per l'invecchiamento, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna (provincia di Rimini).

ORTNER Sherry B. (2006), *Anthropology and social theory. Culture, power and the acting subject*, Duke University Press, Durham - London.

PACI Massimo (curatore) (2008), *Welfare locale e democrazia partecipativa*, Il Mulino, Bologna.

PISELLI Fortunata (2001), *Capitale sociale: un concetto situazionale e dinamico*, pp. 47-76, in BAGNASCO Arnaldo - PISELLI Fortunata - PIZZORNO Alessandro - TRIGLIA Carlo (curatori), *Il capitale sociale. Istruzioni per l'uso*, Il Mulino, Bologna.

PIZZA Giovanni - JOHANNESSEN Helle (2009), *Editorial. Two or three things about embodiment and the State*, pp. 13-20, in PIZZA Giovanni - JOHANNESSEN Helle (curatori) (2009), *Embodiment and the State. Health, biopolitics and the intimate life of State powers*, "AM Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica", n. 27-28, ottobre 2009 (numero monografico).

PUTNAM Robert D. (1993), *Making democracy work*, Princeton University Press, Princeton.

RODGER John J. (2004), *Il nuovo welfare societario*, Centro Studi Erickson, Trento.

PALUMBO Bernardino (2011), *La somiglianza è un'istituzione: classificare, agire, disciplinare*, pp. 207-240, in FALDINI Luisa - PILI Eliana (curatori) *Saperi, media e società civile nell'Italia contemporanea. Atti del Primo Convegno nazionale ANUAC, Matera 29-31 maggio 2008*, CISU, Roma.

SAILLANT Francine (1999), *Femmes, soins domestiques et espace thérapeutique*, "Anthropologie et Société", vol. 23, n. 2, 1999, pp. 15-39.

SAILLANT Francine (2003), *Le mouvement des femmes, la transformation des systèmes de santé et l'enjeu des savoirs*, pp. 263-282, in SAILLANT Francine - BOULIANNE Manon (curatori), *Transformations sociales, genre et santé. Perspectives critiques et comparatives*, PUL - L'Harmattan, Québec - Paris.

SAILLANT Francine - CLEMENT Michel - GAUCHER Charles (curatori) (2004), *Identités, vulnérabilités, communautés*, Les Éditions Nota Bene, Montréal.

SAILLANT Francine - GAGNON Éric (1999), *Présentation. Vers une anthropologie des soins*, "Anthropologie et Société", vol. 23, n. 2, 1999, pp. 5-11.

SAILLANT Francine - GAGNON Éric (2001), *Responsabilité pour autrui et dépendance dans la modernité avancée. Le cas de l'aide aux proches*, "Lien Social et Politique", XLVI, 2001, pp. 55-69.

SARACENO Chiara (2003), *Mutamenti della famiglia e politiche sociali in Italia*, Il Mulino, Bologna.

SCHIRRIPIA Pino (2005), *Le politiche della cura. Terapie, potere e tradizione nel Ghana contemporaneo*, Argo, Lecce.

SHARMA Aradhana - GUPTA Akhil (2006), *Introduction. Rethinking theories of the State in an age of globalization*, pp. 1-41, in SHARMA Aradhana - GUPTA Akhil (curatori), *The anthropology of the State. A reader*, Blackwell Publishing, Malden - Oxford - Carlton - Victoria.

SHORE Cris - WRIGHT Susan (curatori) (1997), *Anthropology of policy. Critical perspectives on governance and power*, Routledge, London - New York.

TOGNETTI BORDOGNA Mara (curatore) (2007), *I grandi anziani tra definizione sociale e salute*, Franco Angeli, Milano.

TRABUCCHI Marco (2005), *I vecchi, la città e la medicina*, Il Mulino, Bologna.

TRIGLIA Carlo (2001), *Introduzione: ritorno alle reti*, pp. 7-18, in BAGNASCO Arnaldo - PISELLI Fortunata - PIZZORNO Alessandro - TRIGLIA Carlo (curatori), *Il capitale sociale. Istruzioni per l'uso*, Il Mulino, Bologna.

YOUNG Allan (2006 [1982]), *Antropologie della "illness" e della "sickness"*, pp. 107-148, in QUARANTA Ivo (curatore), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano [ediz. orig. del saggio: *The anthropology of illness and sickness*, "Annual Review of Anthropology", n. 11, 1982, pp. 257-285].

Scheda sull'Autrice

Nel 2011 ha conseguito il dottorato di ricerca in Etnologia e etnoantropologia presso la Sapienza Università di Roma. Attualmente insegna, in qualità di docente a contratto, nel Corso di laurea in Ostetricia e nel Corso di laurea di primo livello in Infermieristica, della Sapienza Università di Roma. Collabora con l'Agenzia di sanità pubblica della Regione Lazio alla realizzazione di un'indagine sulla qualità percepita dei servizi, le storie di malattia e i percorsi di cura di pazienti affetti da artrite reumatoide. È membro, inoltre, del Gruppo di lavoro "Analisi qualitativa dei fenomeni sanitari e socio-sanitari", presso la stessa Agenzia. Tra i suoi principali ambiti di interesse vi sono la biomedicina, le narrazioni di malattia, la malattia cronica, il *welfare state*, l'ambito delle istituzioni sanitarie e dei servizi sanitari, socio sanitari e sociali in Italia.

Riassunto

Dalla riproduzione alla manipolazione dello Stato: gli usi del capitale sociale nel welfare che cambia. Il caso dell'assistenza domiciliare sociale

Nell'attuale panorama della cura e dell'assistenza, motivazioni di varia natura sono invocate per legittimare l'erogazione di una quantità sempre maggiore di prestazioni sanitarie e sociali in contesto domiciliare. Questo attraverso il coinvolgimento non solo di attori legati al settore pubblico, ma anche del privato sociale, della famiglia e della comunità più in generale. Partendo dal caso dell'assistenza sociale domiciliare erogata agli anziani dal settore pubblico, l'articolo cerca di mostrare come la posta in gioco negli attuali sistemi di presa in carico sia costituita dal capitale sociale e dalla sua gestione. Il capitale sociale rappresenta tanto lo strumento attraverso il quale lo Stato

assistenziale si riproduce, determinando però, a sua volta, nuove forme di sofferenza nei *caregiver* chiamati ad integrare le attività di assistenza; quanto lo strumento attraverso il quale gli assistiti tentano di manipolare lo Stato stesso a proprio vantaggio.

Parole chiave: capitale sociale, welfare state, cure primarie, anziani, caregiver.

Résumé

De la reproduction à la manipulation de l'État: les utilisations du capital social dans l'État providence qui change. Le cas de la prise en charge sociale à la maison

Aujourd'hui, plusieurs raisons sont invoquées pour justifier la distribution d'une quantité de plus en plus importante de soins et de prestations d'aides sociales à domicile. Ceci grâce à la participation non seulement des acteurs liés au secteur public, mais aussi du secteur social privé, de la famille et de la communauté plus en général. En partant du cas de l'aide sociale livrés à domicile aux personnes âgées par le secteur public, l'article cherche à montrer comment les enjeux dans les actuels systèmes de prise en charge sont représentés par le capital social et sa gestion. Il représente autant l'instrument à travers lequel l'État-providence se reproduit, mais déterminant, à son tour, de nouvelles formes de souffrance chez les soignants appelés à intégrer les activités d'assistance; que l'instrument à travers lequel les assistés tentent de manipuler l'état à leur propre avantage.

Mots-clés: capital social, état-providence, soins primaires, personne âgée, soignants.

Resumen

De la reproducción a la manipulación del Estado: los usos del capital social en el bienestar que cambia. El caso de la asistencia social domiciliar

En el panorama actual de la cura y de la asistencia social, se invocan motivaciones de natura diferente para legitimar la erogación de una cantidad siempre mayor de servicios en contexto domiciliario. Esto ocurre no solo a través de la participación de los actores vinculados al sector público, sino también de los que pertenecen al sector del privado social, de las familias y de las comunidades en general. A partir del caso de la asistencia social domiciliar prestada a los ancianos por parte del sector público, este artículo pretende poner en luz cuanto la puesta en juego en los sistemas actuales de atención médica sea definida por el capital social y su gestión. El capital social representa tanto el instrumento a través del cual el Estado asistencial se reproduce, aunque determinando, a su vez, nuevas formas de sufrimiento en los *caregiver*

responsables de integrar las actividades del atención medica; cuanto el instrumento a través del cual los usuarios tratan de manipular a su propia ventaja el Estado mismo.

Palabras claves: capital social, estado del bienestar, atención primaria, ancianos, caregiver.

Abstract

From the reproduction to the manipulation of the State: uses of social capital in a changing welfare state. The case of the social care at home

Today, there are various reasons used to justify the provision of a greater amount of care and welfare benefits at home. Many social actors from the public and private sectors, the family, and the community in general are involved in such processes. Starting from the case of social assistance delivered at home for the elderly by the public sector, this article aims to show how social capital and its management are at stake in the current systems of care and social assistance. The social capital represents both the instrument through which the welfare state is reproduced, determining, in turn, new forms of sufferings in the caregivers which are called for integrating the care; as well as the instrument through which the assisted people attempt to manipulate the State itself to their advantage.

Keywords: social capital, welfare state, primary health care, elderly, caregivers.

Gravidanza, parto, puerperio in un contesto d'immigrazione: un approccio antropologico per la calibrazione culturale dei servizi socio-sanitari

Michela Marchetti

“perfezionata” in Antropologia medica nella Università degli studi Milano Bicocca / collaboratrice di ricerca nella Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia)

[michela@mac.com]

Chiara Polcri

dottore di ricerca in Metodologie della ricerca etno-antropologica (Università degli studi di Siena - Università degli studi di Perugia - Università degli studi di Cagliari) / ricercatrice nella Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia)

[polcri@antropologiamedica.it]

1. Contesto della ricerca e questioni di metodo

È ormai ampiamente condivisa la necessità di orientare i servizi socio-sanitari sulla base di un approccio centrato sulla persona che tenga conto delle soggettività, della multiformità delle esperienze, della complessità dei vissuti. E tale esigenza appare ancora più urgente in relazione a larga parte dell'utenza immigrata che, in molti casi, pone di fronte ad alcune ormai note tematiche – quali differenze linguistiche e socio-culturali, difficoltà legate alle condizioni materiali di esistenza, mutamenti socio-relazionali connessi alla migrazione – che in qualche misura condizionano le relazioni terapeutiche e orientano i percorsi di salute e malattia (SEPPILLI T. 2000: 35-40). La progressiva “femminilizzazione” che sta caratterizzando negli ultimi anni i flussi migratori⁽¹⁾, inoltre, ha determinato un proporzionale aumento del numero di donne immigrate che si rivolgono ai servizi sanitari e che ne sono fruitrici soprattutto per i bisogni legati alla salute riproduttiva. Si configura così la necessità di riflettere ulteriormente su come organizzare sempre più efficaci percorsi di inclusione per favorire

una effettiva interazione tra servizi e donne immigrate, con particolare attenzione anche alla salute materno-infantile.

Entro tale quadro è stato ideato e realizzato il progetto *Percorsi di accompagnamento e sostegno alla genitorialità a partire dalla gravidanza: un approccio antropologico*, condotto dalla Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute su incarico della USL n. 8 della Regione Toscana (Arezzo)⁽²⁾, il cui obiettivo generale è stato quello di elaborare modelli di risposta alle principali questioni problematiche connesse all'esperienza della gravidanza, del parto e del puerperio e alle criticità rilevate dagli operatori soprattutto in relazione all'utenza straniera. La scelta di tale ambito tematico è stata dettata dall'urgenza di avviare una riflessione intorno alla complessa questione del rapporto tra le donne immigrate e i servizi preposti alla gestione della gravidanza, del parto e del puerperio; questi, infatti, sono ampiamente interessati dall'incremento della immigrazione femminile che ha coinvolto la provincia di Arezzo e l'intera Toscana, determinando un significativo e rapido aumento dell'utenza in area materno-infantile⁽³⁾. A differenza, infatti, delle donne italiane, che ricorrono molto più frequentemente all'assistenza medica e ostetrica privata, la maggior parte delle donne immigrate è seguita, durante la gravidanza, da operatori di consultorio⁽⁴⁾.

Il progetto, che si è svolto tra il 2010 e il 2011, è stato realizzato nell'ambito di una specifica proposta formativa rivolta a tutti gli operatori di ospedale e consultorio coinvolti a vario titolo nel percorso, appunto, di gravidanza, parto e puerperio (ginecologi, ostetriche, infermieri, psicologi, assistenti sociali) ed è stato condotto attraverso una metodica caratterizzata dalla costante intersezione tra il piano della formazione, quello della ricerca e quello "più operativo" dell'intervento. Attraverso il continuo coinvolgimento e confronto con gli operatori che hanno preso parte alla formazione, è stata infatti compiuta una indagine in profondità che ha avuto l'obiettivo di far emergere le principali criticità percepite dalle donne e dagli operatori, i cui esiti hanno rappresentato la piattaforma di partenza per individuare specifiche e calibrate strategie di intervento.

L'indagine è stata condotta utilizzando le tecniche di rilevazione proprie della ricerca qualitativa (osservazione sul campo, colloqui in profondità, focus group) ed è stata condivisa in vario modo e nelle sue progressive fasi con tutti gli operatori coinvolti nel progetto. A seguito di una riunione di avvio con i responsabili di ogni settore per presentare il lavoro, condividerne la metodica e definire ulteriormente il quadro del problema, è stato organizzato un primo seminario collettivo aperto a tutte le figure

professionali coinvolte, che ha rappresentato un'ulteriore occasione per riflettere su alcune questioni problematiche già individuate e raccogliere utili indicazioni per la calibrazione degli strumenti di indagine. In questa fase sono stati identificati i gruppi target di donne da coinvolgere nel progetto, selezionati all'interno delle comunità immigrate percepite come maggiormente "problematiche" dagli operatori del distretto aretino, sulla cui area si focalizzava la ricerca di campo⁽⁵⁾. Si è pertanto scelto di svolgere l'indagine con donne provenienti dal Bangladesh⁽⁶⁾, dal Maghreb, dall'area sub-sahariana, e anche con donne italiane⁽⁷⁾. Con loro sono stati condotti colloqui in profondità che hanno visto anche la partecipazione di alcuni mariti, soprattutto nel caso di coppie maghrebine e bangladeshi; inoltre, ci si è avvalsi dell'ausilio della mediatrice linguistico-culturale proveniente dal Bangladesh che svolge servizio presso il distretto aretino della USL 8, soprattutto laddove si presentavano problematiche legate ad una scarsa conoscenza della lingua italiana. I colloqui sono stati condotti, oltre che dai ricercatori antropologi, anche da alcuni degli operatori coinvolti nel progetto (una ginecologa, una ostetrica, due infermiere e una assistente sociale) con i quali è stato realizzato uno specifico percorso formativo sulle tecniche di indagine proprie della ricerca qualitativa e in particolare, appunto, sullo svolgimento di colloqui in profondità, sulla costruzione dei relativi strumenti di indagine e sulle tecniche di trascrizione dell'intervista. Con il loro attivo contributo, quindi, è stato realizzato anche il temario semi-strutturato impiegato nei colloqui con le donne, colloqui in parte deregistrati, poi, dagli stessi operatori⁽⁸⁾. Oltre a garantire una preziosa collaborazione nello svolgimento dell'indagine, tale esperienza si è rivelata particolarmente significativa sul livello formativo poiché, attraverso l'incontro con "l'altro" sul piano della comunicazione in profondità, essa ha chiaramente facilitato, nei professionisti coinvolti, l'adozione di un approccio sensibile alla complessità e ai vissuti della persona, e ha promosso così l'acquisizione di competenze orientate alla valorizzazione della soggettività del paziente e alla costruzione di una sempre più efficace comunicazione/relazione tra paziente e operatore.

Durante l'indagine, inoltre, sono stati condotti, dai ricercatori antropologi, colloqui in profondità anche con alcuni operatori sanitari nonché focus group con i componenti del percorso formativo. Infine, è stata svolta osservazione partecipante presso il consultorio di Arezzo (al momento della prima accoglienza con le infermiere, durante le visite con il ginecologo, negli spazi per le attività di sostegno all'allattamento) e presso l'ospedale (nel reparto di ostetricia, in sala parto, nella nursery). Quanto via via emerso nel corso della ricerca, e in genere del progetto, è stato

costantemente condiviso e problematizzato insieme a tutti gli operatori coinvolti nella formazione durante specifici seminari collettivi, organizzati, oltre che nello stadio iniziale del lavoro, anche in una fase intermedia e poi al termine dell'intero percorso.

Infine, gli esiti della ricerca sono stati portati all'attenzione di un'equipe multidisciplinare appositamente costituita in fase di progetto e composta dai rappresentanti di tutte le professionalità coinvolte nel percorso e dai responsabili dei distretti della USL 8 della Regione Toscana⁽⁹⁾. Tale equipe, coordinata dagli antropologi responsabili del lavoro, ha avuto l'obiettivo di riflettere, nel corso dei diversi incontri, sui più adeguati modelli di risposta ai principali nodi critici emersi durante l'indagine e di contribuire ad individuare, dunque, specifici percorsi operativi⁽¹⁰⁾. Questo approccio multidisciplinare, basato sul confronto tra soggetti portatori di professionalità, saperi, esperienze e competenze eterogenee, ha permesso, insomma, di articolare una riflessione sulle tematiche affrontate, di identificare interventi idonei e di costruire processi di comunicazione tra tutti gli attori coinvolti.

2. *I temi emersi*

2.1 *«In mio Paese [...] tutto è famiglia grande». L'impoverimento delle reti di sostegno*

Dalle testimonianze raccolte nel corso della ricerca, è emersa fin da subito l'importanza di disporre di reti sociali capaci di sostenere le donne nella complessa e articolata esperienza della gravidanza, del parto e del puerperio. Pur apparendo tale esigenza ovvia e trasversale a tutte le donne, di fatto emergono una serie di criticità che non rendono affatto scontate le modalità di risposta a questo stesso bisogno. In tal senso, come era prevedibile, l'indagine ha messo in luce una prima grande differenza tra le donne italiane e le donne immigrate coinvolte nel progetto; mentre infatti le prime, in un contesto socio-culturale quale quello aretino – ancora caratterizzato per lo più da una organizzazione sociale e familiare che vede una certa prossimità geografica dei nuovi nuclei familiari con quelli originari – possono contare su solide relazioni parentali e amicali, gran parte delle donne immigrate si vedono depauperate di quella forte rete di sostegno al femminile che nei paesi di origine è detentrica della gestione della gravidanza, del parto e del puerperio.

«La bambina a piangere sempre, non veniva latte, tutto, tutte cose che è stato molto male. È meglio quattro o cinque giorni in ospedale, perché a me hanno lasciato tre giorni, e poi ... [...] non c'è nessuno a casa, mio marito va fuori...

A lavorare. Ti sarai sentita molto affaticata.

Eh sì.

[...] E se fossi stata nel tuo Paese, come immagini che sarebbe stato?

Molto tranquillo, perché ci sono tante persone, là. Mamma, suocera, poi mia cognata, tutti insieme.

E quindi, alla fine tutto da sola?

Sì. Anche per tutto il tempo di gravidanza ho fatto tutto da sola» (B., Bangladesh).

Tutte le donne immigrate intervistate sottolineano il rilevante supporto offerto dalle figure femminili della famiglia (la madre, le sorelle, le cognate, le zie etc.) che si stringono intorno alla puerpera per fornirle un aiuto pratico nella gestione quotidiana della casa e nella cura del bambino, almeno per tutto il primo mese dopo la nascita. In molti casi, inoltre, a differenza di quanto accade una volta giunti nei paesi ospiti, le abitazioni nei paesi di origine accolgono più nuclei familiari uniti tra loro da legami di parentela, scongiurando già di per sé gran parte delle difficoltà legate all'impoverimento delle reti che in molti casi caratterizza la condizione migratoria⁽¹¹⁾.

«In mio Paese sempre va così.

[Marito] *Perché tutto è famiglia grande, tutto famiglia. Io ho cinque fratelli e tre sorelle. E tutti sposati e ora tutti bambini. Ora quaranta, cinquanta persone [è la] famiglia.*

E tutti abitano insieme?

Sì tutti abitano là insieme [...] sì, anche mangiare tutti là insieme, cucinare tutti là insieme [...] sì sempre tutti insieme. Meglio così» (B., Bangladesh).

Sebbene nel nuovo contesto migratorio si riconfigurino nuove reti sociali, l'assenza del tradizionale supporto femminile di riferimento tende a essere per le donne una delle principali cause di sofferenza emotiva e di disagio legato alle difficoltà nella gestione quotidiana del bambino, in particolare nei primissimi periodi dopo la nascita.

«Qui sei sola, se non cucini non mangi. [...] Ho sofferto, in questa gravidanza ho sofferto parecchio, parecchio, parecchio, parecchio. [...]

Di cosa sentivi di avere maggiormente bisogno durante la gravidanza?

Della mia mamma, dico la verità, la mia mamma.

Sentivi che le persone che si trovavano intorno a te comprendevano questi tuoi bisogni?

Ma a parte che non c'è nessuno intorno a me. Solo mio marito era impegnato con il lavoro, con i figlioli anche lui da portare su e giù... non c'è nessuno intorno a me» (R., Marocco).

A seguito della perdita del gruppo femminile di riferimento, la maggior parte delle donne immigrate coinvolte nel progetto hanno sottolineato il fondamentale ruolo di sostegno offerto dal marito, che diviene spesso la principale figura di supporto durante la gravidanza, il parto e soprattutto il puerperio. In tal senso, è emerso chiaramente come in molti casi il contesto migratorio modifichi sensibilmente le parti all'interno della coppia, configurando talora nuove modalità nella distribuzione dei ruoli e l'attivazione di nuove risorse. Indicativa è apparsa, ad esempio, la testimonianza di una donna del Bangladesh che, sollecitata su quelli che a suo avviso erano stati i principali vantaggi a partorire in Italia, ha rilevato proprio l'importanza del ruolo rivestito dal marito in tutte le fasi della gravidanza, del parto e del post-parto, evidenziando la differenza rispetto a quanto sarebbe accaduto nel proprio Paese di origine dove, appunto, la gestione diretta di questa esperienza è tradizionalmente affidata alla componente femminile della famiglia. È interessante inoltre sottolineare come tale reciprocità, emersa tra le coppie coinvolte nella ricerca, tenda a contraddire uno stereotipo piuttosto radicato tra molti degli operatori sanitari che hanno partecipato al progetto; questi, infatti, soprattutto rispetto alle coppie musulmane, sono portati a percepire l'uomo – che nella maggior parte dei casi accompagna alle visite la propria moglie per una serie di questioni quali, ad esempio, la non conoscenza della lingua italiana, da parte delle proprie mogli, o la loro difficoltà a spostarsi autonomamente – come colui che induce nella donna una pesante condizione di subalternità, non sostenendola, annullandone in qualche misura le possibilità decisionali e impedendole di esprimersi liberamente. In tal senso, i mariti musulmani tendono ad essere considerati a priori dagli operatori come figure ostacolanti nella relazione terapeutica. Ciò appare significativamente descritto nello stralcio di intervista che segue:

«Le donne musulmane vengono spesso accompagnate dai mariti, sono succubi dei mariti, non parlano l'italiano, non si muovono da casa se non accompagnate dal marito. Non si riesce mai a stabilire una relazione con la donna perché il marito è sempre lì a rispondere» (operatore).

Senza dubbio la distanza tra la percezione degli operatori rispetto a ciò che realmente accade all'interno della coppia introduce a questioni piuttosto complesse che meriterebbero ulteriori approfondimenti. Ci limitiamo qui a rilevare quanto incidano i possibili differenti ruoli rivestiti a seconda dei contesti; se da una parte, infatti, nell'intimità della casa gli uomini possono essere molto partecipi nella collaborazione domestica, anche per le contingenze dettate dalla nuova condizione migratoria, dall'altra, in molti casi, essi continuano a rivestire più comunemente in

situazioni pubbliche l'immagine di "maschio dominante". Quanto effettivamente riscontrato all'interno della coppia in termini di mutuo sostegno (le donne riportano, ad esempio, come nel post parto l'aiuto dei mariti nei compiti domestici di casa e nella gestione dell'igiene del bambino sia stata determinante), induce ad avviare una riflessione più ampia sul mutamento dei ruoli all'interno della coppia a seguito del cambiamento di contesto socio-culturale e induce, di conseguenza, a problematizzare ulteriormente l'atteggiamento degli operatori, e a favorire l'adozione di un approccio inclusivo che tenda a considerare i mariti quali risorse, anziché ostacoli nella relazione terapeutica, al fine di promuovere quanto più efficaci percorsi di sostegno alla genitorialità proprio a partire dalla gravidanza. La presenza del marito nell'ambito del setting, inoltre, può contribuire a riequilibrare in qualche misura la relazione terapeutica che, soprattutto nel caso della donna immigrata, rischia non raramente di portare alla luce una condizione di subalternità, rispetto all'operatore, che contribuisce a rendere ancora più "impari" il rapporto tra la donna e i servizi socio-sanitari. È opportuno sottolineare, infine, che la necessità di includere maggiormente gli uomini entro percorsi di preparazione alla nascita e alle cure allevanti, è emersa anche tra le donne italiane direttamente coinvolte nella ricerca e in genere tra le coppie incontrate durante l'osservazione partecipante; queste, infatti, in varia misura, hanno più volte espresso il bisogno di essere, come tali, ulteriormente sostenute attraverso specifici percorsi finalizzati a incrementare la fiducia nelle proprie "naturali" competenze e sviluppare maggiori consapevolezza rispetto all'essere genitori.

2.2 «Una parola ti tira su il morale, una parola, non è che chiedo il miracolo oppure i regali, solo belle parole». Dimensioni emozionali, relazioni terapeutiche, soggettività e medicalizzazione

Come è noto, una relazione terapeutica basata sull'ascolto, sull'empatia, sull'adozione di atteggiamenti non giudicanti ma anzi profondamente rispettosi del vissuto dell'altro, già di per sé contribuisce ad attivare le risorse che possono essere messe in campo nei processi di cura e guarigione; nel caso della gravidanza, del parto e del puerperio, una relazione così intesa rappresenta una prima fondamentale occasione per implementare quelle "naturali" competenze genitoriali così importanti per affrontare nel modo più "attivo" l'intera esperienza di maternità⁽¹²⁾. Entro tale quadro, da tutte le donne coinvolte nell'indagine, sono emersi una serie di bisogni – necessità di ascolto, di accudimento e presa in carico, di rispetto per il proprio corpo e la propria intimità – che denotano quanto sia si-

gnificativa nell'esperienza soggettiva una relazione terapeutica che sappia rispondere a queste esigenze. In tal senso, alcune delle donne intervistate sottolineano di aver incontrato operatori da cui si sono sentite sostenute, accolte e adeguatamente assistite, ad esempio nel momento del parto; altre donne, o le stesse, riportano invece sensazioni di non ascolto delle proprie istanze, in alcuni casi "senso di abbandono" durante la degenza ospedaliera e episodi vissuti talora come "abusanti" (percezioni di non rispetto per la propria intimità corporea, irruzioni nelle scene del parto e atteggiamenti del personale sanitario avvertiti come impositivi e direttivi). Gli stralci di intervista che seguono risultano testimonianze emblematiche della pluralità di risposte a tali bisogni. Si veda, ad esempio, il buon livello di soddisfazione espresso da alcune informatrici in merito agli operatori incontrati:

«Io devo ringraziare proprio la [...] è stata bravissima [...] è stata sempre con me. [...] È una giovane, c'ha voglia, m'ha massaggiato la schiena, e me lavava 'n continuazione, me buttava l'acqua calda perché un pochino m'alleviava 'l dolore, me diceva: "aspetta che ti lavo, ti lavo, ti lavo". È stata bravissima. Io son convinta che senza di lei... (L., Italia).

Le infermiere come sono state con te?

Bravissime, molto brave.

Tu le chiamavi? Ti sentivi libera di chiamarle se avevi dei dubbi?

Sì. Anche in sala parto, quello che c'è infermeria, bravissima, molto brava, come se dice, un'amica capito? No dai, dai fatto così [mima il gesto di accarezzare i capelli con le mani] [...] Dice: "no dai, non c'è problema, tranquilla, fai coraggio che devi partorire". No, ho trovato bene, benissimo (F., Bangladesh).

Soprattutto l'anestesista era bravissimo, bravissimo, bravissimo. Se te vedessi come ti tira su il morale guarda... in una maniera! E come ti coccolava, in maniera incredibile guarda [...] è stato bravissimo con me mi ha dato un coraggio lui... è stato vicino a me fino all'ultimo minuto [...] con la mano attaccato a me. [...] E mi ha detto: "[...] hai fatto, a posto, tranquilla". E poi è rimasto lì, ogni minuti era lì [...].

Quindi secondo te, quali comportamenti è bene tenere subito dopo il parto?

Le coccole, un po' di coccole, un po' di... una parola ti tira su il morale, una parola, non è che chiedevo il miracolo oppure i regali, solo belle parole» (R., Marocco).

Di contro, emergono anche testimonianze che denunciano grosse difficoltà nella relazione con il personale sanitario. Lo stralcio che segue, ad esempio, sottolinea quanto vissuto a seguito di un parto cesareo da una donna marocchina, che riferisce di non essersi sentita rispettata nella sua intimità corporea, né adeguatamente accudita durante la degenza ospedaliera:

«Quindi ti sei sentita rispettata nella tua intimità, nei tuoi bisogni, nelle tue convinzioni?

Quella è una cosa brutta, ti lasciano così, ti dico la verità, una cosa che senti un altro male. Non è che ti coprono, ti lasciano così, come sei nata, e si mettono a chiacchierare. Una marea di gente che va su e in giù... mettete un telo, un qualcosina, un pezzo di lenzuolo, un qualcosina... è una vergogna! E poi uomini, magari le donne va bene, tra noi, ma uomini, abbi pazienza. Magari sono straniera, si va bene, però un'italiana mi dice la stessa cosa, uguale, abbi pazienza [...]. Poi il freddo, ti lasciano lì, scoperta, nuda come sei nata... Anche nelle visite del ginecologo, ti dico la verità, una volta m'è toccato di dire: "abbia pazienza, potete mettere un pezzo di lenzuolo, mi vergogno!". Giuro che mi stava a pensiero il giorno della visita. Il giorno della visita mi stava pensiero grosso grosso grosso [...].

Ci sono dei vantaggi a partorire qui in Italia oppure hai trovato svantaggi?

Dei svantaggi nel senso che quando ti portano nella stanza, quando hai fatto il parto e hai finito ti portano... maleducati gli infermieri! Io sono sincera, sono maleducati, ti trattano come un cane. Il giorno dopo sono andata per fare il bidè. Normalmente mi ricordo nel 2005, della Sara, la mia Sara, a me m'hanno fatto il bidè nella stanza, nel mio letto. Invece questa volta niente, ti dicono che ti devi alzare; con la ferita così come mi alzo? La prima cosa non c'è il bidè, in quelle stanze [...]. Ti toccava cercare una bottiglia. Che VERGOGNA⁽¹³⁾, in un ospedale, in una città come Arezzo, famosa eccetera, eccetera. Ti toccava cercare una bottiglia e cercare l'acqua calda e fai il bidè da sola, il primo giorno del parto. Un'altra cosa: a me mio marito mi ha preparato la valigia e mio marito si è scordato il detergente intimo; sono andata piano piano per alzarmi [...], ho visto l'infermiera e dico: "per cortesia, se non ti dispiace puoi darmi un po' di detergente intimo per fare il bidè? Perché ho portato, guarda, la borsa e l'unica cosa che mi sono scordata è quello [...]". E dice: "ma che dici, da noi non c'è!". Dico: "un po' di detergente non ce l'avete?". Dice: "no, no, pulisci dai con l'acqua". Ma secondo te con l'acqua si pulisce bene col sangue che ce l'avevo fino al ginocchio? Già lo faccio da me. Io non ti ho chiesto di farmelo, già è un sacrificio per me mettermi a sedere nel water. Giuro il primo giorno, giuro, così nel water da sola, guarda una disgrazia. Ho pianto... non c'avevo nessuno. Ho pianto, ho pianto, ho pianto. Ho detto: "almeno chiamatemi la mia suocera che m'aiuta!" "No". Loro no, la mia suocera non la chiamano perché non è il momento di chiamare nessuno [si commuove]. Guarda ho sofferto!» (R., Marocco).

Interessante appare anche la testimonianza di una giovane donna italiana che se da una parte evidenzia il fondamentale sostegno offertole da un'ostetrica durante tutto il travaglio – dalla quale si è sentita accudita, rassicurata e “contenuta” nelle sue paure – dall'altra restituisce la profonda inquietudine e il disagio per un parto vissuto come estremamente traumatico (si è svegliata di soprassalto al solo ricordo per tutto il mese successivo), sia per le complicazioni intervenute, sia per le modalità di comunicazione da parte del personale medico percepite come brusche e irrispettose:

«La sfiga mia è stata il cambio di turno, delle due, è entrato questo cane [...]».

È un ginecologo?

Sì. Assurdo. Mi trattava malissimo: «Signora cosa fa, spinga!». Capirai... Lui è stato l'ultimo elemento negativo, però l'ho rimosso.

Perché hai detto che lui ti ha trattato male? Di cosa ti 'rimproverava'?

Che non spingevo e non sentivo più le contrazioni. Mi dicevano: "Dai c'è la contrazione, spingi" però poi non ci riuscivo più, ero troppo troppo stanca; poi ormai ero anche impaurita, sentivo male, penso che mi sono anche messa a piangere ad un certo punto [...]. E poi dopo [...] lui ha detto: "Qui c'è da tagliare" e: "no, l'episiotomia no!". E lì [...] ha preso le forbici, il bisturi e lui mi ha detto: "Ora questa caccia un urlo!", e io ho cacciato un urlo. Io per un mesetto ci ho pensato tanto al parto, ho detto: "Madonna chissà se me lo dimenticherò". Ora è tutto più edulcorato [...].

Se potessi in qualche modo migliorare i servizi, che faresti?

Farei dei corsi di formazione e anche di comunicazione ai medici ginecologi: come comunicare nei momenti di stress, di controllo dello stress. Vorrei fare dei corsi affinché il medico lavori su di sé [...] perché comunque il parto è sempre un punto di domanda» (L., Italia).

La pluralità degli atteggiamenti degli operatori sanitari descritti dalle donne emerge anche dall'osservazione partecipante che, se da un lato ha permesso di cogliere significativi esempi di buona pratica nella relazione e comunicazione con gli utenti, dall'altra ha anche messo in luce ciò che non di rado si registra in ambito medico; ovvero, in generale, un approccio basato sul raggiungimento di obiettivi finalizzati alla presa in carico della componente organica del corpo: la quale, per quanto fondamentale ai fini diagnostico-terapeutici, rischia di tenere solo marginalmente in conto l'imprescindibile complessità che caratterizza l'esperienza singolare di ogni individuo e la dimensione socio-culturale comunque implicita nei processi di salute e malattia⁽¹⁴⁾. Durante le visite ginecologiche in consultorio, ad esempio, abbiamo osservato come in alcuni casi ci si soffermi esclusivamente sui risultati degli esami clinici, tralasciando invece di tenere in considerazione o di condividere con le pazienti i vissuti legati alle loro esperienze di maternità; può risultare indicativo a tale proposito l'atteggiamento di alcuni medici che nel corso delle visite *post partum* si limitano ad un esame esclusivamente clinico tralasciando, ad esempio, di chiedere come è andato il parto o altre informazioni legate alla nuova esperienza, anche corporea, della neo mamma. Essendo, infatti, la gravidanza, il parto e il puerperio momenti carichi di significato, anche simbolico, e densi di emozioni complesse che ne tratteggiano il vissuto⁽¹⁵⁾, la possibilità di condividere la propria esperienza, può rappresentare una delle principali strategie per elaborare efficacemente la propria storia, aprirsi ad

un importante confronto con l'altro e conseguentemente attivare idonei percorsi di salute. Non a caso, è affiorato nel corso dell'indagine, da parte di tutte le donne coinvolte, il forte bisogno di raccontarsi e condividere; in alcuni casi, i colloqui condotti dagli operatori si sono trasformati in occasioni per far emergere importanti quesiti e anche per fornire risposte alle istanze profonde venute alla luce nel corso dell'intervista.

Di contro, abbiamo rilevato talora un certo "scarto" tra l'unicità dei vissuti e delle emozioni, anche contrastanti, che ogni donna sperimenta durante la gravidanza e il parto, e la riproduzione meccanica di pratiche dettate in parte da un'attenzione pressoché esclusiva al corpo e in parte dalla routine del lavoro: uno scarto che in qualche misura può determinare negli operatori una scarsa attenzione alla complessità della dimensione soggettiva nonché atteggiamenti poco empatici e comunicativi. La tendenza che abbiamo rilevato, ad esempio, da parte del personale ostetrico e infermieristico a parlare a voce molto alta di argomenti non pertinenti con la situazione, sia in prossimità dei luoghi del travaglio e del parto, sia nella nursery che accoglie i neonati, può rappresentare un segnale emblematico della distanza che spesso si frappone rispetto alla persona, magari sofferente. Se da una parte tale modalità di rapporto appare "naturale" negli atteggiamenti quotidiani degli operatori, dall'altra risulta fortemente invasiva nell'ambito di un'esperienza così intima e delicata quale quella del parto e della nascita⁽¹⁶⁾. A fronte, tuttavia, di un'attenzione talvolta marginale alla soggettività, che le intervistate in vario modo sottolineano come un limite nella relazione con il medico e l'operatore, è importante rilevare che il livello di soddisfazione di tutte le informatrici rispetto alle prestazioni prettamente cliniche offerte in consultorio e in ospedale si è dimostrato piuttosto alto sia da parte delle donne italiane che da parte delle donne immigrate. E anzi, tutte le donne coinvolte nella ricerca si sono sentite fortemente rassicurate dai protocolli clinici previsti e attuati durante l'intero percorso. Se da una parte, quindi, emerge una più che positiva valutazione rispetto alla "tecnica" medica, dall'altra risulta assai meno soddisfacente il giudizio connesso alla dimensione comunicativa e relazionale tra medico e paziente e viene ancora una volta messa in luce la significativa scissione tra il "curare" il corpo biologico e il "prendersi cura" della persona nella sua interezza.

Gli innegabili vantaggi, sulla salute della donna e del bambino, apportati dai progressi scientifici e tecnologici della medicina hanno determinato, a partire dalla seconda metà del Novecento, una progressiva e importante diminuzione della mortalità materno-infantile e hanno conseguentemente modificato la percezione dei livelli di rischio di vita legati alla nascita. E

tuttavia è importante evidenziare che insieme a tali indiscutibili miglioramenti, si è assistito negli anni ad una progressiva medicalizzazione della gravidanza e del parto che ha trasformato questa esperienza in un evento da delegare quasi esclusivamente alla supervisione medica. Ad un certo punto, «la madre e il bambino hanno smesso di essere percepiti come esseri in grado di assolvere alle loro funzioni vitali in modo autonomo: entrambi dovevano essere osservati, controllati e aiutati dai rappresentanti della medicina in quanto unici attori in grado di garantire il buon esito del processo riproduttivo» (MAFFI I. 2010: 9)⁽¹⁷⁾. Questo percorso di medicalizzazione ha portato alla tendenza, da parte delle donne, ad affidarsi alle capacità diagnostico-terapeutiche della biomedicina, al punto da delegare quasi esclusivamente alla biomedicina stessa la risposta a quelle ansie e paure naturalmente connaturate allo stato di gravidanza, spostando la fiducia nelle proprie competenze di madri e capacità di ascolto del proprio corpo quasi interamente negli strumenti clinici e diagnostici messi a disposizione dalla scienza⁽¹⁸⁾. È indicativo in tal senso quanto riferito da una giovane donna italiana intervistata che, alla domanda su come aveva vissuto di volta in volta le ecografie fatte durante il percorso di gravidanza, sottolinea il fondamentale ruolo di quegli appuntamenti diagnostici. Questi, infatti, sono percepiti come gli unici in grado di fornirle la certezza che la bimba che porta in grembo sia ancora viva; come se i naturali segnali inviati dal corpo durante la gestazione, non siano di per sé “prove” sufficienti a garantirle che la gravidanza è in atto:

«E come l'ha vissuto, lei, il momento dell'ecografia, com'era per lei?

[Sorridente a bocca larga] Ahhh, sempre un'emozione! [...] Fino a che non ho iniziato a sentirla, arrivavo sempre con la paura che non ce fosse. Sì, che dico, vado lì e 'un batte più il cuore. [...] No, poi tutti 'sti lutti, ma po' tutte 'ste gravidanze che 'unn'arivano mai a buon fine, 'ste ragazze che perdono il bambino dopo due... cioè, n'ho sentite talmente tante, che andavo sempre lì col [tira un sospiro affannato come di paura] ce sarà o 'un ce sarà. [...] Ero rassicurata» (A., Italia).

Va notato che se da una parte le linee guida di riferimento della Società italiana di ecografia ostetrico-ginecologica (2010) indicano un massimo di tre ecografie necessarie per affrontare serenamente i nove mesi di attesa (una per trimestre), dall'altra accade spesso che le donne che si rivolgono a ginecologi privati (prevalentemente le donne italiane) ne compiano molte più di quelle previste. Si conferma così quell'eccessivo ricorso alle indagini strumentali che ha contribuito alla costruzione di una “cultura tecnocratica della nascita”, comportando talora una eccessiva dipendenza dalle tecnologie mediche da parte tanto del personale sanitario quanto delle donne che progressivamente hanno delegato sempre di più alla

biomedicina i propri bisogni di assicurazione⁽¹⁹⁾. Non è un caso che una delle competenze che si tende ad attivare nell'ambito dei corsi di accompagnamento alla nascita promossi dai consultori della USL 8, sia proprio la fiducia nelle capacità del proprio corpo, del proprio essere madre e in generale genitori; il cartello appeso nei luoghi preposti all'accoglienza recita significativamente a tale proposito: "Le donne sanno partorire, i bambini sanno nascere, gli uomini sanno proteggere".

2.3 «Ma come faccio a esse' senza latte, che ho bagnato tutto il lenzolo?». Allattamento e continuità assistenziale tra ospedale e consultorio

In generale è emersa una certa distanza tra gli approcci adottati in ospedale ad Arezzo e quelli adottati in consultorio. Se infatti da una parte, le pratiche ospedaliere sono spesso orientate dalle criticità legate all'emergenza, all'organizzazione del lavoro, alla disponibilità di personale e in genere da un'attenzione al corpo focalizzata prevalentemente sulla risoluzione repentina di problematiche strettamente cliniche, dall'altra, l'impostazione del lavoro in consultorio (che si organizza prevalentemente su attività di prevenzione ed educazione alla salute, anziché sull'urgenza, e che prevede una presa in carico dell'utente più continuativa), consente di stabilire un approccio maggiormente disposto a tenere in considerazione anche quelle componenti non prettamente biologiche che definiscono nel suo insieme la soggettività e complessità dell'altro. E tale distanza tra ospedale e consultorio, che riflette in qualche misura differenti modalità nella presa in carico dei pazienti, rischia di ostacolare quella continuità assistenziale così importante per garantire interventi centrati sulla persona quanto più efficaci e idonei.

Già nelle prime fasi del progetto si è posto il problema del coinvolgimento, nell'ambito del percorso formativo, degli operatori dell'ospedale di Arezzo che, pur essendo invitati a partecipare, non hanno preso parte agli incontri. Questa mancata adesione ha rappresentato fin da subito un interessante indicatore della distanza, percepita come tale dagli operatori stessi, tra le attività di consultorio e quelle di ospedale, suscitando tra i partecipanti un acceso dibattito sulle difficoltà che talora si presentano ad adottare orientamenti comuni, pratiche e comportamenti condivisi e in generale itinerari continuativi nella presa in carico dell'utente. A riguardo è significativa la testimonianza di un'ostetrica del consultorio che, nel corso di un colloquio informale avvenuto durante l'osservazione partecipante, ha dichiarato: «tra l'ospedale e il consultorio c'è un fosso», sottolineando in tal modo la notevole distanza percepita tra gli operatori appartenenti ai due diversi ambiti.

Entro tale quadro, la questione dell'allattamento risulta essere assai significativa rispetto ai differenti approcci adottati dall'ospedale di Arezzo e dai consultori e rispetto alle implicazioni per le donne. Infatti, le strategie messe in atto dai differenti consultori promuovono l'allattamento materno attraverso molteplici attività quali i corsi di accompagnamento alla nascita e specifiche iniziative di sostegno nel *post partum*. In Valtiberina, uno dei distretti della USL 8, ad esempio, viene promossa la visita domiciliare, effettuata dalle ostetriche qualche giorno dopo il parto al fine di sostenere le donne durante l'allattamento e per tutte le altre questioni relative al puerperio; nel consultorio di Arezzo, invece, è stato istituito un apposito spazio (lo Spazio Mamme) specificamente creato con l'obiettivo di garantire la continuità assistenziale tra ospedale e territorio (soprattutto nel momento del rientro a casa che può risultare particolarmente critico e delicato) e per promuovere e supportare adeguatamente l'allattamento al seno⁽²⁰⁾. In tutti i consultori viene comunque offerta alle donne la possibilità di contattare le ostetriche per qualsiasi questione inerente l'allattamento materno e in genere la cura del bambino. Diversi sono apparsi invece gli approcci in ospedale. Se infatti da una parte le infermiere e le ostetriche del reparto di ostetricia⁽²¹⁾ incontrate nel corso dell'osservazione partecipante hanno confermato di promuovere l'allattamento al seno e di non somministrare ai neonati latte artificiale a meno che non venga prescritto dal pediatra o richiesto dalla madre, dall'altra, abbiamo rilevato un certo scarto tra quanto dichiarato dagli operatori e le pratiche osservate che sembrano invece confermare la tendenza, denunciata dagli operatori di consultorio e in alcuni casi dalle donne stesse, a dare con una certa facilità il latte artificiale. Al momento dell'osservazione in reparto, infatti, il latte artificiale era stato prescritto a più della metà dei neonati presenti, confermando in qualche misura quanto riscontrato durante l'osservazione nello Spazio Mamme dove tra le otto donne presenti, quattro integravano il loro latte con quello artificiale. Sulla tendenza a dare la cosiddetta "giunta" di latte artificiale, è indicativo il caso di una bambina che, pur essendo nata da sole 5 ore e pur sembrando piuttosto tranquilla, l'infermiera decide di nutrire con un po' di latte artificiale dopo averla pesata e appurato che non aveva ancora mangiato nulla. Un esempio, questo, che appare emblematico della facilità a "cedere" al latte artificiale anche quando non compaiono le due condizioni esplicitate dagli operatori di ospedale come necessarie per la sua introduzione nell'alimentazione del neonato: la prescrizione del pediatra o la richiesta della madre. Pur essendo urgente e opportuno avviare alcune riflessioni in proposito, non possiamo tuttavia in questa sede entrare nel merito di questioni complesse,

quali l'appropriatezza delle prescrizioni pediatriche di latte artificiale o le motivazioni profonde che possono spingere una madre a farne richiesta. Ci limitiamo, invece, a sottolineare che appare chiaro che se da una parte gli operatori di consultorio promuovono e sostengono con tutti i mezzi a loro disposizione l'allattamento materno, dall'altra, in ospedale si tende a non garantire un eguale investimento in tale direzione con il rischio di non supportare sufficientemente le donne per favorire la necessaria fiducia nelle proprie competenze. Durante i colloqui in profondità più volte le interlocutrici hanno riportato di "essersi sentite confuse" al momento della dimissione dall'ospedale a causa dei contrastanti messaggi ricevuti circa l'allattamento durante il corso di accompagnamento alla nascita e durante la degenza ospedaliera. In alcuni casi, poi, le donne intervistate hanno anche denunciato atteggiamenti "sbrigativi" da parte del personale, che hanno contribuito ad incrementare quelle paure, dubbi e ansie che molto spesso caratterizzano la prima e delicata fase del puerperio.

«Mi sono trovata male con un'infermiera che è stata molto sgarbata. [...] Doveva fargli la prova dell'udito, alla bimba, è arrivata alle 11 e me la trova al seno. Io l'avevo attaccata al seno perché così la bimba era tranquilla, io ero tranquilla, mi faceva campare, mi faceva dormire, si dormicchiava tutt'e due, insomma, era sempre alla poccia [...]. Ma arriva 'st'infermiera e dice "Gli devo fa' la prova dell'udito; ma perché 'sta bambina è attaccata al seno?" E io: "Perché ha fame!". Molto volgarmente, mi ha dato una bella tastata di seno e m'ha detto: "Ma sì, ma se qui 'un c'è niente! Hai voglia te di dargli da mangiare!". Ha preso 'sta bambina e l'ha buttata sopra al lettino, là dove si cambia, insomma, e fa: "Eh, ma piange, 'un mi riesce di fargli la prova dell'udito!" e io gli dico: "Ma ha fame!", perché lei aveva fame. In effetti, un po' ce dormiva, ma un po' aveva fame. Al momento quando è arrivata lei, la bimba aveva FAME! E mi fa: "Va be', ascolta: quando hai finito di dargli da mangiare, portamela, che gli fo 'sta prova dell'udito!" e è andata via. Io mi so' messa a piangere, ho chiamato il mi' compagno: "Han detto che 'un c'ho il latte, faccio morir di fame la bambina!". La cosa più sconcertante è che io, per fa' prima, stavo col pigiama aperto, senza il reggiseno, perché tanto era sempre co' 'sta tetta'n bocca, AVEVO BAGNATO TUTTO IL LENZOLO! E io mi dicevo: "ma come faccio a esse' senza latte, che ho bagnato tutto il lenzolo?" Il lenzolo, FRADICIO! E infatti, mi ricordavo, eppure al corso preparto c'avean detto "a un certo punto, vi arriverà"»⁽²²⁾ (A., Italia).

Ovviamente le donne riportano anche significative testimonianze sul fondamentale ruolo di sostegno e supporto ricoperto da molte infermiere e ostetriche del reparto, peraltro adeguatamente formate, anche rispetto all'allattamento, ma ciò che preme qui sottolineare è comunque la generale distanza percepita e riscontrata tra ospedale e consultorio negli approcci e nelle pratiche. Una distanza che si concretizza e prende forma anche nella mancanza di strategie di informazione e comunicazione condivise circa le opportunità di sostegno offerte nel territorio che

potrebbero invece garantire una efficace continuità assistenziale entro il percorso consultorio (per la gravidanza) – ospedale (per il parto) – di nuovo consultorio (per il puerperio), rivelandosi di estrema utilità e di grande sostegno per le donne. Una signora del Bangladesh coinvolta nell'indagine, che al momento del colloquio allattava il suo bambino esclusivamente con latte artificiale, sottolinea che avrebbe fortemente desiderato allattare naturalmente e confessa di continuare a pensare che se fosse stata meno stanca dopo il parto, durante la degenza in ospedale avrebbe anche potuto farcela. Se da una parte è interessante notare come la donna tenda ad assumere su di sé la responsabilità per non essere riuscita ad allattare il suo bambino, con un latente senso di colpa che traspare esplicitamente dal colloquio, dall'altra il suo racconto appare emblematico del fatto che il supporto fornitole per garantire una adeguata risposta al suo desiderio di allattamento avrebbe potuto essere più incisivo e avvalersi maggiormente degli strumenti a disposizione del servizio. Una volta a casa, infatti, a causa di forti dolori al capezzolo e sanguinamenti, torna in ospedale per chiedere consiglio sul da farsi; gli operatori ospedalieri le raccomandano di utilizzare un paracapezzolo⁽²³⁾, ma sembra che nessuno pensi di orientarla al consultorio per usufruire delle opportunità di sostegno offerte e iniziare quindi un percorso adeguato e continuativo⁽²⁴⁾. Ciò che emerge dall'indagine, in effetti, è la tendenza a considerare la presa in carico della donna non tanto come itinerario duraturo e condiviso tra ospedale e territorio, quanto piuttosto come un percorso che procede in qualche misura per compartimenti stagni non comunicanti tra loro. È esemplificativo quanto affermato da una ostetrica di ospedale che, di fronte alla domanda se al momento delle dimissioni le donne vengono informate dell'esistenza e delle opportunità offerte dallo Spazio Mamme o in genere di quelle attivate per il *post-partum* dai consultori dei distretti afferenti l'ospedale aretino, quasi stupita risponde: «no, quello lo deve fare il territorio, noi siamo l'ospedale!».

2.4 «Ma cosa è medico di famiglia?». La questione dell'efficacia delle informazioni fornite dai servizi

Segnaliamo, infine, un'altra importante criticità – già denunciata dagli operatori in fase di avvio di progetto ed emersa fortemente nel corso dell'indagine – connessa alle questioni della conoscenza delle opportunità offerte dai servizi da parte delle donne immigrate, dei canali attivati per veicolare le informazioni socio-sanitarie e delle relative conseguenze rispetto all'accesso ai servizi stessi. Durante i colloqui e i *focus group* svolti con gli operatori era stato infatti più volte messo in luce il problema della

scarsa frequentazione delle donne immigrate (in particolare quelle provenienti dalle aree selezionate per la ricerca) alle opportunità di sostegno messe a disposizione dai consultori per la gravidanza, il parto e il post parto, quali, ad esempio, i corsi di accompagnamento alla nascita e/o gli specifici percorsi di supporto per l'allattamento predisposti dai vari consultori. E tale problematicità è effettivamente emersa anche dai colloqui in profondità e dall'osservazione partecipante, da cui è affiorata una mancata conoscenza dei servizi offerti dal consultorio aretino, soprattutto da parte delle donne immigrate che non avevano avuto precedenti rapporti con alcune figure chiave del servizio preposte più di altre a stabilire relazioni continuative con la popolazione migrante, quali la mediatrice culturale o l'assistente sociale.

Osservando il momento dell'accoglienza in consultorio⁽²⁵⁾ o quello della consegna del "Libretto di gravidanza"⁽²⁶⁾ che, raccogliendo gli esami clinici da compiersi durante i mesi di gestazione, tutte le donne in stato interessante ricevono nelle fasi iniziali del loro percorso, appare certo che gli operatori si impegnano a fornire in vario modo tutte le informazioni relative ai servizi offerti. Il problema, pertanto, non riguarda tanto il fatto che le informazioni non vengano fornite, quanto che in qualche misura queste non arrivino a destinazione, configurando un quadro piuttosto complesso che si declina dalle modalità utilizzate per veicolare la comunicazione fino a quelle impiegate per la sua decodifica. Senza dubbio appare fondamentale l'atteggiamento impiegato nella relazione con il migrante; se infatti, come abbiamo avuto modo talora di osservare, l'operatore mostra un atteggiamento di chiusura, poco accogliente, giudicante e infantilizzante nei confronti della donna o della coppia immigrata, questo non favorisce un efficace scambio di informazioni, ma al contrario tende a intimorire e contrarre gli interlocutori che non avranno né modo, né spazio di intervenire e chiedere approfondimenti o chiarimenti su ciò che viene loro proposto. Anche un atteggiamento semplicemente sbrigativo o che dà per scontata la conoscenza di alcune nozioni relative ai servizi, tende ovviamente a non facilitare la comprensione dei percorsi offerti. In più di un'occasione, ad esempio, abbiamo osservato che, informando sulla possibilità di partecipare ai corsi di accompagnamento alla nascita, alle attività di sostegno per l'allattamento o ai percorsi clinici previsti per la parto-analgesia, non si spieghi ulteriormente in cosa consistano tali proposte dando per ovvio che tutte le donne ne siano a conoscenza.

Indubbiamente, laddove gli operatori hanno dimostrato di stabilire una relazione con l'altro basata sull'ascolto, sul rispetto, sull'empatia, la decodifica dei messaggi inviati è apparsa quanto più facilitata; eppure anche

in questi casi, non sempre le donne con le quali abbiamo avuto modo di colloquiare informalmente al termine dell'incontro con gli operatori o delle visite mediche, hanno effettivamente compreso ciò che veniva loro spiegato. E le motivazioni sono molteplici. Innanzitutto c'è la questione non trascurabile della conoscenza della lingua; spesso, infatti, pur essendo in Italia da più anni, molte donne non hanno avuto modo di imparare l'italiano e questa condizione accomuna numerose migranti sia magrebine che bangladeshi. Non a caso, anche il reperimento delle donne con le quali svolgere i colloqui in profondità si è rivelato piuttosto complesso; tendendo, difatti, a privilegiare interlocutrici che avessero una certa dimestichezza con la lingua italiana, è apparso molto difficoltoso intercettare donne con tali competenze, pur essendo in Italia da tre o quattro anni. Appare in tal senso indicativa l'esperienza di una giovane marocchina che non ha potuto farsi assistere, come avrebbe voluto, dalla suocera al momento del parto, poiché questa, pur giunta nel nostro Paese quindici anni prima, non parlava affatto l'italiano. Sovente, poi, abbiamo notato la tendenza da parte degli operatori a delegare la trasmissione delle informazioni ai depliant divulgativi che illustrano le varie opportunità di sostegno alla gravidanza, al parto e al puerperio offerte dai servizi e che vengono consegnati alle donne generalmente all'inizio del loro percorso di gestazione. Di fatto, tuttavia, abbiamo appurato che le donne immigrate coinvolte nella ricerca, nella maggior parte dei casi, non hanno letto il materiale loro consegnato; se da una parte, perciò, l'operatore è stato certo di aver fornito le corrette informazioni all'utente, dall'altra il messaggio non è arrivato a destinazione.

C'è poi un'altra questione apparentemente ovvia, ma che può rappresentare un serio limite nella comunicazione tra operatore e paziente migrante; e cioè, certe figure professionali o categorie del nostro Sistema sanitario che gli operatori "naturalmente" danno per ovvie e acquisite (si pensi ai medici di medicina generale, ai CUP, etc.), non lo sono affatto in altri Paesi, né è scontato che siano conosciute. E se a questo aggiungiamo la tendenza di molte donne migranti che abbiamo osservato, ad acconsentire gentilmente all'operatore anche se non hanno compreso bene ciò che viene loro detto, l'equivoco comunicativo diviene una ovvia conseguenza. È indicativo, a tale proposito, il dialogo tra una giovane donna del Senegal e un'operatrice del consultorio. Quando quest'ultima le dice di farsi prescrivere la pillola dal medico di famiglia, la donna annuisce cortesemente, lasciando intendere di aver compreso tutto quanto le era stato detto; ma una volta fuori, rivolgendosi ad una delle antropologhe osservatrici, chiede spaesata: «ma cosa è medico di famiglia?».

Aggiungiamo infine che anche nel caso in cui le donne immigrate intervistate sono venute a conoscenza dei servizi offerti, in larga maggioranza non li hanno comunque frequentati. Non avendo potuto approfondire in corso di indagine questa ulteriore questione, ci limitiamo qui a lasciare aperti alcuni quesiti che meriterebbero di essere maggiormente esaminati: le proposte offerte vengono percepite come distanti e inutili, non a misura? Vengono vissute come poco inclusive? È un problema pratico connesso alle difficoltà di spostamento o alla gestione della famiglia? E quanto pesa le questione dei livelli di conoscenza della lingua italiana?

3. Per un'équipe multidisciplinare permanente

A conclusione dell'indagine e a seguito degli incontri seminariali svolti per condividere con tutti gli operatori quanto emerso dalla ricerca, è stata costituita l'équipe multidisciplinare incaricata di individuare percorsi operativi che potessero, almeno in parte, rispondere ad alcune delle principali criticità evidenziate in corso di progetto. A tale proposito, con la conduzione dei due antropologi responsabili dell'intero processo, è stato avviato un proficuo confronto tra professionisti portatori di saperi, esperienze e competenze diversificate che ha permesso di riflettere ulteriormente sulle problematiche emerse, di identificare i temi considerati prioritari e, su questi, di pensare ai più idonei interventi. Come già specificato, il personale ospedaliero di Arezzo non ha preso parte al lavoro dell'équipe, che è risultata composta esclusivamente da medici e operatori del consultorio aretino, oltre che dai responsabili dei consultori dei vari distretti della USL 8 della Regione Toscana. Questo ha inevitabilmente condizionato la scelta dei temi su cui lavorare – in quanto sono stati prediletti quelli di diretto interesse delle attività territoriali – e ha impedito l'individuazione di modelli di risposta alle criticità riscontrate anche in ospedale, venendo meno la possibilità di co-costruire con i professionisti direttamente interessati specifici percorsi. Riconoscendo innanzitutto la necessità di omogeneizzare le prassi consultoriali, di condividere le procedure, e di estendere le buone pratiche nei vari distretti della USL 8, in particolare due sono state le tematiche selezionate dall'équipe sulle quali sono state poi individuate proposte operative: (a) la questione delle criticità connesse ai processi di informazione e comunicazione sui servizi e (b) la problematica della continuità assistenziale.

In merito al primo punto, è stata avviata una ampia riflessione intorno al momento della consegna del *Libretto di gravidanza*, considerato cruciale per stabilire un primo significativo contatto con tutte le gestanti all'inizio della loro esperienza di maternità. A tale proposito, il lavoro dell'équipe si è concentrato sulla definizione dei contenuti da veicolare e sulle modalità della comunicazione durante questo primo importante appuntamento, rimarcando anche ulteriori percorsi che potrebbero essere attivati per favorire fin dalle prime fasi il processo di presa in carico delle donne. Sono state quindi individuate alcune importanti indicazioni quali: (a) selezionare le comunicazioni e i materiali da fornire al momento della consegna del libretto in modo da evitare un sovraccarico di informazioni; (b) individuare ulteriori spazi e tempi per la "presa in carico" della gestante che ha scelto di essere seguita dal consultorio familiare per garantire il passaggio di quei contenuti che non sono veicolati al momento della consegna del libretto e facilitare un confronto in profondità tra utenti e operatori, anche al fine di predisporre percorsi quanto più calibrati sulla persona; (c) impiegare operatori sanitari adeguatamente formati sulla base delle competenze comunicative e relazionali richieste al momento della consegna del libretto e/o negli altri specifici incontri previsti per integrare tali informazioni; (d) identificare, fin dalle prime fasi, strategie di coinvolgimento della medicina generale nell'assistenza alla gravidanza; (e) prevedere campagne di comunicazione mirate dei servizi di consultorio da effettuarsi presso i luoghi strategici (CUP, studi dei medici di medicina generale, etc.). L'équipe ha avuto inoltre modo di riflettere e dibattere anche in merito a quali potessero essere, all'interno dei consultori, ulteriori e più idonei percorsi di interazione con le comunità di migranti, al fine di rispondere alle questioni legate alle difficoltà linguistiche, di inclusione e in generale di accesso ai servizi. Tuttavia, a fronte delle molteplici e varieguate attività proposte in sede di discussione, ripetutamente è stato evidenziato come principale limite nella loro elaborazione e applicazione la mancata disponibilità di risorse, denunciando tale questione come una delle più rilevanti problematiche cui i consultori devono far fronte per continuare a garantire un servizio quanto più efficace ed efficiente a tutta la popolazione. È stata perciò rilevata la necessità di ripensare i percorsi strategici nell'ottica dell'integrazione delle politiche di territorio, avviando una unica riflessione con tutte le istituzioni e i soggetti a vario titolo interessati (comprese le associazioni, i gruppi informali, etc.) per integrare e calibrare le offerte già attive nelle singole zone e coinvolgere quanto più possibile tutti i protagonisti nella individuazione di strategie territoriali.

In merito al secondo tema su cui si è concentrata l'analisi dell'équipe, ovvero la delicata questione della continuità assistenziale, tutto il gruppo si è trovato d'accordo sulla necessità di attivare metodologie di lavoro permanenti in grado di (a) garantire l'adozione di un orientamento sistemico alle tematiche affrontate attraverso l'adozione di un approccio multidisciplinare; (b) facilitare la messa in rete di tutti soggetti coinvolti nell'esperienza in oggetto, attivando tra loro fondamentali processi di comunicazione; (c) agevolare la comprensione dei meccanismi che caratterizzano la complessità dei fenomeni per elaborare quanto più efficaci e calibrate strategie di intervento. A tale proposito, quale strumento per ottimizzare la continuità assistenziale, è stata proposta la formalizzazione di una *équipe multidisciplinare permanente* che dovrebbe essere composta da rappresentanti di tutte le famiglie professionali di ospedale e consultorio coinvolti nel percorso gravidanza, parto e puerperio, trasversale a tutte le zone socio-sanitarie, con un mandato forte e chiaro dalla Direzione; pertanto potrebbe essere riconosciuta come soggetto capace di fungere da anello di congiunzione tra il livello tecnico e quello politico-amministrativo. Tale équipe, infatti, dovrebbe avere lo scopo di lavorare per condividere e uniformare le procedure, rispondere alle criticità (a partire da quelle emerse dall'indagine) e declinare proposte operative. Già in fase di progetto, il gruppo di lavoro costituitosi nella parte finale, pur essendo composto esclusivamente da operatori di consultorio, potrebbe rappresentare una importante risorsa da cui partire per mettere a frutto e dare seguito a quanto emerso; una sua formalizzazione, potrebbe permettere da un lato di approfondire le questioni già affiorate, e in particolare quelle relative all'organizzazione del lavoro dei consultori, dall'altro di disporre di uno strumento già avviato da allargare agli operatori di ospedale e ad altri soggetti chiave quali pediatri di libera scelta, medici di medicina generale, rappresentanti di associazioni o gruppi informali. Inoltre, le priorità operative emerse fin qui – quali la costruzione di modelli di intervento condivisi, l'individuazione e l'adozione di strumenti che facilitino l'integrazione dell'offerta tra ospedale e consultorio, la progettazione di percorsi di integrazione di personale di ospedale e territorio, la programmazione di itinerari di sostegno alla genitorialità a partire dalle prime fasi della gravidanza – potrebbero rappresentare, almeno in una fase iniziale, alcune delle principali direttrici di lavoro su cui concentrare le attività nell'ottica di un approccio multivocale e multidisciplinare formalizzato e condiviso a tutti i livelli tecnico-amministrativi.

4. Alcune considerazioni finali

Vorremmo infine qui riportare alcune nostre riflessioni che, se da una parte sono solo indirettamente connesse con i temi del progetto, dall'altra ineriscono questioni fortemente emerse durante l'intero percorso: questioni che ne hanno caratterizzato lo svolgimento, ci hanno spinto a ripensare di volta in volta le principali tematiche affrontate e hanno messo in luce un campo di indagine assai più "impegnativo" e complesso di quanto previsto nelle fasi iniziali del lavoro.

Innanzitutto, i vari incontri sono stati esperiti dagli operatori anche come occasioni per confrontarsi collettivamente su tutta una serie di tematiche – quali l'impostazione e l'organizzazione del lavoro, il modo in cui la professione è soggettivamente percepita e vissuta, gli equilibri tra le differenti zone-distretto, una forte sfiducia nei processi di cambiamento – e sovente per far emergere alcuni conflitti interni. A volte inoltre, abbiamo avvertito da parte di alcuni operatori, sconforto, frustrazione, stanchezza, rabbia e in qualche maniera disillusione rispetto a dinamiche di sistema oramai consolidate che nella percezione di tali operatori non sempre valorizzano l'eccellenza, la buona volontà, le buone idee e i processi di partecipazione e condivisione. In tal senso abbiamo riscontrato un rilevante bisogno di "raccontarsi", condividere criticità e risorse del lavoro quotidiano, esplicitare necessità, organizzare occasioni di confronto con gli altri colleghi e in particolare, per quanto riguarda la zona aretina, con quelli ospedalieri. A riguardo, la quasi totale assenza del personale ospedaliero di Arezzo durante l'intero percorso, e in particolare nel lavoro dell'equipe multidisciplinare, è stata percepita, come qualcuno ha riferito, come "un'assenza che parla", considerata paradigmatica di alcune note questioni: la difficile continuità tra territorio e ospedale, i differenti approcci rispetto a temi non strettamente biologici, la percezione di un giudizio in qualche modo sminuente, anche sul piano del carico di lavoro, da parte degli operatori di ospedale nei confronti di quelli di consultorio.

Queste problematiche, che sono costantemente emerse durante il lavoro e che spesso, non lo nascondiamo, ci hanno anche disorientato, hanno indotto a ripensare le priorità del Progetto e in qualche misura a ricalibrarne gli obiettivi. Abbiamo infatti preso atto che, ancor prima di pensare a concrete iniziative rivolte alle donne e alle loro famiglie, è necessario favorire quanto più possibile l'attivazione di flussi comunicativi tra gli operatori e attivare tavoli di lavoro comuni e trasversali per conoscere e condividere criticità e risorse insite nelle attività quotidiane di ciascun settore, per individuare collettivamente le risposte e costruire percorsi

adeguati. Quanto più tali processi di partecipazione saranno incentivati e sostenuti, tanto più potranno essere valorizzate tutte le qualità emerse fra gli operatori già durante l'intero progetto: la dedizione e la passione riversate nel proprio mestiere, l'onestà nel confrontarsi, il desiderio di partecipare a progetti condivisi. Di pari passo la risposta all'utenza sarà migliore e quanto più calibrata.

Note

⁽¹⁾ Come sottolinea il sociologo Maurizio Ambrosini, «sebbene i dati siano sempre incerti e relativamente affidabili, oggi si stima che sui 15-16 milioni di immigrati da paesi esterni residenti in Europa, circa il 45% siano donne. La femminilizzazione è oggi riconosciuta come un tratto saliente dei fenomeni migratori contemporanei» (AMBROSINI M. 2005: 134).

⁽²⁾ Per conto della USL 8 il progetto è stato coordinato dal dott. Evaristo Giglio che ha seguito e costantemente supportato tutte le fasi del lavoro, rappresentando un importante punto di riferimento nell'intero percorso.

⁽³⁾ Osservando, infatti, i trend di crescita dei flussi migratori negli ultimi anni sulla base dei dati ISTAT al 1 gennaio 2008, si assiste ad un rapido incremento, nella Regione Toscana, della componente femminile delle migrazioni che aumenta molto più velocemente di quella maschile, confermando quanto avviene nel resto del Paese. L'andamento nazionale e regionale si attesta anche nella provincia di Arezzo, dove le donne (per lo più tra i 20 e 40 anni) sono progressivamente aumentate affermandosi al 51% della popolazione migrante. Questo ha inevitabilmente comportato una crescita del numero di immigrate che si rivolgono ai servizi socio-sanitari locali, chiamati in primo luogo a rispondere a bisogni legati alla salute riproduttiva. Come evidenziato nel rapporto curato da L'Albero della Salute e dalla Regione Toscana (2009), i motivi per i quali le donne migranti si rivolgono ai servizi socio-sanitari riguardano in primo luogo la gravidanza, il parto, l'interruzione di gravidanza e la contraccezione. In particolare, i parti da donne straniere provenienti da paesi a forte pressione migratoria, sono passati sul totale in Toscana dal 10,8% del 2000 al 20,1% del 2007 con un incremento di quasi 10 punti percentuali (OSSERVATORIO DI EPIDEMIOLOGIA 2008 - AGENZIA REGIONALE DI SANITÀ TOSCANA).

⁽⁴⁾ In base ai dati riportati nel *Rapporto* curato da L'Albero della Salute e dalla Regione Toscana (2009), il 61,9% di donne provenienti da Paesi a forte pressione migratoria si rivolge al consultorio, il 16,5% direttamente all'ospedale e il restante 17,1% a strutture o medici privati; le donne italiane invece si rivolgono al privato per il 75,5%.

⁽⁵⁾ L'ambito territoriale della USL 8 è suddiviso in cinque zone-distretto (Arezzo, Valtiberina, Valdarno, Val di Chiana e Casentino) con tre differenti presidi ospedalieri: Arezzo (che ospita il Punto nascita cui afferiscono anche Valtiberina e Val di Chiana), Valdarno e Casentino. Essendo l'indagine focalizzata in particolare sulla zona-distretto di Arezzo e sul relativo Punto nascita, da un lato sono emerse peculiarità riguardanti questo specifico territorio di ricerca, dall'altro sono state messe in luce anche tematiche trasversali alle altre aree. Se ad esempio, la questione della continuità assistenziale è stata evidenziata come una delle problematiche maggiormente percepite dagli operatori dei consultori di Arezzo, Valtiberina e Valdichiana, non appare invece tale nel Casentino, dove si rileva piuttosto una efficace continuità nella presa in carico delle pazienti tra ospedale e consultorio. In merito invece alle tematiche più strettamente connesse all'utenza immigrata, quali ad esempio l'accesso ai servizi e la relazione donna-operatore, queste appaiono perlopiù comuni a tutte e cinque le zone-distretto.

⁽⁶⁾ Il movimento migratorio di persone provenienti dal Bangladesh che si stabiliscono ad Arezzo e provincia rappresenta un fenomeno piuttosto recente che continua però ad aumentare in

modo esponenziale. Infatti, negli anni che vanno dal 1999 al 2005, la popolazione proveniente dal Bangladesh ha avuto un incremento percentuale pari al 196,3 (LUATTI L. - LA MASTRA M. 2007). Inoltre, come evidenzia Lorenzo Luatti, la comunità bangladeshi, «nel 2010 è diventata la seconda nazionalità della città (dopo quella romena). Soprattutto grazie al tasso di natalità dei nuclei familiari bangladeshi, quattro volte superiore a quello della media comunale» (LUATTI L. 2011: 11).

⁽⁷⁾ Nella scelta delle donne da coinvolgere nell'indagine sono stati inoltre impiegati ulteriori criteri di selezione, quali l'aver partorito presso l'ospedale San Donato di Arezzo da non più di un anno dalla data di avvio del Progetto e, nel caso delle donne immigrate, l'essere giunte in Italia da non più di dieci anni.

⁽⁸⁾ È stato inoltre rilevante il contributo della dottoressa Letizia Chialli, medico di medicina generale, tirocinante presso l'Unità operativa (U.O.) Educazione alla salute dell'Usl 8, che ha coadiuvato il gruppo nell'attività di registrazione.

⁽⁹⁾ Inizialmente era stato previsto che anche una rappresentanza di donne immigrate e italiane dovesse far parte dell'équipe. Essendo infatti interlocutrici privilegiate nell'ambito dell'intero percorso, sarebbe stato interessante avviare una riflessione collettiva anche a partire dalla loro esperienza e dal loro coinvolgimento attivo. Nel corso del lavoro tuttavia si è scelto di restringere l'équipe ai soli operatori della Usl, in quanto le priorità da affrontare riguardavano soprattutto alcune questioni prettamente interne all'organizzazione dei servizi. Pur essendo stata unanimemente riconosciuta l'importanza di condividere quanto emerso durante lo svolgimento del Progetto anche con le donne coinvolte, si è scelto, così, di rimandare tale confronto a eventuali successivi passaggi.

⁽¹⁰⁾ Pur essendo rivolta sia a personale ospedaliero che a quello di territorio, di fatto l'équipe è stata rappresentata esclusivamente da medici e operatori di consultorio; se da una parte questo ha determinato uno specifico orientamento nella scelta dei temi su cui lavorare, dall'altra ha anche di per sé messo in luce la necessità, peraltro già emersa in corso di progetto, di incrementare una sempre più stretta comunicazione e collaborazione tra ospedale e consultorio al fine di garantire una quanto più efficace continuità assistenziale.

⁽¹¹⁾ In merito ai vissuti di spaesamento che caratterizza la condizione migratoria anche per l'assenza della rete femminile che supporta e cura la madre nei mesi precedenti e successivi al parto, si veda anche MORO M.R. 2002.

⁽¹²⁾ Si veda a tale proposito anche MIELI G. 2009.

⁽¹³⁾ Abbiamo scelto di lasciare questa parola in maiuscolo, rispettando la deregistrazione curata dall'infermiera che ha condotto il colloquio. In questo modo, ha infatti voluto sottolineare l'enfasi con cui la donna intervistata ha restituito la propria testimonianza.

⁽¹⁴⁾ La necessità di integrare le componenti biologiche e organiche con quelle psico-socio-culturali si configura ancora come questione cruciale e urgente nella relazione terapeutica. Come evidenzia Tullio Seppilli in un'intervista di Alessandro Lupo: «La ben nota e oramai classica tripartizione dimensionale della malattia formulata dai nostri colleghi nordamericani, la *disease* come processo biologico, la *illness* come suo vissuto soggettivo e la *sickness* come mutamento dello statuto sociale del malato in un contesto storico determinato, è appunto il risultato di una riflessione antropologica e solo di recente la nostra medicina inizia a superare la sua focalizzazione sulla sola *disease*» (SEPPILLI T. intervistato da LUPO A. 2009:14).

⁽¹⁵⁾ Si vedano a tale proposito anche RANISIO G. 1999; BARTOLI L. 2007.

⁽¹⁶⁾ In merito è importante effettuare alcune riflessioni rispetto al ruolo, alla formazione ed anche alle questioni legali implicite nel lavoro degli operatori, sulle cui pratiche incidono almeno quattro fattori:

a) innanzitutto va sottolineato il modello efficientista veicolato in genere dalle istituzioni sanitarie, in particolare gli ospedali, molto centrato sulle pratiche relative al corpo, piuttosto strutturato e di conseguenza poco aperto al mutamento se non è funzionale al sistema. Vanno inoltre considerati i problemi organizzativi e logistici, quali ad esempio la carenza di personale, le problematiche legate alla turnazione, la necessità, soprattutto per il personale di ospedale,

di agire in situazioni d'emergenza, etc., che possono condizionare fortemente pratiche e atteggiamenti degli operatori.

b) Incide inoltre significativamente il timore di incorrere in problemi legali che spesso orienta e condiziona le pratiche, soprattutto quelle legate al parto. Il modello tecnocratico della nascita, infatti, sembra essere quello maggiormente adottato dai ginecologi in quanto fortemente rassicurante (MAFFI I. 2010). Non possiamo certo omettere le reali difficoltà incontrate in tal senso dal personale sanitario, ma a riguardo, rimangono aperte alcune importanti questioni: qual è il confine tra i diritti degli operatori e i diritti delle donne? È possibile pensare a dei percorsi differenti dalla "medicina difensiva"?

c) Vanno inoltre tenuti presenti i percorsi formativi dei medici e degli operatori che tendono ancora ad essere incentrati prevalentemente sulla dimensione organica del corpo a scapito di una visione complessiva della persona, dei suoi vissuti, della sua soggettività.

d) Infine, la tipologia stessa del lavoro, che presuppone un contatto diretto con la dimensione emotiva dell'altro e spesso con la sua sofferenza, porta inevitabilmente ad organizzare delle difese e delle strategie di distacco.

⁽¹⁷⁾ Come sottolinea la stessa Irene Maffi, la medicalizzazione della nascita ha comportato profondi cambiamenti nella pratica ostetrica: «Questa nuova concezione della nascita ha generato effetti sociali e culturali molto profondi che hanno causato non solo mutamenti istituzionali e economici, ma hanno portato anche all'emergere di una nuova cultura della nascita che ha sostituito e in parte cancellato i saperi e le pratiche precedenti bollati come arretrati, barbari e dannosi. Le ostetriche che di quel mondo erano le principali rappresentanti sono in parte scomparse e in parte hanno dovuto adattarsi al nuovo sistema natale, modificando in modo profondo le proprie concezioni e la propria pratica. La scelta era tra scomparire o accettare di cambiare, un cambiamento spesso degradante poiché ha avuto come effetto la loro subordinazione totale alla corporazione dei medici, ai ritmi disumanizzanti del lavoro ospedaliero e alla svalutazione del loro ruolo. [...] Se per alcuni anni questo processo di progressiva medicalizzazione della nascita non ha incontrato critiche sostanziali, durante gli anni Settanta e Ottanta diversi movimenti nati contemporaneamente in Europa e negli Stati Uniti hanno criticato aspramente idee e pratiche che riducevano le donne a soggetti passivi in balia delle logiche tecnologiche e mediche, espropriandole completamente del loro corpo e dell'esperienza positiva della nascita. Alcuni ginecologi, ostetriche e gruppi di donne hanno allora promosso la riscoperta di un modello alternativo della nascita che mirava a valorizzare le potenzialità del corpo femminile, la naturalità del processo della nascita e un approccio meno tecnologico o per niente tecnologico ad essa» (MAFFI I. 2010: 9).

⁽¹⁸⁾ Si confrontino in tal senso MAFFI I. 2010; PIZZINI F. 1988, 1999.

⁽¹⁹⁾ A tale proposito Irene Maffi fa notare che a dispetto dei numerosi studi che dimostrano la pericolosità dell'uso della tecnologia e degli interventi medici dopo il parto, le donne tendano a non percepire i rischi legati ad essi, sottolineando anche come il modello biomedico si concentri prevalentemente sui rischi connessi al processo naturale della nascita, tralasciando quasi del tutto quelli, spesso ben maggiori, legati all'uso indiscriminato della tecnologia. L'eccessiva medicalizzazione che nel corso del tempo ha delegittimato il sapere e il sentire femminile rispetto al proprio corpo ha veicolato un modello che è stato fortemente introiettato dalle donne stesse (capita non di rado che siano proprio le donne a richiedere e voler programmare il parto cesareo), togliendo loro «la possibilità di valorizzare la propria esperienza di gestante e di madre, un'esperienza di cui la donna stessa ha perso coscienza in nome della sicurezza tecnologica» (MAFFI I. 2010: 11). In tal senso è interessante la riflessione avviata in Francia oramai da diversi anni appunto in relazione alla medicalizzazione del parto. Nel piano di perinatalità francese (2005-2007), si legge: «Fino agli anni '70-'80 il campo della nascita era dominato dalla nozione di rischio; oramai viene posto in primo piano il carattere fisiologico e naturale della gravidanza e della nascita. Un cambio fondamentale è impresso nella filosofia della presa in carico della gravidanza e della nascita, attraverso l'integrazione della nozione di sicurezza emozionale nell'accompagnamento dei futuri genitori: in determinate circostanze fare più e meglio nelle situazioni ad alto rischio e meno (e meglio) nelle situazioni a basso rischio» (PUECH F. 2010: 770).

⁽²⁰⁾ Una volta alla settimana le neomamme possono recarsi presso lo Spazio Mamme e ricevere sostegno e consigli dalle ostetriche e dalla psicologa del consultorio; tale spazio si configura inoltre anche come luogo di incontro e scambio tra madri che condividono la medesima esperienza.

⁽²¹⁾ È necessario fornire alcune brevi informazioni inerenti l'organizzazione del reparto di ostetricia. Da qualche anno è stato introdotto il *rooming-in* e, accanto alle camere di degenza delle donne si trova la nursery, in cui i neonati soggiornano generalmente per poco tempo e per motivi differenti; in questo spazio è il personale infermieristico ad occuparsi della cura dei bambini e non le ostetriche del reparto. Queste ultime svolgono comunque visite giornaliere alle madri per verificare il loro stato dopo il parto e l'attacco al seno da parte del bimbo.

⁽²²⁾ Anche in questo caso abbiamo deciso di lasciare le enfasi sottolineate dall'uso dei maiuscoli nella deregistrazione del colloquio in profondità.

⁽²³⁾ Il paracapezzolo è un dispositivo che si applica sul seno della madre e che, molto spesso, viene consigliato alle donne con l'intenzione di fronteggiare diversi tipi di difficoltà in allattamento, quali ragadi o dolori al seno.

⁽²⁴⁾ Dai colloqui in profondità condotti con le donne è emerso che quante non hanno frequentato il corso di accompagnamento alla nascita non hanno ricevuto adeguate informazioni circa l'allattamento al seno e circa le possibilità offerte dai servizi del consultorio. Inoltre, le principali difficoltà rispetto l'allattamento materno sono emerse tra le donne bangladeshi (tutte le donne magrebine e delle aree africane sub-sahariane coinvolte nella ricerca allattavano al seno i propri figli). Nel corso del primo seminario con gli operatori era affiorata una opinione piuttosto radicata tra questi ultimi e cioè che le donne bangladeshi preferiscano allattare artificialmente i propri bambini. Di contro, dai colloqui in profondità svolti con queste ultime, è emerso invece un forte desiderio di allattare naturalmente i propri figli e un buon livello di consapevolezza circa i vantaggi che ne derivano per la salute del bambino. L'esperienza fatta nel consultorio di Arezzo è a riguardo piuttosto significativa. Infatti, a partire dal 2008, si sono svolti dei percorsi di accompagnamento alla nascita specificamente pensati per le donne bangladeshi e condotti da una delle due antropologhe ricercatrici autrici dell'articolo, in stretta collaborazione con la mediatrice linguistico culturale proveniente dal Bangladesh e con un'ostetrica del consultorio. Tutte le donne che hanno partecipato al corso, sono state adeguatamente informate, sostenute e incoraggiate e, di fatto, tutte hanno allattato al seno i propri figli.

⁽²⁵⁾ Quello dell'Accoglienza è un ufficio posto all'ingresso del consultorio, in cui sono generalmente presenti due infermiere. Questo spazio è deputato ad accogliere, informare e orientare gli utenti. Qui viene effettuata la prenotazione di visite specialistiche che si svolgono presso gli ambulatori del consultorio e si consegnano i risultati delle indagini cliniche svolte sempre negli stessi ambulatori. Inoltre, è proprio in questo luogo che avviene la consegna del *Libretto di gravidanza* (vedi nota 26).

⁽²⁶⁾ Il *Libretto di gravidanza*, strumento in cui sono prescritti tutti gli esami clinici da effettuare durante la gestazione, è una peculiarità della Regione Toscana. Dopo la pubblicazione nel 2010 delle *Linee guida sulla gravidanza fisiologica* (MINISTERO DELLA SALUTE - ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ - CENTRO PER LA VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DELL'ASSISTENZA SANITARIA [CEVEAS] 2010), altre Regioni si sono dotate di uno strumento simile nel corso del 2011.

Bibliografia

- AMBROSINI Maurizio (2005), *Sociologia delle migrazioni*, Il Mulino, Bologna
- BALSAMO Franca (curatore) (1997), *Da una sponda all'altra del Mediterraneo. Donne immigrate e maternità*, L'Harmattan Italia, Torino.
- BARTOLI Lisa (2007), *Venir au monde. Les rites de l'enfantement sur les cinq continents*, Payot, Paris.
- BOURQIA Rahma (1996), *Femmes et fécondité*, Afrique Orient, Casablanca.

CACCIARI Cristina - PIZZINI Franca (1985), *La donna paziente. Modelli di interazione in ostetricia e ginecologia*, UNICOPLI, Milano.

CASTIGLIONI Marta (curatore) (2001), *Percorsi di cura delle donne immigrate. Esperienze e modelli di intervento*, Franco Angeli, Milano.

COLOMBO Grazia - PIZZINI Franca - REGALIA Anita (1984), *Mettere al mondo. La produzione sociale del parto*, Franco Angeli, Milano.

DI CRISTOFARO LONGO Gioia (1992), *Codice madre. Orientamenti, sentimenti e valori nella nuova cultura della maternità*, Armando Roma.

DE MICCO Virginia (curatore) (2002), *Le culture della salute. Immigrazione e sanità: un approccio transculturale*, Liguori Editore, Napoli.

DOTTI Monica - LUCI Simona (2008), *Donne in cammino. Salute e percorsi di cura di donne immigrate*, Franco Angeli, Milano.

DUDEN Barbara (1994), *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull'abuso del concetto di vita*, Bollati Boringhieri, Torino.

DUDEN Barbara (2006), *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri, Torino.

FRYDMAN René - SZEJER Myriam (curatori) (2010), *La naissance. Histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui*, Albin Michel, Paris.

JORDAN Brigitte (1984 [1983]), *La nascita in quattro culture. Atteggiamenti e pratiche ostetriche a confronto*, Emme Edizioni, Milano [ediz. orig.: *Birth in four cultures*, Eden, Montreal, 1983].

L'ALBERO DELLA SALUTE - REGIONE TOSCANA (2009), *In Toscana: letture della salute globale dei migranti*, Centro Stampa Giunta Regione Toscana, Firenze.

LOMBARDI Lea (2004), *Donne immigrate in Italia: percorsi migratori e salute riproduttiva*, "Passaggi. Rivista italiana di scienze transculturali", anno II, n. 2, pp. 26-63.

LUATTI Lorenzo - LA MASTRA Marco (curatori) (2007), *Terzo Rapporto sull'immigrazione in provincia di Arezzo*, Assessorato Servizi Sociali e Sanitari e Multiculturalità, Provincia di Arezzo - UCODEP Arezzo - Università degli Studi di Siena, sede di Arezzo.

LUATTI Lorenzo - TIZZI Giovanna - LA MASTRA Marco (curatori) (2011), *Arezzo plurale, oggi e domani. Secondo Rapporto sull'immigrazione nella città di Arezzo*, Osservatorio sulle Politiche Sociali, Sezione Immigrazione, Assessorato alle Politiche Sociali della Provincia di Arezzo - Assessorato alle Politiche per l'Integrazione e le Pari Opportunità del Comune di Arezzo - OXFAM Italia.

MAFFI Irene (curatore) (2010), *Nascita*, "Annuario di Antropologia" (Ledizioni, Milano), anno IX, n. 12, 2010 (numero monografico).

MIELI Giuliana (2009), *Il bambino non è un elettrodomestico*, Apogeo, Milano (collana Urrà).

MINISTERO DELLA SALUTE - ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ - CENTRO PER LA VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DELL'ASSISTENZA SANITARIA (CEVEAS) (2010), *Gravidanza fisiologica. Linea guida 20*.

MORO Marie Rose (2002 [1994]), *Genitori in esilio. Psicopatologia e migrazione*, Cortina, Milano [ediz. orig.: *Parents en exil. Psychopathologie et migrations*, Presses Universitaires de France, Paris, 1994].

MUSI Elisabetta (2007), *Concepire la nascita. L'esperienza generativa in prospettiva pedagogica*, Franco Angeli, Milano.

PIZZINI Franca (1988), *Da mani femminili a mani maschili. La medicalizzazione del parto (sec. XVIII - XX)*, video prodotto dalla Provincia di Milano.

PIZZINI Franca (1995), *Goffman in maternità. Etnografia dell'ospedale ostetrico-ginecologico*, "Ossimori. Periodico di antropologia e scienze umane", n. 6, I semestre 1995, pp. 41-44.

PIZZINI Franca (1999), *Corpo medico e corpo femminile. Parto, riproduzione artificiale, menopausa*, Franco Angeli, Milano.

PUECH Francis (2010), *Le plan de périnatalité*, pp. 767-775, in FRYDMAN R. - SZEJER M. (curatori), *La naissance. Histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui*, Albin Michel, Paris.

RANISIO Gianfranca (1995), *Sistema natale e contesto culturale. Linee interpretative e approcci di ricerca*, "Etnoantropologia" (Associazione Italiana per le Scienze Etnoantropologiche), n. 3-4, 1995, pp. 152-163.

RANISIO Gianfranca (1996), *Venire al mondo: credenze, pratiche e rituali del parto*, Meltemi, Roma.

SEPPILLI Tullio (2000), *Le nuove immigrazioni e i problemi di strategia dei servizi sanitari europei: un quadro introduttivo*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica.", n. 9-10, ottobre 2000, pp. 35-58.

SEPPILLI Tullio (2009) (intervistato da LUPO Alessandro), *Male, malessere e malattia*, "Primapersona. Percorsi autobiografici" (Semestrale edito dalla Fondazione archivio diaristico nazionale [ONLUS] in collaborazione con la Provincia di Arezzo), anno X, n. 20, gennaio-giugno 2008, pp. 8-17.

SOCIETÀ ITALIANA DI ECOGRAFIA OSTETRICO-GINECOLOGICA (2010), *Linee guida SIEOG*, Editeam, Roma.

VAN GENNEP Arnold (1981 [1909]), *I riti di passaggio*, Bollati Boringhieri, Torino [ediz. orig.: *Les rites de passage*, Émile Nourry, Paris, 1909].

Sitografia

<http://www.epicentro.iss.it/argomenti/allattamento/allattamento.asp> (Portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica. A cura del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute)

www.saperidoc.it (SaPeRiDoc, Centro di documentazione sulla salute perinatale e riproduttiva)

Scheda sulle Autrici

Michela Marchetti è nata a Città di Castello nel 1973. Si è laureata nel 2005 nella Facoltà di lettere e filosofia dell'Università degli studi di Perugia con una tesi di antropologia medica (*Effetti patogeni di condizioni ambientali socialmente prodotti. Il caso della coltivazione del tabacco in Alta Valle del Tevere*) elaborata presso la Sezione antropologica del Dipartimento Uomo & Territorio. Nel 2005-2006 ha seguito il Corso di perfezionamento in antropologia medica presso l'Università degli studi di Milano Bicocca e nel 2006-2007 ha frequentato il Master universitario in Medicina internazionale. Dal 2007 al 2009 ha lavorato come ricercatrice e formatrice presso l'Associazione per la solidarietà e la cooperazione internazionale (UCODEP, Arezzo). Lavora dal 2009 come antropologa collaboratrice di ricercatrice nella Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia).

Chiara Polcri è nata ad Arezzo nel 1974. Si è laureata nel 1999 nella Facoltà di lettere e filosofia dell'Università degli studi di Perugia con una tesi di antropologia medica (*La scrittura del silenzio. Le voci altre dell'istituzione manicomiale negli scritti autografi dei ricoverati*) elaborata presso la Sezione antropologica del Dipartimento Uomo & Terri-

torio. Nel 2001 ha conseguito il Master in Comunicazione e media presso l'Università degli studi di Firenze. Nel 2006 ha conseguito il Dottorato di ricerca in Metodologie della ricerca etno-antropologica (Università degli studi di Siena - Università degli studi Perugia - Università degli studi Cagliari) con la tesi *Il cuore sulle labbra. Narrazione e interpretazione dell'esperienza di malattia di soggetti colpiti da infarto acuto del miocardio*. Dal 2002 lavora come antropologa ricercatrice nella Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia), dove si occupa anche di progettazione e formazione.

Riassunto

Gravidanza, parto, puerperio in un contesto d'immigrazione: un approccio antropologico per la calibrazione culturale dei servizi socio-sanitari

L'articolo offre un resoconto del progetto svolto su incarico della USL 8 della Regione Toscana (Arezzo), il cui obiettivo generale è stato quello di elaborare modelli di risposta alle principali questioni problematiche connesse all'esperienza della gravidanza, del parto e del puerperio e alle criticità rilevate dagli operatori soprattutto in relazione all'utenza immigrata. Il lavoro, che è stato realizzato nell'ambito di una specifica proposta formativa rivolta al personale di ospedale e consultorio di area materno-infantile, è stato condotto attraverso una metodica caratterizzata dalla costante intersezione tra il piano della formazione, quello della ricerca e quello "più operativo" dell'intervento. Entro tale quadro, è stata realizzata una indagine in profondità che ha messo in luce alcune importanti questioni: le criticità connesse alla perdita, da parte delle donne, delle reti di sostegno di riferimento dei paesi di origine e la riconfigurazione di nuove modalità e risorse nella distribuzione dei ruoli all'interno della coppia immigrata; il ruolo della soggettività e della dimensione emozionale, anche in rapporto alle relazioni terapeutiche; i processi di medicalizzazione; la tematica della continuità assistenziale tra ospedale e consultorio nella presa in carico della donna e del neonato; le questioni dell'efficacia della comunicazione fornita dai servizi, della scelta dei canali attivati per veicolare le informazioni socio-sanitarie e delle relative conseguenze rispetto all'accesso ai servizi stessi. Il costante confronto su tali temi con gli operatori che hanno partecipato al progetto – confronto che ha incessantemente contraddistinto la metodologia utilizzata – ha permesso di sviluppare un'ampia riflessione intorno alla complessa questione del rapporto tra donne immigrate e servizi preposti alla gestione del parto, della gravidanza e del puerperio, di attivare utili processi di comunicazione tra tutti gli attori coinvolti e di individuare specifici percorsi per la calibrazione culturale dei servizi socio-sanitari.

Parole chiave: servizi socio-sanitari, gravidanza, parto, puerperio, immigrazione, Toscana, Italia.

Résumé

Grossesse, accouchement et puerpéralité dans un contexte d'immigration: une approche anthropologique pour la mise au point culturelle des services socio-sanitaires

Le sujet de l'article est le projet promu par l'Unité de la santé 8 (Arezzo) de la Région Toscane, dont le but était de proposer des réponses aux principales questions liées à l'expérience de la grossesse, de l'accouchement à la puerpéralité et plus en général, aux problèmes identifiés par les travailleurs du milieu de l'hôpital à l'encontre des immigrants. Le projet a été mis en œuvre au sein d'une offre de formation spécifique pour le personnel du milieu des hôpitaux dont le service de puériculture et il été réalisée adoptant une méthodologie axée sur l'intersection constante entre les domaines de la formation et la recherche sur un mode d'intervention plus "opérationnel". Cette recherche approfondie se divise en quelques points importants: les problèmes liés à la perte du réseau naturel de soutien que les immigrants pouvaient naturellement avoir dans leurs pays d'origine; la redéfinition de l'environnement quotidien liée aux modalités (administratives, culturel, services sanitaires...) et la distribution des rôles au sein du couple immigré; l'importance de la subjectivité émotionnelle par rapport aux interventions thérapeutiques, au processus de médicalisation, à l'organisation de la prise en charge de la mère et du nouveau-né à la sortie de l'hôpital; quelle communication fournie par les différents services, quels moyens de communication choisis pour véhiculer les informations socio-sanitaires et quels accès et impacts sur les services ciblés. Ce dialogue constant entre les travailleurs de la santé qui ont participé à ce projet et qui est la base de la méthodologie adoptée, a permis de développer une réflexion large autour de la question complexe de la relation entre les femmes immigrantes et les services hospitaliers, d'activer un processus de communication utile entre tous les acteurs impliqués afin de développer des axes spécifiques pour améliorer la mise au point culturelle des services socio-sanitaires.

Mots clés: services socio-sanitaires, grossesse, accouchement, puerpéralité, immigration, Toscana, Italia.

Resumen

Embarazo, parto, puerperio en un contexto de inmigración: un enfoque antropológico para la calibración cultural de los servicios socio-sanitarios

El artículo presenta un reporte del proyecto desarrollado por encargo de la Unidad de Salud 8 (Arezzo) de la Región Toscana cuyo objetivo fue de elaborar modelos de respuesta a las principales problemáticas vinculadas al embarazo, al parto o al puerperio y a las complicaciones observadas por los operadores sobre todo en

relación con las usuarias migrantes. El trabajo, realizado en el marco de una propuesta formativa específica dirigida al personal de hospitales y de consultorios materno-infantiles, se llevó a cabo a través de un método caracterizado por la intersección constante entre el plano de la formación, el de la investigación y el de la intervención “más operativo”. Dentro de este marco, se realizó una investigación profunda que ha puesto en evidencia algunas cuestiones importantes: las complicaciones relacionadas a la pérdida, por parte de las mujeres, de las redes de soporte de referencia con sus países de origen y la reconfiguración de nuevas modalidades y de recursos en la distribución de los roles al interno de la pareja migrante; el rol de la subjetividad y de la dimensión emocional, también en cuanto a las relaciones terapéuticas; los procesos de medicación; la temática de la continuidad asistencial entre hospital y consultorio en los cuidados a la mujer y neonato; la cuestión de la eficacia de la comunicación que proveen los servicios, de la elección de los canales activados para presentar la información socio-sanitaria y las consecuencias relativas en cuanto al acceso a los mismos servicios. La discusión constante sobre estos temas con los operadores que participaron al proyecto – discusión que ha marcado la metodología utilizada – ha permitido desarrollar una profunda reflexión sobre la compleja cuestión de la relación entre mujeres migrantes y servicios de salud para la gestión del parto, del embarazo y del puerperio, para activar procesos de comunicación útiles entre todos los involucrados y para individuar los enfoques específicos necesarios para la calibración cultural de los servicios socio-sanitarios.

Palabras llave: servicios socio-sanitarios, embarazo, parto, puerperio, inmigración, Toscana, Italia.

Abstract

Pregnancy, delivery, puerperium in an immigrant context: an anthropological approach to promote cultural fine-tuning in social health services

The article focuses on the project promoted by Tuscany's Health Unit n. 8 (Arezzo), whose general goal was to offer possible models of response to the main issues related to the experience of pregnancy, delivery and puerperium and to the critical urgencies noted by health workers, with special emphasis on immigrant users. The project was implemented within a specific offer of training for the Hospital's personnel and the Mother-child Department of the family care and Planning unit's personnel. It was carried out adopting a methodology focusing on the constant intersection between the areas of training, research and the possibility of a more “operative” mode of intervention. Within this setting an in-depth research was undertaken that brought to light a few important issues: the critical urgencies related to the women's loss of a

supportive network they could count on in the Countries of origin; the redefinition of new modalities and resources in role distribution within the immigrant couple; the importance of emotional subjectivity in relation to therapeutic interventions; the medicalization process; the theme of continuity in taking charge of mother and newborn in the passage from the Hospital to the Family care and Planning unit; the issue of how effective the communication offered by the services was in relation to the channels of communication chosen and to their impact on the access to the services. The constant dialogue with the health workers who took part in the project – which was the mark of the methodology adopted – has allowed to develop a wide reflexion around the complex issue of the relationship between the immigrant women and the services in charge of pregnancy and puerperium, and to activate a useful process of communication among all the actors involved, focusing on specific paths to improve the cultural fine tuning of social health services.

Keywords: social health services, pregnancy, delivery, puerperium, immigration, Toscana, Italia.

*La medicalizzazione dell'esperienza trans nel
percorso per la "riassegnazione chirurgica del sesso".
Una ricerca etnografica nella città di Napoli*

Marzia Mauriello

dottore di ricerca in Etnologia ed etnoantropologia (Sapienza Università di Roma)
/ assegnista di ricerca e docente a contratto di Etnologia nella Università degli studi
Suor Orsola Benincasa (Napoli)
[marziamauriello@gmail.com]

Siamo nate in clinica, e lì siamo rimaste
Porpora Marcasciano

(dichiarazione al Pride Park, Roma 5 giugno 2011)

La performance incorporata

In un saggio pubblicato nel 1990, Judith Butler affronta il tema della natura performativa delle identità di genere "decostruendo" il binarismo maschile/femminile e restituendo al corpo sessuato la sua dimensione culturale e naturalizzata. La sua analisi sulla performatività, in relazione ai corpi e alle identità che essi vengono a incarnare, parte anzitutto dalla considerazione che con essa si debba intendere "una ripetizione e un rituale che sortisce i suoi effetti mediante la naturalizzazione nel contesto di un corpo" (BUTLER J. 2004 [1990]: XIX⁽¹⁾). Questa sua concettualizzazione può essere posta in relazione all'idea di presenza in senso demartiniano, per la quale l'individuo diviene consapevole e sicuro del suo essere al mondo agendo in esso e attraverso un costante riferimento al contesto, storicamente e culturalmente determinato, che in questo modo si rivela parte costitutiva del soggetto, della sua identità, nonché del suo corpo, nel modo in cui egli lo percepisce e rappresenta all'esterno. Asserire che il genere è performativo non vuol dire, però, ridurre la nozione di "interiorità psichica" a un insieme di atti ritualizzati e naturalizzati, ma sottolineare che è buona parte di ciò che facciamo *da* (e non in quanto, poiché ne costituirebbe il presupposto) uomini o donne a renderci tali, la

conferma continua di uno *status* determinato da un *habitus* (BOURDIEU P. 1998). Per *habitus* si può intendere sia l'insieme degli atteggiamenti che un soggetto sociale assume o delle azioni che compie, sia, in relazione a quanto appena detto, il modo in cui la persona si presenta (a partire da ciò che indossa), la qual cosa *evidentemente* consente, dall'esterno, una valutazione immediata sulla sua identità di genere attraverso un processo che è naturalizzato pur basandosi su una serie di elementi culturali facilmente decostruibili (GARBER M. 1994 [1991]; GOFFMAN E. 1959).

L'insieme dei comportamenti e dei ruoli che bisogna assumere per riconoscersi ed essere riconosciuti come appartenenti a una "giusta" categoria di genere, quella, nella maggior parte dei casi, corrispondente al proprio sesso anatomico, rende il genere «un insieme di attributi» – un modo di essere e di rappresentarsi – al quale bisogna sempre mostrarsi adeguati (BUSONI M. 2000: 22-23; GILMORE D. (2003 [1990]): 26); questo processo, costante e non contrattabile, di adeguamento a ciò che si considera norma in quanto parametro conoscitivo (BUTLER J. 2006 [2004]), prevede dei codici culturali, determinati a loro volta da pratiche discorsive (FOUCAULT M. 1984 [1976]), onnicomprensivi e imprescindibili che riguardano e coinvolgono in primo luogo il corpo, nel modo in cui gli altri lo percepiscono e, ancor prima, nel modo in cui il soggetto lo considera e interpreta elaborando, attraverso di esso, l'immagine di sé.

Ecco perché «nel momento in cui vengono a mancare le banali e consuete percezioni culturali, in cui non si riesce a leggere con sicurezza il corpo che si vede», lettura determinata, come accennato poc'anzi, già *a priori* dal modo in cui *si impara* a guardare e a guardarsi, allora «non si è più sicuri se il corpo in cui ci si è imbattuti sia quello di un uomo o di una donna» (BUTLER J. 2004 [1990]: XXVII), a partire da considerazioni basate sull'evidenza, ossia su ciò che viene mostrato. Le identità sono processi in continua costruzione che, attraverso la mimesi (la capacità di rendersi simile all'altro osservandolo), apprendono quelle "tecniche del corpo", direbbe Marcel Mauss, necessarie al riconoscimento del sé e, al tempo stesso, dell'altro da sé.

Queste tecniche del corpo appaiono però inscindibili dal contesto in cui si sviluppano, non sono le stesse in ogni luogo e tempo; nello specifico, quando si parla dell'Altro in termini di genere, non si può non considerare quanto il contesto influisca sulla produzione e percezione dei corpi, laddove «il genere non può essere separato dalle intersezioni politiche e culturali in cui viene prodotto e mantenuto» (BUTLER J. 2004 [1990]: 6); il termine stesso *transgender*, nato negli Stati Uniti negli anni Settanta e

consolidatosi negli anni Novanta, esprime una condizione di *superamento* del binarismo di genere presente nelle società occidentali; gli *hijra* in India (NANDA S. 1990), i *two spirits* (cosiddetti *berdache*) presso gli Indiani d'America (WILLIAMS W.L. 1986), i *sarin'ampela* presso i Vezo in Madagascar (ASTUTI R. 1998), per citarne solo alcuni, sono, in contesti extra occidentali, l'incarnazione di un altro genere, o meglio, di *un'altra categoria di persone*, socialmente e culturalmente riconosciuta.

La questione che si è venuta a presentare rispetto alla realtà *trans* riguarda dunque in prima istanza la percezione del corpo sessuato in un'ottica binaria in base al dimorfismo sessuale, nel modo in cui esso è stato costruito e interpretato in Occidente dalla scienza medica a partire dal XIX secolo, la quale oggi, attraverso i mezzi forniti da quello stesso sapere, consente la trasformazione, ossia il passaggio da un sesso all'altro, ai soggetti cui viene diagnosticato il "disturbo dell'identità di genere".

Questo scritto intende prendere in considerazione la possibilità che la trasformazione del proprio corpo costituisca una necessità indotta dalla esigenza di *vedersi e apparire come l'Altro*, il risultato di un binarismo che, a partire dalle categorie mediche, è ormai entrato nelle pratiche discorsive, condizionando il modo in cui i soggetti vivono l'esperienza del proprio corpo.

È sulla base di queste prime considerazioni sulla *performance*, sulla presenza, sul contesto, che si intende indagare la questione della realtà *trans* attraverso gli strumenti forniti dall'antropologia, grazie alla possibilità che questa disciplina offre di affiancare alla riflessione teorica la pratica etnografica. Questo studio, in particolare, deve molto al corto circuito evidente tra l'interpretazione *dall'alto*⁽²⁾ e la percezione dei soggetti narranti rispetto alle identità di genere, a partire dalle denominazioni che ne danno. Solo il continuo confronto tra i soggetti molteplici protagonisti di questa ricerca e il dialogo su più piani interpretativi hanno, difatti, consentito l'indagine qui proposta.

Sesso è genere?

Come indica Judith Butler, quando Simone de Beauvoir scrive che «donna non si nasce, lo si diventa», mettendo in discussione la fatticità anatomica quale elemento significativo o determinante nella costruzione della persona, ella mostra come il corpo sia già di per sé interpretato dai significati culturali e quindi non possa essere inteso come termine prediscorsivo,

inducendo una importante riflessione sulla natura “di genere” e quindi culturale, del sesso (BUTLER J. 2004 [1990]: 12). Nei *gender studies* si parte proprio da una differenziazione tra sesso (naturale) e genere (culturale, detto anche *sesso sociale*), distinzione che da alcuni, tra cui Butler, è stata confutata partendo dall’idea che il sesso sia in realtà già una categoria interpretata culturalmente: «il sesso è stato, per definizione, genere sin dall’inizio» (BUTLER J. 2004 [1990]: 12).

Nell’interpretazione di Michel Foucault, il sesso è un dispositivo regolatore, da quando, tra il XVIII e il XIX secolo, in relazione agli sviluppi del sapere medico, giuridico, psichiatrico, esso diviene oggetto dei “discorsi” (FOUCAULT M. 1984 [1976]: 31). Riferendosi al pensiero foucaultiano, Butler asserisce che l’essere sessuati è il punto di partenza per essere individuabili in quanto soggetti sociali da porre in oggetto, ossia da regolamentare, attraverso una legge che viene a essere “principio formativo del proprio sesso, del proprio genere”, nonché “principio ermeneutico dell’interpretazione di sé” (BUTLER J. 2004 [1990]: 140).

Una significativa ricognizione storica sul modo in cui in Occidente si è andata formando l’idea del corpo sessuato per come lo si interpreta oggi, a partire dalle categorie della biomedicina, è stata effettuata da Thomas Laqueur che, nel volume pubblicato nel 1990 *Making sex. Body and gender from Greeks to Freud*, racconta di come, prima dell’epoca illuminista, il sesso fosse percepito e vissuto non come una categoria ontologica ma come una categoria sociologica, nel senso che essere uomo o donna equivaleva ad assumere un determinato ruolo culturale nonché un posto specifico nella società (LAQUEUR T. 1990: 8). A partire dalle teorie di Galeno circa l’isomorfismo sessuale, in base al quale gli organi genitali femminili non erano altro che versioni introflesse dei genitali maschili (la vagina come pene, l’utero come scroto) e quindi imperfetti, Laqueur analizza il cambiamento nella *reinterpretazione* del corpo, processo intrinseco a ciascun mutamento avvenuto nel tempo e nei luoghi; il corpo stesso, a partire dal quale sono state formulate le nozioni moderne di differenza sessuale, è, per l’autore, il prodotto di particolari momenti storici e culturali (LAQUEUR T. 1990: 16).

Nuove scoperte sulle strutture del corpo hanno condotto a spostamenti da una categoria all’altra, categorie basate su una distinzione di *gender*, di qualità proprie a ciascuna categoria – attivo/passivo, caldo/freddo e così via – di cui «un pene interno o esterno era solo il segno diagnostico» (LAQUEUR T. 1990: 135); nel caso degli ermafroditi, ad esempio, era il comportamento a determinare l’appartenenza a un genere o a un altro, la qual cosa, dal punto di vista sociale, significava svolgere particolari ruoli e agire in corrispondenza del proprio genere.

La tesi di Laqueur è che anche la ricerca scientifica sul sesso sia stata influenzata da un modello culturale nella sua interpretazione dei fenomeni biologici; per questa ragione, per l'autore non ha senso di parlare di *gender*, dal momento che il sesso è in realtà già *genderizzato*, una categoria non naturale ma naturalizzata (LAQUEUR T. 1990: 10-11). In questo senso, la scienza non avrebbe solo studiato, ma anche costruito la differenza tra uomini e donne.

«The notion, so powerful after the eighteenth century, that there had to be something outside, inside, and throughout the body which defines male as opposed to female and which provides the foundation for an attraction of opposites is entirely absent from classical or Renaissance medicine. In terms of the millennial traditions of western medicine, genitals came to matter as the marks of sexual opposition only last week» (LAQUEUR T. 1990: 22).

Dal XIX secolo in poi, tutta la questione sul sesso sarà trasferita in ambito biologico, il comportamento (potremmo parlare di rappresentazione o *performance*) non determinerà più nulla, laddove la natura diverrà, in Occidente, il centro per la comprensione di ogni cosa; esistono leggi fisse che spiegano tutto, anche la differenza tra gli uomini e le donne.

Nel XVII secolo, una donna che avesse assunto un ruolo “attivo” nel rapporto sessuale con un'altra donna avrebbe commesso un illecito poiché, svolgendo un ruolo maschile – Laqueur scrive «playing the man's part during intercourse» (LAQUEUR T. 1990: 136) – avrebbe violato le *regole del gender*. Anche allora, ovviamente, il sesso determinava lo *status* (quindi il *gender*) ma ancora in un senso *non ontologico*. Solo successivamente, infatti, i genitali verranno a rappresentare *la piena realtà*: quando la teoria del sesso unico verrà a cadere, essi assumeranno quel «pieno stato civile», che Laqueur definisce anche come «non ambiguo ed extralinguistico»: un «pieno significato» (LAQUEUR T. 1990: 139). Ad ogni modo, per l'autore di *Making sex*, qualunque determinante scientifica nell'individuazione di due sessi piuttosto che di uno non ha modificato la percezione della binarismo di genere che, nella cultura occidentale, precede qualunque indagine scientifica sul sesso.

«All but the most circumscribed statements about sex are, from their inception, burdened with the cultural work done by these propositions. [...] two incommensurable sexes were, and are, as much as the products of culture as was, and is, the one-sex model» (LAQUEUR T. 1990: 153).

Nel caso delle persone *trans*, ad esempio, la biomedicina applica una “terapia” che consiste nell'allineare alla mente il corpo, il sesso all'identità di genere; nella categoria scientifica esiste già un modello binario del

gender che condiziona il modo in cui la biomedicina percepisce i corpi, è il *gender* la categoria dalla quale si parte per stabilire poi la differenza sessuale. La ricerca scientifica e medica in questo senso non è stata e non sarà mai neutrale, ma condizionata culturalmente; dal momento che la sua è una conoscenza *situata*, è impossibile che vi sia un punto di vista imparziale, anche perché «l'esperienza della conoscenza scientifica è anch'essa un'esperienza corporea. Nell'esercizio del loro mestiere gli scienziati si accostano alla realtà che osservano attraverso il loro stesso corpo» (PIZZA G. 2005: 46). Per questa ragione, la scienza di oggi non è meno situata rispetto a quella di ieri (LÖWY I. 1988).

Questo è il presupposto da cui partire per tentare un'indagine sull'idea di devianza, problema o malattia associati alle identità sessuali, sul modo in cui la diversità in questo ambito sia ricondotta alla patologia e quanto quest'ultima sia la risultante di una cecità culturale che conduce all'inintelligibilità sociale di alcuni tipi di identità nel momento in cui appaiono non conformi al modello vigente, culturalmente costruito e naturalizzato.

«[...] l'identità è considerata come una disposizione che si acquisisce durante la formazione della propria personalità nell'infanzia e che tende a essere considerata fissa nel tempo. Il distanziamento da tale identità era osservato come una devianza, un disturbo psichico. Per questo le identità ambigue in campo sessuale sono state storicamente oggetto di classificazioni essenzialiste e violente che, attraverso l'azione congiunta di istituzioni quali la Chiesa, la biomedicina e lo Stato, si sono spinte fino alla persecuzione, come nel caso dell'internamento nei manicomi o nelle carceri di soggetti la cui identità sessuale non si identificava né nel maschile né nel femminile e che venivano pertanto considerati folli o devianti dalle tre istituzioni» (PIZZA G. 2005: 62).

Se l'identità è strettamente legata ad una "verità genitale", a ciò che appare scritto sul corpo o, nel caso delle persone *trans post-op*⁽³⁾, a ciò che viene riscritto su di esso, la riassegnazione chirurgica del sesso diviene dunque una manovra necessaria e imprescindibile all'auto-riconoscimento delle identità *trans*.

Transgender e transessuale

Transgender e transessuale; comprendere la differenza tra queste due realtà non è cosa semplice. Gli studiosi che se ne sono occupati definiscono il termine *transgender* come un termine "ombrello", che racchiude in sé tutte quelle categorie non riconducibili al codice identitario binario imposto dai saperi e dai poteri discorsivi di matrice eterosessuale, op-

pure, in un altro senso, come appellativo di tutti quei soggetti che, non riconoscendosi nel binarismo di genere femminile/maschile, decidono (sentono) di non voler ricorrere alla riassegnazione chirurgica del sesso, contrariamente, quindi, a quanto decidono (sentono) le persone transessuali. Susan Stryker, autrice del volume pubblicato nel 2008 *Transgender history*, quando definisce la propria condizione di *transgender*, asserisce che in realtà il termine è ancora in costruzione e se ne appropria per riferirsi alle persone che si discostano dal genere assegnato loro alla nascita, superando (*trans-*) i confini della propria cultura che lo definiscono e lo contengono (STRYKER S. 2008: 1). Stryker, con questa definizione, si sposta già oltre i limiti discorsivi del sesso e, quindi, in un certo senso, del transessualismo, arrivando da subito alla questione dell'*extragenitalità* dell'identità. Nel termine *transgender* Stryker include soggettività molteplici, da quelle transessuali a quelle *cross-dresser*.

«It is the movement across a socially imposed boundary away from an unchosen starting place – rather than any particular destination or mode of transition – that best characterizes the concept of “transgender”» (STRYKER S. 2008: 1).

A suo avviso, nella percezione di sé, le persone *transgender* possono interpretare la loro condizione in modo diverso, alcune, in un senso biologico, sessuale, anatomico, quindi in generale fisico, e altre, invece, come un elemento legato a processi psicologici e culturali.

Il termine nasce nei primi anni Settanta negli Stati Uniti (assumendo però pieno significato vent'anni dopo), coniato, come molti sostengono, dall'attivista Virginia Prince, che lo utilizzava per descrivere quelli che, come lei, «lived full time in a gender other than that to which they were ascribed at birth, but without surgical intervention» (VALENTINE D. 2007: 32).

La questione potrebbe apparire risolta così, se non fosse che le soggettività coinvolte non sempre sembrano avere le idee così chiare circa la loro condizione identitaria, tant'è vero che vi sono numerosi casi di soggetti che iniziano il percorso di transizione e poi decidono, dopo anni di assunzione di ormoni e interventi di chirurgia estetica per rendersi simili al *proprio genere*, di non sottoporsi all'operazione di “rettificazione genitale” per diverse ragioni. È il caso, ad esempio, di quelle persone trans MTF⁽⁴⁾ che si prostituiscono, dalle cui testimonianze si evince che è proprio lo stato di *ibridismo*, il loro essere “sirene”⁽⁵⁾, nonché il loro poter “fare i maschi”, svolgendo un ruolo “attivo” nel rapporto sessuale, ad attrarre i clienti, oppure il caso delle persone trans FTM, per le quali la ricostruzione chirurgica dei genitali maschili risulta essere un'operazione alquanto complicata e dall'esito incerto⁽⁶⁾; inoltre, è diffusa la paura che, successivamente alla

riassegnazione chirurgica del sesso (Rcs), non si riesca più a provare o a dare piacere⁽⁷⁾.

Come definire allora questi soggetti? *Transgender* retroattivi? Transessuali pentiti? Se categorizzare appare necessario ai fini dell'indagine, della determinazione sociale, del riconoscimento, bisogna sempre tener presente la pericolosità delle definizioni, mai svincolate dai saperi/poteri, direbbe Foucault. Al di là dell'approssimazione di tale definizione (la quasi totalità delle persone *transgender* ricorre comunque a modificazioni del corpo, assumendo ormoni e sottoponendosi a operazioni di chirurgia estetica, a partire dal seno⁽⁸⁾), il discorso che qui si intende portare all'attenzione ed esplorare riguarda proprio i due termini *transgender* e transessuale. A nostro avviso, non ha senso parlare di medicalizzazione del transessualismo perché esso è già una condizione interpretabile ed esistente solo attraverso la biomedicina. Mentre, quindi, il termine *transgender*, nel suo includere molteplici realtà di genere, non può essere considerato scientificamente esaustivo nell'indagine sui soggetti che si sottopongono alla Rcs, allo stesso modo, il termine *transessualismo* appare già, nella sua definizione, intrecciato a doppio filo col sapere biomedico. È la condizione *trans*, di chi si trova "oltre" il genere attribuitogli/le alla nascita in relazione al sesso anatomico, ad essere medicalizzata.

Non a caso, il termine "transessuale" fu coniato nel 1923 da un medico, Magnus Hirschfeld, ritornando nel 1949 come titolo di un articolo di David O. Cauldwell (il quale, però, si opponeva alla chirurgia transessuale) che nel suo scritto *Psychopathia transexualis* indicava il caso di una giovane donna che desiderava in modo ossessivo essere un uomo. Il termine divenne popolare, guadagnandosi il suo posto nella storia della scienza, nel 1953, grazie al dottor Harry Benjamin, endocrinologo e sessuologo, con la sua pubblicazione sul "Journal of the American Medical Association" della storia del primo intervento Rcs realizzato nel 1951 in Danimarca della fotografa americana di origine danese Christine Jorgensen (STRYKER S. 2008: 18). Nei primi anni Sessanta veniva inaugurata la prima "clinica per le identità di genere" alla John Hopkins University, a Baltimora (EKINS R. 2005: 309).

«It is difficult to imagine that people existing in cultures without modern Western medicine (and therefore without the medicalized options granted to transsexuals) could have conceived of surgically and/or hormonally altering their sex in the methods now practiced by modern Western medicine. Without this desire, which is a central component in the definition of 'transsexual,' it seems that without modern Western medicine, 'transsexuals' could not possibly exist» (BARNES W. 2011: <http://www.trans-health.com>).

Le persone *trans* che decidono di trasformare il proprio corpo anche nella parte genitale mostrano che il loro rapporto con la tecnologia medica è un rapporto di dipendenza; chiedere (e ottenere) di cambiare sesso è parte di ciò che costruisce il soggetto transessuale (HALBERSTAM J. 1998: 160). D'altra parte, Colette Chiland analizza molto bene il rapporto che si è venuto a instaurare tra quei soggetti «in cerca di una definizione di sé» e la possibilità di riconoscimento offerta, prodotta e diffusa dai mezzi di comunicazione circa il fenomeno del transessualismo; l'autrice parla, infatti, di «mediagenesi» oltre che di «iatrogenesi» (CHILAND C. 2011: 62-3).

In pratica la realtà *trans* sarebbe il prodotto della biomedicina ma anche l'effetto di pratiche discorsive che si sono in un certo senso rese autonome rispetto al sapere da cui provenivano; ciò spiegherebbe in parte anche la frattura esistente tra soggetti transessuali e rappresentanti del mondo medico relativamente alle definizioni, dove i primi fanno riferimento a loro stessi utilizzando il genere a cui sentono di appartenere (quindi nel caso di donne nate biologicamente maschi, al femminile), mentre i secondi parlano del soggetto *trans* declinandolo sempre in relazione al sesso di nascita (una donna nata biologicamente maschio, sarà, in termini biomedici, definita sempre al maschile).

Nelle interviste raccolte si evince un certa confusione rispetto all'auto-identificazione: i soggetti con un elevato grado di istruzione distinguono tra *transgender* e transessuale (anche se la distinzione appare non del tutto chiara) in base al fatto che ci si sia sottoposti (o si intenda sottoporsi) o meno all'intervento di rettificazione genitale. Le persone *transgender* che abbiamo incontrato sono in genere anagraficamente più adulte; tra loro, alcune hanno alle spalle un passato di attivismo politico e/o lottano tuttora per i diritti delle comunità LGBT. Tra queste, Porpora Marcasciano, presidente del MIT (Movimento Identità Transessuale) di Bologna la quale, in un'intervista rilasciataci presso l'Associazione Transessuali Napoli (ATN), definisce l'esperienza *transgender* come la condizione di chiunque non voglia includersi in un discorso di binarismo di genere⁽⁹⁾. Altre persone intervistate spesso non conoscono il termine *transgender* e, nonostante la loro condizione *corporea* indichi dall'alto l'appartenenza a questa realtà, nella loro percezione esse sono e si definiscono transessuali, oppure, tutt'al più, *femminielli* o ancora, spesso in riferimento a qualcun altro e in un senso spregiativo, *ricchioni*⁽¹⁰⁾. Mentre il *femminiello*, termine della lingua napoletana con cui tradizionalmente si indicavano gli omosessuali effeminati⁽¹¹⁾ dei quartieri popolari della città, in qualche modo riflette un ibridismo (un maschio femmina) e può essere riconducibile all'esperienza *transgender* (anche se in una forma

e in un contesto storico-culturale profondamente diversi) per il modo in cui questi soggetti si percepivano, raccontavano e rappresentavano, i *ricchioni*, invece, sono i maschi omosessuali “passivi”. La questione in questo caso riguarda l'identità di genere; nel primo caso, si ha a che fare con un maschio biologico che “si sente donna” e si *comporta* come tale, dalla pratica sessuale agli atteggiamenti e le movenze del corpo, non modificando però nulla di quest'ultimo; nel secondo caso, si tratta di orientamento sessuale (omosessuale) che, almeno all'apparenza, non mette in discussione, nei soggetti intervistati, l'appartenenza al genere maschile. Il fatto che alcune persone *transgender* MTF intervistate confondano i termini sia in un senso (transessuale) che nell'altro (*ricchione*) è il risultato delle ineguaglianze sociali e culturali che hanno lasciato alcune categorie “fuori dai discorsi” e, nel contempo, mostra quanto in alcuni casi sia profonda la frattura tra sapere scientifico e vita vissuta; in questo senso, molte persone ricorrono al sapere medico proprio perché hanno bisogno di un'autorità che *dall'esterno* legittimi, affermandolo, il proprio “stato identitario”.

Nel momento in cui la persona decide di sottoporsi al percorso per la Rcs, allora e solo allora ella può iniziare il percorso giuridico, per richiedere e ottenere, a seguito dell'operazione, la rettifica anagrafica.

Per comprendere a pieno quanto la medicina abbia condizionato e condizioni la percezione di sé nei soggetti “non conformi”, Stryker scrive che molte persone *transgender* ritengono che il loro desiderio di andare oltre i confini (o le barriere) del genere sia dovuto a un fattore biologico legato a una condizione di intersessualità (STRYKER S. 2008: 9).

Questi esempi introducono la dinamica, paradossale, per la quale l'esperienza corporea dal punto di vista della sua rappresentazione anatomica è così importante da travalicare la stessa presunta verità medica sul corpo sessuato, che risulta tale non soltanto da un punto di vista anatomico ma anche biologico, cromosomico, ormonale; non ha senso parlare di cambio di sesso, poiché, se si vuole restare vincolati al corpo, il sesso non si può mai davvero modificare. Da un punto di vista strettamente medico, cambiare sesso è impossibile (CHILAND C. 2011).

Il corpo transessuale non è simbolo assoluto di nulla. Eppure fa sì che il referente (“uomo” o “donna”) sia conoscibile. Paradossalmente, è a travestiti e transessuali che dobbiamo rivolgerci se vogliamo capire che cosa mai significhino le identità di genere. Perché travestiti e transessuali hanno più a che vedere con la virilità e la femminilità di chi non è né travestito né transessuale. Il loro disinteresse per “l'unisex” o “l'androg-

nia” come stili erotici è manifesto. Ciò che a loro interessa sono piuttosto le strutture di identità segnate e codificate dal genere (GARBER M. 1994 [1991]: 114-115).

Ecco che, dal punto di vista antropologico e, in un senso più ampio, nell'ambito delle scienze umane, quando si parla di transessualismo, bisogna interrogarsi criticamente su quanto il sapere biomedico abbia influito e influisca nella costruzione di un percorso identitario e di un'esperienza corporea che in realtà prescindono dal corpo interpretato biologicamente ma che, attraverso esso, com'è ovvio, si rendono intelligibili, dal momento che sono gli “atti, i gesti e le rappresentazioni” a costruire le identità, sostenute, a loro volta, da «segni corporei e altri mezzi discorsivi» (BUTLER J. 2004 [1990]: 191).

In relazione a quanto appena detto, un interessante saggio di Laurie S. Shrage del 2009 indaga proprio questo aspetto del modo in cui nelle società occidentali si descrive il corpo umano e le sue parti come maschili e femminili, dimenticando che queste «designazioni» siano basate su «nozioni stereotipate e semplificazioni» (SHRAGE L.S. 2009: 182).

«We see both vagina and bodies with vaginas as female because, stereotypically, vaginas and females are penetrated during sex, including non reproductive sex, even though there are other orifices on the bodies of men and women that are commonly sexually penetrated. We see bodies with vaginas as female, whether the bodies belong to ftms, dominatrixes, or stone butch lesbians - that is, sexual actors who do not generally play the stereotypical female role in sex or in reproduction. Bodies lacking ovaries, uteruses, and breasts but equipped with vagina are seen as female, despite the fact that such bodies do not produce eggs, gestate, or lactate. Because the vagina is the quintessential orifice for penetrative sex, and because being penetrated is stereotypically female, when other parts of the body are penetrated, they are viewed as analogous to a vagina» (SHRAGE L.S. 2009: 182)⁽¹²⁾.

Quindi, sottoporsi alla Rcs per un soggetto trans MTF significa appropriarsi di ciò che più di tutto il resto configura la donna come tale: la vagina, l'organo da penetrare.

Cambiare sesso significa dunque essenzializzare il corpo ed eliminare l'apparenza di quell'ambiguità che, come suggerisce Mary Douglas, pone sempre chi la incarna dalla parte sbagliata, rendendo quei soggetti pericolosi per loro stessi e la comunità. Per l'autrice di *Purity and Danger* vi è sempre la necessità di sottolineare la differenza, dal momento che «è solamente esagerando la differenza tra unito e separato, sopra e sotto, maschio e femmina, con e contro, che si crea l'apparenza dell'ordine» (DOUGLAS M. 1996 [1966]: 35).

Non a caso, l'assunzione del modello eteronormato (quello *in ordine*) rientra non poco in questa logica di transizione verso il sesso opposto, rafforzata, com'è, da un dichiarato orientamento sessuale eterosessuale; vi è, dunque, l'assunzione di un modello da parte di alcuni soggetti *trans* che determina una netta differenza dal punto di vista emico ed etico. Nella prospettiva eteronormata, le persone *trans* che compiono il percorso, riallineano la loro identità al loro sesso anatomico attraverso la rettificazione genitale e sviluppano relazioni eterosessuali: essendo passate "dall'altra parte", risultano privilegiate rispetto a persone *trans*, poiché si adotta un "modello" che risulta in linea con l'immaginario eterosessuale (EKINS R. 2005: 308).

Questo privilegio riguarda non soltanto il punto di vista esterno ma è ben presente, anche se non dichiaratamente, all'interno della comunità *trans*.

Mens (in)sana in corpore sano?

Nel Dsm IV, pubblicato nel 1994, il termine transessualismo è stato eliminato e sostituito dalla voce «disturbo dell'identità di genere» (DIG, in inglese GID). La diagnosi, sommariamente, richiede che i candidati al percorso per la Rcs rivelino prove di una identificazione persistente con l'altro sesso, un disagio costante riguardo a quello di nascita e un senso di inadeguatezza nel ruolo di genere corrispondente. In Italia, la legge 164/82 consente il cambio di sesso seguendo una procedura ben precisa per la quale il soggetto può richiedere la modifica dei dati anagrafici; perché ciò sia possibile, è necessario allestire un doppio processo in tribunale.

Il giudice, infatti, affinché possa realizzarsi quella rettifica anagrafica, deve autorizzare dei cambiamenti che vanno a incidere sul corpo sessuato; gli interventi di riassegnazione chirurgica del sesso possono, quindi, essere realizzati solo a seguito di un'adeguata autorizzazione del giudice. Una volta realizzati gli interventi, il giudice può procedere ad autorizzare la seconda parte del procedimento, ossia la modifica dei dati anagrafici. La legge non prevede a stretto rigore il passaggio da psicologi o psichiatri: prevede, però, che, ove lo ritenga necessario, il giudice possa richiedere una consulenza tecnica d'ufficio, tesa ad accertare le condizioni psicosessuali dell'interessato. Allo psicologo possono afferire, quindi, persone inviate dal giudice ma, nella gran parte dei casi, esse vengono "indirizzate" agli psicologi dai medici legali o dagli avvocati i quali, per accelerare i tempi, nel presentare la domanda al giudice producono già una documentazione indicante la diagnosi di disturbo dell'identità di genere⁽¹³⁾.

L'unico modo per le persone *trans* di ottenere la rettifica anagrafica sui documenti ufficiali in Italia è dunque sottoporsi al percorso di transizione e poi alla Rcs, operazioni a carico dello Stato poiché legate a una patologia, il Dlg, appunto. Negli ultimi anni, nelle varie associazioni *trans*, italiane e internazionali, si discute dell'idea di eliminare dal prossimo Dsm il Dlg, depatologizzando, quindi, il transessualismo. Il problema è alquanto complesso dal momento che questo implicherebbe di fatto l'impossibilità di accedere e ricorrere alle prestazioni sanitarie gratuite. Come indicatoci dallo psichiatra e psicoterapeuta Roberto Vitelli⁽¹⁴⁾ se il transessualismo «non è una condizione patologica ma una condizione voluttuaria, se è una determinazione della volontà che procede da un atto libero del soggetto che non risponde a nessuna condizione che la medicina definisce di tipo clinico, lo Stato non se ne può far carico». Resta dunque il problema di definire i soggetti *trans* come malati, portatori di un disturbo psichico, la qual cosa può avere, e di fatto ha, diverse implicazioni.

A tal proposito, nel testo *Elementi di critica trans* risulta particolarmente interessante l'intervento di Christian Ballarin, *trans* FTM, il quale si domanda:

«Perché io non voglio essere identificato come malato? Cosa ci sta dentro la parola malattia? Perché un malato è meno di me? Un malato ha qualcosa di inferiore a me, qualcosa di negativo? C'è l'associazione della malattia come qualcosa di negativo, come una mancanza, come qualcuno che esce da un corpo sano, da qualcosa che è giusto, che va bene; esce e dunque devo ricondurcelo dentro. Anche qui io mi interrogarei su come associamo alcune categorie ad una negatività senza che ci sia questa negatività a livello sociale» (ARIEITI L. *et al.* cur. 2010: 150).

Le questioni in gioco sono molteplici: da un lato, la definizione stessa di malattia quale concetto in opposizione a quello di salute, definizione che l'antropologia smonta descrivendo quest'opposizione come dialettica, «un processo dinamico in cui i due concetti sono intrecciati e non riconducibili a una pura dicotomia» (PIZZA G. 2005: 75); dall'altro, l'interiorizzazione della diagnosi di malattia mentale, riconducibile immediatamente all'idea di «carente» o di «anormale», da cui deriva la necessità di volersi «allontanare», «differenziare»:

Dietro tutta questa storia della depatologizzazione vi leggo la stessa logica del medesimo e dell'altro che è all'origine dei comportamenti di esclusione sociale, di stigma di comportamenti violenti nei confronti dei soggetti che esprimono un differente progetto di mondo, hanno un modo differente di essere. Quando ci si dichiara non folli si intende che si sta da un'altra parte rispetto a dove sono i folli, al di fuori⁽¹⁵⁾.

La questione si complica nel momento in cui entra in gioco l'autonomia del soggetto, per il quale la diagnosi rappresenta, se positiva, la possibilità di realizzare l'obiettivo, consentendogli di ottenere la sua autonomia nel senso di "realizzazione dell'immagine di sé" e, al tempo stesso, un vincolo, poiché sottopone il soggetto ad un discorso patologizzante che in qualche modo regola e condiziona quell'autonomia, laddove «l'opposizione salute/malattia è un dicotomia normativa che si autolegittima come dato oggettivo e che pertanto riflette i rapporti di potere che governano la vita sociale» (PIZZA G. 2005: 75). Per uscire da questa *impasse* bisognerebbe che i soggetti protagonisti della transizione cominciassero a riflettere criticamente e ad utilizzare gli strumenti offerti dalla biomedicina e della psichiatria senza farsi delegittimare (ARIETTI L. *et al.* *curr.* 2010: 122). A questa riflessione va aggiunto che se all'interno delle comunità *trans* vi sono soggetti che risentono del fatto che la loro condizione sia definita malattia, altri sono in qualche modo rassicurati dal fatto che essa possa essere chiarita su un piano biomedico e quindi "curata". Da un'intervista rilasciataci da Libera Cappabianca, una giovane psicologa che ha concluso il suo percorso di specializzazione presso l'Unità di psicologia clinica e psicoanalisi applicata dell'Università degli studi di Napoli Federico II, si evince fortemente questo aspetto dell'incontro del "paziente" col mondo medico (in questo caso con psicologi e psicoterapeuti), al quale il soggetto in questione chiede di essere "etichettato", di avere una risposta definitiva sulla propria condizione identitaria. Il bisogno di essere rassicurati circa il fatto di poter essere inclusi in una categoria, in questo caso medica, di "corrispondere" a qualcosa, è la risposta alle logiche tassonomiche che rendono necessaria l'identificazione in un modello, una condizione, qualunque essa sia, purché in qualche modo definibile. In tal senso, per i soggetti che si sottopongono alla diagnosi di disturbo dell'identità di genere, è meglio pensare a se stessi come appartenenti a una comunità di persone *classificate* come portatrici di un disturbo psichico, piuttosto che non poter avere una collocazione a questo mondo.

Oltre che di sentirsi parte di qualcosa, vi è anche la necessità, come affermato da Paolo Valerio⁽¹⁶⁾, di sapere, da parte dei soggetti, "che si ha un disturbo dell'identità di genere ma che non si è pazzi, perché le persone *trans* si sono sentite tali quando si percepivano diverse rispetto a ciò che tutti dicevano loro di dover essere"⁽¹⁷⁾. A tale aspetto va aggiunto, ovviamente, quello della possibilità di "curarsi" attraverso la Rcs, realizzando in questo modo l'obiettivo del pieno auto-riconoscimento.

La malattia nella definizione biomedica è uno stato oggettivo, un fatto reale, concreto, che si iscrive nel corpo del paziente, ma che si definisce

in base a parametri che escludono la percezione soggettiva del malessere, se non nella lettura clinica dei *sintomi*, che il paziente descrive, o nel decrittaggio dei segni oggettivi che il suo corpo manifesta allo sguardo del medico” (PIZZA G. 2005: 76).

Nel caso del Dig lo psicologo viene chiamato a dare un parere sulla base, da una parte, di criteri prestabiliti (sentirsi appartenente a un genere diverso rispetto a quello di nascita, l'aver vissuto per un certo periodo come una persona dell'altro sesso – il cosiddetto *real life test* –, presentarsi come l'altro genere), dall'altra, sulla base di ciò che si delinea nell'arco dei quattro-otto incontri preceduti e supportati da alcuni test (scritti e dialogici) che si tengono nell'arco di una settimana.

Al di là del discorso sui sintomi, che in questo caso sarebbero dei “criteri prestabiliti di valutazione”, c'è da dire, come accennato in precedenza, che il paziente *desidera* che il disturbo dell'identità di genere gli venga diagnosticato; a tale scopo, egli mette in atto quelle che vengono definite le *transsexual narratives*, ossia dei racconti più o meno sempre uguali la cui efficacia è comprovata. Questo accade proprio perché l'enigmaticità dell'esperienza iniziale del soggetto *trans* viene risignificata attraverso le categorie della biomedicina.

In realtà, la diagnosi non è solo il dilemma di alcuni esponenti della comunità *trans*, ma anche di molti psichiatri e psicoterapeuti, i quali sostengono che le dinamiche che soggiacciono ai percorsi per la Rcs siano viziate proprio dal meccanismo diagnostico, che costringe i soggetti che vogliono iniziare la trasformazione del corpo a sottoporsi forzatamente a sedute di psicoterapia al fine dell'ottenimento del documento che certifica il Dig. Anche questa operazione non è “neutra” e per varie ragioni, tra cui l'identità di genere dell'operatore, laddove chi dà il consenso al percorso per la Rcs può essere di genere maschile «con tutto quello che l'essere maschio comporta, ad esempio angoscia di castrazione, oppure di genere femminile, e in quel caso possono scatenarsi meccanismi di angoscia o ansia rispetto alla mastectomia o all'isterectomia»⁽¹⁸⁾. Insomma, le forze in gioco sono tante e diverse tra loro. Ritornando al discorso sulla diagnosi, in Italia ogni centro in cui si pratica la transizione ha una sua regolamentazione interna; nel caso dell'Unità di psicologia clinica e psicoanalisi applicata di Napoli, di norma:

«dopo quattro o otto incontri gli operatori rilasciano il certificato e non costringono la persona a sottoporsi a un anno o più di psicoterapia. La psicoterapia è un processo complesso che non può essere imposto a nessuno, perché, altrimenti, non è più psicoterapia, è una prigione-terapia. Il soggetto *trans* ha bisogno di fare un percorso dentro di sé, non si può

curare né stabilire un rapporto di fiducia con una persona dalla quale si sa che si dovrà essere valutati o giudicati»⁽¹⁹⁾.

«La nostra posizione deve essere una pratica di resistenza; il dispositivo colloca noi psicologi nel ruolo di guardiani, coloro che possono decidere l'accesso alle terapie che sono importanti alla sopravvivenza dei soggetti coinvolti. La posizione in cui il dispositivo ci colloca è assurda, di verifica della parola del soggetto e della sua collocabilità dentro le categorie approntate all'interno del sapere psichiatrico. Il ruolo dello psicologo diventa quello diagnostico, che allestisce un clima persecutorio e inficia la natura stessa della relazione tra paziente e terapeuta. Il nostro lavoro non è quello di fare diagnosi: la psicologia clinica e la psichiatria non possono essere ridotte a questa funzione»⁽²⁰⁾.

Ufficialmente non è previsto un supporto psicologico (tranne nel caso in cui sia esplicitamente richiesto) durante il trattamento endocrinologico che precede l'operazione, trattamento che dura circa due anni, poiché, appunto, non si può obbligare una persona a fare un percorso psicoterapeutico.

Iustitia corporis

I soggetti che scelgono di modificare il corpo per renderlo conforme alla propria idea di sé, considerano la loro mente prigioniera di un corpo percepito come anomalo, l'elemento che li rende "sbagliati". La riassegnazione chirurgica del sesso in questo senso non fa altro che avallare questa concezione del corpo come entità separata dalla mente, tant'è vero che la soluzione al problema è la modifica dell'elemento contrastivo, il corpo. Quanto vi è di naturale, quanto di culturale in tale processo?

In questo paragrafo discutiamo dell'idea di salute e malattia legata al corpo che inizia il percorso per la Rcs, che in realtà deve ammalarsi, attraverso la somministrazione nel corso di tutta l'esistenza di dosi massicce di ormoni, e rendersi sterile per "curarsi". Qui sorge la domanda sulla transizione verso il modello piuttosto che verso il sesso opposto, domanda resa legittima anche per quel che attiene al discorso sul piacere sessuale. L'eterosessualità e il binarismo sessuale e di genere sono così fortemente radicati nelle menti e nei corpi da indurre le persone a farsi "ammalare" per corrispondere a un modello?

I discorsi delle persone *trans* che abbiamo intervistato rientrano perfettamente nella logica di "cura della mente" attraverso la trasformazione del corpo. Da sottolineare che l'età media dei soggetti intervistati è relativamente bassa, compresa tra i venti e i quarantacinque anni, così come

tendenzialmente basso è il grado di istruzione; questi due elementi si sono rivelati fondamentali nel modo in cui essi intendono il proprio corpo e la propria esperienza *trans*. Le sei persone intervistate sono tutte donne *trans* (ossia persone nate biologicamente uomini), a causa delle difficoltà riscontrate al momento dell'etnografia nel reperire soggetti FTM, che sono in numero inferiore rispetto a quelli MTF⁽²¹⁾.

Tra le più adulte, Daniela Lourdes, 34 anni, si è operata all'età di 19 e sostiene fortemente che fare il percorso:

«è giusto perché molte volte ci sono ragazze che si operano privatamente, andando all'estero, senza avere assolutamente il senso di quello che fanno; il corpo cambia, bisogna riconoscersi e anche farsi riconoscere dalla società».

Daniela Lourdes mette insieme i due discorsi, quello di intraprendere un percorso medico che garantisca una certa sicurezza e quello del riconoscimento sociale; a tal proposito, rispetto alla questione del riconoscimento giuridico solo a seguito dell'intervento di riassegnazione chirurgica del sesso, nessuna delle persone intervistate sostiene di aver iniziato il percorso, intendendo concluderlo o avendolo già concluso, solo per ottenere i «documenti nuovi»; tutte, però, sostengono di conoscere persone che si sono sottoposte all'intervento solo per essere riconosciute giuridicamente, ma che «non le capiscono»⁽²²⁾.

Per Daniela Lourdes il non operarsi ha addirittura «conseguenze gravi psicologicamente e sessualmente: una statistica riporta che l'operazione nel 95% dei casi consente di provare piacere», sfatando quella che ella stessa definisce una «leggenda metropolitana» circa la difficoltà o impossibilità di soddisfacimento sessuale per le *trans post-op* MTF.

Sulla definizione di «disforia di genere», è ancora Daniela Lourdes a rispondere:

«È un disagio che la persona prova perché la mente non riconosce il proprio corpo, la propria sessualità ... disagio atavico, naturale e che crea una dissociazione tra il corpo e la mente. Io sono nata transessuale, per me è una condizione naturale, da quando sono nata mi sono sempre sentita donna».

Daniela Lourdes considera la disforia di genere un disagio, non una malattia, ma si dice consapevole che «la società concepisce questa condizione come una malattia» e che «anche spiegarlo è difficile». Alessia, 43 anni, tenta di spiegarlo:

«Quando cominci ad avere la coscienza di te, a capire che ti diversifichi un po' dalla normalità – dall'uomo e la donna – perché ti senti di fare un

certo percorso, tu ti senti una malata ... io mi sento una persona, non una transessuale: io adesso voglio farmi il laser, voglio farmi il seno e non ho i soldi ... diventa una malattia mentale. Come fai a realizzare i tuoi sogni?».

In questo caso sarebbe dunque la sofferenza a generare la malattia, sofferenza dovuta, in primo luogo, al sentirsi «diversa dagli altri», e, successivamente, alle oggettive difficoltà a realizzare l'immagine di sé, con il disagio che questa difficoltà può, in alcuni casi, comportare. All'ipotesi di un'eventuale impossibilità di cambiamento del corpo, infatti, la risposta di Daniela Lourdes è stata, riscuotendo generale consenso:

«Mi sarei uccisa! La morte è stata la compagna per anni di molte di noi... noi ringraziamo la medicina per quello che ha potuto fare per noi ... voglio morire con le mie proteste».

Quando, però, ritorna al discorso sulla malattia, tutte dichiarano che preferirebbero pagare, rinunciando all'assistenza medica gratuita, piuttosto che essere considerate malate e *anormali*.

«Alla fine noi siamo un *handicap*, preferirei pagare ma essere considerata una donna normale, vivere da donna normale pure se non ho figli... potrei amare gli altri bambini».

A rispondere è Paola, 23 anni, quasi alla fine del percorso iniziato circa quattro anni fa, che aggiunge di essere «soddisfatta di *come si vede*», di «stare realizzando quel che per me è un sogno ... lo stare bene con me stessa», ma poi aggiunge:

«Ancora oggi non sto ancora bene con me stessa. Finché non mi opero non starò bene con me stessa. Quando stai con una persona che tu ami, ti senti sempre...provi insicurezza e vergogna quando ti spogli davanti al tuo uomo ... il mio uomo me lo dice "non ti preoccupare, io sono consapevole di quello che sei", ma io fino a che non sarò donna a tutti gli effetti ... il giorno che sarò donna io potrò spogliarmi e dire "oggi sono donna", sono riconosciuta come Paola. Per lo Stato io non sono Paola, sono ancora Salvatore. Sono donna, però c'è l'unico "pezzo" che non mi fa esserlo. Tu hai la mente da donna e poi vedi un corpo che è maschile: è un trauma, io sono andata in depressione all'età di sedici anni quando ho capito di essere transessuale. Quando l'ho capito ho detto: voglio combattere ed essere donna. Sono stata picchiata, non accettata, *sputata in faccia* soprattutto dai miei amici ... mia madre è la mia migliore amica, mi metteva i panni da donna sotto il letto per andare a ballare; mio padre all'inizio capiva la situazione ma non capiva se il figlio era omosessuale o voleva diventare donna, poi mi è stato vicino e mi ha accompagnato a fare l'intervento al seno».

Intervento atteso per tre anni (gli interventi di chirurgia estetica non rientrano nelle prestazioni sanitarie gratuite) a causa dei costi dell'operazione, per la quale, dice Paola, che fa la parrucchiera a domicilio, «ho

dovuto *fare i capelli* fino a mezzanotte alle signore». Rispetto alle persone che decidono di non terminare il percorso, per Paola

«è come non arrivare a un traguardo per la propria felicità. Non riesco a capire quelli che arrivano a metà percorso e poi si fermano, non per la carta (d'identità) ma per loro stessi».

Mentre per Daniela, 21 anni, anch'ella verso la fine del percorso iniziato quattro anni prima col consenso dei genitori

«le persone che si tirano indietro sono pazze. Uno comincia un percorso che è così difficile e poi che fa? Non lo conclude?».

Alessia e Daniela Lourdes, le più adulte, sostengono invece, a questo riguardo, che le possibili ragioni per le quali alcune persone decidono di non portare a termine il percorso siano da ricondursi o alle innumerevoli difficoltà via via incontrate, o al fatto che ad un certo punto questi soggetti trovino un equilibrio vivendo «in uno stato a metà, oppure altri preferiscono rimanere in questo stato di limbo anche per una questione sessuale».

È il caso di Sara, quarant'anni, *transgender* MTF, la quale, in un'intervista allargata con Manuela, trans MTF di 23 anni (che ha cominciato il percorso a Napoli a 17 anni concludendolo tre anni dopo con l'operazione effettuata, però, in Thailandia), quando racconta le sue esperienze sessuali e di relazione include sempre la parola “vizio”, a indicare che, poiché *transgender*, gli uomini abbiano sempre associato la sua condizione alla perversione sessuale, la qual cosa per Sara, anche nel caso di relazioni sentimentali lunghe, ha condizionato negativamente il suo rapporto con gli uomini. Ella sostiene che chi si opera lo fa solo se non ha conosciuto il “vizio”, tendenzialmente, quindi, in giovane età, poiché altrimenti

«quando ti accorgi cosa significa essere ciò che sei e ti abitui al vizio, non puoi tornare più indietro».

Sara dice che molte delle sue amiche che si sono operate «tanti anni fa» si sono pentite poiché «non lavorano più»⁽²³⁾ e che, però, oggi è diverso «soprattutto per chi lo fa da molto giovane»; continua asserendo che le *trans* sottopostesi tardi o molti anni prima all'intervento di Rcs nella maggior parte dei casi non sono contente perché in qualche modo «la persona, con la maturità, impara a far pace col proprio corpo», la qual cosa coinvolge anche la pratica sessuale. Sara sostiene di stare bene «oggi», di aver trovato il suo equilibrio, di voler restare così com'è e provare piacere così come lo prova, con la sua *virgola*. E, rispetto al suo sentirsi donna, aggiunge:

«la femminilità o ce l'hai o non ce l'hai, indipendentemente dal corpo che hai o che ti costruisci».

Manuela, una giovane *trans* di Scampia, inizia ad assumere ormoni a 14 anni, poi a 16 si rivolge ai medici per iniziare il percorso con il consenso dei genitori i quali, però, ella dice, «mi hanno sempre ostacolata». Manuela non conosce la distinzione tra omosessuale e transessuale; nel corso dell'intervista è intervenuta Sara per spiegare che «da piccole» le *trans* hanno una scelta da fare, un modello cui ispirarsi e che «se il modello ideale sono le donne *trans*, allora la persona diventerà *trans* anche lei, in caso contrario, sarà un *femminiello*».

Entrambe hanno assunto ormoni sin da giovanissime fuori del controllo medico pur sapendo che

«prendere gli ormoni senza controllo è molto pericoloso, ma sono troppo importanti perché ti cambiano la testa ed attirano gli uomini... nella testa cambia tutto, ti vuoi operare, se non lo fai ti viene la depressione ... gli ormoni ti tolgono il maschile dal corpo e dalla testa».

Dalle interviste risulta che chiunque abbia fatto o stia facendo il percorso ritiene che la possibilità di avere un corpo conforme alla propria identità sia un fatto straordinario. In molti casi, quando si è chiesto ai soggetti *trans* di immaginare di vivere la propria condizione *transgender* senza alcuna possibilità di poterla «convertire» al transessualismo con l'aiuto della medicina, la risposta ha rivelato l'impossibilità, da parte di soggetti intervistati, di sopravvivere in una condizione di «indeterminatezza»; allo stesso modo, alla domanda su come considerino le persone che scelgono di restare in questo stato di «limbo», le risposte sono state discordanti ma, nella maggior parte dei casi, si avverte una certa difficoltà a comprendere tale decisione, intendendo il corpo quale «reale luogo del sé» (PROSSER J. 1998: 67).

Quest'ultimo è evidentemente interpretato attraverso dinamiche di normalizzazione che si poggiano sull'ordine identitario binario, sia da parte delle istituzioni (mediche, giuridiche), sia dal punto di vista emico, dei soggetti protagonisti, molti dei quali non in grado, forse, di riflettere su queste istituzioni. In questo modo, si torna necessariamente al discorso dell'incorporazione e della necessità indotta di configurarsi in base a modelli naturalizzati e portatori di verità in apparenza incontrovertibili, come quella dello Stato, che considera e rende il cambio dell'identità vincolato alla modificazione del corpo nella sua parte genitale: la verità della persona si riduce alla verità della sua anatomia.

Nel volume edito da Gallimard nel 1999 che raccoglie il corso tenuto da Michel Foucault al Collège de France nel biennio 1974-1975 dal titolo *Gli anormali*, l'autore mette in guardia sulla pericolosa analogia tra potere

medico e potere giudiziario, il primo portatore di una verità sui corpi (diagnostica), il secondo esecutore di una giustizia “da praticare”: «nel punto in cui s’incontrano il tribunale e l’uomo di scienza, in cui si incrociano l’istituzione giudiziaria e il sapere medico o scientifico in generale; in questo stesso punto vengono formulati degli enunciati che hanno lo statuto di discorsi veri, che detengono effetti giudiziari considerevoli, e che hanno tuttavia la curiosa proprietà di essere estranei a tutte le regole, anche le più elementari, di formazione di un discorso scientifico; di essere estranei anche alle regole del diritto [...]» (FOUCAULT M. 2009 [1999]: 21). Anche se nel testo Foucault non si riferisce al transessualismo ma alle pene detentive (pratica della giustizia) che seguono alle accuse legate ad atti illeciti o violenti dovuti a presunte infermità mentali (verità mediche), il punto focale del suo discorso, vivo e presente nelle dinamiche di costruzione delle identità *transgender*, è sull’imprescindibile relazione tra sapere medico e giuridico, o meglio, «sul rapporto verità-giustizia, uno dei temi fondamentali della filosofia occidentale» (FOUCAULT M. 2009 [1999]: 21) che, a nostro avviso, molto opportunamente può essere accostato al discorso sul transessualismo e sulla malattia, la quale «deve essere considerata come una realtà sociale che mette in questione gli stessi rapporti di potere che essa contribuisce a rendere visibili, mostrando in che modo l’ordine sociale si esprime nell’ordine corporeo» (PIZZA G. 2005: 91).

Riguardo alle persone *trans*, oltre al riconoscimento giuridico che segue all’operazione, il riconoscimento sociale consiste non soltanto in un riallineamento al discorso della sessualità binaria che dovrebbe favorire in linea di massima la possibilità di essere più facilmente riconosciuti “normali”, ma anche, dal punto di vista della relazione sentimentale, nel rientrare in un codice di “normalità sessuale” che in molti casi le persone *transgender* ritengono di non poter condividere (si veda il caso di Sara), laddove la loro “anomalia” corporea risulta seduttiva già in un senso “perverso”, attirando un certo tipo di *partner*. Anche in questo caso, l’interiorizzazione dei discorsi sulla normalità eterosessuale e sul corpo *in ordine* funziona come dispositivo regolatore, definendo il corpo ibrido come anomalo non solo nella sua configurazione esterna ma anche negli atti, *naturalmente* sovversivi.

Per atto sovversivo intendiamo qui anche ciò che viene interpretato dai soggetti *trans* come giusto o sbagliato rispetto alla norma; sono proprio le storie di vita relative ai primi “segni della diversità” a rivelare una percezione del femminile legata ad uno specifico modello culturale, quale, ad esempio, quello che, nel Sud Italia, in generale, e nei quartieri popolari

della città di Napoli in particolare, vincola l'essere donna all'esercizio delle mansioni domestiche: *fare i servizi*. In diverse testimonianze si raccoglie questo specifico elemento come costitutivo del soggetto nel suo avvertire una vicinanza e una somiglianza con il sesso femminile.

L'altro elemento inconfutabile della femminilità è la questione della maternità; è il caso di Paola, ad esempio, che dopo l'operazione sarà donna «anche senza figli», dando per scontato che questa impossibilità rappresenti una carenza nell'economia della sua identità femminile. In altri casi, sono gli stessi soggetti *trans* a riformulare il discorso sulle loro identità descrivendosi non come «donne o uomini» ma come «donne o uomini *trans*»:

«Sono operata da trent'anni e all'inizio ero convinta che una volta operata sarei stata una donna, adesso sono arrivata a dire che non sono una donna. Essere donna non è soltanto avere una neo-vagina o le tette belle, ma è tanto altro e non so se mai ci riuscirò» (ARIETTI L. *et al.* *curr.* 2010: 61).

Si ritorna qui al discorso accennato in precedenza, rispetto al fatto che il sesso in realtà non si possa mai davvero modificare, così come, evidentemente, l'identità di genere; piuttosto che interrogarsi sul fatto che ricostruirsi il corpo possa rendere effettivamente come l'altro o meno, bisognerebbe invece riflettere su chi sia questo *altro*. In questo senso Porpora Marcasciano coglie perfettamente la questione quando sostiene che le persone *trans* dovrebbero anzitutto prendere coscienza di ciò che sono, di riflettere sulla loro esperienza, per non correre il rischio di «uscire da una gabbia (quella del corpo “sbagliato”) per entrarne in un'altra (quella del corpo “conforme”)»⁽²⁴⁾.

Il binarismo dei generi impedisce ulteriori possibilità di classificare esperienze quale quella *trans* riducendone, quindi, la complessità. Tali griglie interpretative, in effetti, creano continui paradossi: pur partendo dal sesso quale matrice prediscorsiva (nascere in un corpo sbagliato), nell'avallare ed attuare il percorso di transizione per i soggetti la cui diagnosi medica rivela il “disturbo dell'identità di genere”, quella stessa matrice prediscorsiva viene a cadere cedendo il posto al genere che, rispetto al sesso, diviene elemento prediscorsivo, perché a quel punto ne condiziona la configurazione (qui nel senso di demolizione e ricostruzione).

Il discorso non può che concludersi, quindi, partendo dalla considerazione, a questo punto paradossale, che i genitali siano ciò che determina il sesso, considerazione che dal sapere biomedico arriva al pensiero dei soggetti protagonisti della transizione passando per la “giustizia”.

Ringraziamenti

Desidero in primo luogo esprimere la mia profonda gratitudine a Marino Niola per la guida scientifica e la generosa disponibilità al dialogo umano e intellettuale. Grazie a Giovanni Pizza e a Tullio Seppilli per aver letto una prima stesura di questo testo incoraggiandomi con critiche e suggerimenti. Ringrazio due anonimi revisori per i preziosi commenti critici. Sono grata ad Antonello Petrillo e a Davide Barba, per la loro disponibilità e per avermi fornito alcuni importanti spunti interpretativi, e a Elisabetta Moro, per il suo sostegno costante e per me indispensabile. Grazie infine a tutti coloro che hanno condiviso questa mia ricerca rendendola possibile, in particolare: l'Associazione ATN, Libera e Nico Cappabianca, Sara Carbone, Carlo Cremona e l'Associazione I-Ken, Porpora Marcasciano, Paolo Valerio, Roberto Vitelli, Claudio Finelli.

Note

⁽¹⁾ Si tratta della seconda prefazione a *Gender trouble. Feminism and subversion of identity* scritta da Judith Butler nel 1999, nove anni dopo la prima pubblicazione del volume. L'edizione cui nel testo si fa riferimento è quella italiana pubblicata da Sansoni nel 2004 *Scambi di genere. Identità, sesso e desiderio* (BUTLER J. 2004 [1990]).

⁽²⁾ Si intende sia dal punto di vista della teoria antropologica e della tradizione scientifico-academica, sia dal punto di vista della biomedicina.

⁽³⁾ Nel mondo medico si usa distinguere tra persone transessuali *pre-op* e *post-op*, ossia tra quelle che hanno intenzione di iniziare, o hanno già iniziato, il percorso di transizione per la riassegnazione chirurgica del sesso, e quelle che lo hanno portato a termine.

⁽⁴⁾ MTF (o anche solo MF) sta per *male to female* e indica i soggetti biologicamente maschi che intraprendono il percorso di transizione e di RCS per diventare donne; FTM (o FM) indica i casi opposti.

⁽⁵⁾ L'analogia col corpo sirenico si deve al fatto che esso sia un corpo ibrido, costituito da una parte femminile e da una coda di "pesce", che nel gergo napoletano indica il pene.

⁽⁶⁾ L'operazione per il cambio di sesso nel caso degli uomini nati biologicamente donne è molto più complessa e "clinicamente meno soddisfacente" rispetto a quella delle donne *trans*; Marjorie Garber ne dà un'interessante spiegazione asserendo che in realtà la questione sia tanto politica quanto medica e sostenendo che il transessualismo non sia «un prodotto della chirurgia, ma una zona sociale, culturale e psicologica» (GARBER M. 1994 [1991]: 111): «Nella chirurgia per la riassegnazione del genere persiste il primato implicito del fallo, l'idea che con 'quello vero' non si venga fatti, ma si possa soltanto nascere. I chirurghi (nella stragrande maggioranza maschi) che praticano tale chirurgia ricostruttiva hanno, a livello individuale, realizzato grossi progressi tecnici, ma la cultura continua a non sostenere questo percorso di costruzione di 'veri uomini', preferendo ad esso i bagni freddi, il duro lavoro fisico e i rituali di fratellanza maschile» (GARBER M. 1994 [1991]: 108). Il discorso della studiosa sorprende in relazione al differente trattamento previsto dalla legge italiana, che consente il cambio di identità (sesso e nome) sui documenti ufficiali per i soggetti trans FTM anche in mancanza dell'operazione di rettificazione genitale, purché il soggetto in questione si sia sottoposto a isterectomia e mastectomia. Anche in questo caso, dunque, si può parlare, in relazione alla scienza medica, di un sapere situato?

⁽⁷⁾ Anche in questo caso si è riscontrata una certa incongruenza di giudizio tra gli intervistati, laddove dalle testimonianze raccolte di donne *trans* post-op la questione della impossibilità o

difficoltà a provare piacere sessuale è stata totalmente negata e definita “leggenda metropolitana”, mentre dal punto di vista medico vi è un’oggettiva difficoltà (si parla sempre di soggetti FTM) a raggiungere l’orgasmo, oltre al fatto che nel post operatorio in molti casi hanno luogo delle complicazioni.

⁽⁸⁾ Il seno è l’elemento inconfutabile dell’appartenenza a un sesso piuttosto che all’altro, anche perché è la parte più “visibile”; in entrambi i casi, persone MTM o FTM, è la prima operazione cui ci si sottopone (CHILAND C. 2011: 149).

⁽⁹⁾ Porpora Marcasciano ha scritto diversi libri sulla questione *trans*. L’ultimo lavoro, *Elementi di critica trans*, è un testo collettaneo, a cura sua, insieme ad Aurelia Arietti, Christian Ballarin e Giorgio Cuccio, che riporta degli atti di un seminario, tenutosi nel 2008, sull’esperienza *trans*.

⁽¹⁰⁾ Termine che nella lingua napoletana sta a indicare l’omosessuale passivo. In questo caso ci si riferisce ovviamente a *transgender* MTf, ossia soggetti che non si sono sottoposti ancora (o non intendono farlo) alla Rcs. Nel caso di *trans post-op*, non ha senso parlare di *ricchioni* dal momento che la “virgola”, termine utilizzato da alcuni soggetti *trans* per indicare il pene, è stata eliminata e con essa l’ambiguità corporea e, quindi, identitaria.

⁽¹¹⁾ A mio avviso i *femminielli* napoletani non sono omosessuali effeminati ma soggetti *transgender*; la cui origine è molto antica, culturalmente e storicamente legata alle tradizioni della città che li ha resi e rende, per quei pochi rimasti, unici nel loro genere. Per un approfondimento sulla questione si veda VALERIO P. - ZITO E. (2010). Si veda anche il documentario di Massimo ANDREI Cerasella: *ovvero l’estinzione della femminella*, 2007.

⁽¹²⁾ Allo stesso modo, in molte culture, soprattutto in area mediterranea, nel rapporto sessuale tra due maschi chi svolgeva ruolo “attivo” era considerato non solo non omosessuale ma addirittura “doppiamente maschile”, mentre chi assumeva il ruolo “passivo” nel rapporto veniva assimilato alla donna e considerato “effeminato”. Per un approfondimento sulla questione degli omosessuali effeminati a Napoli si veda Mauriello M. *Se sei gay non puoi essere femminiello! Note a margine su sessualità e genere nel mondo gay napoletano*, pp. 97-109, in SIMONE Anna (curatore), *Sessismo democratico. L’uso strumentale delle donne nel neoliberalismo*, Mimesis, Milano, 2012 (collana Eterotopie).

⁽¹³⁾ Le informazioni qui riportate sono state raccolte nel corso dell’intervista allo psichiatra e psicoterapeuta Roberto Vitelli, ricercatore presso l’Unità di Psicologia clinica e psicoanalisi applicata, Dipartimento di neuroscienze della Facoltà di medicina e chirurgia dell’Università degli studi di Napoli Federico II. Roberto Vitelli collabora con il professor Paolo Valerio presso uno dei sette centri presenti in Italia dove è possibile effettuare il percorso per la riassegnazione chirurgica del sesso.

⁽¹⁴⁾ *Ibidem*.

⁽¹⁵⁾ Dichiarazione di Roberto Vitelli nel corso dell’intervista.

⁽¹⁶⁾ Paolo Valerio è professore ordinario di Psicologia clinica presso la Facoltà di medicina e chirurgia dell’Università degli studi di Napoli Federico II.

⁽¹⁷⁾ Dichiarazione del professor Paolo Valerio durante l’intervista.

⁽¹⁸⁾ *Ibidem*.

⁽¹⁹⁾ *Ibidem*.

⁽²⁰⁾ Dichiarazione di Roberto Vitelli nel corso dell’intervista.

⁽²¹⁾ Il sito dell’Osservatorio nazionale sull’identità di genere (ONIG) [www.onig.it/drupal6/node/32] riporta i dati, aggiornati al gennaio 2011, dai quali si evince che presso la struttura di Napoli nell’anno 2010 sono state operate in tutto 9 persone, tutte *trans* MTf.

⁽²²⁾ In Spagna e nel Regno Unito la legge prevede la rettificazione anagrafica senza dover ricorrere all’intervento di adeguamento chirurgico dei genitali.

⁽²³⁾ Si intende come prostitute.

⁽²⁴⁾ Dichiarazione di Porpora Marcasciano nel corso dell’intervista.

Bibliografia

- ARIETTI Laurella - BALLARIN Christian - CUCCIO Giorgio - MARCASCIANO Porpora (curatori) (2010), *Elementi di critica trans*, Manifestolibri, Roma.
- ASTUTI Rita (1998), 'It's a boy', 'It's a girl!'. Reflections on sex and gender in Madagascar and Beyond, pp. 29-52, in LAMBEK Michael - STRATHERN Andrew (curatori), *Bodies and persons. Comparative perspectives from Africa and Melanesia*, Cambridge University Press, Cambridge (UK).
- BARNES Whitney (2011), *The medicalization of transgenderism* [http://www.trans-health.com 18 luglio 2001].
- BOURDIEU Pierre (1998), *La domination masculine*, Éditions di Seuil, Paris.
- BUSONI Mila (2000), *Genere, sesso, cultura. Uno sguardo antropologico*, Carocci, Roma.
- BUTLER Judith (2004 [1990]), *Scambi di genere. Identità, sesso e desiderio*, traduz. dall'inglese di Roberta Zuppet, Sansoni, Firenze [ediz. orig.: *Gender trouble*, Routledge, New York - London, 1990].
- BUTLER Judith (2006 [2004]), *La disfatta del genere*, traduz. dall'inglese di Patrizia Maffezzoli, Meltemi, Roma [ediz. orig.: *Undoing gender*, Routledge, New York - London, 2004].
- CHILAND Colette (2011), *Changer de sexe. Illusion et réalité*, Odile Jacob, Paris.
- DE BEAUVOIR Simone (2002 [1949]), *Il secondo sesso*, traduz. dal francese di Roberto Cantini e Mario Andreose, Il Saggiatore, Milano [ediz. orig.: *Le deuxième sexe*, Gallimard, Paris, 1949].
- DE MARTINO Ernesto (2007 [1948]), *Il mondo magico*, Bollati Boringhieri, Torino.
- DOUGLAS Mary (1996 [1966]), *Purezza e pericolo. Un'analisi dei concetti di contaminazione e tabù*, traduz. dall'inglese di Alda Vatta, Il Mulino, Bologna [ediz. orig.: *Purity and danger. An analysis of concepts of pollution and taboo*, Routledge, London, 1966].
- EKINS Richard (2005), *Science, politics and clinical intervention. Harry Benjamin, transsexualism and the problem of heteronormativity*, "Sexualities", vol. 8, n. 3, 2005, pp. 306-328.
- FOUCAULT Michel (1984 [1976]), *Storia della sessualità*, vol. 1. *La volontà di sapere*, traduz. dal francese di Pasquale Pasquino e Giovanna Procacci, Feltrinelli, Milano [ediz. orig.: *Histoire de la sexualité*, vol. 1. *La volonté de savoir*, Gallimard, Paris, 1976].
- FOUCAULT Michel (2010 [1999]), *Gli anormali, corsi al Collège de France 1974-75*, traduz. dal francese di Valerio Marchetti e Antonella Salomoni, Feltrinelli, Milano [ediz. orig.: *Les anormaux, cours au Collège de France 1974-75*, Gallimard, Paris, 1999].
- GARBER Marjorie (1994[1992]), *Interessi truccati. Giochi di travestimento e angoscia culturale*, traduz. dall'inglese di Maria Nadotti, Raffaello Cortina Editore, Milano [ediz. orig.: *Vested interests. Cross-dressing and cultural anxiety*, Routledge, Chapman and Hall, London, 1992].
- GILMORE David (2003 [1990]), *La genesi del maschile. Modelli culturali di virilità*, traduz. dall'inglese di Luca Guzzetti, La Nuova Italia, Scandicci [ediz. orig.: *Manhood in the making. Cultural concepts of masculinity*, Yale University Press, New Haven, 1990].
- GOFFMAN Erving (1959), *The presentation of self in everyday life*, Doubleday Anchor Books, New York.
- HALBERSTAM Judith (1998), *Female masculinity*, Duke University Press, Durham.
- HÉRITIER Françoise (2000 [1996]), *Maschile e femminile. Il pensiero della differenza*, traduz. dal francese di Barbara Fiore, Laterza, Roma - Bari [ediz. orig.: *Masculin/Féminin, la pensée de la différence*, Odile Jacob, Paris, 1996].
- HERZFELD Michael (1985), *The poetics of manhood. Context and identity in a Cretan mountain village*, Princeton University Press, Princeton.
- LAQUEUR Thomas (1990), *Making sex. Body and gender from Greeks to Freud*, Harvard University Press, London.
- LÖWY Ilana - FLECK Ludwik (1988), *On the social construction of medical knowledge*, "Sociology of Health & Illness", vol. 10, n. 2, giugno 1988, pp. 133-155.

MAURIELLO Marzia (2012), *Se sei gay non puoi essere femminiello! Note a margine su sessualità e genere nel mondo gay napoletano*, pp. 97-109, in SIMONE Anna (curatore), *Sessismo democratico. L'uso strumentale delle donne nel neoliberismo*, Mimesis, Milano, 2012 (collana Eterotopie).

MAUSS Marcel (1991 [1936]), *Le tecniche del corpo*, pp. 385-409, in MAUSS Marcel, *Teoria generale della magia e altri scritti*, avvertenza di Georges GURVITCH, introduzione di Claude LÉVI-STRAUSS, traduz. dal francese di Franco Zannino, Einaudi, Torino [ediz. orig. del saggio: *Les techniques du corps*, 1936].

NANDA Serena (1990), *Neither man nor woman. The Hijras of India*, Wadsworth, Belmont.

ORTNER Sherry B. - WHITEHEAD Henrietta (1981), *Sexual meanings: the cultural construction of gender and sexuality*, Cambridge University Press, Cambridge (UK).

PIZZA Giovanni (2005), *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma.

PROSSER Jay (1998), *Second skins. The body narratives of transsexuality*, Columbia University Press, New York.

SENELICK Laurence (2007), *The changing room. Sex, drag and theatre*, Routledge, London.

SHRAGE Laurie S. (2009), *You've changed. Sex reassignment and personal identity*, Oxford University Press, Oxford.

SIMONE Anna (curatore), *Sessismo democratico. L'uso strumentale delle donne nel neoliberismo*, Mimesis, Milano, 2012 (collana Eterotopie).

STRYKER Susan (2008), *Transgender history*, Seal Studies, Berkeley.

VALENTINE David (2007), *Imagining transgender. An ethnography of a category*, Duke University Press, Durham.

VALERIO Paolo - ZITO Eugenio (2010), *Corpi sull'uscio, identità possibili. Il fenomeno dei femminielli a Napoli*, Filema Edizioni, Napoli.

VITELLI Roberto (2010), *L'al di là del femminile: note per una lettura daseinsanalitica del transessualismo maschile*, "Comprendre. Archive International pour l'Anthropologie et la Psychopathologie Phénoménologiques", n. 21, 2011, pp. 292-317 [<http://www.rivistacomprendre.org/rivista/>].

WILLIAMS Walter L. (1992 [1986]), *The spirit and the flesh. Sexual diversity in American Indian culture*, Beacon Press, Boston.

Scheda sull'Autrice

Marzia Mauriello è nata a Napoli nel 1976, si è laureata nel 2001 in Lingue e civiltà orientali presso l'Istituto universitario orientale di Napoli con una tesi in Storia dell'Africa sub-sahariana, e nel 2008 ha conseguito il dottorato di ricerca in etnoantropologia presso la Sapienza Università di Roma presentando una tesi dal titolo *Generi drammatici. Donne e uomini nel teatro napoletano del Novecento*. Già assegnista di ricerca in Antropologia presso l'Università degli studi Suor Orsola Benincasa di Napoli, è docente a contratto, presso lo stesso Ateneo, del corso di Etnologia e del Laboratorio di Linguaggi del corpo. Dal 2010 è titolare del corso di Liberal arts "Anthropology: the invention of the South" organizzato dal CIEE (Council of international European exchange) presso l'Università degli studi di Napoli "L'Orientale". Dal 2005 collabora con il Laboratorio di Antropologia sociale dell'Università degli studi "Suor Orsola Benincasa" di Napoli. È membro dell'AISEA (Associazione italiana per le scienze etnoan-

tropologiche) e del Centro di studi sociali sulla dieta mediterranea dell'Università degli studi "Suor Orsola Benincasa" di Napoli. Svolge attività di ricerca prevalentemente nell'ambito degli studi di genere, con particolare riferimento alle pratiche performative; è autrice del saggio *Generi drammatici. Donne e uomini nel teatro di Annibale Ruccello*, "Annali. Università degli studi Suor Orsola Benincasa" di Napoli (2009), del saggio *"Se sei gay non puoi essere femminiello!" Note a margine su sessualità e genere nel mondo gay napoletano*, in SIMONE A. (curatore), *Sessismo democratico. L'uso strumentale delle donne nel neoliberalismo* (Mimesis, Milano, 2012) e del testo, in corso di pubblicazione, *Drammi di genere. Donne, uomini, famiglie nel teatro di Raffaele Viviani*.

Riassunto

La medicalizzazione dell'esperienza trans nel percorso per la "riassegnazione chirurgica del sesso". Una ricerca etnografica nella città di Napoli

La cosiddetta disforia di genere viene considerata un disturbo mentale ed è annoverata tra le malattie presenti nel DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Il percorso medico/psicologico per la riassegnazione chirurgica del sesso (RCS), previsto dalla legge italiana, della durata complessiva di tre anni circa, è accompagnato da un complesso percorso giuridico al fine di ottenere la rettifica anagrafica (nome e sesso) sui documenti ufficiali e, quindi, riconoscimento giuridico. Scopo di questa ricerca è determinare, attraverso il racconto dei soggetti coinvolti, quanto "l'omologazione genitale" per via chirurgica possa effettivamente rappresentare una "soluzione di vita" o se, più che effettuare la transizione verso il "sesso" opposto, questi soggetti compiano una transizione verso il "modello" opposto, culturalmente determinato. L'altro aspetto da considerare è la patologizzazione del fenomeno transessuale: se da un lato i processi di medicalizzazione sono da considerarsi parte integrante del processo di cambiamento per i soggetti che decidono di sottoporsi al percorso di transizione, altra cosa è considerare il transessualismo una patologia, una malattia mentale o un disturbo dell'identità. Tale interpretazione del fenomeno, difatti, induce una importante riflessione sulla "terapia", non psichiatrica ma basata su un percorso di transizione che si completa con la rimozione chirurgica degli organi genitali "indesiderati" (?) e non con un "riallineamento" dell'identità di genere al sesso biologico di origine. Il terreno di elezione per questa ricerca è la città di Napoli, luogo di uno dei sette centri in Italia dove è possibile effettuare il percorso di transizione e contesto in cui il "terzo genere" è stato sempre presente nella figura tradizionale dei *femminielli*, dei *transgender ante litteram*; ciò consente un'analisi diacronica delle forme che la realtà *transgender* ha assunto in relazione ai mutamenti culturali e sociali di uno specifico contesto.

Parole chiave: identità; genere, trans gender, transessualismo, medicalizzazione, performance, corpo, disforia di genere, terapia; eteronormatività.

Résumé

Médicalisation de l'expérience trans dans le parcours vers la "chirurgie de réassignation sexuelle". Une recherche dans la ville de Naples

La dysphorie de genre est considérée comme un trouble mental et est répertoriée dans le Dsm IV (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux). Le parcours médical/psychologique vers la chirurgie de réassignation sexuelle (CRS), requis par la loi italienne, est d'une durée totale de trois ans. Il s'accompagne d'un parcours juridique complexe que les personnes impliquées doivent nécessairement accomplir pour obtenir le changement d'état-civil (nom et sexe) sur les documents officiels et, par conséquent, la reconnaissance légale. Le but de cette recherche est d'arriver à comprendre, à travers les récits de ceux qui sont impliqués, dans quelle mesure «l'homogénéisation des organes génitaux» par la chirurgie peut effectivement représenter une "solution vitale" ou si, plutôt que de faire la transition vers le "sexe" opposé, ces sujets effectuent une transition vers le "modèle" opposé, culturellement déterminé. L'autre aspect à considérer est la pathologisation du phénomène transsexuel: si, d'une part, les processus de médicalisation sont considérés comme faisant partie intégrante du processus de changement pour ceux qui décident de se soumettre au parcours de transition, c'est une toute autre affaire que de considérer le transsexualisme comme une condition médicale, une maladie mentale ou un trouble identitaire. Une telle interprétation du phénomène induit une réflexion importante sur la "thérapie", qui n'est pas psychiatrique, mais fondée sur un parcours de transition aboutissant à l'ablation chirurgicale des organes génitaux "indésirables" (?), et non pas à un "réalignement" de l'identité de genre au sexe biologique d'origine. Le terrain d'élection pour cette recherche est la ville de Naples: non seulement parce qu'elle abrite l'un des sept centres en Italie où l'on peut faire le parcours de transition, mais parce que le "troisième sexe" à Naples a toujours été présent à travers la figure traditionnelle des *femminielli*, des transgenres avant la lettre; ce qui permet une analyse diachronique des formes que la réalité transgenre a prises en matière de changements culturels et sociaux dans un contexte spécifique.

Mots clés: identité, genre, transgenre, transsexualisme, médicalisation, performance, corps, dysphorie de genre, thérapie, hétéronormativité.

Resumen

La medicalización de la experiencia trans en el camino hacia la "reasignación quirúrgica del sexo". Investigación etnográfica en Nápoles

La disforia de género se considera una enfermedad mental y es una de las clasificadas en el Dsm IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). El camino

médico/psicológico para la reasignación quirúrgica del sexo (Rcs), según la ley italiana, que abarca un período de tres años, transcurre por una vía jurídica muy complicada a la cual las personas interesadas deben someterse necesariamente para conseguir la corrección del registro (nombre y sexo) en los papeles y, por tanto, conseguir el reconocimiento legal. El propósito de esta investigación es determinar, a través de los cuentos de las personas implicadas, si la “homologación genital” quirúrgica pueda efectivamente significar una “solución definitiva” o si, más bien, realizar una transacción hacia el otro sexo, sólo signifique una transacción hacia el “modelo opuesto”, culturalmente determinado. La segunda cuestión es el hecho de considerar patología el fenómeno transexual. Por una parte, en efecto, la medicalización forma parte del proceso de cambio de sexo; pero algo muy diferente es considerar la transexualidad como una patología, una enfermedad mental o un problema de la identidad. Esa interpretación de la transexualidad nos lleva a una reflexión sobre la “terapia” que no es psiquiátrica sino simplemente de remoción quirúrgica de los órganos genitales “no deseados”, sin ningún reajuste de la identidad de género con el sexo biológico. Para esta investigación se ha elegido la ciudad de Nápoles porque es uno de los siete centros italianos en los que es posible realizar el camino de transición y, además, porque el “tercer género” en Nápoles ha estado siempre presente en la imagen del *femminiello*, *transgender ante litteram*; eso nos permite un análisis diacrónico de las formas que la realidad *transgender* ha asumido en relación a los cambios culturales y sociales de un contexto específico.

Palabras clave: identidad, género, transgénero, transexual, medicalización, performance, cuerpo, disforia de género, terapia, heteronormatividad.

Abstract

The medicalization of the “trans” experience in the path for the “sex reassignment surgery”. An ethnographical research in the city of Naples

The so-called gender dysphoria is considered a mental disorder and is listed in the DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). The medical/psychological path for the Sex Reassignment Surgery (Srs), whose total duration lasts three years, is mandatory for the Italian law. It is accompanied by a complex legal path, that the people involved must necessarily undergo, in order to obtain the registry correction (name and gender) on official documents and, therefore, legal recognition. Through the stories of those involved, the research aims to investigate whether “genital realignment” via surgery may actually represent a “life settlement”, or these subjects make a transition to the opposite “model”, which is culturally determined, rather than to the opposite “sex”. The other aspect to consider is the pathologizing

of the transsexual phenomenon: on the one hand, the processes of medicalization, for those who decide to undergo the transition path, are considered an integral part of the process of changing. A different question is to consider the transsexualism a medical condition, a mental illness or a disorder of identity. Such an interpretation of the phenomenon, as a matter of fact, induces an important reflection on the “therapy”, that is not psychiatric, but based on a transition path that culminates in the surgical removal of the “undesirable” (?) genitals, and not with a “realignment” of gender identity to the biological sex. The research field is the city of Naples, which is one of the seven places in Italy where to make the transition path, and also the place where the “third gender” has always had a strong presence in the traditional figure of *femminielli*, *ante litteram* transgender. That allows a diachronic analysis of the forms that the transgender experience has taken in relation to the cultural and social changes of a specific context.

Keywords: identity, gender, transgender, transsexualism, medicalisation, performance, body, gender dysphoria, therapy, heteronormativity.

Frammenti di corpi: un'indagine antropologica sui trapianti di cuore

Michela Elisabetta Mitola

antropologa

[michelamitola@gmail.com]

L'articolo prende spunto da una ricerca etnografica effettuata tra la fine del 2008 e la metà del 2009 all'interno del Reparto di cardiocirurgia, Centro trapianti di cuore e nel Day-hospital cardiologico dell'Azienda ospedaliera San Camillo - Forlanini a Roma. L'indagine ha avuto l'obiettivo di documentare ed esaminare le concezioni, i significati e le interpretazioni che le persone coinvolte dal trapianto di cuore – innanzitutto i malati, ma anche i loro familiari e quelli dei donatori – elaborano attorno all'evento del trapianto di cuore e alle pratiche ad esso connesse.

I pazienti con cui ho avuto modo di lavorare sono affetti da una grave malattia cardiaca: la miocardiopatia dilatativa, patologia del miocardio che si manifesta quando il ventricolo sinistro, e spesso anche quello destro, risultano dilatati e non riescono ad apportare sangue sufficiente all'organismo. Coloro che ne soffrono non possono venire guariti farmacologicamente, pertanto la loro unica possibilità di sopravvivere è affrontare un trapianto. Prima di giungere a questo intervento, però, i pazienti sono sottoposti a numerose cure e a volte anche a più operazioni chirurgiche, attraversando così percorsi spesso lunghi e faticosi. Tuttavia, il tempo che intercorre tra il manifestarsi della malattia e l'operazione varia da caso a caso: in alcuni casi può durare anche anni, mentre in altri il percorso è più veloce e porta rapidamente al cardiotrapianto. Durante la ricerca in ospedale ho avuto modo di conoscere sia pazienti ancora affetti dalla malattia, che persone già trapiantate. Con i due gruppi ho affrontato temi diversi, in ragione del fatto che, mentre i primi sono nel pieno della malattia, i secondi hanno in massima parte risolto i loro problemi cardiaci e stanno bene, tanto che frequentano l'ospedale solo per i controlli di routine. Tuttavia, nonostante le differenze tra le tipologie di persone osservate e interpellate, durante tutta la ricerca è stato centrale il tema del corpo. La trasformazione corporea imposta dal trapianto, infatti, richiede una riflessione che va oltre la dimensione

organica, cui è per lo più circoscritta la prospettiva biomedica. Anzi, è stato proprio per soddisfare l'esigenza di un'indagine che esplorasse i risvolti culturali, morali e sociali della pratica del trapianto, che il primario del reparto di cardiocirurgia ha proposto di includere la sua struttura fra quelle in cui da qualche anno si svolgono le ricerche etnografiche in collaborazione con la Facoltà di lettere e filosofia della Sapienza Università di Roma. Una sollecitazione che mostra la consapevolezza, anche da parte del personale medico, di come sia limitante ridurre la malattia e il suo trattamento alla sola dimensione organica e individuale, e dell'utilità di integrare anche il più sperimentato approccio clinico con il vissuto personale dei pazienti e dei loro familiari, del senso che la malattia assume nei diversi contesti sociali, delle relazioni che attorno ad essa si costruiscono e dei valori che sono conseguentemente messi in gioco.

Nonostante la chirurgia dei trapianti riesca a risolvere il problema clinico dei pazienti, ci sono aspetti della malattia e della terapia per conoscere e comprendere i quali è utile un approccio in profondità, qual è quello dell'etnografia. La mia ricerca ha infatti mostrato che, per quanto i trapianti – e in particolare quelli di cuore – si presentino come una delle più efficaci risposte che la biomedicina è in grado di offrire ai gravi problemi di salute dei cittadini, essi abbiano anche numerosi e complessi risvolti, di ordine affettivo, culturale, sociale e politico, che riguardano l'intero percorso seguito da chi soffre di cardiomiopatia, sia prima che dopo il trapianto.

Per riuscire a cogliere le diverse dimensioni del fenomeno del trapianto, è stato imprescindibile concentrarsi sulla riflessione attorno al corpo, non solo in quanto esso costituisce l'“oggetto” per eccellenza dell'antropologia medica (PIZZA G. 2005; SCHEPER-HUGHES N. 2004a [2000], 2004b [2001]), ma anche perché in quest'ambito della biomedicina esso è al centro di sviluppi tecnici, operativi e normativi che hanno prodotto profonde trasformazioni (SHARP L.A. 2000; SCHEPER-HUGHES N. 2004b [2001]; SCHEPER-HUGHES N. - WAQUANT L. 2004): il corpo riplasmato dal bisturi del chirurgo pone al centro del dibattito numerosi problemi di natura etica e morale, per comprendere i quali è necessario esaminare le azioni eseguite sul corpo nelle diverse fasi del processo che culmina nel trapianto. Le possiamo suddividere nel modo seguente: *a*) la fase acuta della malattia, con l'attesa di un nuovo organo; *b*) l'espianto a cuore battente da un individuo in condizioni di morte cerebrale; *c*) il trapianto e la convalescenza. Ogni fase racchiude in sé delle peculiarità che andremo ora a delineare.

Nel momento in cui i pazienti scoprono la gravità della propria malattia sono scompensati⁽¹⁾, ovvero non riescono a respirare, provano un forte affanno e hanno difficoltà a compiere le azioni più elementari, come mangiare, allacciarsi le scarpe, camminare:

«L'ultimo ricovero prima del trapianto, ero arrivato a non allacciarmi le scarpe; per farti un esempio: mi piegavo per allacciarmi le scarpe e nel tornare su avevo affanno, mangiavo una forchettata di pasta e avevo affanno» (C.R., 4 aprile 2009).

«Sei affannata, sei stanca, non riesci a fare le cose più semplici, non ti svegli la mattina, rimani a letto, non è una vita assolutamente accettabile quella, sei completamente limitata, sei come, sì..., hai un handicap enorme in tutto quello che fai, non riesci a mangiare, non riesci ad urinare, quindi ti si gonfiano le gambe» (N.V., 7 gennaio 2009).

Durante questa fase i pazienti possono essere curati farmacologicamente sia per via endovenosa che per via orale; in altri casi, invece, essi possono essere sottoposti a interventi chirurgici, che in gergo medico vengono chiamati “soluzioni ponte”. La difficoltà di reperire organi utili, combinata con il rapido progredire della malattia, spesso porta i medici a decidere di effettuare interventi preparatori al trapianto, in cui installano nel corpo dei pazienti dei dispositivi che svolgano la funzione che il cuore malato non è più in grado di compiere. Sono due i tipi di dispositivo che ho avuto modo di conoscere: il VAD (assistenza ventricolare sinistra) e il cuore di carbonio. Il VAD è un dispositivo che non sostituisce il cuore ed è fatto d'argento, di titanio o di altri materiali biocompatibili. Il cuore di carbonio, invece, sostituisce per intero l'organo e viene applicato allorché a un grave scompenso del ventricolo sinistro si aggiunge anche una forte disfunzione di quello destro. Si tratta di una tecnica di recentissima applicazione; tra i pazienti da me intervistati uno solo portava tale dispositivo. Seppur diverse, entrambe le tecnologie dovrebbero consentire all'ammalato di condurre una vita di buona qualità, finché non è possibile effettuare il cardio-trapianto. Da un punto di vista tecnico, questi apparecchi funzionano bene e, infatti, vengono presentati dai medici come risorse fondamentali, in continua evoluzione, che aumentano costantemente la possibilità di salvare la vita dei pazienti in scompenso cardiaco, mantenendo i loro parametri fisiologici entro livelli clinicamente accettabili. Tuttavia, per chi è costretto a farvi ricorso, questi macchinari pongono altri problemi, poiché sono molto invasivi. Ambedue i dispositivi, infatti, oltre ad avere un'applicazione interna all'organismo, sono collegati all'esterno ed alimentati attraverso rete elettrica o batterie. Chi vi è attaccato è quindi costretto a vivere con degli ingombranti prolungamenti esterni da cui non può mai separarsi. Vivere con questi dispositivi non è facile:

le macchine hanno bisogno di essere controllate e gestite, tanto da non permettere una totale libertà di movimento. Questi problemi vengono presentati dai pazienti nei loro racconti di malattia dove mettono in evidenza i limiti di tali macchinari:

«Perché loro lo sanno, una persona che vive con una macchinetta del genere è portata a soffrire dopo, [...] non sofferenza psicologica o chissà che poi dopo, ti fai venire tanti dubbi, tante idee, tante cose, no? stroncate, che a te assolutamente non ti aiutano a stare bene, non ti fanno morire prima, ma non ti aiutano a stare bene certamente» (A.T., 22 gennaio 2009).

Le macchine consentono di continuare a vivere, ma allo stesso tempo costringono i pazienti ad abituarsi a corpi estranei, che modificano le abitudini e lo stile di vita. Nel gestire questa situazione, ogni paziente ha messo in moto meccanismi di accettazione o di difesa, costruendo narrazioni tra loro differenti: chi sottolinea l'aspetto positivo dei macchinari, accettando di buon grado questa tecnologia che gli permette di rimanere in vita; chi alterna momenti di sopportazione ad altri di stanchezza; chi infine non riesce proprio ad accettare una simile invasione del proprio corpo e denuncia tutti i limiti di questa chirurgia.

I principali limiti esposti sono legati ad una nuova gestione del corpo: le macchine, oltre ad essere apparecchiature ingombranti e dal funzionamento complicato, devono operare in simbiosi con l'organismo. Per fare questo la macchina non è completamente autonoma, bensì ha bisogno della collaborazione del paziente, che deve imparare a gestirne i tempi di autonomia, a ricaricarne le batterie, a dormire e a muoversi in modo da non lederla in alcun modo. Ne consegue, quindi, che non è solo il dispositivo a dover essere configurato al corpo del malato, ma è anche quest'ultimo che deve configurarsi al dispositivo (PROUT A. 1996):

«Questa cosa del trapianto l'ho presa bene, [ma] questo no [riferito al VAD], questo no, questo no perché mi limita come uomo, mi limita tutto, condiziona la vita, [...] Perché bene o male, hai sempre la sveglietta che ti suona ogni tre ore e mezza, devi cambiare le batterie. La notte non dormi [alzando il tono di voce], perché [...] la posizione deve essere in contrasto con la piegatura del tubo che entra all'interno dello stomaco, quindi serve una certa posizione, che chiaramente se non è la tua, non dormi [alzando il tono di voce] e neanche ti ci abitui...» (S.I., 7 maggio 2009).

In questi casi si può osservare un progressivo adattamento tra il corpo e la macchina; il che ci aiuta a mettere in evidenza un nuovo importante processo di medicalizzazione messo in atto dalla biomedicina (FOUCAULT M. 1968 [1963], 1977a, 1977b). Parallelamente alla diffusione di questi dispositivi, infatti, si registra anche un incremento dell'influenza del potere di

controllo della scienza medica, che si esercita attraverso le nuove modalità di relazione fra corpi, apparecchiature e società.

L'adattamento alle macchine cui sono costretti i pazienti con sussidi meccanici è un primo passo nel lungo percorso di trasformazione che giungerà al trapianto vero e proprio dove al progressivo adattamento tra corpo e macchina si sostituisce quello tra l'organismo e il nuovo organo ad esso estraneo.

Nonostante i rischi della fase successiva all'operazione, in cui occorre assolutamente prevenire le infezioni e il rigetto, i trapiantati sono persone che hanno compiuto un importante miglioramento nella qualità della vita rispetto a chi è ancora scompensato o in attesa di trapianto e vive grazie all'ausilio di dispositivi; i cardiotrapiantati possono, infatti, riprendere gradualmente la propria vita quotidiana.

Eppure, al di là dei miglioramenti sul piano fisiologico, quella dell'adattamento al cuore di un altro è una fase per altri versi molto delicata, che assume aspetti differenti da paziente a paziente. Dalla ricerca sono emerse due questioni con cui devono confrontarsi i trapiantati al momento del risveglio: quella del dono e quella delle circostanze drammatiche in cui esso è avvenuto. Nei paesi occidentali la compravendita degli organi è vietata, per cui il loro impianto avviene sempre grazie alle donazioni autorizzate dai parenti di persone in stato di morte cerebrale. Se alcuni tessuti ed organi, come il sangue, il midollo, il rene e parti del fegato, possono essere anche donati da persone vive, per quanto riguarda il cuore l'espianto è possibile solo dopo la morte cerebrale del paziente donatore. Pertanto la vita del trapiantato di cuore è possibile solo a condizione della morte di qualcun altro.

La tragicità dell'evento che precede ogni trapianto di cuore viene avvertita ed elaborata da chi riceve la donazione, che può risultare più o meno sensibile a questi risvolti dell'intervento:

«La prima cosa al risveglio: che io mi sentivo un ladro, uno che aveva rubato a un'altra persona per egoismo e per vivere, me sentivo... questa sensazione era fortissima e io me sentivo in colpa, io avvertivo, cioè avverto adesso... Ma per diverso tempo te senti in colpa, ha' voglia che te spieghino che... a me er chirurgo me diceva che: "Ma no, sta' tranquillo, tu non hai colpa de niente". Però è difficile accettarlo» (F.D., 20 novembre 2009).

La sensazione di aver "rubato" la vita a un altro per continuare la propria è spesso molto forte in alcuni pazienti, facendo sì che il dono ricevuto rischi di tramutarsi in qualcosa di difficile da gestire ed elaborare. Siamo qui ben lontani dalla donazione del sangue, ove le condizioni di piena

salute dei donatori non suscitano particolari sensi di colpa in chi riceve le trasfusioni, tanto che gli interventi tecnici che seguono il prelievo portano a percepire il sangue ricevuto alla stregua degli altri prodotti farmacologici (ARÍA M. 2008b; DEI F. 2008). Nel caso del cuore il valore della cosa donata e il prezzo pagato da chi dona sono impossibili da ignorare per il donatario.

Nel suo celebre *Saggio sul dono*, in cui coniò la fortunata espressione di “fatto sociale totale”, Marcel MAUSS (1965 [1924, 1950]) mostrò come l’atto di donare finisse per implicare tutte le diverse dimensioni della vita associata, spingendosi oltre i semplici oggetti di volta in volta donati e contribuendo a costruire forti legami tra individui e gruppi diversi. Per avere compimento, questo “fatto sociale” doveva conoscere tre fasi: quella del dare, quella del ricevere e quella del ricambiare. Il dono effettuato, infatti, pur non obbligando il ricevente a restituire, lo pone in una situazione di debito che deve cercare di estinguere. Questa singolare combinazione di obbligo e libertà è ciò che alimenta la cosiddetta circolarità del dono. Nel caso dei trapianti di cuore, però, il “dono” assume forme radicalmente diverse: l’assoluto anonimato e, soprattutto, la drammatica condizione in cui viene effettuato l’espianto-donazione pongono chi riceve il cuore in una situazione di squilibrio permanente, di debito inestinguibile, non essendogli in alcun modo possibile ricambiare. In questo caso il dono assume caratteristiche che non potevano essere considerate da Mauss. Si tratta, infatti, di un tipo di donazione strettamente legata agli sviluppi tecnico-scientifici che rendono materialmente possibile l’espianto e il successivo impianto degli organi e che ne fanno qualcosa di assolutamente peculiare: un dono diretto agli sconosciuti che non permette la costruzione di legami faccia a faccia di cui parlava Marcel Mauss nel suo saggio.

Escludere la possibilità di creare legami sociali sembra contravvenire alla logica stessa del dono.

La questione del dono è dunque centrale nel trapianto di organi e riporta ad un importante e complesso dibattito che cercheremo ora di delineare. Tuttavia, il dibattito sul significato del dono è talmente vasto da costringerci a farvi solo qualche accenno.

Le principali interpretazioni di questo concetto si possono racchiudere in due gruppi: la prima riguarda la posizione assunta da alcuni studiosi per cui il dono viene equiparato al concetto di scambio e dunque allo scambio commerciale, che prevede un contraccambio tendente all’equivalenza. In molti studi antropologici l’utilizzo del più semplice concetto di scambio è stato favorito fino agli anni inizi degli anni ottanta (ARÍA M.

2008a). Molti antropologi come Malinowski e Lévi-Strauss hanno in modi diversi sostenuto l'utilizzo del concetto di scambio a discapito di quello più complesso e sfaccettato di dono. L'altra interpretazione, invece, si rifà ad una visione più moralizzante, per cui è dono solo ciò che non attende ritorno e si identifica come sacrificio unilaterale del donatore nei confronti del ricevente. Questa corrente di studi identifica il concetto di dono con quello di *agápē*, di amore puro, che non cerca né conosce restituzione; esso sarebbe osservabile allorché le persone effettuano doni di grande importanza senza aspettarsi alcun tipo di ricambio. Questo modo di intendere il dono presenta, però, diversi problemi che sono stati messi in luce da alcuni studiosi. Infatti, se si stabilisce che l'unico dono possibile è un atto che non attende ritorno, viene da chiedersi se sia realmente applicabile nella realtà un concetto come quello di dono "puro".

Come l'analisi di DERRIDA (1996 [1991]) mette in luce, l'atto di donare implica intenzionalità e crea l'aspettativa di un ritorno, in termini sia materiali, sia simbolici o di riconoscenza. Per tali ragioni il dono "puro", in quanto assolutamente gratuito, sembra impossibile; anzi, per Derrida sarebbe l'immagine stessa dell'impossibile:

«Se la figura del circolo è essenziale all'economico, il dono deve rimanere *aneconomico*. Non che esso rimanga estraneo al circolo, ma deve *mantenere* nei confronti del circolo un rapporto di estraneità. È forse in questo senso che il dono è l'impossibile. Non impossibile, ma *l'impossibile*. La figura stessa dell'impossibile. Esso si annuncia, si fa [*se donne à*] come l'impossibile» (DERRIDA J. 1996 [1991]: 7).

Benché il dono "puro" appaia impossibile nella realtà concreta, ci si può domandare se la donazione di organi non vi si avvicini molto, visto che chi dona gli organi di un parente morto non può attendersi alcuna forma diretta di ricambio. Proprio riguardo alla discussione intorno al dono puro vanno registrate le posizioni degli studiosi che hanno costituito il Movimento Anti Utilitarista nelle Scienze Sociali (M.A.U.S.S.)⁽²⁾, i quali, rifacendosi appunto alle considerazioni di Marcel Mauss, ritengono che si possa parlare del dono come di una combinazione di fattori tra loro opposti, di libertà e di obbligo, di interesse e generosità, recuperando in tal modo le motivazioni che ne sono all'origine (CAILLÉ A. 1998; GODBOUT J.T. 1998 [1996], 2000, 2008 [2007]; GODBOUT J.T. - CAILLÉ A. 1993 [1992]). In questa prospettiva, chi dona può anche aspettarsi qualcosa in cambio senza che ciò annulli il valore e la portata dell'atto. Nel caso del dono di organi, dunque, in cui l'anonimato dei destinatari e l'irrimediabilità del sacrificio del donatore sembrerebbero negare ogni possibilità di restituzio-

ne, i familiari decidono di donare perché così facendo riescono a sentirsi partecipi del proprio tessuto sociale e a farsi carico della sofferenza di uno sconosciuto.

In questa prospettiva, le generiche aspettative di riconoscenza di coloro che effettuano la donazione non annullano il valore dell'atto in sé. Il valore simbolico e relazionale insito nella donazione, non annulla il valore che essa possiede, ma anzi contribuisce a creare le condizioni di quella peculiare forma moderna di dono che è il fenomeno della donazione agli sconosciuti (TITMUS R.M. 1970; GODBOUT J.T. 2008 [2007]; GODBOUT J.T. - CAILLÉ A. 1993 [1992]).

Nella mia ricerca, il valore del legame simbolico creato con l'atto di donazione è emerso dalle narrazioni di chi di quell'azione la vive: il destinatario. Colui che riceve un cuore "nuovo", infatti, si trova a vivere da solo il "peso" di un tale gesto e ad elaborarne gli effetti. Un'esperienza che in questo caso passa attraverso l'"incorporazione" del dono, in quanto ciò che si riceve è un pezzo del corpo di un altro individuo: è attraverso la consapevolezza della trasformazione del proprio corpo ridisegnato chirurgicamente dal bisturi, che i pazienti prendono pienamente coscienza del dono ricevuto.

Nel caso del trapianto di cuore, la sensazione di aver cambiato una parte di sé è ancora più viva che negli altri trapianti, in quanto esso è l'unico organo il cui funzionamento emette un suono facilmente percettibile: il battito cardiaco. La differenza che c'è tra il battito di un cuore scompensato e quello dell'organo "nuovo" e sano è avvertita in diversa misura dai pazienti, a seconda delle manifestazioni e del decorso più o meno lungo della malattia prima del trapianto, della loro personale sensibilità e della possibilità che hanno avuto di riflettere sull'intervento subito. Nel descrivere il proprio cuore scompensato, i pazienti ricorrono solitamente a metafore o ad onomatopee per riprodurre ciò che essi sentivano:

«Ogni tanto mi dava... lo sentivo che batteva in gola, nelle orecchie [...] "Umbom, umbom!!" A volte me sentivo, avevo la sensazione, dico: "Adesso esce!", insomma, eh» (F.D., 22 gennaio 2009).

«No, il battito... a me... immaginati che, invece di un battito regolare, sentivi: "Tutum, tutum". Poi sentivi un attimo un vuoto, poi sentivi: "Tutum, tutum", perché non era preciso» (F.G., 13 febbraio 2009).

«Anche adesso, ho fatto cinque minuti di corsa di seguito, ce l'avevo che batteva, normalmente lo senti, però io lo sentivo che stava dentro la testa, dentro l'orecchio, dico: "Esplode!". Cioè io ho la sensazione che stia per scoppiare e invece è normalissimo. È che noi non siamo più abituati, dopo

tanti anni di scompensi l'hai dimenticato. [...] Lo sentivo che batteva, che batteva dappertutto, ma il rumore sentivo, non sentivo i colpi addosso, perché a quelli non ci si fa caso, sentivo proprio il rumore delle orecchie, come se ce l'avessi qui [*indica le orecchie e parte della testa*]» (C.R., 4 maggio 2009).

Il fatto che durante il periodo dello scompenso i malati cardiopatici avvertano le disfunzioni del proprio battito – ora irregolare, ora troppo debole, ora troppo forte – consente loro di riconoscere subito dopo il trapianto che qualcosa è cambiato. Il cuore “nuovo”, infatti, è un organo sano, che non presenta più i problemi di quello malato, non svolge la sua funzione con un eccesso o un difetto di “rumore”, ma lavora in modo regolare e preciso. Un mutamento percepito chiaramente dai trapiantati:

«Senti che c'hai el core de 'n artro, [...] lo senti batte', e [...] e lo senti che batte bene; invece prima il mio non batteva, era... io 'o chiamavo “cate-naccio”» (F.D., 20 novembre 2008).

E la moglie aggiunge:

«Quando sono entrata da lui, aveva tutti i monitor, [...] quando ho visto quello del cuore, ho detto: “Non è più il cuore suo, è un altro cuore, che batte!” [...] Ho visto che batteva un altro cuore al posto di quello che c'era prima. E si vedeva, perché andava bello veloce, centoquaranta battiti al minuto!» (F.D., 20 novembre 2008).

«Soprattutto l'ho sentito quando sono sceso a reparto, su non avevo tempo di ascoltare queste cose, lì c'è la voglia di uscire da quell'acquario, la terapia intensiva è un acquario e faceva [*imita il saluto con la mano*], ci mancava solo che facessi così co' a bocca [*imita il boccheggiare dei pesci*], poi dopo quando stavo a reparto lo sentivo che batteva, che batteva dappertutto [...] eh beh! Dal non sentirlo più a sentirlo così forte si che è stata una bella sensazione» (C.R., 04 maggio 2009).

Il cuore lo si sente battere, a differenza del rene o del fegato. E questo suono costringe il paziente a ricordare che qualcuno ha donato, al prezzo della propria vita, una parte del corpo che adesso si muove dentro il suo. Insomma, per questi trapiantati il battito cardiaco diviene il mezzo attraverso il quale essi prendono coscienza sia delle trasformazioni del proprio corpo, sia del valore del dono ricevuto. In tal modo essi cominciano anche a costruire un rapporto, quasi sempre immaginario, con il donatore.

La questione del donatore, che riguarda ogni tipo di trapianto, assume una connotazione peculiare in quello di cuore ed è stata sempre al centro della mia indagine. Ogni trapiantato elabora questo rapporto in modo personale: benché vi sia anche chi rifiuta di parlarne, la grande maggioranza accetta di parlarne e spesso racconta di aver sviluppato un

forte sentimento di gratitudine, che tuttavia in alcuni casi può anche trasformarsi in senso di colpa e in una sorta di ossessione nei confronti del donatore:

«Sì, sì, ma tu pensi: è dal cuore che si sentono sentimenti nuovi o è una cosa che penso io? Ecco, perché, ancora tutt'oggi dico: "[...] Ditemi qualcosa [*sul donatore*,] che io posso...". "È una cosa che non si può fare". [...] Però tutti i giorni che apri gli occhi ti fai delle domande e tu non hai delle risposte: com'era, come non era, che cosa faceva nella vita, [se] ci sono dei bambini, magari – sai com'è – uno può dargli una mano, ti fai tante domande!» (Z.U., 21 dicembre 2008)

«Ti dirò di più, io i primi mesi, addirittura, quando camminavo, me sembrava de esse' seguito, di stare in compagnia... di averlo accanto a me, ma proprio, certe volte guarda che fissavo lo sguardo pe' vede' [...] Io ero sveglio, sono sveglio, adesso di meno, ma [...] qualche volta, [...] mi alzo sempre la notte, [...] le due, le tre, le quattro, dipende, e io vado a guarda' bene, [...] in soggiorno, dico: "Ma mi sembra che c'è qualcuno!"» (F.D., 20 novembre 2008).

«Perché come ti dicevo l'altra volta si introduce la doppia personalità, c'è la possibilità che tu vuoi fare una cosa e l'istinto ti dice di no.. o per esempio come è successo i primi tempi, quando io viaggiavo con il treno, venivo a Roma, per esempio io sapevo che dovevo venire a prendere l'autobus, però l'istinto mi diceva che dovevo andare a un'altra parte magari che io non sapevo. [...] o magari un esempio che io voglio prendere il bicchiere con la destra e l'istinto lo prende con la sinistra, perciò io mi faccio la domanda: "Ma che era mancino?"» (Z.U., 21 dicembre 2008).

Il pensiero fisso rivolto al donatore costruisce nel tempo una sensazione quasi di fusione con lo spirito del donatore. Tale percezione risulta più marcata per quei pazienti che meno di altri restano legati alla struttura ospedaliera. Ho notato, infatti, che mentre coloro che frequentano più assiduamente l'ospedale riescono a sviluppare verso il trapianto un atteggiamento simile, quelli che per svariati motivi allentano i contatti con le strutture sanitarie sono portati a elaborare interpretazioni diverse. L'interazione col personale ospedaliero, sebbene non costituisca l'unico fattore causale di questa diversificazione, offre ai trapiantati chiavi di lettura di taglio organicista e spersonalizzanti che li mettono al riparo da interpretazioni che possono alimentare il loro senso di colpa. Essi riescono così a elaborare il sentimento della propria riconoscenza senza scivolare verso forme di ossessione o verso la colpevolizzazione. Il discorso biomedico permette loro di circoscrivere il problema delle circostanze e degli effetti del trapianto alla dimensione organica, focalizzando l'attenzione sull'idea che il cuore sia soltanto un muscolo che pompa sangue.

Eppure, in alcuni casi, il valore simbolico del cuore, come sede dei sentimenti e delle emozioni, ha la meglio e genera nel ricevente la sensazione di aver assorbito qualcosa dell'essenza del donatore, quando non addirittura di venirne condizionato. Mi racconta un'infermiera del reparto:

«[...] alcuni pensano di essere impossessati, cioè che il donatore si sia impossessato di loro e quindi trovano strano che alcuni atteggiamenti, alcuni comportamenti, anche alcune modifiche della loro vita possano essere quelli che erano prima, quindi dice: "Possibile che io prima non facevo queste cose e adesso le faccio?", e quindi uno si dice, magari a livello psicologico può pensare che il donatore si è impossessato di lui».

Di conseguenza, mentre per alcuni le argomentazioni di stampo organicista della biomedicina hanno un effetto benefico e rassicurante, per altri esse finiscono per risultare riduttive e semplicistiche, causando frustrazione. Vi sono pazienti che non si accontentano di circoscrivere il vissuto del loro trapianto alla dimensione del discorso biomedico e si sentono frustrati nel vedere inascoltata l'esigenza di conferire un significato più personale e profondo alla propria vicenda. Aggiunge l'infermiera:

«Credo che tutto quello che loro hanno dentro, che loro sentono, non riescono ad esprimerlo e quindi, hanno paura e pensano che la gente che gli sta intorno non lo possa capire, perché effettivamente solo loro sanno quello che si sentono dentro. Che cosa, qual è il rapporto, che cos'è questa cosa ossessiva che li porta magari ad avere sempre questo pensiero fisso, cioè ci sono persone che ci si alzano la mattina e ci si addormentano la sera con questo pensiero».

Per queste ragioni:

«Ci sono pazienti che ad un certo punto si stufano. Ci sono stati, non nel nostro centro, però [...] negli altri centri ci sono stati addirittura pazienti che non hanno preso più terapia immunosoppressiva, perché erano stanchi, si erano depressi a tal punto che poi alla fine sono morti, appunto per rigetto» (L.R. 30 gennaio 2009).

Non riuscendo a trovare nelle argomentazioni della biomedicina risposte adeguate ai loro interrogativi personali circa l'identità del donatore e alla ricerca di un senso morale per il dono ricevuto, può succedere che alcuni trapiantati, nonostante la riuscita tecnica dell'intervento, inizino a deprimersi e finiscano per rifiutare di prendere i medicinali immunosoppressivi, indispensabili ad evitare il rigetto. Si è tentati di interpretare questo atteggiamento di rifiuto nei confronti dell'indispensabile cura farmacologica come una sorta di "rigetto" nei confronti dell'interpretazione biomedica che lascia poco spazio al profondo biso-

gno di significato e di relazione di cui chi ha ricevuto un cuore nuovo sente il bisogno.

Il rifiuto di vivere con un organo troppo anonimo ed impersonale, può sfociare in simili casi estremi, ma nella maggior parte dei casi si racchiude all'interno di narrazioni complesse ed interessantissime che ci aiutano a comprendere quanto il rapporto con il donatore sia la chiave di volta per la riuscita del trapianto da un punto di vista sociale e psicologico, ma al contempo anche medico e organicistico.

Durante i mesi della mia ricerca ho notato che la strategia più diffusa tra i pazienti per evitare di giungere a un tale rifiuto è di rivolgersi verso terzi il loro bisogno di sdebitarsi:

«Però dopo, diciamo poi, senti la necessità di fare qualche cosa per gli altri, per sdebitarti; io addirittura volevo andà a dona' il sangue, eh, però me dissero: "Per carità de Dio, li avveleni tutti con l'antirigetto". I fulmini... e allora però, ecco, senti questa necessità fino a che dopo pochissimo, dopo un annetto, me venne in mente de fa' st'associazione che poi abbiamo fatto» (F.D., 20 novembre 2008).

Se come asserisce Mauss l'essenza del dono sta in quell'obbligo misto a libertà che porta il dono ad essere ricambiato, nei trapianti di organi la circolarità di questa azione sembra venir meno in quanto chi dona lo fa a costo della vita e pertanto ricambiare per il donatario diventa impossibile.

Pertanto l'unico modo per riattivare il circolo sembra essere quello di spostare su terzi, su sconosciuti, l'esigenza di sdebitarsi del dono ricevuto. Questa strategia sembra che impedisca ai pazienti di rimanere vittime di quello che alcuni studiosi hanno chiamato "la tirannia del dono" ovvero la sensazione di colpevolezza, di ossessione o negazione di fronte ad un dono tanto grande quanto impossibile da ricambiare.

Nel caso di questo paziente all'ossessione iniziale verso il donatore subentra pian piano un rapporto sublimato che si fa strada dal momento in cui il paziente sente la necessità di sdebitarsi facendo qualcosa per gli altri. Un anno dopo, infatti, costituisce l'associazione cardiотrapiantati italiani (ACTI)⁽³⁾.

Concludendo il trapianto di cuore si configura come una forma del tutto particolare del moderno "dono agli sconosciuti" di cui già parlava Titmuss. In questo caso però, a differenza del dono del sangue, la natura unica e insostituibile della cosa donata rende impareggiabile il dono. Quando i familiari del donatore decidono di donare il cuore, il donatore è già morto, ciò impedisce ogni possibilità di restituzione da parte del donatario. Tale situazione in cui si viene a trovare il donatario unita all'impossibilità di avere contatti diretti con i familiari del donatore (cosa

impedita dalla legge) induce i donatori a intraprendere iniziative di volontariato instaurando così su una dimensione allargata i vincoli sociali di solidarietà e assistenza equiparabili per alcuni versi a quelli della circolarità del dono.

Note

⁽¹⁾ Lo scompenso cardiaco è una condizione che si determina quando il cuore, e in particolare il ventricolo sinistro, perde la sua normale capacità di pompare sangue per mantenere le funzioni vitali dell'organismo e, quindi, lavora con sempre minore efficienza.

⁽²⁾ Il M.A.U.S.S. (Movimento Anti-Utilitarista nelle Scienze Sociali) nasce a Parigi nel 1981, da un insieme composito di intellettuali (economisti, giuristi, sociologi e antropologi, provenienti da varie parti del mondo) che, per divulgare le proprie idee e iniziative, comincia a editare il periodico "Bulletin du M.A.U.S.S.". L'impulso alla nascita del movimento venne casualmente nell'aprile del 1980, in occasione di un dibattito organizzato dal Centre Thomas More sul tema del dono. Tra i molti specialisti che vi presero parte c'erano anche Gérard Berthoud, docente di antropologia all'Université de Lausanne, e Alain Caillé, professore di sociologia all'Université de Caen. Entrambi rimasero colpiti dall'impostazione del dibattito che negava la natura stessa dell'oggetto di analisi e dall'assoluta ignoranza dei lavori di una certa antropologia che aveva indagato nel modo più adeguato il fenomeno del dono definendolo come "fenomeno sociale totale" (il riferimento è ovviamente all'opera di Marcel Mauss, di cui non a caso il movimento parlerà come di una "découverte", troppo a lungo dimenticata o unilateralmente interpretata dalla scienza sociale contemporanea).

⁽³⁾ L'Associazione cardiotrapiantati italiani (ACTI), sezione ONLUS di Roma, si è costituita ufficialmente il 19 novembre 2004 con l'approvazione dello Statuto sociale da parte di 16 soci, che hanno eletto il primo Consiglio direttivo presieduto dal professor Francesco Musumeci, cardiocirurgo, direttore del Dipartimento cardiovascolare del San Camillo - Forlanini. L'associazione si prefigge di rappresentare e tutelare gli interessi morali e materiali dei cardiotrapiantati e di coloro le cui condizioni sanitarie indicano come indispensabili per la sopravvivenza l'intervento di trapianto del cuore.

Bibliografia

ARÍA M. (2008a), *Dono, hau e reciprocità. Alcune riletture antropologiche di Marcel Mauss*, pp. 181-221, in DEI F. - ARÍA M. (curr.), *Culture del dono*, Meltemi, Roma.

ARÍA M. (2008b), *Le aporie del sangue: un dono che non fa amici*, pp.193-217, in DEI F. - ARÍA M. - MANCINI G.L. (curratori), *Il sangue degli altri. Per un'antropologia dell'altruismo*, Pacini Editore, Pisa.

CAILLÉ A. (1998 [2007]), *Il terzo paradigma. Antropologia filosofica del dono*, Bollati Boringhieri, Torino [ediz. orig.: *Le tiers paradigme. Anthropologie philosophique du don*, La Découverte, Paris, 2007].

CUTTINO V. (1997), *La donazione di organi. Un'analisi antropologica*, in "La Ricerca Folklorica", n. 36, 1997, pp. 133-147.

DEI F. (2004a [1996]), *Medicine alternative. Il senso del male nella postmodernità*, "I fogli di ORISS", n. 5, 1996, pp- 29-56.

- DEI F. (2004b) *Oggi si chiama negatività: la pranoterapia tra folklore e medicine non convenzionali*, Università degli Studi di Roma "La Sapienza", Facoltà di Lettere e Filosofia, Corso di Laurea in Teorie e Pratiche dell'Antropologia, Dipartimento di Studi Glottantropologici e Discipline Musicali, Roma, 2004, 70 pp.
- DEI F. (2004c) *Salute-salvezza*, "Religioni & Società", vol. 19, n. 3, 2004, pp. 7-24.
- DEI F. (2008) *Il dono del sangue tra realtà biomedica, contesti culturali e sistemi di cittadinanza*, pp. 9-41, in DEI F. - ARÍA M. - MANCINI G.L. (curatori), *Il dono del sangue. Per un'antropologia dell'altruismo*, Pacini Editore, Pisa.
- DEI F. - ARÍA M. (curatori) (2008), *Culture del dono*, Meltemi, Roma.
- DEI F. - ARÍA M. - MANCINI G.L. (curatori) (2008), *Il dono del sangue. Per un'antropologia dell'altruismo*, Pacini Editore, Pisa.
- DERRIDA J. (1996 [1991]) *Donare il tempo: la moneta falsa*, Raffaello Cortina Editore, Milano, [ediz. orig.: *Donner le temps*, Editions Galilée, Paris].
- FAVOLE A. (2003) *Resti di umanità. Vita sociale dopo la morte*, Laterza, Roma - Bari.
- FOUCAULT M. (1968 [1963]), *Nascita della clinica. Una archeologia dello sguardo medico*, Einaudi, Torino, [ediz. orig.: *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Presses Universitaires de France, Paris].
- FOUCAULT M. (1977a), *Microfisica del potere: interventi politici*, a cura di A. FONTANA e P. PASQUINO, Torino, Einaudi.
- FOUCAULT M. (1977b), *Nascita della medicina sociale*, in DAL LAGO A. (curatore), *Archivio Foucault. Interventi, colloqui, interviste*, 3 voll, vol. 2: 1971-1977, Feltrinelli, Milano.
- GOOD B.J. (1999 [1994]), *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Milano, Comunità [ed. orig.: *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective*, Cambridge University Press, Cambridge].
- GOOD B.J. (2006 [1977]), *Il cuore del problema. La semantica della malattia in Iran*, pp. 31-75, in QUARANTA I. (curatore), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano [ed. orig. del saggio: *The heart of what's the matter. The semantics of illness in Iran*, "Culture, Medicine and Psychiatry", vol. 1, n. 1, 1977, pp. 25-58].
- GODBOUT J.T. (1998 [1996]), *Il linguaggio del dono*, Bollati Boringhieri, Torino [ed. orig.: *Le langage du don*, Édition Fides, Montréal, 1996].
- GODBOUT J.T. (2000), *Le don, la dette et l'identité*, La Découverte, Montréal - Paris.
- GODBOUT J.T. (2008 [2007]) *Quello che circola tra di noi. Dare, ricevere, ricambiare*, Vita e Pensiero, Milano [ed. orig.: *Ce qui circule entre nous. Donner, recevoir, rendre*, Editions du Seuil, Paris, 2007].
- GODBOUT J.T. - CAILLÉ A. (1993 [1992]), *Lo spirito del dono*, Bollati Boringhieri, Torino [ed. orig.: *L'esprit du don*, La Découverte, Montréal - Paris., 1992].
- MAUSS M. (1965 [1924, 1950]) *Saggio sul dono. Forma e motivo dello scambio nelle società arcaiche*, pp. 153-292, in MAUSS M., *Teorica generale della magia e altri saggi*, introduzione all'opera di M. Mauss di C. LÉVI-STRAUSS, avvertenza all'edizione francese di G. GURVITCH, presentazione di E. DE MARTINO, Einaudi, Torino, 1965 [ediz. orig. del volume: *Sociologie et anthropologie*, Presses Universitaires de France, Paris, 1950 / ediz. orig. del saggio: *Essai sur le don. Forme et rasion de l'échange dans les sociétés archaïques*, "Année Sociologique", serie II, 1923-1924, n. 1].
- PIZZA G. (2005), *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma.
- PROUT A. (1996), *Actor-network theory, technology and medical sociology. An illustrative analysis of metered dose inhaler*, "Sociology of Health and Illness", vol. 18, n. 2, 1996, pp. 198-219.
- SCHEPER-HUGHES N. (2004a [2000]), *Il traffico di organi nel mercato globale*, Ombre Corte, Verona [ed. orig.: *The global traffic in human organs*, University of California, Berkeley, 2000].
- SCHEPER-HUGHES N. (2004b [2001]), *Neo-cannibalismo: corpo e feticismo delle merci*, pp. 43-62, in SCHEPER-HUGHES N. - WAQUANT L. (curatori), *Corpi in vendita. Interi e a pezzi*, Ombre Corte, Verona

[ed. orig.: *Commodity fetishism in organs trafficking*, pp. 31-62, in SCHEPER-HUGHES N. - WAQUANT L. (curatori), *Commodifying bodies*, Sage Publications, London, 2001].

SCHEPER-HUGHES N. - WAQUANT L. (curatori) (2004 [2001]), *Corpi in vendita. Interi e a pezzi*, Ombre Corte, Verona [ed. orig.: *Commodifying Bodies*, Sage Publications, London, 2001].

SHARP L.A. (2000), *The commodification of the body and its parts*, "Annual Review of Anthropology", vol. 29, 2000, pp. 287-328.

TITMUS R.M. (1970), *The gift relationship. From human blood to social policy*, The New Press, New York.

Scheda sull'Autrice

Michela Mitola nasce il 6 dicembre 1984 ad Ascoli Satriano (provincia di Foggia), sui colli della Daunia, Puglia. A 19 anni si trasferisce a Roma per studiare antropologia culturale presso la Facoltà di lettere e filosofia della Università degli studi di Roma "La Sapienza". Nel gennaio 2010 si laurea con una tesi di antropologia medica sui trapianti di cuore. Tra il 2011 e il 2012 pubblica il libro *Il Corpo di Pandora. Storie di trapiantati tra l'attesa e il dono* (ACTI, Roma) e, per la rivista del Centro nazionale trapianti, l'articolo *L'altro cuore: il rapporto con il donatore nei pazienti cardio-trapiantati* ("Trapianti", vol. 16, n. 3).

Riassunto

Frammenti di corpi: un'indagine antropologica sui trapianti di cuore

L'articolo che trae il materiale da un'un'esperienza sul campo presso l'Unità operativa di cardiocirurgia del Centro trapianti di cuore e il Day-hospital cardiologico dell'Azienda ospedaliera San Camillo - Forlanini, a Roma, racconta l'esperienza unica dei pazienti trapiantati che dopo un percorso di malattia e cure devono affrontare un trapianto di cuore. Le storie narrate sono tutte vere e cercano di mettere in primo piano il vissuto ora del malato-sofferente ora del trapiantato-rinato.

In un primo tempo, quando il paziente è scompensato e vive la fase acuta della malattia, viene curato sia farmacologicamente sia attraverso apparecchiature che sostituiscono il cuore o lo aiutano nel suo funzionamento. Questi macchinari sebbene aiutino i pazienti a rimanere in vita spesso risultano ingombranti e scomodi per i malati che devono adattarsi alle loro funzioni. L'adattamento alle macchine cui sono costretti i pazienti con sussidi meccanici è un primo passo nel lungo percorso di trasformazione che giungerà al trapianto vero e proprio dove al progressivo adattamento tra corpo e macchina, si sostituisce quello tra l'organismo e il nuovo organo ad esso estraneo.

In un secondo momento, quello successivo al trapianto, l'attenzione dei pazienti è rivolta non più alla malattia in senso stretto, ma alla peculiare situazione di aver ricevuto in dono da uno sconosciuto morto una parte del suo corpo, il cuore. Questo dono impossibile da ricambiare spezza la circolarità del dono di cui parlava Mauss nel suo celebre saggio, trascinando spesso il ricevente in un senso di colpa che si esplicita in un ossessivo rapporto con il suo donatore. Tutto questo, che alcuni studiosi chiamano "tirannia del dono", non coinvolge tutti i pazienti e non riguarda tutto il post trapianto; molti, difatti, riescono ad attivare una strategia per scavalcare l'*empasse* del circolo del dono e rivolgono a terzi sconosciuti il loro bisogno di sdebitarsi, riattivando così la virtuosa circolarità del dono aperta dai familiari del donatore.

Parole chiave: dono, corpo, battito del cuore, l'altro cuore.

Résumé

Une étude anthropologique sur la greffe de cœur

L'article, né d'une recherche conduite dans l'Unité opérative de chirurgie cardiovasculaire et le Day-hospital cardiaque de l'Hôpital San Camillo - Forlanini à Rome, étudie l'expérience unique des patients qui affrontent une greffe de cœur; l'étude se fonde sur les interviews avec les patients dans leur condition de malades-souffrants avant la transplantation et de greffés-renés après.

Un patient avec une insuffisance cardiaque peut être soigné ou au moyen de médicaments ou bien au moyen d'appareils qui remplacent le cœur et l'aident dans sa fonction. Ces appareils permettent au patient de rester en vie, mais ils sont souvent encombrants et inconfortables et le patient doit s'adapter à eux. Cette adaptation aux machines est le premier pas du long procès de transformation qui arrive à la greffe, où la progressive adaptation entre corps et machine est remplacée par l'adaptation entre corps et organe étranger.

Après la greffe l'attention du patient n'est plus centrée sur la maladie, mais sur la condition qu'il vit: il a reçu un don qui est maintenant une partie de son corps, le cœur, par une personne inconnue et morte. L'évidente impossibilité de rendre est une rupture de la circularité du don dont Mauss a parlé dans un célèbre essai. Cette impossibilité conduit le destinataire à un sentiment de culpabilité qui se manifeste comme une relation obsessive avec le donneur. Ce procès est appelé «la tyrannie du don» par quelques savants, mais ne se manifeste pas dans tous les cas de patients qui ont affronté une greffe de cœur. En effet, beaucoup de patients arrivent à surmonter l'impossibilité de rendre directement le don reçu, en déplaçant leur nécessité de

contre-donner sur des tiers inconnus, ce qui permet de réactiver la circularité du don ouverte par la famille du donneur.

Mots clés: don, corps, battement de cœur, l'autre cœur.

Resumen

Fragmentos de cuerpos: un estudio antropológico sobre los trasplantes de corazón

A partir de una experiencia directa en la Unidad operativa de cirugía cardíaca-Centro trasplante de corazón y el Day-hospital (hospitalización de día) cardiológico de la Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini en Roma, el artículo trata la experiencia única de los pacientes que han sufrido trasplante de corazón, que, después de llevar a cabo un recorrido de enfermedad y curas tienen que afrontar un trasplante de corazón. Las historias relatadas son todas auténticas y tratan de poner en primer plano, por un lado el vivir del enfermo-sufriente y por el otro el del trasplantado-renacido.

En primer lugar, cuando el paciente sufre una insuficiencia cardíaca y vive la fase peor de la enfermedad, se puede tratar farmacológicamente o través de equipos que remplazan el corazón o le ayudan en su funcionamiento. Estos equipos, si por un lado ayudan los pacientes a permanecer en vida por el otro son engorrosos e incómodos para los enfermos que tienen que adaptarse a su funcionamiento.

La adaptación a los equipos, representa el primer paso en el largo proceso de transformación destinado a los trasplantes de corazón, en el cual la adaptación progresiva entre cuerpo y máquina se sustituye por la adaptación entre en cuerpo y un órgano ajeno.

Posteriormente, después del trasplante, la atención de los pacientes no se centra tanto en la enfermedad en si misma, si no en la situación en la que se encuentran involucrados, habiendo recibido como regalo de un desconocido muerto una parte de su cuerpo, el corazón. Este don, que no se podrá devolver, rompe la circularidad del mismo, abarcada para Mauss en su célebre ensayo, arrastrando a menudo el receptor en un sentimiento de culpabilidad, que se manifiesta en una obsesiva relación con su donador.

Todo esto, que algunos académicos llaman “tiranía del don” no afecta todos los pacientes y no interesa todas las experiencias post-trasplante; varios, de hecho, consiguen activar una estrategia para superar el punto muerto en el círculo del don y dirigen a una tercera persona desconocida su necesidad de pagar la deuda, reactivando de esta manera la virtuosa circularidad del don abierta por la familia del donante.

Palabras clave: don, cuerpo, latir del corazón, el otro corazón.

Abstract

A field research on heart transplantation

Moving from a field research in Heart transplantation unit (ward) and Cardiac Day-Hospital at San Camillo - Forlanini, in Rome, the article concerns the unique experience of heart transplant patients and focuses on the stories of the transplanted patients, following their experience both as previously ill-suffering people and as transplanted, reborn people.

A patient with a cardiac insufficiency can be treated either pharmacologically or through devices that replace the heart or help it in its task. Although the device helps patients to stay alive, it is often intrusive and uncomfortable and patients must adapt to it. The adaptation to the machines is the first step in the long process of transformation that is aimed at the heart transplant, when the progressive adaptation between body and machine is replaced by the adaptation between the body and a foreign organ.

After the transplant the patient's attention is no longer focused on the disease but on the situation in which he is involved: he received a part of his body, the heart, as a gift from an unknown person who is already deceased. This gift is impossible to return and breaks the circularity of the gift referred by Mauss in one of his famous essays; the impossibility of restitution leads the receiver to a sense of guilt that can be described as an obsessive relationship with the donor. This process is called "the tyranny of the gift" by some scholars, but it does not involve every single experience of heart transplant; many patients are able to overcome the impossibility of a direct restitution of the gift, by turning their need to repay to third unknown people, thereby reactivating the virtuous circularity of the gift that was opened by the family of the donor.

Keywords: gift, body, heartbeat, the other heart.

Etnografia dopo l'etnografia.

Riflessioni su un'esperienza di ricerca antropologica sull'uso delle medicine complementari in oncologia (Toscana)

Elisa Pasquarelli

dottore di ricerca in Etnologia ed etnoantropologia (Sapienza Università di Roma)
[elisa.pasquarelli@gmail.com]

Dall'agosto al novembre 2006 ho collaborato in qualità di assistente a un'indagine antropologica condotta da Helle Johannessen (d'ora in poi HJ), della University of Southern Denmark, in Toscana⁽¹⁾, finalizzata alla osservazione etnografica degli usi della medicina complementare e alternativa⁽²⁾ in oncologia.

A ricerca conclusa, mi sono resa conto che quella esperienza mi ha lasciato un patrimonio di spunti interessanti per una riflessione "a margine" su alcune questioni teorico-metodologiche proprie dell'etnografia dell'ospedale. Innanzitutto ho potuto osservare le modalità attraverso le quali un'antropologa danese, con una grande esperienza etnografica nelle istituzioni sanitarie del suo Paese, ha orientato la propria metodologia di ricerca sul campo in un contesto clinico dell'Italia centrale, con una dichiarata prospettiva comparativa. In secondo luogo, ho potuto acquisire a mia volta una conoscenza etnografica sulla stessa ricerca, quasi un'osservazione dell'osservazione, mettendo a frutto il mio sguardo esterno.

In questo articolo non intendo entrare nella complessità dell'ampio dibattito teorico sulle pratiche di riflessività nella osservazione etnografica⁽³⁾. Piuttosto cerco di fornire un contributo di analisi, a mia volta etnografica, delle diverse fasi della ricerca svolte in ambito clinico. La mia ipotesi è che tale prospettiva consenta, in primo luogo, di far emergere alcune forme specifiche che la relazione fra antropologia e biomedicina può assumere nel corso dell'esperienza etnografica; in secondo luogo, di valutare le ricadute – in termini di riformulazioni, curvature, rimodulazioni – che l'esercizio dell'autorità medica può avere sugli stessi obiettivi scientifici dell'etnografia in ospedale⁽⁴⁾.

Oggetto e contestualizzazione della ricerca etnografica

Secondo uno studio condotto presso l'Istituto nazionale tumori di Milano, i cui risultati furono pubblicati nel 2005, il 73% dei pazienti oncologici italiani ricorre a una qualche forma di medicina complementare o alternativa (MOLASSIOTIS A. *et al.* 2005: 652). Questo dato ha costituito la ragione principale che ha spinto HJ a rivolgere un interesse all'Italia: la possibilità di studiare in chiave antropologica il ricorso alla medicina complementare e alternativa da parte dei malati di cancro poteva presumersi ora più agevole, stante l'elevata percentuale di fruitori rilevata⁽⁵⁾.

La Toscana è pervenuta all'integrazione nel suo Sistema sanitario regionale (SST) di quattro forme di medicina non convenzionale: l'agopuntura, la fitoterapia, l'omeopatia e la medicina manuale (PSR 2005-2007); ha anche istituito tre centri di riferimento per le medicine non convenzionali: il Centro di medicina tradizionale cinese (MTC) "Fior di Prugna", con sede a Firenze; l'Ambulatorio di omeopatia a Lucca, e il Servizio di fitoterapia situato a Empoli⁽⁶⁾.

Il processo di inclusione di tipologie di medicina non convenzionale nei Livelli essenziali di assistenza (LEA) rendeva la Toscana un contesto particolarmente allettante ai fini della ricerca di HJ, in quanto si poteva supporre che in questa regione, più che in altre, la medicina complementare e alternativa rappresentasse per l'utenza una risorsa più accessibile⁽⁷⁾.

La finalità comparativa rispetto allo studio da cui la ricerca prendeva le mosse (MOLASSIOTIS A. *et al.* 2005) ha imposto di replicare la somministrazione del medesimo questionario ai malati oncologici sottoposti a un ciclo di chemioterapia in regime di Day Hospital. Tuttavia l'interesse di HJ non si rivolgeva tanto alla valutazione quantitativa dell'accesso alle CAM da parte dei malati di tumore in Italia, quanto all'inserimento delle loro eventuali esperienze all'interno di una cornice interpretativa antropologica. L'intento fondamentale era quello di esplorare dimensioni di cui il questionario pur segnalandone la presenza, ne lasciava tuttavia insondata la complessità: i vissuti di malattia, visione e percezione soggettive della medicina complementare e alternativa, i processi decisionali che soggiacevano al ricorso a essa o le ragioni del suo rifiuto. Il contesto ospedaliero non era immediatamente fatto oggetto di osservazione. In una prima fase, veniva data una importanza centrale alla costruzione di un rapporto interpersonale con i malati. L'approfondimento di tale relazione era comunque rimandato a un momento successivo rispetto alla somministrazione del questionario e a un contesto preferibilmente diverso dall'ospedale. Le informazioni desumibili dal questionario, così come le

sintesi o le trasposizioni letterali dei nostri discorsi tenuti con i pazienti in ospedale, costituivano il primo passo per i successivi colloqui etnografici. Ma l'elaborazione di un percorso dialogico per ciascuna intervista presupponeva di scoprire fino a che punto quelle risposte riflettessero davvero la realtà esperienziale di ognuno. Per penetrarne i contenuti e saggiarne l'unicità, HJ procedeva a un'opera di recupero e assemblaggio delle notizie preve possedute su di ognuno, anticipando così la stesura di una linee guida personalizzate, necessariamente diverse l'una dall'altra.

La nozione concettuale di campo

Concorre alla comprensione del significato rivestito per HJ dalla marginalizzazione iniziale dell'ospedale – qui da intendersi come “luogo”, spazio fisico dalle architetture materiali – la sua nozione concettuale di *campo*, che mi spiegò diffusamente in sede di intervista (Int. HJ) e della quale qui tratteggio le linee principali.

Il concetto di campo inteso come terreno della ricerca, il posto dove l'antropologo si reca a svolgere, per un certo periodo, la propria indagine etnografica, mal si presta a significare la concezione che HJ ha del suo campo. Gli sottrarrebbe la plasticità sacrificandone le geografie in una topografia disegnabile: le due città nelle quali sorgono gli ospedali dove abbiamo incontrato i pazienti, gli ospedali stessi, le abitazioni di coloro che abbiamo intervistato, gli appartamenti nei quali vivevamo, i luoghi che abbiamo insomma conosciuto e frequentato, percorso e, poi, lasciato. Tutt'al più, dal punto di vista di HJ, alle prese con un «esperimento metodologico» (Int. HJ) di ricerca etnografica all'estero, il campo potrebbe coincidere, in una dicitura sintetica ma onnicomprensiva, con l'Italia.

Il “campo” di HJ non è un luogo preciso, spazialmente definito, bensì una nozione concettuale stratificata inclusiva di differenti e differenziate strutture interagenti. Il campo della ricerca, il suo terreno effettivo, si ubica in qualche punto all'interno dello spazio in cui tale interazione si realizza e i contesti reali, inclusi gli ospedali, non costituiscono il/un *campo*, bensì porte d'accesso a esso.

La struttura principale del campo di HJ è rappresentata dalla nozione occidentale di “medicina alternativa e complementare” la quale è ridefinibile, attraverso un progressivo restringimento, come: “medicina alternativa e complementare” in Italia, “medicina alternativa e complementare” in Toscana, la “medicina alternativa e complementare” nell'uso fattone

dai pazienti interpellati al riguardo. L'approfondimento delle tematiche connesse al percorso legislativo toscano per l'integrazione di alcune tecniche non convenzionali nel Sistema sanitario regionale (SST) ha favorito l'accumulo di una certa quantità di notizie che in seguito sono divenute esse stesse elementi del campo. Non diversamente, le informazioni reperite sulle strutture del Sistema sanitario nazionale (SSN) o sul contenuto del Piano sanitario nazionale (PSN) italiano hanno fornito al campo componenti ulteriori. Anche tutte le prospettive internazionali sulla medicina alternativa e complementare che appartengono al bagaglio conoscitivo di HJ rappresentano a loro volta parti integranti del campo.

Un'altra struttura è identificata nel cancro, che è il cancro dei pazienti cui l'interesse etnografico era rivolto, ma anche l'entità patologica che rifrange letture potenzialmente diversificate: quella medica, quella della popolazione generale, quella degli operatori della medicina complementare. È anche la malattia che si affronta a livello clinico con specifici trattamenti la cui offerta è stata fatta oggetto di indagine insieme ai dati relativi a incidenza e prevalenza delle diverse tipologie di tumore in Toscana e in Italia.

I malati di cancro che abbiamo interpellato sull'uso della medicina complementare e alternativa dentro i reparti di Day Hospital oncologico costituiscono anch'essi struttura del campo. Sebbene la loro malattia concorresse alla composizione del campo quale struttura ulteriore, non vi erano nell'insieme elementi fondativi di una necessità etnografica di ingresso in ambito clinico.

L'ospedale, infatti, non era pensato come struttura del campo, ma piuttosto come una via d'accesso a esso, un'entrata aperta sulle sue dimensioni concettuali. Avrebbe dovuto svolgere una funzione strumentale, in quanto *tecnica* per l'incontro con i pazienti ai quali lo studio era rivolto: ossia, quella di rendere possibile un nostro primo avvicinamento a loro.

Lo stesso questionario distribuito ai pazienti non era, come potrebbe sembrare, uno *strumento* di raccolta di informazioni, poiché fungeva a sua volta da apertura trasversale sul campo: esso doveva essere un semplice pretesto (*excuse*) per l'instaurazione di un dialogo con i pazienti.

Il primo incontro in reparto, servito da un uso pretestuoso del questionario e dalla funzione strumentale del contesto della sua distribuzione, doveva inaugurare una consistente fase della ricerca scandita da incontri reiterati con i malati, colloqui etnografici, momenti di osservazione, laddove possibile, delle loro sedute con gli operatori della medicina complementare ai quali erano soliti rivolgersi (Int. HJ). Sia il questionario sia l'ospedale perciò, nei propositi di HJ, dovevano rappresentare opportunità di coin-

volgimento dei soggetti cui il suo interesse principale era rivolto, i malati oncologici, in una dimensione relazionale alla quale in principio si diede una speranza di prosieguo etnografico decisamente più approfondito.

Usare la lingua locale ed essere mediati

HJ ha attuato in Italia un «esperimento metodologico», secondo la sua stessa definizione, del quale erano poli principali: l'apprendimento e l'uso di una lingua straniera durante lo svolgimento di uno studio etnografico all'estero e la collaborazione con un'assistente di ricerca con funzioni, appunto, di supporto linguistico.

Le intuibili difficoltà connesse ad una conoscenza troppo giovane della lingua del posto hanno avuto conseguenze sulle nostre relazioni con quei medici che, essendo chiamati ad autorizzarne lo svolgimento all'interno dei propri reparti, erano in grado di dettare le condizioni della sua ricerca. La barriera linguistica frapposta fra lei e loro era reciproca: le sue difficoltà a padroneggiare con scioltezza l'italiano da un lato, la scarsa conoscenza dell'inglese da parte loro, dall'altro. In quest'ultimo caso, però, il problema linguistico poteva talora apparire un "espediente" piuttosto che uno scoglio comunicativo effettivo, poiché – più o meno strategicamente – ostacolava le possibilità di replica. Se HJ ha avvertito una limitazione nelle proprie possibilità comunicazionali, ha dovuto affrontarne esatta controparte nei suoi interlocutori durante riunioni decisive tenute in uno stentato bilinguismo, per giunta ritmate da traduzioni incrociate sulle quali non era possibile esercitare alcun controllo verbale. HJ ha riconosciuto in questo problema e nella facile deviazione che passava attraverso le mie traduzioni, l'esercizio di una autorità e di un potere disciplinanti da parte medica sulla sua ricerca, volti a salvaguardare su di essa un qualche tipo di "controllo".

«Le relazioni con i professionisti si sono tenute in parte in inglese e in parte in italiano. [...] Se decidono di parlare lentamente in italiano, di solito capisco quello che dicono. In questo modo io ho una relazione diretta con loro. Ma possono anche scegliere di rivolgersi a te, di parlare più velocemente, in italiano, dandoti in questo modo degli ordini. Loro dovrebbero dare ordini a me, ma non si rivolgono direttamente a me, passano per te» (Int. HJ).

Un episodio che mi fece notare la stessa HJ è il seguente: durante la riunione tenutasi al policlinico per pattuire con i medici l'avvio della ricerca, lei propose una data e un orario collimanti con le sue esigenze che

furono *apparentemente* accettati: poco dopo il primario li cambiò e chiese alla sottoscritta di tradurre ciò che aveva detto (deciso?).

Un'etnografia dell'ospedale

HJ non aveva conferito all'ospedale che una funzione meramente strumentale di sostegno alla costruzione di una base di partenza per affrontare nodi tematici da cui esso restava parzialmente escluso: doveva permetterle di incontrare persone malate di tumore che adottassero qualche soluzione non convenzionale perseguendo scopi soggettivi destinati a essere, poi, "etnograficamente" approfonditi.

Sulla tipologia di ricerca che si svolge all'interno degli spazi ospedalieri e sulle sue caratteristiche teoriche e metodologiche, la riflessione antropologica si è soffermata solo in tempi relativamente recenti (VAN DER GEEST S. - FINKLER K. 2004; FINKLER K. - HUNTER C. - IEDEMA R. 2008; LONG D. - HUNTER C. - VAN DER GEEST S. 2008; cfr. PASQUARELLI E. 2006-2008). La trascuratezza analitica ricaduta in antropologia medica sull'ospedale è stata risolta in una specie di disattenzione teoretica che ha impedito alla disciplina di appropriarsi della consapevolezza che gli ospedali non erano semplici «luoghi in cui gli stabiliti principi universali della biomedicina venivano praticati uniformemente» (VAN DER GEEST S. - FINKLER K. 2004: 1995), ma realtà inserite in ambienti storico-culturali specifici in grado di plasmarne la fisionomia e la vita sociale. Infatti, l'ospedale e le pratiche concrete rinvenibili al suo interno riverberano processi politici, economici, sociali e culturali. Imputare a questa struttura una presunta universalità ha equivalso ad ignorare che, per contro, l'ospedale non è affatto impermeabile all'azione di quei fattori politico-economici e socioculturali che descrivono precise geografie locali.

Attualmente l'antropologia medica individua lo spazio sociale della biomedicina come "campo biomedico", mutuando il concetto di "campo" elaborato da Pierre BOURDIEU (2003 [2001]), così vedendolo spazio regolato da rapporti di forza, nel quale operano i soggetti che ne fanno parte e agiscono specifiche istituzioni (PIZZA G. 2005: 145). Il vantaggio di questa definizione è che consente di comprendere meglio

«gli equilibri complessi e le dinamiche concernenti il confronto, la lotta e lo scambio materiale e simbolico fra diversi agenti, non solo all'interno del campo biomedico, ma anche e soprattutto ai suoi confini, nelle zone di sovrapposizione con altri campi sociali in cui le definizioni delle situazioni e delle procedure biomediche sono oggetto di contesa» (PIZZA G. 2005: 146).

All'interno del campo biomedico nulla è immune al cambiamento e in ogni dimensione è latente il mutamento: i rapporti di forza, gli assetti egemonici, le ideologie dominanti, gli apparati normativi possono essere costantemente ridiscussi. Ogni individuo presente nel campo può assumere, nei confronti dell'istituzione, una posizione tanto legittimante quanto contestativa e contribuire, con le proprie azioni e decisioni, a rinsaldarne le premesse quanto a scardinarle. Infatti, i modelli istituzionali non suscitano soltanto consenso e adesione, ma possono anche essere sottoposti a una critica capace di sovvertirne le logiche interne, di divulgarne di nuovi e diversi rispetto a quelli dominanti (PIZZA G. 2005: 125-134, 145-148; PIZZA G. - JOHANNESSEN H. 2009).

È entro queste coordinate che si incastra l'importanza dell'etnografia dell'ospedale per un'antropologia della biomedicina. La vita sociale di un reparto è in essenza il prodotto della coabitazione di certi soggetti, delle loro azioni e decisioni (cfr. VERMEULEN E. 2004), dei rapporti di potere che li legano o contrappongono. I discorsi e le pratiche che prendono vita dentro l'ospedale, oltre a rispecchiare valori e ideologie dominanti, possono riprodurre le gerarchie e le disuguaglianze sociali, i meccanismi della violenza, i rapporti di forza, le relazioni di genere tipiche della società in cui esso sorge.

L'autorizzazione all'ingresso in reparto

Per somministrare il questionario usato nello studio di Milano ai pazienti presenti in un reparto di Day Hospital oncologico era necessaria un'autorizzazione formale a farlo, la cui richiesta era stata inoltrata da HJ all'individuo tenuto, per ruolo e posizione, ad emanarla. Ella subì per qualche settimana il mancato invio di una risposta e l'infruttuosa attesa cui ciò, di conseguenza, la consegnava: nell'economia dei tempi previsti della ricerca l'incertezza sull'esito di questa vertenza non era, logicamente, di alcun vantaggio.

A spiegazione della carenza di studi antropologici focalizzati sull'ospedale sono state individuate varie motivazioni: l'azione impedita della resistenza medica ad approvarne l'esecuzione è fra esse (INHORN M.C. 2004; VAN DER GEEST S. - FINKLER K. 2004; ZAMAN S. 2004, 2008). I resoconti di ricercatori che hanno condotto le proprie indagini dentro l'ospedale riportano anche esperienze negative di confronto con i membri degli staff clinici. Dietro entrambe le situazioni si subodora certa riconsiderazione medica dell'osservazione, della critica, dell'eterovalutazione, normalmente

camuffate, negli ospedali dei paesi occidentali, come “tutela della privacy” dei pazienti o dietro a questioni di “consenso informato”. Potrebbe dunque non stupire che quando le ricerche etnografiche all’interno dei nosocomi sono condotte da medici questo tipo di impedimento non si manifesti, sebbene sul piano metodologico si descriva in questo caso un terreno tutt’altro che scevro di complicazioni. Shahaduz ZAMAN (2004), per esempio, rimanda al suo essere anche medico la possibilità di entrare in ospedale con intenzioni etnografiche senza troppi intoppi (ZAMAN S. 2004: 2026). Ma l’essere un medico che si cimenta con una analisi etnografica in ospedale trascina poi altre problematiche: il condurre una ricerca *from within* ha note implicanze intellettuali riconducibili al fatto di essere “nativo fra i nativi” (*ibidem*) e costringe anche a una faticosa conciliazione di due ruoli – l’etnografo, il medico – che possono diventare reciprocamente ostacolanti. A questo proposito è esemplare l’esperienza di Hans van Amstel, che sovrappose un intento di “osservazione partecipante” alla sua attività di fisioterapista in ospedale. Dalla sua riflessione trapela il disagio di non riuscire a coniugare proficuamente la piena partecipazione attiva alla vita di reparto con la prospettiva di una distesa osservazione etnografica, come se i due piani, riunendosi in un unico attore, si minacciassero a vicenda al punto che la riuscita dell’uno comporta sempre il sacrificio dell’altro. L’inconciliabilità dei due progetti si risolse nella decisione di concentrare la ricerca antropologica fuori dall’orario di lavoro (VAN AMSTEL H. - VAN DER GEEST S. 2004: 2088).

Sulle ragioni effettive del mancato invio di una risposta, HJ non poteva che avanzare congetture, fra cui la mancata promessa da parte sua della corresponsione di qualche “controparte”, che mi disse parere quasi clausola sottintesa allo sviluppo della transazione relativa al suo ingresso in reparto. La controparte, mi spiegò, poteva consistere in denaro o in una collaborazione futura fra i loro rispettivi istituti, ma non ne aveva alcuna certezza perché non le era stata esplicitamente richiesta. Qualche giorno prima del mio arrivo in Toscana, HJ incontrò un ginecologo floriterapista che la indirizzò verso la persona che poi avrebbe accettato il nostro ingresso nel reparto, con alcune chiarificazioni dietro alle quali si poteva intuire il suggerimento di tenere in considerazione la richiesta di un corrispondente contraccambio.

Ginecologo: «Per quel discorso dell’affiliazione dovresti parlare con [...] R. La cosa migliore è che tu gli faccia un progetto ben preciso dove si dice: finanziamento, vantaggi, svantaggi. Allora lui ti risponde. Se si parla di soldi, è molto probabile che ti risponde. Se gli parli di medicina complementare o di psicologia è probabile che non ti risponde. Hai capito? Del resto è il suo lavoro. È il direttore di un centro che deve far quadrare i bilanci»⁽⁸⁾.

Pareri ufficiali sulla sua proposta di ricerca non giunsero. HJ ne sollecitò l'esternazione presentandosi allora, non attesa e non annunciata, dal personaggio deputato a esprimersi al riguardo, tacitamente imponendogli una presa di posizione. In quell'occasione fu allestita una riunione che suggellò l'approvazione della ricerca, tuttavia, l'avvio effettivo dell'indagine doveva essere concordato con il primario del Dipartimento di oncologia medica del policlinico interessato. Lo avremmo incontrato solo dopo un paio di settimane.

HJ nel frattempo individuò in un secondo ospedale un valido contesto di comparazione dei dati desumibili dai questionari compilati e intraprese un parallelo percorso burocratico per ricevere approvazione allo svolgimento della ricerca.

Da quel momento in avanti, i nuovi estremi temporali ai quali tendere derivarono anche dall'obbligatoria consequenzialità delle due distribuzioni: il ritardo dell'ingresso nel primo ospedale – posticipato di un mese e mezzo circa rispetto alle previsioni di HJ – ha trascinato la conclusione delle due fasi di somministrazione del questionario a non più di un paio di settimane dal termine prefissato della sua permanenza in Italia.

Dovendo emettere un'autorizzazione formale alla distribuzione del questionario nei propri reparti, i primari decretarono la collocazione temporale del primo incontro con i malati imponendo una nuova pianificazione di tempi e risorse, e un riadattamento delle priorità di HJ ad impreviste contingenze fin dai primi momenti di permanenza sul terreno.

Il coinvolgimento di un secondo ospedale

La seconda fase della distribuzione del questionario si svolse in un ospedale il cui coinvolgimento nella ricerca fu deciso durante una visita in uno dei centri di riferimento per le medicine non convenzionali della Regione Toscana che ha sede al suo interno. HJ aveva contattato il direttore del centro, esperto in fitoterapia, e ottenuto un incontro al quale avrebbe presenziato anche il suo collaboratore, che pratica l'agopuntura auricolare. I due gestiscono un ambulatorio che si inquadra come unità operativa effettiva all'interno dell'ospedale e destinano un giorno alla settimana ai malati oncologici.

In quella sede fu menzionato un sodalizio fra il reparto di Medicina naturale e quello di Oncologia che sembrava compiersi in una cooperazione costante fra i medici dei due dipartimenti. È per questo che HJ decise di

implicare questo ospedale nella distribuzione del questionario: si poteva infatti ipotizzare che l'uso della medicina complementare e alternativa fra i pazienti oncologici vi risultasse più alta che nel policlinico, dove nessun servizio analogo viene offerto agli utenti.

Il coinvolgimento del primario del Reparto di oncologia medica, che doveva acconsentire alla distribuzione del questionario in Day Hospital, corrispose a una esclusione, che ci risultò sempre inspiegabile, dei due medici della Unità operativa di Medicina naturale da qualunque momento della ricerca; non ci fu possibile capire se fossero stati estromessi o se avessero deciso, per loro ragioni mai dichiarate, di non prendervi più parte. Comunque, i due non intervennero alla riunione di reparto durante la quale HJ illustrò agli staff medico ed infermieristico la propria ricerca, né li ebbe nel suo auditorio durante la presentazione finale dei dati. A ciò si aggiunga che il direttore di questo centro disertò incomprensibilmente un incontro organizzato dalla direttrice del Centro "Fior di Prugna" per la Medicina tradizionale cinese che voleva consentirci di parlare contemporaneamente con gli esponenti rappresentativi dei tre istituti di riferimento per la medicina non convenzionale nella Regione Toscana.

Durante il primo, nonché unico, incontro con i due medici dell'Unità operativa di Medicina naturale fu possibile cogliere nell'agopunturista la coesistenza di tensioni ambivalenti riguardo all'atteggiamento dei medici verso la medicina complementare e alternativa. Dalle sue parole affioravano sia un'insofferenza venata di antagonismo, che ridimensionava l'immagine di stretta collaborazione con gli oncologi dappprincipio dipinta, sia una sorta di ansia per l'indefinitezza della propria posizione all'interno del sistema biomedico.

Direttore: In Toscana [...] siamo avanti rispetto al resto dell'Italia da un punto di vista di politica sanitaria [...]. Il progetto è che in ogni azienda USL della Toscana, in ogni frazione sanitaria, in ogni distretto sanitario vi sia un ambulatorio nell'ambito dei dipartimenti oncologici con delle prestazioni [complementari], ma ci vorranno chissà quanti anni.

Agopunturista: Come sai, agli oncologi non piace questo tipo di...

HJ: Perché?

Agopunturista: Per esempio perché preferiscono fare da loro. Non gradiscono altre specializzazioni perché vogliono fare ogni cosa da soli [...].

HJ: Ci sono, per quel che so, alcuni studi scientifici che mostrano buoni risultati delle medicine complementari contro il dolore, la nausea, l'ansia. Non capisco perché gli oncologi non vogliano ascoltare questi...

Agopunturista [rivolto al direttore]: Ha detto: «Non capisco – perché probabilmente lo fanno anche in Danimarca – perché gli oncologi vogliono

far tutto da soli». Cioè non capisce perché per gli oncologi è un problema la medicina complementare [...]. Non solo gli oncologi... ma anche i cardiologi, i medici internisti, gli psicologi... (ddc, 05 settembre 2006).

La loro latitanza da qualsiasi fase della sua ricerca fu commentata da HJ con un «something is going on that we don't know» (ddc, 14 novembre 2006) che lasciava aperte più ipotesi fra cui i problemi connessi alla necessità di riconciliare la propria scelta di dirigere l'attenzione su medicine non convenzionali con il proprio istinto professionale a preservare credibilità agli occhi della comunità scientifica. Queste istanze, che palesemente convivevano nell'agopunturista, producono un conflitto la cui ricomposizione può essere affidata a vari stratagemmi. Il richiamo al Memorial Sloan-Kettering Cancer Centre di New York e a Barrie Cassileth, all'inizio della conversazione al Centro di Medicina naturale, e l'assidua citazione di loro partecipazioni a congressi e convegni allestiti oltreoceano, asserivano la propria integrazione in una comunità caratterizzata da prestigio e scientificità, il proprio situarsi all'interno della biomedicina e non piuttosto negli angusti spazi tipicamente conflittuali dei suoi sempre più fluidi margini. La posizione dei medici che operano questo tipo di scelta va continuamente negoziata. In tal senso è, credo, paradigmatico il caso del medico ginecologo floriterapista che HJ aveva intervistato prima del mio arrivo. Il primo meccanismo di legittimazione della sua scelta professionale – l'utilizzo dei Fiori di Bach – passa attraverso l'affermazione che essi costituiscano una tipologia di soluzione omeopatica.

Ginecologo: «Una legge della regione Toscana ha riconosciuto delle medicine non convenzionali. Ha riconosciuto la chiropratica, la fitoterapia, l'agopuntura e l'omeopatia. I Fiori di Bach sono una branca della omeopatia, per cui noi abbiamo aperto questo centro in piena legalità» (ddc, 28 agosto 2006).

Benché questa associazione non corrisponda al vero, in effetti, soddisfa la necessità di renderne lecita la somministrazione in Toscana, stanti le tipologie di CAM riconosciute dalla Regione. Una seconda strategia risiede nella procedura che applica nella selezione dei "fiori" e delle loro combinazioni, evidentemente ispirata all'esigenza di renderla ammissibile agli occhi della comunità medica. Si tratta del test di percezione cutanea. Questo procedimento conserva quei caratteri di oggettività che come medico è costretto a ricercare: il dominio emozionale, che nelle intenzioni del padre fondatore del metodo doveva istruire il percorso di scelta, è sopravanzato da un criterio sempre replicabile i cui risultati, in teoria, non variano al variare del paziente e dell'operatore che lo esegue.

Definizioni metodologiche e problematiche operative

Al termine di ogni incontro conclusivo coi primari e i medici preposti alla supervisione della distribuzione del questionario, si discusse del modo in cui tale somministrazione avrebbe dovuto avvenire.

Secondo gli accordi presi con i medici del policlinico HJ ed io avremmo dovuto reclutare pazienti aderenti alla compilazione del questionario in sala d'attesa, durante un arco di tempo di due ore ogni mattina (10.00-12.00). Questo criterio si rivelò, fin da subito, fallimentare. La sala d'attesa è per i malati una zona di breve transito fra l'arrivo in ospedale e il momento della chiamata al loro turno in Day Hospital per il trattamento chemioterapico. Contrariamente a quanto pronosticato dai medici, nessun paziente sostava in sala d'aspetto per il tempo che noi annunciammo richiedere, grosso modo, la compilazione del questionario (circa dieci minuti). Non vi restavano che famigliari, assistenze ed altri eterogenei personaggi. Avevamo difficoltà a identificare le persone già interpellate, a distinguere i pazienti dai loro congiunti, da individui di passaggio e, in alcuni casi, ottenemmo, a nostra insaputa e nostro malgrado, questionari compilati da persone che non avevano il cancro.

«Un uomo ha detto che non era un paziente, che lo era sua moglie, ma che lui poteva compilarlo. Noi acconsentimmo, anticipando che avrebbe dovuto farlo a nome della moglie. Più tardi scoprimmo che lo aveva compilato per se stesso e abbiamo dovuto buttarlo via, perché non era di nessuna utilità per noi» (*Field notes*, HJ).

Le persone che interpellammo in questa circostanza apparvero spesso prevenute nei nostri confronti, probabilmente a causa del contesto ambiguo in cui chiedevamo udienza o della facilità con cui la richiesta di compilare un questionario poteva essere fraintesa. Una delle persone a cui mi rivolsi, per esempio, mi rispose dicendo: «Cosa mi volete proporre?». E del non certo trascurabile numero di individui in qualche modo contattati, solo pochi accolsero la proposta di compilare un questionario. Ci furono anche persone intenzionate a partecipare, poi fattivamente impossibilitate a farlo: una paziente, per dire, acconsentì ma subito dopo fu chiamata per la terapia ed entrò in reparto; un'altra, che ne era appena uscita, sostenne di non sentirsela più.

L'interpretazione che la caposala diede di questi fatti spronò HJ a riconsiderare le modalità del nostro primo approccio ai malati: ella ci fece notare che, sebbene la compilazione del questionario non richiedesse che qualche minuto, i pazienti giungevano in sala d'attesa – sia che si accingessero a entrare in reparto, sia che ne uscissero – con uno stato d'animo

che condizionava la loro percezione di quel tempo: chi arrivava aveva fretta e il solo pensiero, magari pesante, di entrare a fare la terapia; chi usciva dal reparto aveva un altro tipo di fretta animata dal solo pensiero, magari più leggero, di tornarsene a casa. HJ decise quindi di cambiare sistema e ne propose uno che accolse il favore della caposala: parlare con i pazienti durante il ciclo di chemioterapia. Saremmo dunque entrate in corsia a partire dal giorno successivo, introdotte da un infermiere/a di turno nelle singole stanze e con indosso camici bianchi che circoscrivevano uno spazio, intorno a noi, tutto da disambiguare.

Il questionario

HJ attribuiva al questionario una funzione pretestuosa che subordinava la rilevanza, pur non negata, del dato quantitativo all'opportunità di dialogare con i malati che acconsentissero a compilarlo. Ciò nondimeno, in principio l'assoggettamento della prospettiva teorica etnografica a requisiti di credibilità clinica si manifesta attraverso la riconsiderazione del ruolo svolto proprio dal dato quantitativo.

«Loro [i medici] possono capire il questionario. Se avessi detto loro: "Posso venire nel vostro reparto a parlare con qualche persona...?", non credo che mi avrebbero lasciato entrare» (Int. HJ).

Il questionario doveva essere solamente un pretesto per parlare con i pazienti. Invece, è diventato strumento di legittimazione della ricerca della HJ agli occhi dei medici implicati poiché avrebbe prodotto risultati integrabili in griglie di valutazione statistica note alle indagini cliniche ed epidemiologiche. Il questionario ha per questo espanso la sua influenza anche al di fuori dei reparti in cui è stato distribuito. HJ ha dovuto impostare un database Excel nel quale inserire i dati ricavati dal questionario proprio per ottenere una campionatura che risultasse ammissibile da un punto di vista clinico.

L'approntamento di un database, il suo costante aggiornamento, la costruzione progressiva di un campione di dati che rivestisse una qualche ammissibilità per il punto di vista dei medici «ha richiesto molto tempo e risorse, tempo che avevo pensato di passare a parlare con le persone. Dopo il questionario abbiamo avuto poco tempo, e abbiamo parlato soltanto con cinque pazienti fuori dall'ospedale. Avevo sperato di parlare con più persone, e di iniziare a farlo molto prima» (Int. HJ). E ha anche forzato un adeguamento generale – dei tempi, delle risorse, delle “energie” – all'invisibile regolarità delle norme interne ospedaliere e burocratiche biomediche.

L'antropologo in camice bianco

Nella discussione teorica sulle implicazioni metodologiche di una etnografia dell'ospedale è emerso che il ricercatore che voglia penetrare la vita interiore di un reparto senza apparire un "intruso" ha in fondo poche possibilità di scelta, offerte dalla presenza in ambito clinico di certi ruoli codificati: può integrarsi, dunque, nel personale sanitario (VAN AMSTEL H. - VAN DER GEEST S. 2004; GIBSON D. 2004), inserirsi fra i pazienti (VAN DER GEEST S. - SARKODIE S. 1998) oppure presentarsi come visitatore esterno (INHORN M.C. 2004; VERMEULEN E. 2004). Quest'ultima opzione comprende i casi in cui l'antropologo mantiene la propria identità e si presenta come tale esplicitando le premesse, gli obiettivi e i metodi della propria ricerca. Secondo alcuni nessuna delle tre soluzioni consente di eludere le profonde difficoltà che un'intenzione di "partecipazione" nel senso antropologico ed etnografico del termine incontra dentro l'ospedale, fino a ritenere quella svolta nei contesti ospedalieri per definizione una "osservazione non partecipante" (VERMEULEN E. 2004). Ad esempio, il ricercatore non medico che condivida i turni di una categoria professionale sanitaria dentro un ospedale, *prende parte* alla vita sociale del reparto, ma non *partecipa* alla costellazione di attività lavorative e decisionali intorno alle quali, di fatto, quella vita sociale si struttura e si organizza (cfr. VERMEULEN E. 2004). Analogo discorso vale per la soluzione di entrare in reparto nei finti panni di un falso paziente: il ricercatore, calato in queste vesti fittizie, ha garantita una permanenza costante in corsia, è sottoposto alle procedure previste per i degenti, mangia gli stessi cibi, sottostà agli stessi orari e dunque conquisterebbe una posizione apparentemente congeniale all'esigenza di una "partecipazione" totale (VAN DER GEEST S. - SARKODIE S. 1998). Tuttavia, l'assoggettamento alle regole vigenti in un reparto per il trattamento dei degenti non basta a fare del ricercatore, da sano, un malato: dunque, va da sé che sia poi la sofferenza a conservare una distanza.

Il posizionamento dell'antropologo dentro il reparto solleva questioni di ordine metodologico connesse agli aspetti operativi dell'etnografia e richiede anche una certa sensibilità verso i rapporti che si instaureranno con gli altri soggetti presenti, specialmente coloro ai quali si indirizzano l'attenzione etnografica ed un intento di coinvolgimento nella ricerca. A mio parere, l'esperienza vissuta da HJ è in questo senso emblematica. L'insidia metodologica che si è annidata dietro al suo posizionamento in reparto – peraltro non intenzionale – si è estrinsecata in una trasposizione, da parte dei malati suoi interlocutori, dei significati veicolati dal

camice bianco sui presupposti della ricerca e il suo oggetto, obnubilando dietro al malinteso di crederla un medico la distensione possibile di un rapporto etnografico realmente biunivoco.

L'oggetto della sua attenzione – le medicine complementari e alternative – non favoriva un'immediata decodifica della sua presenza in reparto perché, nonostante la legislazione sanitaria toscana riconosca certe medicine non convenzionali nel sistema sanitario pubblico, il tema rappresenta in ambito medico una questione piuttosto controversa. Apprenderemo dai pazienti, e ne avemmo conferma dalle opinioni conclamate di certi medici, che un accordo tra la scelta autonoma del fruitore eventuale di una CAM e il parere clinico su quella decisione è infrequente. Nel rapporto con i propri assistiti, gli oncologi, per loro esplicita ammissione, rimarcano la pericolosità delle medicine non convenzionali, specialmente di quelle biologicamente attive, come se il "rischio" insito nel loro uso ne fosse di fatto il contrassegno; coerentemente, sono risultati piuttosto ostili alle soluzioni fitoterapiche. Entrambi ignoravano l'esistenza di studi scientifici accreditati che hanno provato l'efficacia dell'agopuntura nel trattamento di dolori addominali, nausea e vomito post-chemioterapici (VICKERS A.J. - CASSILETH B.R. 2001) e per giunta scoprimmo, durante la presentazione finale dei dati agli staff, che nessuno dei medici presenti sapeva che l'agopuntura è integrata ufficialmente nel Sistema sanitario regionale (Ssr) (cfr. JOHANNESEN H. 2009).

Dopo aver concordato la nuova modalità di distribuzione del questionario, dunque, entrammo in corsia con indosso un camice bianco. "Camuffarsi" fra i medici – essere creduto tale – potrebbe soddisfare le esigenze etnografiche e investigative del ricercatore, rispondere a una precisa scelta metodologica. Peraltro, l'integrazione nello staff medico o infermieristico risulta, dalle etnografie dell'ospedale esistenti, soluzione metodologica generalmente prediletta (VAN DER GEEST S. - FINKLER K. 2004). L'assimilazione del ricercatore a una compagine professionale sanitaria offre alcuni indiscutibili vantaggi: la circolazione in reparto è molto più libera, nonostante la scansione della routine possa in parte disciplinarla, perché la presenza di un medico o di un membro del personale infermieristico in un reparto, in qualsiasi momento della giornata, è assolutamente "normale". C'è anche la possibilità di conquistare accesso ad aree che in altri panni sarebbe inopportuno frequentare quali: ambulatori, uffici e sale di medici e infermieri, dove sembrerebbe strano veder entrare un paziente o un individuo in abiti civili. Questa soluzione metodologica, nonostante i benefici che può apportare a un programma di osservazione, non sempre è l'esito di una scelta ponderata quanto una condizione imposta: all'an-

tropologo autorizzato a circolare in corsia che avesse deciso di presentarsi come tale può essere chiesto di indossare comunque un camice bianco.

«All'interno dell'ospedale *mi fu chiesto* di indossare un camice bianco e questo causò alcuni problemi: sebbene abbia reso più facile l'accesso ai reparti e agli operatori, ha anche reso più complicato spiegare ai pazienti che io non ero un medico e che la partecipazione alla mia ricerca non avrebbe influenzato l'assistenza clinica che avrebbero potuto ricevere» (TANASSI L. M. 2004: 2055, corsivo mio E.P.).

La posizione di HJ si avvicina a questa condizione poiché l'ingresso in reparto fu imposto dalle circostanze, anziché una scelta di metodo, né si poteva considerare soluzione metodologica preferenziale per i suoi scopi. Il problema che ella ha dovuto arginare era costituito dal fatto che i malati la consideravano un medico. Ciò era stimolato dalla presenza intorno a noi di un apparato di simboli in grado di sorreggere quell'associazione alla biomedicina: il camice bianco, la presentazione da parte degli infermieri, l'uso di un questionario, la distribuzione di un modulo del consenso informato. A sfociare nell'emersione o nel rinforzo di questa percezione errata di noi era anzitutto il nostro dichiarato occuparci "dell'uso delle medicine complementari e alternative *in oncologia*".

Le presentazioni verbali della ricerca che gli infermieri snocciolavano ai pazienti presenti nelle camere potevano talvolta contenere elementi capaci di condizionare la visione di noi che i malati elaboravano sul momento specialmente, ma non unicamente, perché l'antropologia non veniva mai menzionata.

INFERMIERE: «Queste due dottoresse, di cui una viene dalla Svizzera [*sic*, Danimarca], sono qui per fare una ricerca sull'uso della medicina complementare con un questionario coi pazienti. Chi vuole partecipare, può farlo con loro e questa è una cosa che ci interessa anche a noi perché l'ospedale vuole sapere. Quindi se partecipate ci fa piacere» (ddc, 10 ottobre 2006).

Congiurava contro di noi anche il fatto che la parola "antropologo" non ha un grande potere evocativo, specialmente dentro l'ospedale⁽⁹⁾. Se anche fosse chiaro – ma spesso non lo è – cosa un antropologo in generale fa, sembra risultare piuttosto difficoltoso per la maggior parte delle persone considerarne la presenza in un ospedale direttamente decifrabile. Una delle pazienti che avremmo incontrato a casa sua per realizzare un'intervista etnografica, forse per influsso delle sue vaste conoscenze nel campo delle medicine complementari e alternative, incorse nell'errore di confondere HJ con un esperto di antroposofia.

In quanto alle persone che recavano esperienze di fruizione di una medicina non convenzionale, risultò piuttosto evidente una refrattarietà a

esporsi radicata nell'intenzione di non contravvenire all'esclusività del trattamento biomedico. Un episodio emblematico ha per protagonista una paziente dal cui questionario si evinceva che non utilizzava alcuna CAM. Il giorno successivo alla compilazione, HJ parlò con lei e l'informò per la prima volta del fatto che la ricerca era svolta da antropologi, e non da medici. Questa signora, significativamente, durante quel colloquio ammise di sottoporsi all'agopuntura, che le veniva praticata da un amico.

Alcuni pazienti tradivano una certa apprensione di fronte alla prospettiva che quanto andavano "ammettendo" nel questionario potesse essere poi riferito al primario.

Paziente: «Io faccio sempre l'agopuntura. Non è che lei questo poi lo dice al primario?» (ddc, 17 ottobre 2006).

Paziente: «La ho cominciata ieri [terapia non convenzionale]. La faccio perché io qui finisco la chemioterapia alla fine di ottobre. Ma io voglio continuare a curarmi per evitare che si rifaccia vivo [il tumore]. Oh, ma mica questo andrà al primario?» (ddc, 17 ottobre 2006).

È stato per questo insieme di problemi che HJ ha deciso di modificare la presentazione verbale che rilasciavamo ai pazienti quando entravamo nelle camere, in modo da rendere più chiaro il fatto che non eravamo medici, non eravamo membri dello staff dell'ospedale ma che, allo stesso tempo, l'ospedale supportava la ricerca e ne conosceva scopi e procedure. Elaborò un nuovo discorso introduttivo che surclassasse la centralità di quello degli infermieri per distanziarci dall'ospedale: il chiarimento che non eravamo medici ma antropologhe poteva sollecitare, nei pazienti, un'apertura nei nostri confronti altrimenti interdetta.

«Durante il weekend decisi di provare a presentarci da sole. Volevo una presentazione più personale che ci allontanasse un po' dall'ospedale, per vedere se questo avrebbe aperto uno spazio per più risposte e più "confessioni" sull'uso delle CAM. Con l'annuncio del progetto da parte dei medici all'arrivo del paziente, con gli infermieri che ci introducevano in ogni camera e con i nostri camici bianchi, avevo l'impressione che fossimo diventate troppo parte dell'ospedale. Tutte queste cose erano molto positive, quali segnali che noi, con il nostro studio, eravamo accettate dal reparto, ma sentivo che avevamo bisogno di tirarci un po' indietro da questa posizione in modo che i pazienti diventassero pienamente consapevoli che noi non eravamo parte del sistema medico. Ho inventato una presentazione in cui dico loro i nostri nomi e da dove veniamo prima di parlare dei questionari» (*Field notes*, HJ).

Se la nuova introduzione verbale nasceva dalla volontà di rassicurare coloro che, magari sulla scia di un reverenziale timore verso i medici,

“mentivano” o rifiutavano di partecipare, nei fatti si concretò in una sottrazione di HJ dallo spazio descritto intorno a lei dal camice bianco, nel quale la possibilità di condivisione e dialogo apparivano, per i motivi che ho descritto, negati.

Conclusion

HJ giunse in Italia per realizzare una ricerca antropologica sul ricorso alle medicine complementari e alternative in oncologia che le era stato ispirato da uno studio internazionale concluso l'anno precedente (MOLASSIOTIS A. *et al.* 2005) e, in particolare, dalla percentuale di fruizione valutata per i malati di tumore italiani, la quale risultava essere la più alta in Europa (73%). Per allacciare la propria indagine alla precedente in modo rigoroso era necessario reiterarne fedelmente la metodologia: per questo motivo, prevede la distribuzione dello stesso questionario ai malati di cancro che si potevano incontrare in reparti di Day Hospital oncologico per il ciclo di chemioterapia. La rilevanza generale del dato quantitativo, per i suoi scopi, non si esauriva nella ratifica o nella rettifica eventuali dei risultati dell'analisi svolta a Milano. Il questionario offriva un'occasione di incontro con le persone ammalate, le avrebbe consentito di iniziare a raccogliere storie, narrazioni, vissuti gettando le basi per quella prevista pienezza etnografica fatta di incontri ripetuti con i malati che non ha avuto invece compiuto luogo.

L'esercizio di una regolazione medica della ricerca e della sua strutturazione preliminare si avverte, a mio parere, fin dai primi momenti del soggiorno di HJ in Toscana. La necessità di somministrare il questionario in reparti di Day Hospital oncologico ha subordinato certe sue premesse alle occorrenze burocratiche sanitarie individuate dai medici coinvolti, le quali hanno rimodellato i tempi prefissati della ricerca, infine sacrificando i momenti di approfondimento etnografico nella breve vigilia del suo ritorno in Danimarca. Ciò non vuole negare la qualità euristica dei nuovi orizzonti di riferimento prodotti dalle circostanze – la preminenza del dato quantitativo rispetto ai propositi ponderati, l'inclusione dell'ospedale fra le strutture costituenti del “campo”, la complessità delle relazioni instaurate con i professionisti clinici, per esempio – nelle potenzialità di riflessione di HJ (Int. HJ). Ma vuole trasporre la sua esperienza di confronto con il mondo ospedaliero in un discorso a carattere più generale che ne faccia testimonianza di alcuni nodi problematici tipici dell'etnografia dell'ospedale.

Così, si può interrogare il ritardo burocratico con cui la sua richiesta di ingresso in reparto è stata accettata per comprendere fino a che punto abbia agito, nel suo caso, quella registrata ostilità alla proiezione di uno «sguardo etnografico sullo sguardo medico» (INHORN M. C. 2004: 2096) e riflettere sulle dinamiche di quella negoziazione che hanno in vario modo esteso propaggini disciplinanti sul processo del suo ingresso in reparto.

Rispetto alla questione di metodo relativa al posizionamento dell'antropologo dentro un reparto, l'esperienza di HJ offre un esempio di gestione concreta del rapporto tra biomedicina e antropologia all'interno del campo biomedico: con le sue peculiarità contestuali e relazionali, infatti, la vicenda che ha vissuto può ritenersi, pur nell'ottica retrospettiva che ho assunto, un valido contributo all'arricchimento epistemologico dell'etnografia dell'ospedale.

HJ, avendo affrontato l'ambiguità di significati che emana un camice bianco, ha praticato un'opzione metodologica dell'etnografia dell'ospedale contrastandone alcuni possibili "limiti". L'assimilazione ai professionisti non era nei suoi intenti: la sua circolazione in corsia non aveva altra necessità che quella di sopperire all'inadeguatezza della soluzione inizialmente imposta per reperire partecipanti alla somministrazione del questionario: farlo cioè in sala d'attesa. Ciò nondimeno, ha dovuto far fronte alla persistenza del fraintendimento che questa collocazione del ricercatore spesso veicola: il travisamento del suo ruolo in quello medico-clinico. Con riferimento preciso al tema della sua ricerca, nonché ai suoi propositi etnografici, questo ha creato parecchi problemi.

La reazione di HJ a questa situazione etnografica "imprevista", il suo modo di affrontarla rielaborando attivamente la propria posizione nello spettro dei rapporti interumani in cui era presa – con i medici, con i pazienti – ha una superiore portata teorico-metodologica: il recupero e la valorizzazione di uno spazio d'azione coerente ai propositi scientifici del suo progetto di ricerca è in effetti il prodotto di una accorta riconciliazione delle proprie esigenze etnografiche con i condizionamenti (finanche imprevedibili, come si nota) che l'istituzione biomedica può imporre.

Così, alcuni malati che *prima* che HJ svestisse *metaforicamente* il camice bianco non dichiararono alcuna esperienza nel reame delle medicine complementari e alternative, *dopo* riconobbero di averne. E le raccontarono.

HJ ha proceduto ad un efficace riposizionamento strategico. Ella ha neutralizzato l'ambiguità del camice bianco mediante un distanziamento dall'ospedale, quale *istituto* ed *istituzione*, per poi rientrarvi disambiguata, quale antropologa da esso *istituzionalmente* supportata.

Sottraendosi all'arena biomedica, HJ abbandonava un dominio – quello della valutazione delle CAM in ambito clinico – che dai malati veniva percepito come non condivisibile con i medici («nessuno mi ha mai chiesto qualcosa negli ospedali e nemmeno vogliono sapere», «vedo l'ospedale un po' distante per queste cose») e in questo modo riattivava intorno a sé il processo di instaurazione del dialogo etnografico e del rapporto interindividuale che, per quanto effimero, descrive ed anima lo spazio nel quale la conoscenza antropologica si produce.

Ringraziamenti

Desidero ringraziare Helle Johannessen per la grande disponibilità dimostratami sia al momento del lavoro etnografico comune sia durante la stesura di questo articolo. Sono molto grata a Giovanni Pizza per la guida scientifica e la lettura critica di varie stesure di questo scritto, e a Tullio Seppilli per le sue preziose indicazioni. Vorrei inoltre ringraziare l'antropologa Francesca Chianese per aver curato la traduzione in spagnolo del riassunto e due anonimi revisori per le loro importanti osservazioni.

Note

⁽¹⁾ Helle Johannessen è professore presso l'Institute of public health, University of Southern Denmark dove dirige una équipe multidisciplinare presso la facoltà di Health sciences. Ha studiato le forme del pluralismo medico svolgendo ricerche etnografiche in Danimarca, Canada e Italia.

⁽²⁾ Sulla dicitura "medicine complementari e alternative" (cui corrisponde l'acronimo anglosassone CAM) prevale, in Italia, quella di "medicine non convenzionali" (MNC). Entrambe sono definizioni inclusive di una pluralità eterogenea di tecniche terapeutiche, metodi diagnostici e approcci filosofici accomunati dal fatto di non essere considerati parte della medicina convenzionale (MOLASSIOTIS A. *et al.* 2006), ma non si equivalgono pienamente (COLOMBO E. - REBUGHINI P. 2006: 76; GIARELLI G. 2005: 25; VICKERS A.J. - CASSILETH B.R. 2001). Userò qui il termine "medicine complementari e alternative" nel rispetto della terminologia adottata da Helle Johannessen e me durante il periodo della ricerca.

⁽³⁾ Su questi aspetti la letteratura è molto ampia. Fra i numerosi riferimenti rimando qui a PIASERE L. (2002) e al lavoro collettaneo PENNACINI C. (curatore) 2010.

⁽⁴⁾ Al termine della permanenza di Helle Johannessen in Italia la intervistai: nel testo, i passi estrapolati dal colloquio sono indicati dalla sigla: "Int. HJ". Attingo anche al mio diario di campo ("ddc") e alle note stese da Helle Johannessen ("Field notes HJ"). La traduzione dall'inglese dei passaggi ripresi dall'intervista di Johannessen, dalle sue note, nonché quella delle citazioni da testi per cui non esiste una versione italiana è mia.

⁽⁵⁾ La medicina complementare ed alternativa è il precipuo ambito di studio di Helle Johannessen. Fra le sue pubblicazioni segnalò alcuni titoli in inglese: JOHANNESSEN H. (2001); JOHANNESSEN

H. - LÁZÁR I. (2006); JOHANNESSEN H. - OLESEN S. G. - ANDERSEN J. Ø. (1995). I dati ricavati dalla somministrazione del questionario che distribuimmo in due Day Hospital oncologici in Toscana sono in JOHANNESSEN H. *et al.* (2008), mentre una riflessione analitica di Helle Johannesen seguente alla ricerca è in JOHANNESSEN H. (2009).

⁽⁶⁾ GIUNTA REGIONALE TOSCANA, *Delibera n. 1384 del 9/12/2002*.

⁽⁷⁾ In realtà questo fatto sembra non influire sul suo utilizzo, che, sulla base dei dati che raccogliemmo mediante il questionario già adottato a Milano, è risultato piuttosto contenuto, in linea con i dati nazionali che nel 1999 ne stimavano i fruitori al 15,6% della popolazione (MENNITI-IPPOLITO F. *et al.* 2002: 62; COLOMBO E. - REBUGHINI P. 2006: 52).

⁽⁸⁾ Questa intervista, la cui verbalizzazione è integrata nel mio diario di campo (ddc, 28 agosto 2006), è stata raccolta da Helle Johannesen. Io ne curai in seguito la verbalizzazione.

⁽⁹⁾ «Sebbene a volte fu evidente un certo “sospetto” verso lo sguardo antropologico (“cosa fa un antropologo?”), questo non interferì mai con le mie attività di ricerca; quel “sospetto” credo fosse il prodotto di una curiosità genuina verso alcune metodologie e approcci di ricerca che erano estranei alla maggioranza degli operatori e dei pazienti in quel contesto clinico» (TANASSI L. 2004: 2056).

Bibliografia

BOURDIEU Pierre (2003 [2001]), *Il mestiere di scienziato. Corso al Collège de France 2000-2001*, traduz. dal francese di Alessandro Serra, Feltrinelli, Milano [ediz. orig.: *Science de la science et réflexivité. Cours du Collège de France 2000-2001*, Éditions Raisons d'Agir, Paris, 2001].

COLOMBO ENZO - REBUGHINI Paola (2006), *La medicina contesa. Cure non convenzionali e pluralismo medico*, Carocci, Roma.

FINKLER Kaja - HUNTER Cinthia - IEDEMA Rick (2008), *What is going on? Ethnography in hospital spaces*, “Journal of Contemporary Ethnography”, vol. 37, n. 2, 2008, pp. 246-250.

GIARELLI Guido (2005), *Medicine non convenzionali e pluralismo sanitario. Prospettive e ambivalenze della medicina integrata*, Franco Angeli, Milano.

GIBSON Diana (2004), *The gaps in the gaze in South African hospitals*, “Social Science & Medicine”, vol. 59, n.10, 2004, pp. 2013-2024.

INHORN Marcia C. (2004), *Privacy, privatization, and the politics of patronage: ethnographic challenges to penetrating the secret world of Middle Eastern, hospital-based in vitro fertilization*, “Social Science & Medicine”, vol. 59, n. 10, 2004, pp. 2095-2108.

JOHANNESSEN Helle (2001), *Stories the body can tell. On bodily perceptions as a link between alternative medical technologies and illness narratives*, in VAN DONGEN E. - COMELLES J. M. (curatori) 2001, pp. 191-210.

JOHANNESSEN Helle (2009), *Exclusive inclusions: cancer practices in Toscana and Southern Denmark*, pp. 137-160, in PIZZA Giovanni - JOHANNESSEN Helle (curatori), *Embodiment and the State. Health, Biopolitics and the Intimate Life of State Powers*, “AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica”, n. 27-28, 2009 [numero monografico].

JOHANNESSEN Helle - LÁZÁR Imre (curatori) (2006), *Multiple medical realities. Patients and healers in biomedical, alternative and traditional medicine*, Berghahn Books, New York - Oxford.

JOHANNESSEN Helle - OLESEN Søren Gosvig - ANDERSEN Jørgen Østergård (1995), *Alternative therapy 2. Body and nature*, INRAT, Odense University Press, Gylling [Denmark].

JOHANNESSEN Helle - VON BORNEMANN HJELMBORG Jacob - PASQUARELLI Elisa - FIORENTINI Giammaria - DI COSTANZO Francesco - MICCINESI Guido (2008), *Prevalence in the use of complementary medicine among cancer patients in Tuscany, Italy*, “Tumori”, vol. 94, n. 3, 2008, pp. 406-410.

LONG Debbie - HUNTER Cynthia - VAN DER GEEST Sjaak (2008), *When the field is a ward or a clinic: hospital ethnography*, "Anthropology & Medicine", vol. 15, n. 2, 2008, pp. 71-78.

MENNITI-IPPOLITO Francesca - GARGIULO Lidia - BOLOGNA Emanuela - FORCELLA Emanuela - RASCHETTI Roberto (2002), *Use of unconventional medicine in Italy: a nation-wide survey*, "European Journal of Clinical Pharmacology", vol. 58, n. 1, aprile 2002, pp. 61-64.

MOLASSIOTIS Alexander - SCOTT Julia A. - KEARNEY Nora - PUD Dorit - MAGRI Miriam - SEVEKEROVA Sarka - BRUYNS Ingrid - FERNANDEZ-ORTEGA Paz - PANTELI Vassiliki - MARGULIES Anita - GUDMUNDSDOTTIR GUDBJORG - MILOVICS Ljiljana - OZDEN Gulen - PLATIN Nurgun - PATIRAKI Elisabeth (2006), *Complementary and alternative medicine use in breast cancer patients in Europe*, "Supportive Care in Cancer", vol. 14, n. 3, marzo 2006, pp. 260-267.

MOLASSIOTIS Alexander - FERNANDEZ-ORTEGA Paz - PUD Dorit - SCOTT Julia A. - PANTELI Vassiliki - MARGULIES Anita - Browall M. - MAGRI Miriam - SELVEKEROVA Sarka - MADSEN E. - MILOVICS Ljiljana - BRUYNS Ingrid - GUDMUNDSDOTTIR Gudbjorg - HUMMERSTON S. - AHMAD A.M.A. - PLATIN Nurgun - KEARNEY Nora - PATIRAKI Elisabeth (2005), *Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey*, "Annals of Oncology", vol. 16, n. 4, aprile 2005, pp. 655-663.

PASQUARELLI Elisa (2006-2008), *L'etnografia dell'ospedale. Alcune prospettive di studio nel dibattito antropologico contemporaneo*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 21-26, 2006-2008, pp. 475-496.

PENNACINI Cecilia (curatore) (2010), *La ricerca sul campo in antropologia. Oggetti e metodi*, Carocci, Roma.

PIASERE Leonardo (2002), *L'etnografo imperfetto. Esperienza e cognizione in antropologia*, Laterza, Roma - Bari.

PIZZA Giovanni (2005), *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma.

PIZZA Giovanni - JOHANNESSEN Helle (2009), *Editorial. Two or three things about embodiment and the State*, pp. 13-20, in PIZZA Giovanni - JOHANNESSEN Helle (curatori) (2009), *Embodiment and the State. Health, biopolitics and the intimate life of State powers*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 27-28, 2009 [numero monografico].

TANASSI Lucia M. (2004), *Compliance as strategy: the importance of personalised relations in obstetric practice*, "Social Science & Medicine", vol. 59, n. 10, 2004, pp. 2053-2069.

VAN AMSTEL Hans - VAN DER GEEST Sjaak (2004), *Doctors and retribution: the hospitalisation of compensation claims in the highlands of Papua Guinea*, "Social Science & Medicine", vol. 59, n. 10, 2004, pp. 2087-2094.

VAN DER GEEST Sjaak - FINKLER Kaja (2004), *Hospital ethnography: introduction*, "Social Science & Medicine", vol. 59, n. 10, 2004, pp. 1995-2001.

VAN DER GEEST Sjaak - SARDOKIE Samuel (1998), *The fake patient: a research experiment in a Ghanaian hospital*, "Social Science & Medicine", vol. 47, n. 9, 1998, pp. 1373-1381.

VAN DONGEN Els - COMELLES Josep Maria (curatori) (2001), *Medical anthropology and Anthropology. Contributions of medical anthropology at home to anthropological theories and health debates*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 11-12, ottobre 2001 [numero monografico].

VERMEULEN Eric (2004), *Dealing with doubt: Making decisions in a neonatal ward in The Netherlands*, "Social Science & Medicine", vol. 59, n. 10, 2004, pp. 2071-2085.

VICKERS Andrew J. - CASSILETH Bartie R. (2001), *Unconventional therapies for cancer and cancer-related symptoms*, "The Lancet Oncology", vol. 2, n. 4, aprile 2001, pp. 226-232.

ZAMAN Shahaduz (2004), *Poverty and violence, frustration and inventiveness: hospital ward life in Bangladesh*, "Social Science & Medicine", vol. 59, n. 10, 2004, pp. 2025-2036.

ZAMAN Shahaduz (2008), *Native among the natives. Physician anthropologist doing hospital ethnography at home*, "Journal of Contemporary Ethnography", vol. 37, n. 2, 2008, pp. 135-154.

Scheda sull'Autrice

Elisa Pasquarelli è nata il 5 gennaio 1981 a Gubbio (provincia di Perugia). Dopo la laurea magistrale in Conservazione dei beni culturali nel 2006 e la laurea specialistica in Scienze antropologiche nel 2008 presso l'Università degli studi di Perugia, ha conseguito il Dottorato di ricerca in Etnologia ed etnoantropologia presso la Sapienza Università di Roma nel 2012. Ha pubblicato: *L'etnografia dell'ospedale. Alcune prospettive di studio nel dibattito antropologico contemporaneo*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 21-26, ottobre 2008, pp. 475-496.

Riassunto

Etnografia dopo l'etnografia. Metodo e dialogo in una ricerca antropologica sull'uso delle medicine complementari in oncologia (Toscana)

In questo articolo viene descritta un'indagine etnografica svolta da Helle Johannessen (University of Southern Denmark) sull'uso della medicina complementare e alternativa in oncologia, alla quale l'Autrice prese parte in qualità di assistente di ricerca. Attraverso la lettura retrospettiva di due Day Hospital oncologici viene presentato un esempio di "etnografia dell'ospedale", le cui coordinate teorico-metodologiche costituiscono il retroterra di una riflessione sulle implicazioni del posizionamento del ricercatore all'interno di un reparto, rispetto agli altri soggetti presenti. Ad essere discussa qui è l'opzione metodologica basata sull'assimilazione del ricercatore ad una compagine sanitaria da una prospettiva resa peculiare dal fatto che, in questo caso, tale condizione non derivava da una scelta calibrata sulle esigenze della ricerca, e anzi in parte contraddiceva gli intenti etnografici inizialmente ponderati. L'articolo esplora le modalità attraverso le quali l'ambiguità promanata dal camice bianco ha indotto una marginalizzazione delle relazioni interpersonali con i soggetti cui era rivolto l'interesse analitico primario, i pazienti oncologici, esemplificando una delle difficoltà che possono annidarsi dietro tale posizionamento. La descrizione delle strategie adottate per fronteggiare i problemi di metodo che ne sono scaturiti non si risolve in una semplice azione di distanziamento dall'istituzione biomedica, ma si fa testimonianza dell'esistenza di meccanismi disciplinanti che l'autorità medica ha proiettato sull'impianto globale della ricerca, in forme spesso non palesi ma efficaci, le quali assurgono a loro volta a degno oggetto di indagine.

Parole chiave: antropologia medica, etnografia dell'ospedale, biomedicina, medicina complementare e alternativa, oncologia, chemioterapia, Toscana, Italia.

Résumé

Ethnographie après l'ethnographie. Méthode et le dialogue dans une recherche anthropologique sur l'utilisation de médecines complémentaires en oncologie (Toscane)

Cet article est consacré à la description d'une étude ethnographique menée par Helle Johannessen (University of Southern Denmark) sur l'utilisation de la médecine complémentaire et alternative en oncologie, que l'auteur a suivi en tant qu'assistante de recherche. À l'aide de l'analyse rétrospective de deux cas d'hôpital de jour en oncologie, on présente un exemple de "ethnographie de l'hôpital", dont les aspects théoriques et méthodologiques, s'avèrent être la base pour analyser le rôle du chercheur dans un service, par rapport aux autres personnes concernées. Cet article porte sur une solution méthodologique basée sur l'intégration du chercheur au personnel soignant. La particularité de cette étude est le fait que l'intégration ne découle pas d'une exigence de la recherche, mais au contraire, elle était en contradiction avec les buts ethnographiques prévus. Cet article évoque l'idée que la blouse d'hôpital puisse être pour le chercheur, un obstacle dans ses relations interpersonnelles avec les sujets de cette étude, c'est à dire les patients oncologiques, le but étant de mettre en évidence l'une des difficultés entraînées par l'intégration du chercheur au personnel soignant. Les stratégies mises en œuvre pour faire face à ces problèmes de méthode, ne se limitent au simple éloignement du chercheur de l'établissement biomédical, mais envisagent des mécanismes contraignants, souvent cachés mais efficaces, que l'autorité médicale a imposés à la recherche et qui pourront faire à leur tour l'objet d'études supplémentaires.

Mots-clés: anthropologie médicale, ethnographie de l'hôpital, biomédecine, médecine complémentaire et alternative, oncologie, chimiothérapie, Toscane, Italie.

Resumen

Etnografía después de la etnografía. Método y diálogo en una investigación antropológica sobre el uso de la medicina complementaria en la oncología (Toscana)

Este artículo describe un estudio etnográfico realizado por Helle Johannessen (University of Southern Denmark) sobre el uso de la medicina complementaria y alternativa en oncología, en el que la autora participó como asistente de investigación. A través de la lectura retrospectiva de dos Day Hospital oncológicos se presenta un ejemplo de "etnografía del hospital", cuyas coordenadas teórico-metodológicas son la base de una reflexión sobre las implicaciones de la posición

del investigador dentro de una sala de hospital, respecto a los otros sujetos presentes. En discussion aquí es la opción metodológica basada en la asimilación del investigador a un equipo sanitario desde una perspectiva hiza especial del hecho que, en este caso, esta condición no se deriva de una elección calibrada en las necesidades de la investigación, y que de hecho contradice en parte los intentos etnográficos inicialmente ponderados. El artículo explora las formas en que la ambigüedad emanada de la bata blanca ha conducido a una marginación de las relaciones interpersonales con aquellos a quienes iba dirigido el interés analítico primario, los pacientes con cáncer, que ejemplifica una de las dificultades que pueden ocultarse detrás de este posicionamiento. La descripción de las estrategias adoptadas para hacer frente a los problemas metodológicos que se han producido no se puede resolver en un simple acto de distanciamiento de la institución biomédica, es una prueba de la existencia de mecanismos que disciplinan que la autoridad médica ha proyectado en el sistema global de investigación, en formas a menudo no evidentes pero eficaces, que se elevan a su vez a un objeto digno de investigación.

Palabras clave: antropología médica, etnografía del hospital, biomedicina, medicina complementaria y alternativa, oncología, quimioterapia, Toscana, Italia.

Abstract

Ethnography after ethnography: Method and dialogue in an anthropological research on the use of complementary medicines in oncology (Tuscany)

This article describes an ethnographic inquiry focused on the use of alternative and complementary medicine in oncology, led by Helle Johannessen (University of Southern Denmark). The Author took part in it as research assistant. The retrospective analysis of two oncology outpatient clinics gives an example of "hospital ethnography". Theoretical and methodological perspectives on "hospital ethnography" are the background to consider the implications of researchers' role as to other people within the ward. This article discusses the methodological solution based on the assimilation of researchers toward physicians and nurses staff from a very particular point of view; that is to say, this condition was not deliberately chosen for research needs. On the contrary, it contradicts some of the ethnographic aims set at the beginning. The article explores the ways in which the white coat ambiguity caused a marginalization of interpersonal relationships between researchers and their main target, cancer patients. It is an example of one of the problems that could arise when researchers are assimilated to the staff. The strategies used to overcome these obstacles do not only consist of diverging from the biomedical institution, but they

also prove that there were medical authority disciplines exercised over the global background of the research. These rules were not often explicit, but so effective that finally, they, too, became a very interesting object of inquiry.

Keywords: medical anthropology, hospital, ethnography, biomedicine, complementary and alternative medicine, oncology, chemotherapy, Tuscany, Italy.

Oltre la medicalizzazione dell'azzardo: per un approccio antropologico alla febbre del gioco

Mauro Pini

laureato in discipline etno-antropologiche (Sapienza Università di Roma) / dirigente psicologo, Asl. 6 della Regione Toscana (Livorno)
[mau.pini@tiscali.it]

«Non c'è niente di così perverso nella natura come l'idea di natura umana.
Che è frutto della nostra capacità immaginativa culturale»

Marshall Sahlins (2010 [2008]), *Un grosso sbaglio. L'idea occidentale di natura umana*, ediz. ital.: Elèuthera, Milano, cfr. p. 114

0.

Il 1980 segna una data storica per i giocatori accaniti d'Occidente: la loro passione viene rubricata nei disturbi mentali dall'*American Psychiatric Association* e precisamente, con la terza edizione del *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM), nei disturbi del controllo degli impulsi. Additati per secoli come peccatori destinati alle pene eterne dagli uomini di Chiesa e come viziosi rei da amministratori intenti a contenere un fenomeno che non di rado utilizzavano, legalizzandolo, per impinguare le casse pubbliche, i drogati dell'azzardo venivano invitati una volta per tutte a indossare il pigiama del malato. E così, anche la febbre del gioco non è sfuggita a una tendenza di ampia portata nelle società occidentali contemporanee, smascherata da Foucault e approfondita recentemente da Szasz: la *medicalizzazione della vita*⁽¹⁾. Da quella data si registra un costante incremento di pubblicazioni sui correlati neurobiologici del *gambling* e sulle sue declinazioni cliniche (*pathological, compulsive, addiction*), parallelamente ad una significativa presenza del gergo sanitario nella comunicazione pubblica e nei media, che decretano un incontrastato monopolio culturale del paradigma biomedico.

Le scienze umane hanno fatto sentire tardivamente la loro voce, iniziando a rilevare i limiti di una prospettiva che tende a decontestualizzare un fenomeno così poliedrico come il gioco d'azzardo, intendendo naturalizzare una distinzione, quella fra gioco normale e gioco patologico (GAP), che rappresenta, invece, una costruzione sociale condizionata da una serie di fattori culturali, economici e politici (contestuali). Nell'introduzione del

volume *La vita in gioco. Antropologia, letteratura, filosofia dell'azzardo*, Scafooglio ribadisce le matrici ideologiche di questa linea di confine, facendo notare che in passato «... *tutto* il gioco d'azzardo era oggetto di condanna. Questa distinzione nasce dopo, sulla spinta di una doppia esigenza: da un lato si trattava di riscattare il gioco dalle condanne moralistiche e religiose e di conferirgli legittimità [...] da un altro lato, i progressi delle scienze psicologiche e mediche individuavano un campo di azione nuovo, di cui l'etichetta patologica garantiva ad essi il pieno ed esclusivo controllo e autorizzava l'allestimento di piani terapeutici specializzati» (SCAFOGLIO D. cur. 2006: 8).

L'impatto sociale del *gambling* si rende immediatamente evidente nel gigantesco volume di affari mosso a vantaggio del business delle scommesse e dello Stato biscazziere. Per evitare di perdersi nei numerosi *report* epidemiologici – che si avvalgono di fonti e metodologie di indagine diverse (non sempre attendibili), e limitandoci all'Italia, basti ricordare che in soli dieci anni si è passati dai 4 miliardi euro spesi nel gioco legale del 2001, ai 53 miliardi del 2009, agli oltre 60 del 2010, fino ai 76 miliardi del 2011 (fonti: AAMS e AGICOS) che fanno salire gli introiti dell'Erario a circa 10 miliardi. L'accesso ai variegati mondi dell'azzardo è ulteriormente facilitato dal *battage* pubblicitario, dalla capillare diffusione delle *slot machines* sul territorio nazionale e dalla recente introduzione del *cash* nei casinò on-line.

Il *gambling* è oggetto di studio da parte di molteplici discipline (neuroscienze, psichiatria, psicologia, sociologia, economia) – e non potrebbe essere altrimenti, vista la sua complessità – le quali mostrano non poche difficoltà di dialogo, nonostante le frequenti dichiarazioni di intenti sulla necessità di adottare una prospettiva bio-psico-sociale. Nei tre paragrafi che seguono, descriveremo sinteticamente la prospettiva della biomedicina e le sue articolazioni specialistiche, quindi prenderemo in considerazione alcune critiche di impronta sociologica. Il terzo paragrafo intende fare il punto sul contributo dell'antropologia, nella convinzione che non possa più attardarsi ad entrare nel vivo del dibattito scientifico su un fenomeno di così estrema attualità e rilevanza sociale.

1. Giocatori accaniti, perdenti e (poco) pazienti: gli approcci biomedici alle ludopatie

Il paradigma biomedico è tutt'altro che un sistema concettuale monolitico. L'analisi della sua imponente letteratura scientifica sul *gambling*, com-

prensiva delle “*psy-sciences*” (psichiatria, psicologia, psicoanalisi; ROSE N. 1999)⁽²⁾, consente di individuare almeno cinque approcci, complementari o alternativi fra loro:

1. La *genetica e le neuroscienze* hanno rilevato i fattori di vulnerabilità comune fra il GAP ed altri *cluster* psicopatologici (alcolismo, tossicodipendenze, depressione), evidenziando il ruolo del *sistema di ricompensa cerebrale* nelle esperienze del piacere, che spinge a ripetere l'azione gratificante fino all'intervento di un segnale inibitorio. I soggetti con *addiction* da sostanze o *drug-free* come l'azzardo sarebbero caratterizzati da un malfunzionamento di questo freno biochimico e dalla necessità di compensare una ridotta capacità di sperimentare sensazioni piacevoli riconducibile a un deficit di sensibilità del sistema di ricompensa cerebrale (*down regulation* recettoriale) (AASVED M. 2003).
2. Alcune ipotesi esplicative sulle tossicodipendenze e, più recentemente, sul gioco d'azzardo si basano sulla *prospettiva evoluzionistica* (darwiniana). Gli autori che si rifanno a questo filone di studi considerano il *gambling* come espressione di una propensione al rischio che ha comportato significativi vantaggi per la specie umana (competizione sessuale, reperimento di cibo, protezione dalle avversità climatiche ecc.) (GRAY P. 2004). Nel mondo contemporaneo, la ricerca di alcune forme di rischio e della conseguente gratificazione sarebbe facilitata dalle mutate condizioni rispetto agli ambienti ancestrali, per quanto disomogenei (*mismatch evolutivo*)⁽³⁾: a differenza della savana del Pleistocene, il pericolo conseguente alle scommesse riguarda la perdita di un oggetto simbolico come il denaro, un'inezia rispetto alla perdita della vita a cui andavano incontro i nostri antenati con una mossa “azzardata”. I soggetti portatori di una vulnerabilità biologica connessa a particolari caratteristiche del sistema di ricompensa cerebrale (*supra*) sarebbero predisposti al GAP (SPINELLA M. 2003).
3. Le *concezioni psicoanalitiche* (Von Hattingberg, Freud, Simmel, Greenson, Bergler, Rosenthal), fondate prevalentemente sulla speculazione teorica piuttosto che sull'esperienza clinica (AASVED M. 2002), considerano il GAP un sintomo nevrotico legato alle fasi di sviluppo psicosessuale o, in seguito alla crisi della metapsicologia (KLEIN G. 1990 [1976]), a disturbi delle relazioni oggettuali o della sfera narcisistica. In *Dostoevskij e il parricidio*, FREUD (1978 [1928]) sostiene che l'aspettativa di vincita è solo una razionalizzazione delle determinanti inconse del giocatore, vero motore dell'azzardo: (a) l'espiazione di un senso di colpa di origine edipica che porta a ricercare la sconfitta per autopunirsi e (b) il piacere del gioco come sostituto dell'onanismo.

4. L'indirizzo *cognitivo-comportamentale* ha enfatizzato il ruolo delle credenze erranee nelle ludopatie; le più rappresentative riguardano la *fallacia di Montecarlo* – ritenere che sia più probabile vincere dopo una serie di perdite – e l'*illusione di controllo*, ritenere di poter intervenire sulla causalità degli eventi. La terapia cognitivo-comportamentale (LADOUCEUR R. - SYLVAIN C. - BOUTIN C. - DOUCET C. 2003 [2002]), unanimemente considerata come prima scelta nel repertorio delle psicoterapie del GAP, si propone di modificare i pensieri e le convinzioni erranee del giocatore per mezzo di specifici *training*.
5. Teorizzata da Zuckerman, la *sensation seeking* descrive un tratto di personalità che spinge ad incrementare la quantità e l'intensità degli stimoli per raggiungere un livello soggettivo ottimale di *arousal* fisiologico. La concezione di ZUCKERMAN (1994), ponendosi come alternativa ad entrambe le prospettive psicologiche sopra descritte (psicoanalitica e cognitivo-comportamentale), sostiene che la principale motivazione del *gambling* riguarda l'incremento dell'*arousal* sperimentato nell'attesa dell'esito della scommessa. Per ottenere lo stesso livello di eccitazione il giocatore sarebbe costretto ad aumentare la posta (tolleranza), perdendo il controllo delle sue azioni, come si riscontra nelle altre condotte di *addiction*.

Pur nella loro varietà e specificità di linguaggi, esprimendo una visione dell'azzardo come fenomeno riconducibile a determinanti individuali di tipo neurobiologico o psico(pato)logico, questi approcci finiscono per scotomizzare quei fattori contestuali che, come cercheremo di argomentare, ne condizionano imprescindibilmente la presenza, la diffusione e l'intensità delle pratiche. L'interrogativo posto da Scafoglio nel saggio dedicato al gioco del lotto a Napoli appare quanto mai pertinente ed introduce il tema del prossimo paragrafo: «fino a che punto, insomma, la propensione al gioco può ritenersi 'originaria' (effetto di una pulsione naturale o di una spinta di carattere sociale) e non strumentalmente indotta (o, per lo meno, usata o incoraggiata e potenziata) da chi (storicamente lo Stato, ma anche, oggi soprattutto, l'industria privata, le grandi holding delle lotterie) sul gioco ha sempre lucrato e realizza attualmente guadagni colossali?» (SCAFOGLIO D. 2000: 8).

2. Giocatori patologici: realtà clinica o invenzione sociale?

Dopo un ventennio di incontestata affermazione del paradigma biomedico, si sono sollevate alcune voci critiche tese a mostrarne l'inadeguatezza,

partendo dall'analisi delle ragioni storiche e politiche che stanno alla base del suo successo. Diamo ora un rapido sguardo ai tre contributi che riteniamo maggiormente rappresentativi di questa impresa decostruzionista.

L'indagine di Brian CASTELLANI (2000) ha permesso di evidenziare come la medicalizzazione del *gambling* costituisce il traguardo di un lungo percorso entrato in una fase cruciale alla metà degli anni Cinquanta, con la costituzione dell'Associazione *Gamblers Anonymous* che, in sinergia con l'attività clinica e l'impegno istituzionale di Robert Custer – psichiatra, direttore del *Veteran Addiction Recovery program (Ohio)* – ha applicato al gioco d'azzardo il tradizionale programma dei dodici passi di *Alcoholics Anonymous*, nel comune intento di abbattere lo stigma che da secoli gravava sui suoi adepti. La ridefinizione della febbre del gioco come malattia, ufficializzata con la sua inclusione nel DSM III da un lato, e la sua legalizzazione dall'altro, permettevano di modificarne la rappresentazione sociale, sollevando il giocatore dal senso di colpa (foriero spesso di conseguenze drammatiche) ma spalancando altresì le porte all'imprenditoria pubblica e privata.

REITH (2007) considera il GAP uno dei numerosi sintomi del disagio sociale della società dei consumi "tardo-moderna". Il drogato d'azzardo, cattivo consumatore nel fiorente mercato dei giochi poiché agisce in maniera incontrollata, irrazionale e autodistruttiva, ne incarna drammaticamente le contraddizioni: come conciliare una modalità di gioco responsabile, controllato, razionale, con un business sempre più incalzante che offre l'illusione di poter trasformare di colpo la propria vita? L'invenzione di una *tipologia clinica* di giocatore fondata su predisposizioni biologiche o psicopatologiche⁽⁴⁾, e pertanto qualitativamente distinta dalla popolazione dei cosiddetti giocatori "sociali" o "moderati" – evento inedito rispetto ai secoli precedenti quando l'azzardo veniva rifiutato *in toto* come espressione di vizio o devianza – ha reso possibile la sua trasformazione in oggetto di studio e di intervento dei professionisti delle "*psy-sciences*", le cui azioni terapeutiche (psicofarmaci e/o psicoterapia), osserva Reith da una angolatura foucaultiana, facilitano l'adozione di modelli di comportamento funzionali al verbo consumista.

Sulla stessa linea, VOLBERG e WRAY (2007) affermano la genesi sociale delle ludopatie, contestandone la realtà clinica sostenuta dagli approcci biomedici. Secondo questi autori, l'origine della distinzione fra normalità e patologia nel *gambling* andrebbe ricercata (a) nella sua legalizzazione, che ha rimosso lo stigma dall'azzardo come pratica sociale, confinandolo in una categoria specifica di giocatori e (b) nella forte sperequazione della ricchezza presente nelle società a capitalismo avanzato. Più

precisamente, il paradigma biomedico avrebbe trascurato (a) il ruolo fondamentale delle differenze socioeconomiche nella costruzione della diagnosi di GAP e (b) la fuga dalla povertà come movente primario del gioco. Quello che spinge i giocatori accaniti ad uscire allo scoperto per chiedere aiuto alla società (dissesto finanziario, rischio usurario, problemi familiari e legali, stress cronico), e sempre più spesso agli operatori della salute mentale, dai quali vengono inquadrati come giocatori patologici, sarebbe in primo luogo una *conseguenza* della impossibilità di sanare la grave situazione debitoria i cui si trovano per l'esiguità dei loro introiti. Al contrario, i giocatori ugualmente accaniti che godono di un'ampia disponibilità finanziaria, non subendo ripercussioni per la loro indomita passione, resterebbero in un sommerso che permette loro di evitare l'etichettamento psichiatrico.

Queste analisi hanno il merito di aver contribuito a smascherare i presupposti ideologici della medicalizzazione del *gambling*, evidenziandone le connessioni con la deriva consumista. Le teorie che attribuiscono la genesi delle ludopatie alle contraddizioni strutturali delle società occidentali contemporanee sono, tuttavia, destinate ad entrare nelle stesse secche del riduzionismo epistemologico in cui si è arenato il paradigma biomedico. Cosa dire di fronte alle multiformi espressioni dell'azzardo nei secoli precedenti la rivoluzione industriale, documentate da fonti storiche e letterarie (SCHWARTZ D. 2006), e in comunità indigene di differenti aree geografiche prima della introduzione dell'economia di mercato (BINDE P. 2005a)?

3. Non solo pazienti o cattivi consumatori (e pagatori): la febbre del gioco in prospettiva antropologica

Nei classici dell'antropologia il nostro argomento è stato raramente assunto come oggetto di trattazione specifica. Nell'articolo sui giochi di sorte americani, TAYLOR (1997 [1896]) espone una tesi che è stata a lungo dibattuta (e confutata, SABBATUCCI D. 1964), la derivazione dell'azzardo dalla *divinazione*, soffermandosi sulle drammatiche conseguenze del *patolli*⁽⁵⁾, dove i debiti di gioco non pagati potevano comportare la riduzione in schiavitù⁽⁶⁾.

È molto probabilmente di LÉVY-BRUHL (1924) il primo studio antropologico delle ludopatie. L'autore fornisce un'accurata descrizione di quello che definisce "*essential gambler*" (p. 189) – che distingue dal giocatore occasionale – teorizzando un parallelismo con la mentalità del "primi-

tivo". Il giocatore "essenziale" è colui che scommettendo, esprime un incontenibile desiderio di dominare la sorte e che sarebbe disposto a tutto per non privarsi di questa passione pur sapendo che la sconfitta è dietro l'angolo. E questa febbre, afferma Levy Bruhl, è motivata dalla ricerca della eccitazione (e non dal denaro) data dalla vincita, una ricerca intensa al punto da diventarne dipendente, proprio come il fumatore d'oppio lo è dalla sua sostanza preferita.

KROEBER (1983 [1948]) concorda con Taylor che i motivi della diffusione geografica del gioco d'azzardo vanno ricercati negli atteggiamenti culturali favorevoli o meno alla sua importazione, piuttosto che nell'interesse verso giochi specifici. A differenza di Lévy-Bruhl, Kroeber non lo ritiene una pratica universale e indica una serie di popoli che ne sarebbero stati privi.

Nel *cult-essay* sui combattimenti dei galli a Bali, GEERTZ (1988 [1973]) spiega il comportamento apparentemente irrazionale degli scommettitori con il fatto che, mentre nei giochi con importi minimi (giochi superficiali) predominano i criteri del razionalismo utilitarista, nel gioco *profondo* (termine ripreso da Bentham) la puntata in denaro è solo la facciata di una posta ben più alta che chiama in causa aspetti simbolici (il gallo come emblema della virilità e oggetto di identificazione) e di *status*. Il fondatore dell'antropologia interpretativa descrive i giocatori incalliti come soggetti emarginati, che vedono nel denaro, privato della sua funzione simbolica, l'unico motivo per frequentare i combattimenti: sono loro, per i Balinesi, gli unici perdenti nel gioco della vita, venendo additati come stupidi, volgari, viziosi o, nei casi più eclatanti, malati.

Per quanto riguarda l'antropologia italiana, dopo gli accenni negli scritti di PITRÈ (1889) e PIGORINI-BERI (1889), ricordiamo il contributo di LANTERNARI (1965) e i saggi di DE SANCTIS RICCIARDONE (1987, 1994, 1996, cur. 1997), dove l'azzardo è parte di una disamina più generale sul gioco; come tema specifico è stato recentemente affrontato da SCAFOGLIO (2006) e da BARBATELLI (cur. 2007).

Per Binde – docente di antropologia sociale all'Università di Göteborg – ha approfondito le ragioni della scarsa considerazione riservata all'azzardo e alle sue derive da parte delle discipline etno-antropologiche, realizzando un'indagine estensiva sulla prevalenza del *gambling* indigeno (BINDE P. 2005a)⁽⁷⁾, la prima del genere, basata su numerose fonti storiche ed etnografiche. I risultati suggeriscono che questa lacuna, piuttosto che la disattenzione degli antropologi, rivela che il fenomeno in questione non è universalmente presente e che «non esiste uno specifico 'istinto del

gioco' [...]. Il *gambling* è un fenomeno sociale, culturale ed economico, un modo marcatamente flessibile di ridistribuire la ricchezza incastonato nei sistemi socio-culturali delle società» (BINDE P. 2005a: 22) [traduz. mia M.P.]⁽⁸⁾. L'autore ha potuto accertare la presenza di *gambling* indigeno in Europa (diffuso pressoché ovunque), America del Nord (Indiani) e Centrale (popolazioni della Mesoamerica precolombiana), Africa Centro-occidentale, Cina (Sud), India, Tibet, mentre sarebbe assente o molto raro in America del Sud (escluso alcuni casi in Cile e Colombia, COOPER J. 1949), Siberia, Africa del Nord, e Sudorientale e in ampie zone dell'Oceania.

Partendo da un'analisi statistica applicata a una serie di ricerche transculturali, l'antropologo svedese ha individuato cinque fattori in grado di favorire o impedire la presenza o l'intensità del *gambling* (BINDE P. 2005a), che riportiamo di seguito.

Il ricorso all'azzardo sarebbe facilitato da sistemi di scambio basati sulla *moneta commerciale* (primo fattore) che enfatizzano la componente economica, privando il gioco degli elementi simbolici, dei legami con la tradizione e degli aspetti relazionali a vantaggio del profitto. Tenderebbe, inoltre, ad espandersi con l'aumento della *complessità sociale* (secondo fattore) e in particolare di alcuni suoi indicatori (sviluppo economico, grandi città, alta densità demografica).

Anche la *sperquazione economica e la diseguaglianza sociale* (terzo fattore), incrementando l'aspettativa di migliorare le proprie condizioni di vita con una vincita al gioco, favorirebbero l'espansione del *gambling*, che viceversa non attecchisce laddove le perdite di beni avrebbero conseguenze ben più gravi delle perdite di denaro (nomadi ed allevatori).

Nelle società dove «[...] l'eguaglianza presente non è neutrale, la mera assenza di ineguaglianza o gerarchia, ma è *affermata*» (WOODBURN J. 1982: 341) [traduz. mia M.P.]⁽⁹⁾, caratterizzate da una ridotta stratificazione sociale, debole leadership politica e proprietà distribuita in parti uguali, l'azzardo (anche se di importazione occidentale), si configura come uno strumento di redistribuzione equa delle risorse, di coesione sociale e di resistenza di fronte all'invasione dell'economia di mercato (BINDE P. 2005b). È il caso di alcuni gruppi australiani e melanesiani studiati negli anni Ottanta, come i Gende (ZIMMER L. 1986, 1987), i Tiwi (GOODALE J. 1987) e gli Wape (MITCHELL W. 1988)⁽¹⁰⁾. Il ruolo protettivo nei confronti della febbre del gioco svolto dalla *ideologia dei beni limitati* (FOSTER G. 1965) e dei valori che scoraggiano l'affidamento alla sorte trova conferma anche nei sardi studiati da Angioni e Cirese – uno «strano caso demologico di non-giocatori d'azzardo», come definito da Paola DE SANCTIS RICCIARDONE

(1994: 168) – la cui isola pare ne sia stata esente almeno fino alla seconda metà del Novecento.

I rapporti fra rischio ambientale (pericolosità e precarietà dell'ecosistema) e occorrenza del gioco azzardo (quarto fattore) configurano tre possibili scenari: (a) una relazione positiva: nelle comunità umane esposte a maggiori pericoli naturali, il *gambling* sarebbe più frequente per una sorta di adattamento all'ambiente; (b) negativa: l'esposizione a pericoli inibirebbe l'attitudine al rischio; (c) assenza di relazioni. L'attuale frammentarietà e discordanza dei dati empirici non consente di trarre alcuna conclusione.

Evidenziando, infine, i numerosi legami simbolici fra *gambling* e *religione* (gioco come strumento di divinazione, espressione distorta di un bisogno di trasformazione personale attraverso la vincita, nesso fra fortuna e Grazia divina), BINDE (2007) ha presentato un modello delle loro relazioni basato sul binomio *concordia-conflitto* (quinto fattore). Condividendo con l'azzardo le nozioni di mistero, ignoto, fortuna, fato, i sistemi di credenze non-monoteistici (pagani) ne favorirebbero la pratica (*relazione di concordia*), mentre i monoteismi lo hanno sempre duramente condannato (e continuano a farlo tutt'oggi) ed ostacolato, mostrando una sostanziale incompatibilità (*relazione di conflitto*).

La ricerca etnografica sul *gambling* ha registrato un significativo incremento in questi ultimi anni. Le metodiche più utilizzate comprendono l'osservazione partecipante e le interviste con i giocatori "in azione" nei luoghi dell'azzardo, con i soggetti che effettuano il programma di recupero di *Gamblers Anonymous* o trattamenti presso centri specialistici. Segnaliamo i seguenti studi intensivi realizzati in Nordamerica, Sudafrica ed Europa, di cui si riporta una breve sintesi.

In una ricerca longitudinale sui giocatori di *slot machine* a Las Vegas, DOW SCHÜLL (2006) ha rilevato un comune bisogno di fuga da sofferenze esistenziali di varia natura, ottenuta per mezzo di uno stato mentale simile alla *trance* indotto dall'assorbimento nel gioco. L'estraniamento dalla realtà, paradossalmente, veniva talvolta potenziato da un impiego improprio dei dispositivi di cura per intensificare le sensazioni date dal gioco (con psicofarmaci o psicoterapia cognitivo-comportamentale). Rifacendosi al pensiero di Foucault, l'autrice punta il dito sulla medicalizzazione del *gambling*, mettendo in evidenza la sinergia fra i dispositivi di cura e il business dell'azzardo finalizzata alla costruzione di un nuovo ideale di consumatore, non più teso ad accumulare oggetti ma alla regolazione etero-diretta degli stati mentali.

Nei due anni di *fieldwork* intensivo con i giocatori di *Texas Hold'em*, AVERY (2009) ha rilevato l'importanza dei fattori situazionali, e in particolare i vissuti relativi ad una sconfitta inattesa nel gioco ("il brutto colpo") come evento chiave per l'insorgenza di ciò che caratterizza maggiormente il giocatore compulsivo, il "rincorrere le perdite" (*chasing*), sesto criterio diagnostico del DSM-IV-TR.

SALLAZ (2008) ha comparato la sua ricerca etnografica condotta nei casinò del Sud Africa post-apartheid con quella di Geertz sul *cockfighting* balinese. La differenza più significativa riguarda la netta predominanza della componente economica nell'azzardo sudafricano – un effetto attribuibile alla introduzione dell'economia di mercato – rispetto all'importanza agli aspetti rituali, relazionali e di *status* nel gioco "profondo" dei Balinesi (*supra*).

Nella sua monografia etnografica dedicata al *gambling* nella città di Chania (Creta), MALABY (2003) ha potuto rilevare negli isolani una rappresentazione del gioco (carte e dadi) densa di elementi storici, simbolici e di legami con la tradizione. La pratica dell'azzardo era intimamente connessa con la concezione del rischio, del destino e della fortuna.

PARISH (2005) ha riscontrato negli scommettitori ghanesi emigrati in Inghilterra, il timore che il denaro vinto al gioco, essendo frutto di una trasgressione degli obblighi di parentela (l'aver speso somme destinate alle necessità familiari) li esponesse al rischio di divenire vittime di stregoneria. Per proteggersi adottavano una serie di rituali con cui ritenevano di potenziare l'efficacia dei loro talismani. Gli immigrati ghanesi, nota l'autrice, correvano questo rischio (giocando d'azzardo) mossi dall'aspettativa di migliorare la loro frustrante condizione socioeconomica ed esistenziale per mezzo di un'attività vissuta come potenzialmente redditizia e stimolante.

Anche nei frequentatori assidui delle sale *slot* svedesi studiati da LALANDER (2006), suddivisi in sette categorie dedotte dall'osservazione etnografica, il gioco agiva come un anestetico che permetteva di interrompere le frustrazioni quotidiane, in ambienti caratterizzati dall'assenza di relazioni interpersonali significative, relazioni che spesso venivano vanamente ricercate con i gestori della sala.

"Non ci sono ludomaniaci", recita perentoriamente il titolo di uno studio danese di HILDEBRANDT-ERIKSEN (2010) sui giocatori di *slot machines*, chiamando in causa, come DOW SCHÜLL (2006), le strategie di design di questi marchingegni in grado di indurre una disconnessione con la realtà esterna ed una dispercezione del tempo che trattiene i clienti nelle *Slot Rooms*.

La ricercatrice sottolinea che le principali ragioni per dedicarsi all'azzardo elettronico riguardano il tentativo di rispondere ad esigenze esistenziali di carattere generale (eludere la sofferenza, migliorare la propria vita, sperimentare un senso di appartenenza), motivi che non giustificano la definizione di particolari categorie a rischio (sociali o cliniche).

4. Considerazioni conclusive

Gli approcci biomedici alle ludopatie e la loro reificazione del giocatore patologico come dato naturale, espressione di una più generale tendenza a medicalizzare la vita, non reggono di fronte alla mancata ubiquitarietà del *gambling*, alla irriducibile diversità dei suoi significati, delle sue rappresentazioni sociali e delle sue pratiche, moderate o eccessive che siano. Parimenti, la concezione della febbre del gioco come un prodotto della deriva consumista, che sottende una visione del giocatore come strumento passivo nei confronti del condizionamento sociale, elude la questione del *gambling* indigeno e preclude la possibilità di un'analisi dell'azzardo, per dirla con Geertz, come *gioco profondo*. Se da un lato, gran parte delle ludopatie, analogamente alle tossicodipendenze, esprimono tentativi di sottrarsi alle più svariate condizioni soggettive e/o ambientali di malessere, i risultati della ricerca etnografica evidenziano l'aspetto camaleontico della febbre del gioco e delle sue molteplici trame simboliche, che chiamano inevitabilmente in causa le dinamiche sociali, culturali ed economiche in cui il fenomeno prende corpo. Sottolineando la centralità della dimensione contestuale e dei metodi di indagine qualitativa, l'antropologia può offrire un contributo di grande importanza per l'adozione di una prospettiva epistemologica complessa, ammesso che intenda proseguire, come auspichiamo, sulla strada della ricerca intrapresa negli ultimi anni, affiancata da una sistematica riflessione teorica che resta ancora tutta da sviluppare.

Note

⁽¹⁾ Per un approfondimento del costrutto di *medicalizzazione* e delle sue articolazioni, si rimanda al citato saggio di SZASZ (2007) e al recente volume in lingua italiana curato da MATURO e CONRAD (2009).

⁽²⁾ Nell'ultima versione del *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (APA, 2001 [2000]), la diagnosi di gioco d'azzardo patologico (GAP), esclusi episodi maniacali in atto, viene formulata in base alla presenza di almeno cinque degli indicatori riassunti di seguito: 1. l'eccessivo coinvolgi-

mento nel gioco; 2. la necessità di scommettere somme di denaro sempre maggiori per ottenere l'eccitazione ricercata; 3. non essere riusciti a ridurre o smettere di giocare; 4. reazioni di nervosismo conseguenti all'astinenza dal gioco; 5. il bisogno di giocare per sedare stati di malessere (automedicazione); 6. perseverare nel gioco tentando di "recuperare le perdite"; 7. mentire per nascondere la gravità del proprio coinvolgimento nell'azzardo; 8. l'aver commesso atti illeciti per reperire denaro da investire nel gioco; 9. il gioco mette a rischio il lavoro, la carriera, le relazioni; 10. l'aver chiesto aiuti finanziari a causa del gioco.

(3) Il termine *mismatch* evolutivo intende definire il divario fra l'equipaggiamento biologico dell'organismo, forgiato dai meccanismi della selezione naturale, e l'attuale ecosistema, le cui rapide trasformazioni, avvenute a partire dalla rivoluzione industriale, hanno determinato rilevanti difficoltà di adattamento (PANI L. 2000).

(4) Il primo tentativo in questa direzione si registra alla fine dell'Ottocento, con la definizione del "giocatore nato" del lombrosiano Gerolamo CARAMANNA (1898).

(5) *Patolli*: un gioco con tavoliere simile al gioco dell'oca, praticato nella Mesoamerica preispanica, dove si effettuavano forti scommesse.

(6) Il fenomeno è stato documentato negli Indiani del Nordamerica (MACLEOD W. 1924; SABBATUCCI D. 1964; BINDE P. 2005a) – fra i quali è nota da tempo l'ampia diffusione dell'azzardo nei giochi di sorte (CULIN S. 1907; BINDE P. 2005a) – in varie zone dell'Africa (Centro-occidentale, regione dei Grandi Laghi) (REEFE T. 1987) e negli Aztechi, dove chi non riusciva ad onorare i debiti al gioco della palla, pur vendendo case, familiari e loro stessi, veniva sacrificato (STEVENSON DAY J. 2001).

(7) Con questo termine Binde intende definire le pratiche dell'azzardo nelle popolazioni non occidentali prima dell'incontro con gli Europei o comunque della introduzione dell'economia di mercato.

(8) «[...] there is no specific 'gambling instinct' [...]. Gambling is a social, cultural and economic phenomenon, a remarkably flexible way of redistributing wealth, which is embedded in the socio-cultural systems of societies».

(9) «[...] the 'equality' that is present is not neutral, the mere absence of inequality or hierarchy, but is asserted».

(10) Ulteriori esempi di funzione redistributiva del *gambling* riguardano, gli Hadza della Tanzania (WOODBURN J. 1982) e gli Irochesi (SALTER M. 1979).

Riferimenti bibliografici

AASVED Mikal (2002), *The psychodynamics and psychology of gambling*, Charles C. Thomas Publishers, Springfield (Illinois).

AASVED Mikal (2003), *The biology of gambling*, Charles C. Thomas Publishers, Springfield (Illinois).

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION [APA] (2001 [2000]), *DSM-IV-TR, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Text Revision, Masson, Milano.

AVERY Jacob (2009), *Taking chances. The experience of gambling loss*, "Ethnography", vol. 10, n. 4, 2009, pp. 459-474.

BARBATELLI Adolfo (2007), *Il gioco d'azzardo*, "Antrocom", vol. 3, n. 1, 2007, pp. 43-53.

BINDE Per (2005a), *Gambling across cultures. Mapping worldwide occurrence and learning from ethnographic comparison*, "International Gambling Studies", vol. 5, n. 1, 2005, pp. 1-27.

BINDE Per (2005b) *Gambling, exchange systems, and moralities*, "Journal of Gambling Studies", vol. 21, n. 4, 2005, pp. 445-479.

- BINDE Per (2007), *Gambling and religion. Histories of concord and conflict*, "Journal of Gambling Issues", n. 20, 2007, pp. 145-165.
- CARAMANNA Gerolamo (1898), *I giocatori in rapporto alla psicologia ed alla psichiatria*, A. Reber, Palermo.
- CASTELLANI Brian (2000), *Pathological gambling: the making of a medical problem*, State University of New York Press, Albany (NY).
- COOPER John M. (1949), *Games and gambling*, pp. 503-524, in STEWARD Julian H. (curatore), *Handbook of South American Indians*, Smithsonian Institution, Bureau of American Ethnology, Washington (DC), 7 voll., 1946-1959, vol. V, 1949.
- CULIN Stewart (1992 [1907]), *Games of the North American Indians*, 2 voll., vol. I: *Games of chance*, University of Nebraska Press, 1992 [ediz. orig. nel *Twenty-fourth annual report of the Bureau of American Ethnology, 1902-1903*, 1907].
- DE SANCTIS RICCIARDONE Paola (1987), *Il tipografo celeste. Il gioco del lotto tra letteratura e demologia nell'Italia dell'Ottocento e oltre*, Dedalo, Bari.
- DE SANCTIS RICCIARDONE Paola (1994), *Antropologia e gioco*, Liguori, Napoli.
- DE SANCTIS RICCIARDONE Paola (1996), *Nemici immaginari. Esercizi di etnografia*, Meltemi, Roma.
- DE SANCTIS RICCIARDONE Paola (curatore) (1997), *Il potere del debole. Dal gioco al sapere*, Meltemi, Roma.
- DOW SCHÜLL Natasha (2006), *Machines, medication, modulation: circuits of dependency and self-care in Las Vegas*, "Culture, Medicine and Psychiatry", vol. 30, n. 2, 2006, pp. 223-247.
- FOSTER George M. (1965), *Peasant society and the image of limited good*, "American Anthropologist", vol. 67, n. 2, 1965, pp. 293-315.
- FREUD Sigmund (1978 [1928]), *Dostoevskij e il parricidio*, pp. 517-538, in FREUD Sigmund, *Opere*, vol. X: 1924-1929, Boringhieri, Torino [ediz. orig.: *Dostojewski und die Vätertötung*, 1928].
- GEERTZ Clifford (1988 [1973]), *Il "gioco profondo": note sul combattimento dei galli a Bali*, pp. 383-436, in GEERTZ Clifford, *Interpretazione di culture*, Il Mulino, Bologna [ediz. orig. del volume: *The interpretation of cultures. Selected essays*, Basic Books, New York, 1973].
- GOODALE Jane C. (1987), *Gambling is hard work: card playing in Tiwi society*, "Oceania", vol. 58, n. 1, 1987, pp. 6-21.
- GRAY Peter B. (2004), *Evolutionary and cross-cultural perspectives on gambling*, "Journal of Gambling Studies", vol. 20, n. 4, 2004, pp. 347-371.
- HILDEBRANDT-ERIKSEN Lisa (2010) *"There are no ludomaniacs". An ethnography of gambling with gambling machines*, Dissertation [http://aal.au.dk/antro/nyhederarr/phddefencelisehildebrandt/summary].
- KLEIN George S. (1990 [1976]), *Teoria psicoanalitica: i fondamenti*, Cortina, Milano [ediz. orig.: *Psychoanalytic theory. An exploration on essential*, International Universities Press, 1976].
- KROEBER Alfred L. (1983 [1948]), *Antropologia: razza, lingua, cultura, psicologia, preistoria*, Feltrinelli, Milano [ediz. orig.: *Anthropology: race, language, culture, psychology, prehistory*, Harcourt Brace and Company, New York, 1948].
- LADOUCEUR Robert - SYLVAIN Caroline - BOUTIN Claude - DOUCET Céline (2003 [2002]), *Il gioco d'azzardo eccessivo. Vincere il gambling*, Centro Scientifico, Torino [ediz. orig.: *Understanding and treating the pathological gambler*, John Wiley & Sons, Chichester, 2002].
- LALANDER Philip (2006), *Swedish machine gamblers from an ethnographic perspective*, "Journal of Gambling Issues", n. 18, 2006, pp. 73-90.
- LANTERNARI Vittorio (1965), *Giochi e divertimenti*, pp. 549-561, in GOTTANELLI VINIGI L. (curatore), *Ethnologica. L'uomo e la civiltà*, 3 voll., vol. III, Labor, Milano.
- LÉVY-BRUHL Lucien (1924), *Primitive mentality and gambling*, "The Criterion", vol. 2, n. 6, 1924, pp. 188-200.

- MACLEOD William C. (1925), *Debtor and chattel slavery in aboriginal North America*, "American Anthropologist", vol. 27, n. 3, 1925, pp. 370-380.
- MALABY Thomas M. (2003), *Gambling life: dealing in contingency in a Greek city*, University of Illinois, Urbana - Chicago.
- MATURO Antonio - CONRAD Peter (curatori) (2009), *La medicalizzazione della vita*, Franco Angeli, Milano.
- MITCHELL William E. (1988), *The defeat of hierarchy: gambling as exchange in a Sepik society*, "American Ethnologist", vol. 15, n. 4, 1988, pp. 638-657.
- PANI Luca (2000), *Is there an evolutionary mismatch between the normal physiology of the human dopaminergic system and current environmental conditions in industrialized countries?*, "Molecular Psychiatry", vol. 5, n. 5, 2000, pp. 467-475.
- PARISH Jane (2005), *Witchcraft, riches and roulette: An ethnography of West African gambling in the UK*, "Ethnography", vol. 6, n. 1, 2005, pp. 105-122.
- PIGORINI-BERI Caterina (1889), *Costumi e superstizioni dell'Appennino Marchigiano*, Schipione Lapi, Città di Castello (provincia di Perugia).
- PITRÈ Giuseppe (1889), *Il lotto nelle tradizioni popolari siciliane*, "Il Giornale di Sicilia", anno XXIX, n. 49, 18 febbraio 1889.
- REEFE Thomas Q. (1987), *The biggest game of all: gambling in traditional Africa*, pp. 47-78, in BAKER Williams J. - MANGAN James A. (curatori), *Sport in Africa: essays in social history*, Africana Publishing Company, New York.
- REITH Gerda (2007), *Gambling and the contradictions of consumption. A genealogy of the "pathological" subject*, "American Behavioral Scientist", n. 51, 2007, pp. 33-55.
- ROSE Nikolas (1999), *Governing the Soul: the shaping of the private self*, Free Association Books, London.
- SABBATUCCI Dario (2003 [1964]), *Gioco d'azzardo rituale*, pp. 13-73, in SABBATUCCI Dario *Gioco d'azzardo rituale e altri scritti*, a cura di Gilberto MAZZOLENI, Bulzoni, Roma [ediz. orig. del saggio: 1964]
- SALLAZ Jeffrey J. (2008), *Deep plays. A comparative ethnography of gambling contests in two post-colonies*, "Ethnography", vol. 9, n. 1, 2008, pp. 5-33.
- SALTER Michael A. (1979), *Games, goods and gods: an analysis of Iroquoian gambling*, "Canadian Journal of Applied Sport Sciences", vol. 4, n. 2, 1979, pp. 160-164.
- SCAFOGLIO Domenico (2000), *Numeri. Il gioco del lotto a Napoli*, L'Ancora del Mediterraneo, Napoli.
- SCAFOGLIO Domenico (curatore) (2006), *La vita in gioco. Antropologia, letteratura, filosofia dell'azzardo*, Marlin Editore, Cava de' Tirreni (provincia di Salerno).
- SCHWARTZ David G. (2006), *Roll the bones. The history of gambling*, Gotham Book, New York.
- SPINELLA Marcello (2003), *Evolutionary mismatch, neural reward circuits, and pathological gambling*, "The International Journal of Neuroscience", vol. 113, n. 4, 2003, pp. 503-512.
- STEVENSON DAY Jane (2001), *Performing on the court*, pp. 64-77, in WHITTINGTON Michael E. (curatore) *The Sport of Life and Death: the Mesoamerican ballgame*, Thames & Hudson, London.
- SZASZ Thomas S. (2007), *The medicalization of everyday life. Selected essays*, Syracuse University Press, Syracuse (NY).
- TAYLOR Edward B. (1997 [1896]), *Sui giochi di sorte americani quali prova di contatti precolombiani con l'Asia*, pp. 27-50, in DE SANCTIS RICCIARDONE P. (curatore), *Il potere del debole. Dal gioco al sapere*, Meltemi, Roma.
- VOLBERG Rachel A. - WRAY Matt (2007), *Legal gambling and problem gambling as mechanisms of social domination?*, "American Behavioral Scientist", vol. 51, n. 1, 2007, pp. 56-85.
- WOODBURN James (1982), *Egalitarian Societies*, "Man", nuova serie, vol. 17, n. 3, 1982, pp. 431-451.
- ZIMMER Laura J. (1986), *Card-playing among the Gende: a system for keeping money and social relationships alive*, "Oceania", vol. 56, n. 4, 1986, pp. 245-263.

ZIMMER Laura J. (1987), *Gambling with cards in Melanesia and Australia: an introduction*, "Oceania", vol. 58, n. 1, 1987 (special issue), pp. 1-5.

ZUCKERMAN Marvin (1994), *Behavioural expressions and biosocial bases of sensation seeking*, Cambridge University Press, Cambridge.

Scheda sull'Autore

Mauro Pini è nato a Livorno nel 1957. Si è laureato in Filosofia all'Università degli studi di Pisa (1985), in Psicologia (1990) e in Discipline Etno-Antropologiche (2011) alla Sapienza Università di Roma, dove ha conseguito il Master in Medicina delle cefalee (2005) e frequentato corsi di perfezionamento. Dirigente psicologo presso il Servizio tossicodipendenze della Asl 6 della Regione Toscana (Livorno), ha svolto attività di ricerca all'Università degli studi di Pisa e pubblicato numerosi contributi scientifici. È autore del volume: *Febbre d'azzardo. Antropologia di una presunta malattia* (Franco Angeli, Milano, 2012).

Riassunto

Oltre la medicalizzazione dell'azzardo: per un approccio antropologico alla febbre del gioco

L'articolo si propone di decostruire le attuali concezioni riduzioniste delle ludopatie, siano esse di matrice biomedica – che sottolineano la centralità del fattore neurobiologico e/o psicopatologico, o socioeconomica – che le annoverano fra gli effetti della deriva consumista. L'antropologia, sebbene solo di recente abbia mostrato un interesse sistematico per il gioco d'azzardo e i suoi eccessi, non può sottrarsi al compito di favorire un approccio complesso, mostrandone, laddove è presente, la dipendenza dai fattori contestuali (culturali, economici, politici) e l'irriducibile diversità dei significati che riveste nelle comunità umane.

Parole chiave: gioco d'azzardo, medicalizzazione, scommesse, ludopatia.

Résumé

Au-delà de la médicalisation du hasard : une approche anthropologique de la fièvre du jeu

Cet article vise à déconstruire les actuelles conceptions réductionnistes des ludopathies, qu'elles soient de matrice biomédicale – qui soulignent la centralité des facteurs neurobiologiques et / ou psychopathologiques, ou socio-économique – qui les incluent

parmi les effets de la dérive du consumérisme. L'Anthropologie, même si ce n'est que récemment, a montré un intérêt systématique pour le jeu de hasard et ses excès, elle ne peut pas se soustraire à la nécessité de favoriser une approche complexe, en indiquant, lorsqu'elle est présente, la dépendance de facteurs contextuels (culturel, économique, politique) et la diversité irréductible des significations dans les communautés humaines.

Paroles clefs: jeu du hasard, médicalisation, paris, ludopathie.

Resumen

Además de la medicalización del azar: para un acercamiento antropológico a la fiebre del juego

El artículo se propone de deconstruir las actuales concepciones reduccionistas de las ludopatías, tanto las de matriz biomédica – que subrayan la capital importancia del factor neurobiológico y/o psicopatológico, como las de matriz socioeconómica – que las incluyen entre los efectos de la deriva consumista. La antropología, aunque sólo recientemente haya mostrado un interés sistemático por el juego de azar y sus excesos, no se puede eludir la tarea de facilitar un enfoque complejo, señalando, allí donde esté presente, la dependencia de factores contextuales (culturales, económicos, políticos) y la irreductible diversidad de significados que hay en las comunidades humanas.

Palabras-clave: juego de azar, medicalización, apuestas, ludopatía.

Abstract

Beyond the medicalization of chance: an anthropological approach to gambling fever

The article attempts to deconstruct current reductionist theories regarding pathological gambling, whether those of a biomedical orientation – emphasizing neurobiological and/or psychopathological factors – or those offering socio-economic explanations, which consider gambling to be an effect of consumer drift. Anthropology has only recently begun to take a systematic interest in gambling and its excesses, but it cannot shirk the task of fostering a complex approach to pathological gambling, emphasizing its dependence on contextual factors (cultural, economic, political) and the irreducible diversity of its implications in the community.

Keywords: gambling, medicalization, betting, pathological gambling.

Il rapporto medico-paziente e i Centri di cure primarie

Gianfranca Ranisio

professore straordinario di antropologia culturale, Dipartimento di sociologia, Università degli studi di Napoli "Federico II"
[gianfrancaranisio@yahoo.it]

Premessa

Il tema del rapporto medico paziente è una questione che attraversa la storia della medicina occidentale, a partire da Ippocrate che poneva come prerequisito per un buon medico l'amore per il prossimo, ad Aristotele che, definendo tale relazione un'amicizia tra diseguali, ne sottolineava il carattere asimmetrico, sino alle definizioni e agli studi più recenti, che individuano tre modelli di relazione: paternalistica, condivisa, informata, privilegiando soprattutto la capacità attuale dei pazienti di essere in grado di scegliere, negoziare, decidere⁽¹⁾ (CHARLES C. - GAFNI A. - WHELAN T. 1999; FAINZANG S. 2004).

Sono anche interessanti a questo proposito le considerazioni che su questo rapporto ha formulato Lain Entralgo, secondo il quale l'indole del rapporto consiste nell'"amicizia medica", che comporta fiducia e confidenza da parte del malato ed efficace volontà di aiuto tecnico da parte del medico. In tale ottica il medico e il paziente sono coautori del rapporto terapeutico, nel quale entrambi esercitano un'"arte creativa"⁽²⁾. «La relazione medico-malato comporta aspetti conoscitivi, storico-sociali ed etico-affettivi, i quali sono presenti simultaneamente in ogni atto medico...» (LAIN ENTRALGO P. 2007 [1967]: 31).

Tuttavia tale "amicizia" ha dei limiti e implica un atteggiamento di tipo elastico, da parte del medico nel superare il paternalismo, dietro il quale si può celare non solo l'affermazione dell'autorità professionale, ma anche il desiderio di guadagno, da parte del malato nel porre dei limiti all'autonomia, in quanto legata a una eccessiva rivendicazione di diritti.

L'instaurarsi della cosiddetta alleanza terapeutica è considerata da più parti una condizione fondamentale per il buon esito della terapia. Que-

sta relazione, sia essa definita come amicizia medica o alleanza terapeutica, non si realizza nel vuoto, ma all'interno di uno specifico contesto sociale, essendo essa stessa un prodotto sociale, che presuppone una concezione della malattia, della cura e una pratica dell'assistenza sanitaria. Si tratta, infatti, di un rapporto complesso, personale e sociale allo stesso tempo, che si concretizza in uno spazio terapeutico attraversato da dinamiche articolate, nel quale si confrontano e interagiscono determinate reti sociali e determinati orizzonti culturali (PELLICCIARI M. 2003). Come rileva Laura Balbo: «Le pratiche della cura sono una dimensione fondamentale della società in cui viviamo; in un certo senso, ne sono espressione paradigmatica» (BALBO L. 1999: 7). Esse chiamano in causa il rapporto salute-società e il modo articolato in cui si configura. Laddove i sistemi sanitari sono a carattere pubblico, come nel nostro Paese, particolare attenzione va alle trasformazioni nel campo della salute, che riguardano i ruoli sociali, i compiti, le competenze degli attori coinvolti e gli stessi processi di produzione del sapere. Poiché queste trasformazioni sono in rapporto con le trasformazioni della società, nell'analizzarle non si può dare per scontati i presupposti che sono alla base di decisioni e iniziative prese nel campo dell'assistenza sanitaria (SEPPILLI T. 2004: 62; FAINZANG S. 2006: 20).

L'importanza del rapporto medico-paziente è particolarmente evidente in medicina generale, per suo statuto disciplina che permette al medico di seguire la storia dei suoi pazienti nei momenti di salute e malattia, di conoscere l'ambiente sociale, lavorativo e familiare in cui essi vivono, sviluppando un rapporto continuativo nel tempo. Vi sono una serie di momenti di contatto medico-paziente che prescindono dalle situazioni di morbidità o di acuzie, tra cui rientrano le prescrizioni di ordine burocratico, le esigenze di assicurazione personale e sociale e, soprattutto nei piccoli centri, le occasioni inerenti momenti o aspetti di vita privata.

Il medico di medicina generale (da qui in avanti MMG) nella sua attività lavorativa si trova di fronte a individui che non può considerare come la semplice somma di più organi e funzioni, ma che vivono in un nucleo familiare, che reagisce in maniera dinamica alla malattia di un suo membro. Infatti la condizione di paziente va considerata all'interno di quelli che sono i rapporti tra l'individuo e il suo gruppo di appartenenza e questo ha una sua rilevanza nel decorso stesso della malattia (LUPO A. 1999). In linea con la necessità di ridare spazio al territorio e restituire centralità all'assistenza primaria, di fronte alla forte settorializzazione delle professionalità mediche e alla tecnicizzazione delle pratiche dia-

gnostiche, compiti e funzioni del MMG. tendono a diventare sempre più ampi e compositi. Come Good sottolinea, anche nella pratica dell'assistenza primaria si è introdotta la prevalenza della razionalità strumentale rispetto al cuore intellettuale della medicina. «La razionalità pervade la sanità pubblica: qui considerare la sofferenza umana, il mondo morale locale, il significato della malattia e dei rituali di affiliazione sembra anacronistico e fuori luogo. Troppo spesso, poi, la razionalità strumentale viene inserita nelle scienze sociali mediche, dove il linguaggio del comportamento si unisce ai paradigmi riduttivi mentali sperimentali ed epidemiologici della scienza, mettendo da parte i valori» (Good B.J. 2006 [1994]: 274).

Inoltre, il fatto che l'incontro professionale, che pone in contatto individui portatori di differenze sociali e culturali, avvenga nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale – si svolga, cioè, all'interno di un contesto istituzionale che detta le sue norme –, pone delle condizioni che sono indipendenti dagli interlocutori fisicamente presenti.

Nei Paesi occidentali i sistemi sanitari già dagli anni Ottanta sono stati soggetti a trasformazioni profonde, con l'introduzione di varie forme di management nella gestione dell'assistenza e ciò ha fatto sì che molti medici abbiano vissuto questo processo come una deprofessionalizzazione, sentendo minacciata la loro autonomia professionale e anche l'autorità morale, sulle quali in parte poggiavano la loro autorevolezza (FILC D. 2006; STANGE K.C. 2010). Tuttavia le profonde riflessioni avviate su queste tematiche hanno portato a ridefinire il modo di considerare la pratica medica, nell'ambito dell'assistenza primaria, con l'affermarsi di concezioni basate sul passaggio da una "medicina basata sulla malattia" a "una medicina centrata sul paziente", dalla medicina d'attesa alla medicina d'iniziativa, tutte impostazioni che permettono di rivalutare il carattere essenzialmente preventivo-educativo della medicina generale. Se ci si chiede che tipo di intellettuale è oggi il medico di medicina generale, come è cambiata la sua figura e il suo ruolo sociale, emerge quale punto fermo da un lato la volontà del recupero dell'antica dimensione di medico della persona, per citare il titolo di un libro che ebbe a suo tempo grande successo (SALVESTRONI F. 1973), ma dall'altro lo sguardo rivolto al futuro, attraverso l'impiego delle nuove tecnologie e il continuo aggiornamento. Infatti, il medico di medicina generale oggi deve possedere competenze non solo clinico-diagnostiche, ma anche di informatica e di tecnica gestionale amministrativa.

Nuove forme e modalità organizzative

Queste ridefinizioni di ruoli e compiti hanno avviato un processo che comporta il superamento della figura tradizionale del medico di famiglia che operava in forma solitaria (o da solista, come viene più volte definito nella sua mansione tradizionale) in favore di un'evoluzione verso forme aggregative, secondo una linea di tendenza presente in vari Paesi ed analizzata nella letteratura (DAMIANI G. *et al.* 2007; GUZZANTI E. *cur.* 2009). Anche il peso che il prevalere e l'incombenza di pratiche e attività burocratiche hanno avuto progressivamente sugli aspetti clinici, nello specifico della situazione italiana, è stato uno stimolo alla riorganizzazione della medicina generale dal suo interno (CIPOLLA C. - CORPOSANTO C. - TOUTSIJN W. *curr.* 2006; GIARELLI G. - PATIERNO M. *curr.* 2006).

Negli ultimi decenni si sono sviluppate dunque nuove modalità di organizzazione dell'attività della medicina generale sul territorio, quali l'instaurarsi di forme associative tra medici e l'apertura di centri di cure primarie, dalle varie denominazioni e dalle varie modalità di gestione, oggi previsti anche dagli Accordi nazionali di categoria. Mi sembra importante considerare questi due aspetti di trasformazione nel loro reciproco interagire.

Attualmente la riorganizzazione dell'assistenza territoriale è diventato un tema centrale del dibattito politico e sanitario. Il Decreto Balduzzi prevede, infatti, all'art. 1 l'integrazione professionale e il lavoro di squadra nella medicina generale, attraverso forme organizzative quali le Aggregazioni Funzionali Territoriali e le Unità Complesse di Cure Primarie, per garantire l'attività assistenziale h. 24 per tutti i giorni della settimana e ridurre gli accessi ai Pronto Soccorsi Ospedalieri. In tale prospettiva, che richiede una "ristrutturazione" del sistema sanitario nazionale, il cooperativismo medico si pone come una risorsa, a partire da una serie di sperimentazioni attivate localmente, come l'erogazione di servizi ai soci e la costituzione di nuclei territoriali di cure primarie attivi in differenti realtà regionali, attraverso un percorso che si è andato delineando e arricchendo lungo questi anni, pur con difficoltà.

Guardando al mondo medico con gli occhi di chi è esterno rispetto ad esso, così come alle problematiche della cooperazione medica, ma è interessato a cogliere nelle sue sfaccettature e nella sua complessità il rapporto salute-società, la funzione dell'assistenza primaria appare di fondamentale importanza e all'interno di questa il ruolo del MMG. Sarebbero interessanti studi etnografici che, attraverso l'approccio qualitativo dell'osservazione

e delle interviste in profondità, esaminassero i cambiamenti nell'organizzazione delle cure primarie⁽³⁾.

L'adesione a forme associative e, in particolare, a una cooperativa medica, quale è il caso che andiamo a considerare, permette nuove modalità di organizzazione del lavoro, tuttavia richiede impegno anche volontario e dunque non retribuito. Si rivela utile per i vantaggi organizzativi, ma lo è anche nella percezione dei pazienti-utenti?

Nella letteratura internazionale sono riportati risultati eterogenei, anche contrastanti. Se, infatti, appare evidente che per la medicina generale in Europa la linea di tendenza è il passaggio dalla pratica isolata al lavoro in gruppo, tuttavia non sempre i giudizi dei pazienti-utenti sono positivi.

Uno studio basato sull'analisi di 19 ricerche qualitative pubblicate su riviste in inglese e francese tra il 2001 e il 2008 ha posto in evidenza due aspetti fondamentali: da un lato la diffusione di strategie di cambiamento organizzativo che vanno nella direzione del lavoro in gruppo, dall'altro i problemi collegati agli aspetti relazionali e alle interazioni all'interno del gruppo. Dalla comparazione di queste ricerche risulta che spesso è stato sopravvalutato l'effetto che può avere la costruzione di un'identità collettiva, che dovrebbe coinvolgere l'intero gruppo in una pratica di lavoro condiviso (BELANGER E. - RODRIGUEZ C. 2008).

Da uno studio qualitativo condotto a Londra da Branson e Armstrong su 18 medici, appartenenti a 11 studi di medicina generale, è emerso che, se vi sono indubbi e riconosciuti vantaggi nell'organizzazione del lavoro di gruppo, tuttavia l'equa distribuzione del carico di lavoro suscita preoccupazione e può creare situazioni di risentimento e di stress, creando difficoltà nelle dinamiche di gruppo. Gli autori hanno posto in evidenza le varie strategie adottate per risolvere questo problema, tra le quali l'instaurare un rapporto di fiducia tra i soci, la creazione di sistemi di lavoro basati su ruoli e compiti espliciti e il miglioramento della comunicazione e dell'informazione, sia a livello formale che informale, anche con incontri periodici. La fiducia rimane comunque un'importante componente del successo del gruppo di lavoro ed è un prerequisito per una buona qualità dell'assistenza (BRANSON R. - ARMSTRONG D. 2004).

Anche negli Stati Uniti, indagini empiriche hanno dimostrato i vantaggi della medicina in gruppo rispetto al medico che lavora isolato, sia sul piano del rendimento, che dell'efficienza e del controllo del rischio di errore. I medici in gruppo sono in grado di offrire una maggiore gamma di servizi, si dividono i costi fissi, condividono informazioni, tecnologie e responsabilità (DAMIANI G. *et al.* 2007: 8).

Alcuni studi hanno cercato di delineare le valutazioni di questa trasformazione non solo in termini di vantaggi organizzativi ma anche di qualità percepita, sia dagli operatori che dai pazienti. Così una ricerca norvegese ha posto in evidenza che quanto più la rete dei MMG funziona ed è elevata la qualità professionale, suscitando un alto gradimento tra i pazienti, tanto più è basso il ricorso ai ricoveri ospedalieri (CARLSEN F. *et al.* 2007).

Secondo una ricerca svolta nel 2005 nei Paesi Bassi vi sarebbero invece valutazioni differenti a seconda che si consideri il punto di vista dei medici o quello dei pazienti. Infatti i medici intervistati elencavano, quali aspetti positivi realizzati attraverso la forma associativa, l'accesso a maggiori informazioni cliniche, maggiori supporti informatici, la possibilità di una migliore organizzazione a livello di gestione, in contrapposizione con l'attività praticata nello studio singolo, avvertita come più gravosa e soprattutto fonte di maggior stress. Al contrario, i pazienti intervistati riscontravano maggiori carenze sul piano relazionale e dichiaravano che preferivano rivolgersi al medico che lavorava da solo, perché lo consideravano più accessibile e più disponibile. Si rilevava perciò che la qualità delle infrastrutture era migliore nella medicina di gruppo, ma i pazienti, antepoendo la qualità del rapporto alle considerazioni di carattere organizzativo, apprezzavano di più il medico che praticava da solo, in quanto lo consideravano come colui che fornisce un'assistenza continua e personalizzata, (VAN DEN HOMBERGH P. *et al.* 2005). Quest'ultima ricerca pone in evidenza alcuni risultati contraddittori ed è stato anche questo che ci ha indotto a compiere una indagine in alcuni centri di cure primarie gestiti da una medesima cooperativa (RANISIO G. - SIMONE C. *curr.* 2010). Non è infatti compito dell'antropologo sostenere un modello invece che un altro, ma tentare di comprendere e spiegare un modello di assistenza ponendone in evidenza vantaggi e difficoltà.

Se i cambiamenti nell'organizzazione sanitaria, le pressioni economiche sulle scelte, la necessità di un aggiornamento continuo, la diffusione di tecnologie sempre più specializzate nella diagnostica e nelle cure, hanno reso difficile mantenere le competenze e soddisfare le aspettative dei pazienti, tuttavia l'introduzione dei supporti informatici e la telemedicina stanno producendo nuove modalità di relazione e possono contribuire alla qualità dell'assistenza (MECHANIC D. 2008).

Di fronte a tali innovazioni, l'associazione in cooperativa si rivela utile perché consente di superare le difficoltà che insorgono, fornendo sia la possibilità di dotarsi di uno strumentario elettronico adeguato, sia gli stimoli necessari, permettendo un immediato accesso alle informazioni e

un controllo sui dati clinici. Anche rispetto alla riorganizzazione dell'assistenza primaria sul territorio, le cooperative mediche possono fornire gli strumenti e il supporto necessari.

Il medico in cooperativa rappresenta perciò oggi una nuova figura di professionista, poiché si trova a dover sviluppare capacità manageriali e gestionali amministrative, a dover fare una formazione continua a tutto campo, nella quale oltre alla preparazione tecnico-professionale, deve acquisire conoscenze e competenze aggiuntive che gli consentano di lavorare in un'ottica di lavoro integrato.

L'immagine che emerge è quella di una professionalità in trasformazione, che deve stare al passo con l'innovazione tecnologica e informatica, in aggiunta a quella clinico-professionale, ma che continua a costituire a tutt'oggi una figura di cerniera tra la domanda di salute, i bisogni dei pazienti e le risposte e gli interventi messi in atto dalle istituzioni.

I medici in cooperativa

L'interrogativo, che è stato al centro nella ricerca cui facciamo riferimento, è se le trasformazioni organizzative intervenute nelle modalità del lavoro possano incidere e in che modo sul rapporto medico-paziente.

Sulla base di queste problematiche, ho ritenuto importante soffermarmi sul punto di vista dei soci di una cooperativa, e poi, più nello specifico, sui Centri di cure primarie (CCP) per analizzare la valutazione che gli utenti ne danno, prendendo come oggetto di analisi tre CCP, sorti in Campania, nella provincia di Benevento e gestiti dalla Cooperativa medica denominata "Samnium Medica"⁽⁴⁾.

I CCP costituiscono strutture che forniscono una risposta ai cambiamenti nel settore dell'assistenza primaria, che esprime bisogni nuovi e crescenti, ma allo stesso tempo possiede risorse economiche sempre più limitate. Rappresentano comunque un tentativo di miglioramento nell'erogazione dei servizi e di superamento dell'isolamento professionale.

In una prima fase della ricerca, l'intento è stato quello di recuperare il punto di vista degli attori che operano all'interno della cooperativa, per far emergere i significati che attribuiscono alla loro attività, le rappresentazioni che sono condivise all'interno del gruppo rispetto alla riorganizzazione del lavoro. Poiché i tre centri sono accomunati dal fatto di essere gestiti dalla stessa cooperativa, alcuni dei medici intervistati svolgono

anche funzioni di gestione, esperienza che si pone all'interno di un percorso associativo⁽⁵⁾.

I medici di questa cooperativa si possono definire appartenenti a un gruppo professionale fortemente omogeneo dal punto di vista socioculturale, poiché condividono la stessa esperienza lavorativa e lo stesso ambito territoriale di appartenenza.

Questo aspetto risulta ancor più evidente per i medici coinvolti nei CCP, in ambiti territoriali circoscritti, poiché molte risposte a domande di carattere generale, – come ad esempio le attività del tempo libero –, sono omogenee: molti di loro si dedicano ad attività agricole, dato il contesto rurale di appartenenza, altri ad attività di volontariato o di solidarietà.

Per molti medici rispondere a queste domande è stato anche un modo per riflettere su se stessi e sulla loro esperienza e per questo il discorso è fluito liberamente, al di là dello schema proposto, articolandosi in ampie considerazioni. Dalle risposte emergono alcuni elementi comuni, quali da un lato il riferimento a un sistema di valori collegato al mondo dell'assistenza primaria e allo stesso ruolo del medico di famiglia, le opzioni etico-politiche, che sono alla base delle concezioni della presa in carico e della cura nell'approccio alla salute, dall'altro la consapevolezza che è necessario dotarsi di nuove metodologie e strumenti per il migliore svolgimento della propria professione.

Come da altri studi (GIARELLI G. - PATIERNO M. *curr.* 2006), emerge chiaramente che alla base della scelta dell'associazione in cooperativa vi è stata l'esigenza di uscire dall'isolamento e di instaurare rapporti di condivisione e collaborazione professionale. Gli intervistati vogliono "raccontare" di un proprio modo di essere medici e al contempo del modo in cui hanno cercato di fronteggiare le disposizioni introdotte nel sistema sanitario, che rischiavano di mettere in discussione la loro identità professionale.

Può essere interessante riportare direttamente le parole dei soci fondatori, a partire dall'attuale presidente:

«La necessità culturale di favorire in maniera continuativa uno scambio di esperienze di lavoro e di soluzioni attuate, rispetto ai tanti problemi che investono la professione del medico di medicina generale, ha stimolato la necessità di aggregazione e dello stare insieme. Questa necessità a metà degli anni Novanta si è concretizzata nella nascita della "Samnium Medica", cooperativa di medici di medicina generale e pediatri di libera scelta. Mi ritengo un socio fondatore della Samnium. A mio avviso i cambiamenti della professione determinati dalle crescenti incombenze amministrativo-burocratiche sono state lo stimolo determinante alla base di questa scelta. Le leggi ed i contratti siglati per l'Assistenza primaria hanno favorito

l'opzione cooperativistica, anche perché essa rappresenta, in maniera più evidente, quella forma associativa che privilegia l'aspetto etico e solidale dello stare insieme. Da subito abbiamo compreso le potenzialità e le opportunità che la cooperativa ci dava a tutti noi. Non poche sono state le difficoltà e le contrapposizioni che abbiamo incontrato! Invero abbiamo percepito da subito una volontà di progredire e di abbandonare il vecchio modello del medico di medicina generale, solo, isolato e spesso, specie negli ultimi anni Ottanta, demotivato» (A.M.).

Una spinta decisiva all'aggregazione a metà anni Novanta è venuta dal processo di burocratizzazione che ha investito la sanità pubblica. La cooperativa ha fornito delle opportunità non solo per rispondere a tale processo ma, soprattutto, per far progredire la professione.

«Determinante fu il senso di solitudine e di impotenza che cominciava a pervadere l'animo di tanti medici di base, il mio compreso, di fronte a quello che sarà poi uno tsunami di note, di regole, di protocolli prescrittivi, di reports mensili, di budget di spesa ed altro» (B.B.).

È molto efficace l'immagine di questa burocratizzazione che, con note, regole, protocolli, come uno tsunami si abbatte sul medico che si trova da solo nel suo studio e accresce il suo senso di impotenza. In questo caso la solitudine può diventare anche una dimensione psicologica e di sofferenza, che è importante contrastare.

Da questo nasce la riflessione su come è cambiata la professione rispetto agli anni Ottanta, quando il medico era inteso «come isolato e autoritario pur nella concezione paternalistica e solidale del ruolo»⁽⁶⁾. Tra i soci fondatori il ricordo dell'atto di costituzione è riportato da più di un intervistato con piacere e orgoglio:

«Sono stato uno dei soci fondatori della cooperativa Samnium e ricordo con piacere ancora oggi la lunga fila dal notaio a Cerreto Sannita in occasione della sua nascita» (L.I.).

In più di una risposta ci si riferisce a quel giorno, ricordando la lunga fila, il "giorno particolare", "il nuovo orizzonte",

«Che quello di tanti anni fa, per alcuni medici della valle telesina, fosse un giorno particolare lo si vedeva già dal mattino, perché, lo ricordo come fosse ieri, un qualcosa di nuovo, un orizzonte nuovo si andava delineando nell'ambito della professione medica. Nuovi obiettivi, nuove azioni, nuovi compiti, nuovi comportamenti, nuove iniziative si concretizzavano nel mondo sanitario sempre in continua evoluzione [...] Ed io ero uno dei fondatori. Uno di quei medici che abbattendo il recinto del proprio giardino professionale aveva sentito forte la esigenza di confrontarsi con gli altri colleghi per mettere a punto teorie, metodi, suggerimenti e strumenti orientati al miglioramento della qualità del lavoro del MMG e di verifica dell'appropriatezza delle prestazioni erogate» (F.L.).

Nel trascrivere questa risposta è stato usato il corsivo per il termine “nuovo”, perché è significativo dello stato d’animo di chi ricorda quell’evento e pone con enfasi l’accento sulla innovazione che ha rappresentato la nascita della cooperativa per i medici di quel contesto. Introducendo strumenti inediti per il miglioramento della qualità del lavoro, la cooperativa si contrappone a un’altra immagine molto significativa: quella del “recinto del proprio giardino professionale” o dell’isolamento, ricorrente in più di una risposta.

«Ho aderito, sin dal primo momento, a questa iniziativa perché sentivo che, nello scambio di opinioni e di idee, si sarebbe trovato il modo più efficace per uscire dal declino di una professione, che, nel suo perpetuarsi nel solipsismo, perdeva, sempre più, la sua ragion d’essere, in un mondo in cui le novità scientifiche e l’ammodernamento tecnologico lasciano scarse possibilità agli individui di stare all’altezza dei tempi» (A.S.).

La cooperativa ha fornito gli strumenti per contrastare l’immagine negativa del declino della professione che molti avvertivano, dando la possibilità di un continuo scambio di idee, attraverso il contatto umano e la formazione. Nelle testimonianze riportate si nota perciò l’orgoglio di essere stati “testimoni e artefici” delle trasformazioni della medicina generale. Infatti all’espressione “uscire dal guscio”, che ricorre in più di un’intervista, sono contrapposte situazioni che forniscono possibilità professionali nuove, risposte adeguate e competitive, il passaggio dallo studio isolato allo sviluppo del comparto delle cure primarie, e quindi con queste trasformazioni anche l’opportunità di relazionarsi ad altre strutture sanitarie con “pari dignità”, dando forza e dignità alla Medicina generale rispetto agli altri comparti del Sistema sanitario nazionale, come quello ospedaliero:

«Essere in una cooperativa di MMG significa cogliere una possibilità professionale nuova, passare da un associazionismo inteso come semplice e passiva difesa dei propri interessi ad un associazionismo inteso come momento aggregativo attivo basato su obiettivi mirati, realistici, che possa trovare risposte competitive e adeguate allo sviluppo di un reale comparto delle cure primarie, finalmente struttura centrale nella gestione della salute sul territorio. Una cooperativa, infatti, può relazionarsi al comparto ospedaliero, all’Amministrazione sanitaria ed in prospettiva a mutue ed assicurazioni private, con pari dignità e con un atteggiamento non più subordinato, qualificando i suoi associati con l’obiettivo di una vera valorizzazione professionale ed economica del MMG» (G.C.).

La cooperativa fornisce gli strumenti e il supporto organizzativo per la crescita professionale, ma anche vantaggi economici stabiliti dagli Accordi nazionali e poi da quelli regionali. Tuttavia i vantaggi economici, ai quali si accenna in alcune risposte, che pure sono presenti e hanno

la loro rilevanza, non sono posti in evidenza come fattori determinanti, rispetto ai vantaggi che si possono ricavare sul piano dell'esercizio della professione, come appare anche in altre ricerche (GIARELLI G. - PATIERNO M. curr. 2006).

Il tornaconto economico, pure esplicitato, viene messo in secondo piano di fronte al prevalere del "senso di appartenenza, come una comune grande famiglia".

Esigenze diverse emergono dalle parole di un medico di Continuità assistenziale, la cui posizione professionale infatti è stata per molti anni diversa da quella degli altri soci. Eppure, a maggiore ragione, egli afferma di credere che la cooperativa possa essere uno strumento valido per creare una sinergia tra le due figure di medici del territorio e garantire in tal modo la copertura dell'assistenza nell'arco delle 24 ore.

«Ho aderito alla cooperativa fin dall'atto di costituzione perché credevo nello sviluppo della cooperazione medica ad ampio raggio ed il tempo in parte mi ha dato ragione. Sono stato l'unico medico di Continuità assistenziale ad aderire subito perché l'assistenza di base fosse completa nell'arco delle 24 ore coinvolgendo più figure professionali, creando così una sinergia tra le due figure della medicina generale, evidenziando così quel lavoro che il più delle volte è messo ai margini dell'assistenza primaria. In questi anni qualcosa si è fatto ma non si è raggiunta quella perfetta integrazione tra medico di medicina generale e quello di Continuità assistenziale, come è insito nella parola stessa, perché il più delle volte si lavora senza collaborazione reciproca come se fossimo due entità separate» (P.P.).

Attraverso la cooperativa i soci hanno potuto partecipare ad attività di formazione e ricerca e, soprattutto, a importanti progetti sulla prevenzione, come quando si è trattato di definire a livello regionale le linee guida per il diabete:

«C'è senz'altro un tornaconto economico ma ancora più appagante, però, è quel *senso di appartenenza* che si avverte come lo si può avvertire verso una comune grande famiglia. Si è allargato il mio orizzonte culturale partecipando ad attività di ricerca, ad ECM, talvolta come uditore, talvolta come relatore. Ho avuto il piacere di vedere pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale - BURC le "linee guide del diabete", lavoro fatto con la Università degli studi di Napoli "Federico II" e a cui ho partecipato come rappresentante della Samnium. È cresciuta la cooperativa e sono cresciuto anch'io e professionalmente e umanamente. Ritrovarsi nella sede della cooperativa per la formazione professionale è anche un momento di incontro e di confronto con i colleghi operanti in altre realtà territoriali» (B.B.).

Anche in altre risposte è espressa con forza la fiducia nell'associazionismo cooperativo ricordando come il lavoro da svolgere all'interno sia

soprattutto di condivisione di informazione e di formazione, ponendo in evidenza il significato profondo e l'apporto della cooperazione rispetto all'attività professionale e alle trasformazioni dell'assistenza territoriale. Alcuni medici hanno sottolineato che la loro organizzazione in cooperativa ha permesso di contribuire da protagonisti alla territorializzazione dei processi di cura, a tutto vantaggio non solo dei medici, ma soprattutto dei cittadini, e che si sono impegnati direttamente per il miglioramento della qualità delle cure, anche attraverso campagne di prevenzione:

«Io ho aderito alla cooperativa dal momento della sua nascita con grande entusiasmo, poiché ho sempre pensato che uscire dal proprio isolamento, mettere in comune con altri colleghi le proprie esperienze professionali aiuta. Questo interscambio apporta sicuramente una crescita culturale e professionale che ci permette di curare meglio i nostri pazienti» (P.M.).

Tra i miglioramenti introdotti un aspetto rilevante è stata la costituzione dei tre CCP, come è affermato da questo medico, che si riferisce al CCP di Guardia Sanframondi, nel quale svolge la sua attività:

«Un aspetto molto positivo è dato dal fatto che nell'ultimo anno la "Samnium" ha anche dato la possibilità di costituire la medicina di gruppo a Guardia, che, a mio parere, permette maggiore qualificazione dell'attività professionale e migliora la qualità di vita dei colleghi e dei collaboratori» (D.D.).

I Centri Cure Primarie

I centri cure primarie, oggetto di questo lavoro, rappresentano un nodo della rete distrettuale di servizi sanitari e socio-sanitari: sono aperti 12 ore al giorno dal lunedì al venerdì, con la presenza di MMG, infermieri/e, personale di studio. In essi sono garantiti la diagnosi e la cura di primo livello, la prevenzione primaria e secondaria, gli screening di popolazione per le patologie oncologiche e cardiovascolari, l'educazione alla salute, l'informazione agli utenti, le attività di ricerca e di formazione per gli operatori, il coordinamento con i servizi sociali. Inoltre è prevista la possibilità di visite specialistiche, ma al di fuori della convenzione con il servizio sanitario nazionale.

I CCP gestiti dalla Samnium Medica

Il primo centro cure primarie gestito dalla Samnium, è stato inaugurato a Castelvenere⁽⁷⁾ il 24 giugno 2005 con la partecipazione della

cittadinanza nel suo complesso, degli amministratori e dei medici di medicina generale dell'intera AsL. Nel centro operano i due medici di medicina generale convenzionati nel Comune, una pediatra di libera scelta e un' infermiera professionale.

Il 1 febbraio 2007 è stato inaugurato il Centro di cure primarie "Madre Teresa di Calcutta" a San Giorgio del Sannio⁽⁸⁾. In questa struttura operano 4 medici di medicina generale convenzionati, una infermiera professionale e un pediatra di libera scelta.

Il 9 dicembre 2009 è stato attivato anche il Centro di cure primarie "Tre Torri" di Guardia Sanframondi⁽⁹⁾, nel quale operano 3 medici di medicina generale per una popolazione assistita di 3.200 pazienti.

Nei tre CCP operano complessivamente 9 medici di medicina generale, una pediatra di libera scelta, due infermiere professionali e quattro collaboratrici di studio, oltre agli addetti alle pulizie e al personale amministrativo. Dove possibile gli infermieri dei CCP erogano anche attività di assistenza domiciliare integrata, garantendo la continuità assistenziale ai pazienti allettati ed alle loro famiglie. Tutte le attività cliniche e le visite degli informatori si svolgono con modalità di prenotazione.

Questo tipo di organizzazione presenta alcune caratteristiche: l'apertura del centro nell'arco dell'intera giornata, la presenza continuativa di un medico e quindi l'intercambiabilità tra i medici, il ruolo svolto dal personale di studio. Queste innovazioni nelle modalità organizzative di erogare assistenza introducono cambiamenti anche nelle modalità del rapporto medico-paziente, così come era tradizionalmente inteso, poiché nella relazione si inseriscono aspetti che potrebbero interferire sull'esclusività del rapporto con il medico di propria scelta. Pertanto, intorno a questi aspetti si è sviluppata una parte dell'indagine empirica. Per i medici, le modalità organizzative, che si sviluppano nelle forme associative in cooperativa, non interagiscono sul rapporto fiduciario di per sé, ma rappresentano un aiuto nel loro esercizio professionale, pur con le difficoltà che possono sorgere, anche di tipo relazionale, tra colleghi e con il personale di studio.

Ci sarebbero, infatti, da considerare altri elementi quali: la difficoltà del lavoro in équipe, le percezioni del centro negli operatori, ma non è compito di questo saggio soffermarsi su questi aspetti, su cui pure nella ricerca si è lavorato, ma piuttosto indagare l'impatto che tale esperienza gestionale ha avuto sugli utenti, raccogliendone le valutazioni⁽¹⁰⁾.

Questa fase della ricerca è stata preceduta da rilevazioni quantitative sui tempi d'attesa, la percentuale degli accessi agli studi per sesso e classi d'età, per poi passare alla somministrazione di un questionario ad un campione casuale di utenti dei CCP al fine di rilevare ed analizzare bisogni assistenziali e percezione della qualità nell'erogazione di servizi⁽¹¹⁾. Solo in una seconda fase è stata promossa un'indagine qualitativa sugli operatori e sui pazienti mediante *focus group* e interviste.

Farò perciò riferimento alle risposte date in questa fase dagli utenti alle domande che riguardavano l'organizzazione dei centri e il rapporto con il proprio medico.

Rispetto all'organizzazione del centro le osservazioni più articolate sono state quelle fornite dagli utenti del CCP di Castelvenere, aperto per primo nel 2005.

La cerimonia di inaugurazione, alla quale hanno partecipato anche le autorità locali, si era svolta in un clima festoso e tra l'interesse della cittadinanza. Per l'alta affluenza di popolazione, ha rappresentato non solo un momento di condivisione ma anche di appropriazione, dimostrando che i cittadini del luogo, sin dal primo momento, avevano inteso il CCP non solo come una struttura di servizio sanitario ma anche come un elemento costitutivo della comunità stessa.

Gli intervistati hanno manifestato una sorta di orgoglio, che ben si accorda con la soddisfazione rilevata all'atto della sua istituzione e si è espresso in un giudizio positivo sia sul funzionamento che sugli orari di apertura: «Il centro funziona in maniera ottimale». «La fascia oraria h. 12 permette ai pazienti di rivolgersi al centro in qualsiasi momento della giornata e questo è un dato altamente qualificante».

In rapporto al numero di abitanti questo servizio viene giudicato senz'altro positivamente: «In un paese così piccolo come Castelvenere il CCP si è dimostrato molto utile ed efficace per gli assistiti».

Dalle interviste trapela la convinzione che il servizio è da valorizzare di più e meglio: «La speranza è che si migliori sempre... Nei limiti del possibile tentare di migliorarsi sempre».

I rilievi critici sono emersi rispetto alla struttura, poiché vi è un'unica sala d'attesa e quindi, negli orari in cui riceve anche la pediatra, si crea confusione per la presenza rumorosa dei bambini, oppure riguardo ai tempi d'attesa: per alcuni sono ancora troppo lunghi sia per accedere ai servizi delle segretarie che per le visite:

«Complessivamente i servizi sanitari sono migliorati rispetto al passato ma c'è ancora molto da fare nella gestione delle strutture e dei lunghi tempi di attesa per le visite».

È comunque significativo che dalle risposte sia emersa una richiesta di maggiore coinvolgimento e partecipazione, che rimanda allo spirito che ha contrassegnato questo centro sin dalla sua apertura. Infatti i cittadini/utenti esprimono chiaramente la volontà di essere partecipi del progetto e quindi di avere maggiori informazioni sugli obiettivi:

«Lo spirito che ha animato i fautori della creazione del centro è stato positivo però è mancato un anello, cioè fornire ai loro assistiti informazione su quello che stavano facendo, sull'obiettivo che era quello di associarsi per fornire un servizio migliore con maggiore disponibilità di cura, di tempo, di apparecchiature».

L'accento viene posto non tanto sulla bontà dell'idea quanto piuttosto sul mancato coinvolgimento degli assistiti nel processo di costituzione e poi di funzionamento del centro; emerge però anche la soddisfazione:

«La salute è la cosa più importante di ogni individuo, ben vengano dunque forme organizzative, quali i centri di cure primarie, per migliorare la funzione dei servizi sanitari».

Tra le proposte avanzate vi sono l'apertura di altri centri in aree limitrofe, più informazioni sulla presenza di specialisti, la presenza di tecnici per esami diagnostici di I livello e di una guardia medica notturna.

Anche negli altri due centri i pazienti chiamati a rispondere hanno espresso volontà di partecipazione, consapevolezza che in paesi piccoli come il loro, l'istituzione di questi centri ha rappresentato un fatto positivo: «L'istituzione del centro di cure primarie ha risolto diversi problemi soprattutto per le persone anziane che non riescono a spostarsi senza accompagnatore».

Portare l'assistenza primaria, con i tipi di servizi che questi CCP offrono, il più possibile vicino ai cittadini, come è posto in evidenza da questa risposta, si pone in linea con lo spirito della Dichiarazione di Alma Ata, che sottolineava l'importanza della partecipazione delle comunità locali nei programmi sanitari (WAYLAND C. - CROWDER J. 2002).

La soddisfazione dell'utente rispetto all'associazionismo dei medici si può valutare in modo indiretto attraverso il giudizio positivo espresso sul funzionamento e l'organizzazione di questi centri. Accanto agli apprezzamenti, emergono però anche valutazioni negative che investono l'organizzazione sanitaria e il sistema in genere: «Il centro funziona

benissimo ma la sanità resta una banda di ladri» o ancora «Perché i politici non controllano le spese e tagliano i finanziamenti sanitari senza rendersene conto?»

Gli intervistati vogliono esprimersi e riflettere sulla loro esperienza, emergono così riflessioni sulla salute più in generale.

È significativo che nel centro di più recente istituzione (Guardia Sanframondi), che all'epoca della rilevazione era aperto da pochi mesi, le risposte al questionario abbiano rappresentato un'occasione per esprimere, più che apprezzamenti o valutazioni, richieste relative agli aspetti organizzativi, quali la presenza di una guardia medica notturna, maggiore assistenza specialistica, la presenza di una infermiera per i prelievi, più servizi di diagnostica.

Quando si è passati però dalle interviste ai *focus group* la rivendicazione del diritto alla salute è diventata più pressante. Un partecipante esprime la consapevolezza che questo diritto "è stata una conquista". Emerge da questa frase e dal modo in cui è stata pronunciata che esso è un bene la cui fruizione implica una lotta, per ottenerlo e per mantenerlo, un bene da rivendicare che può essere sempre oggetto di perfezionamento (SCALA D. - FOGLIA MANZILLO R. 2010: 124).

Si può rilevare che nelle risposte, anche quando trapelano dei rilievi critici, non appare un rapporto oppositivo tra i pazienti e il proprio medico: qualcuno puntualizza che «i medici sono tutti bravi, preparati ma anche molto oberati di lavoro».

Il discorso assume toni più critici però quando tende a generalizzarsi e a rivolgersi a un contesto più ampio, come la sanità nel suo complesso, andando ben al di là degli spazi dei Ccp.

L'organizzazione dei Ccp prevede, da parte dei medici, la delega delle prescrizioni per patologie croniche al personale di studio ma, allo stesso tempo, fornisce l'assicurazione agli utenti di poter consultare nell'arco dell'intera giornata un medico differente da quello di riferimento, quando questi sia assente, per casi di necessità.

Dalla ricerca, sia per quanto riguarda i dati quantitativi che la parte qualitativa, questa possibilità di interscambiabilità dei medici non appare che provochi disaffezione né disappunto, ma anzi il paziente ne coglie l'aspetto positivo senza che ciò comprometta la qualità del rapporto fiduciario con il proprio medico. In circostanze di bisogno, infatti, è apprezzata la possibilità di potersi rivolgere anche all'altro operatore.

Per quanto riguarda i compiti del personale di studio e il loro fraporsi tra paziente e medico, dopo una fase iniziale di rodaggio o di perplessità, gli utenti ormai dimostrano di apprezzare questa innovazione. Infatti, nelle interviste e nei *focus group* risulta che la separazione della visita vera e propria dalla scrittura delle prescrizioni di farmaci per patologie croniche è percepita in modo positivo. Anche nella ricerca quantitativa è emerso che gli utenti sanno differenziare gli aspetti relazionali basati sulla fiducia ed empatia creatisi nel tempo con il proprio medico dalle prestazioni di altri, sia che si tratti del personale di studio che di un altro medico. Anzi è significativo che proprio nel CCP più consolidato nel tempo, il 70,56% degli utenti abbia risposto di essersi rivolto anche all'altro medico senza problema.

L'attribuzione al personale di studio delle prescrizioni per le patologie croniche e il sistema delle visite su appuntamento consentono sia al medico che al paziente una maggiore programmazione e quindi una maggiore tranquillità, liberando più tempo per la relazione medico-paziente e per la visita. Questo aspetto organizzativo è colto in modo positivo dagli utenti: «la segretaria va bene per le ricette così che il medico ha più tempo per ascoltare il paziente perché il paziente non ha solo bisogno della ricetta ma di essere ascoltato».

La visita è infatti il momento più delicato, in quanto rappresenta per il medico il momento del contatto con il paziente, sia in senso concreto che simbolico.

Tuttavia, il fattore tempo continua a essere percepito in modo problematico dagli utenti, come se ci si trovasse a parlare di un tempo del medico diverso da quello del paziente.

Infatti, come tendenza generale, il medico ha diminuito i tempi d'ascolto – e quindi dell'anamnesi – a vantaggio delle indagini strumentali e del riscontro delle indagini cliniche e di laboratorio, tralasciando quel contatto fisico che a volte procura beneficio al paziente. Spesso gli stessi medici tralasciano un aspetto fondamentale della professione e del sapere medico, che consiste nell'avere a che fare con il corpo nella sua fisicità e non considerano l'importanza del contatto.

I pazienti al contrario richiedono e sentono l'esigenza di più tempo per loro, come appare da espressioni che ricorrono nelle interviste e nei focus: «il medico è troppo frettoloso» e ancora «non sempre il medico ha il tempo di prendere in considerazione i miei problemi»; o «il tempo va via veloce».

Il paziente chiede che il medico dedichi più tempo alla visita e all'ascolto, si lamenta che «quando ha detto la diagnosi, più di tanto non può fare, perché non c'è tempo», crede nell'efficacia della parola: «La parola è meglio delle medicine».

A questo problema sono tutti sensibili, ma il tempo non è eguale per tutti. D'altra parte, anche in un paese, i pazienti non rappresentano un tutto omogeneo, ma, al contrario variano nelle loro conoscenze, aspettative, preferenze, secondo l'età, il sesso, le condizioni sociali, le patologie che accusano.

Così alcuni si lamentano del comportamento degli anziani affermando: «si prendono più tempo» oppure «ci sono i vecchietti che entrano e stanno tanto tempo perché parlano, parlano...».

Emerge dalle risposte un aspetto importante: spesso sono disagi psicologici e sociali che inducono il paziente a recarsi dal proprio medico e il prolungarsi delle visite permette di ascoltare in modo più idoneo problemi che non sono di natura patologica, ma appunto psico-sociale. Inoltre, a differenza del passato, il paziente è oggi più informato anche attraverso i mass media e richiede perciò una maggiore partecipazione nelle scelte terapeutiche. E questo comporta un processo di interazione più complesso.

Se ci soffermiamo sulle domande relative al rapporto medico-paziente emergono alcune risposte interessanti, che segnalano come questo sia tuttora ritenuto di fondamentale importanza nelle sue implicazioni relazionali e di ascolto: emerge infatti la richiesta di maggiore partecipazione e dialogo con i medici.

L'importanza della dimensione relazionale è sottolineata anche rispetto agli aspetti più propriamente clinici: «Vengo qua, il dottore ha fretta, diciamolo sinceramente, ti guarda attraverso la scrivania..., dovrebbe dialogare con il paziente, è un nostro diritto». Il tema della scrivania che costituisce un ostacolo, una barriera ma che è anche una difesa che il medico mette tra sé e il paziente, è un elemento su cui riflettere, così come l'uso del telefono. La distanza introdotta dalla scrivania, l'interruzione operata dal sopraggiungere di una telefonata, ormai ancora più insistente con l'uso dei cellulari, sono fattori che creano un disturbo nella relazione. Un medico spesso distratto da altro, rispetto alla richiesta di ascolto, e la mancanza della visita come contatto, non sono luoghi comuni ma elementi significativi non tanto dal punto di vista quantitativo quanto per ciò che rivelano. Sia che si tratti di rispondere a una telefonata fatta per motivi di salute da un altro paziente o a una telefonata di altra natura, in ogni caso

chi si trova nello studio pronto per la visita richiede in quel momento che l'attenzione del medico sia rivolta solo a lui e ai suoi problemi. Sente la visita come un momento in cui deve e può esprimere qualcosa che spesso non è per lui fortemente soggettivo: il suo sentire uno stato di malessere, *l'illness*, non sempre facile da raccontare, come è stato messo in evidenza dall'ampio filone di studi della medicina narrativa e dell'approccio narrativo alla malattia (GOOD B.J. 2006 [1994]; KLEINMAN A. 1980, 1988). Allora nel racconto emerge la frustrazione per quell'interruzione:

«stai lì con il tuo problema e devi aspettare e magari quando finalmente la telefonata finisce, il medico ti dice “stavi dicendo?” e allora ti senti non ascoltato, trascurato dal medico». E ancora «il medico di base deve fornire un servizio che è un diritto costituzionale e non può mettere in difficoltà il paziente perché ha altri impegni».

L'ascolto, la capacità relazionale appaiono dunque da queste risposte aspetti che i pazienti ritengono rilevanti: la salute è uno stato complesso e di questo gli intervistati esprimono consapevolezza.

Contatto e ascolto sono gli elementi che ritornano nelle interviste: per questo la scrivania può costituire una barriera non solo per la dimensione burocratica che evoca ma anche perché rende distanti i due soggetti della relazione, una distanza non solo fisica ma anche psicologica. Il paziente porta al medico i suoi problemi, a volte di natura esistenziale, mascherati da problemi di salute, o rivelati da sintomi, che non sono altro che il linguaggio corporeo attraverso cui si esprime un disagio interiore che non sempre trova i canali verbali attraverso cui manifestarsi (COLTORTI M. 2005: 53).

La visita è l'elemento fondamentale della relazione, si basa su di un rapporto di fiducia, presuppone accoglienza e capacità di ascolto. Come scrive Gadamer (GADAMER H.G. 1994 [1993]: 136) «La 'cura' supera ampiamente la corsa verso il progresso delle tecniche moderne. Non è solo necessaria la mano, ma anche l'orecchio sensibile, che sa ascoltare la parola giusta, e l'occhio scrutatore del medico, che cerca di dissimularsi in uno sguardo pieno di tatto».

Il percorso compiuto oggi dalla medicina generale verso modelli associazionistici, che forniscano maggiori apporti tecnologici, supporti organizzativi e di formazione/informazione, ben si può coniugare allora con aspetti che costituiscono, oggi come ieri, il fulcro stesso della professione medica e cioè l'importanza della visita e delle implicazioni relazionali che si instaurano con il paziente. L'associazionismo in tale ottica fornisce strumenti e possibilità perché il medico di medicina generale ritrovi sia il suo ruolo storico che la sua centralità nella riorganizzazione del sistema sanitario.

Note

- (1) Per le riflessioni critiche sulla capacità/possibilità dei pazienti di essere realmente informati e in grado di svolgere un ruolo attivo nelle scelte terapeutiche cfr. FAINZANG S. 2004
- (2) Secondo la sua concezione della medicina, LAIN ENTRALGO concepisce la cura come creazione, della quale medico e malato sono coautori.
- (3) Una recente ricerca condotta in Canada ha posto in evidenza i vantaggi dell'approccio etnografico nell'analisi dei cambiamenti nel settore dell'assistenza primaria (RUSSELL G. *et al.* 2011).
- (4) La Samnium Medica, cooperativa di medici di medicina generale, si è costituita nel settembre del 1997 su iniziativa di 29 soci fondatori, al 31 marzo 2010, data di inizio della ricerca, contava 109 soci.
- (5) Sono stati scelti tra i soci quei medici che avevano avuto o avevano responsabilità di tipo gestionale nella cooperativa.
- (6) Cfr. a tale proposito la ricerca di Aldo PIPERNO e Alberto RENIERI (1982), nella quale era fotografata la situazione della medicina generale agli inizi degli anni Ottanta, dopo la riforma del 1978.
- (7) Castelvenere è un comune della Valle Telesina che conta 2.690 abitanti e sorge a 119 metri sul livello del mare. Per la sua collocazione geografica, il clima e la fertilità del suolo è un importante centro agricolo, noto per la produzione di uve e di vino. Il centro di cure primarie di Castelvenere è stato dedicato a Carlo Verrillo, medico condotto che, nel corso dei suoi oltre quaranta anni di attività clinica, si è preso cura dei suoi concittadini con affetto e dedizione professionale ed umana.
- (8) San Giorgio del Sannio ha una popolazione di 9.880 abitanti e si presenta come una cittadina moderna e commerciale.
- (9) Guardia Sanframondi è un comune di 5.341 abitanti, fa parte della Comunità Montana del Terno, si presenta come un caratteristico borgo medievale dominante l'intera Valle Telesina ed è un centro a prevalenza occupazionale agricola.
- (10) La ricerca, che ha cercato di incrociare un'analisi di tipo quantitativo, con quella qualitativa, è stata svolta da un'équipe multidisciplinare composta da Crescenzo Simone, Gianfranca Ranisio, Valentina Mazzacane, Daniela Scala, Rossella Foglia Manzillo.
- (11) L'indagine è stata condotta attraverso la somministrazione di un questionario ad un campione rappresentativo della popolazione osservata, con l'obiettivo di rilevare l'indice di gradimento dei centri di cure primarie. Il campione è stato individuato nella misura del 5% della popolazione generale assistita presso i CCP ed è stato calcolato per quote. Su 11.016 pazienti dei CCP sono stati somministrati 551 questionari.

Riferimenti bibliografici

- BALBO Laura (1999), *Introduzione*, pp. 7-19, in DEMETRIO Duccio - DONINI Elisabetta - MAPELLI Barbara - NATOLI Salvatore - PIAZZA Marina - SEGRE Anna, *Il libro della cura di sé, degli altri, del mondo*, Rosenberg & Sellier, Torino.
- BELANGER Emmanuelle - RODRIGUEZ Charo (2008). *More than the sum of its parts? A qualitative research synthesis on multidisciplinary primary care teams*. "Journal of Interprofessional Care", vol. 22, n. 6, dicembre 2008, pp. 587-597.
- BRANSON Ruben - ARMSTRONG David (2004), *General practitioners' perceptions of sharing workload in group practices: qualitative study*, "British Medical Journal", vol. 329, n. 7462, agosto 2004, pp. 329-381.
- CHARLES Cathy - GAFNI Amiram - WHELAN Tim (1999), *Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model*, "Social Science & Medicine", vol. 49, n. 5, settembre 1999, pp. 651-661.

- CARLSEN Fredrik - GRYTEN Jostein - KJELVIK Julie - SKAU Irene (2007), *Better primary physician services lead to fewer hospital admissions*, "The European Journal of Health Economics", vol. 8, n. 1, marzo 2007, pp. 17-24.
- CIPOLLA Costantino - CORPOSANTO Cleto - TOUSIJN Willem (curatori) (2006), *I medici di medicina generale in Italia*, Franco Angeli, Milano.
- COLTORTI Mario (2005), pp. 45-63, *Oltre la malattia*, in GIUSTINO VITOLO Angela - COLTORTI Mario (curatori), *Il medico tra corpo e anima*, Istituto Italiano per gli Studi Filosofici, Napoli.
- DAMIANI Gianfranco - VENDITTI Antonella - PALUMBO Daniele - RIZZATO Enzo - GUZZANTI Elio (2007), *Assistenza primaria: significato e prospettive di sviluppo organizzativo*, "Organizzazione Sanitaria", vol. 5, n. 2, 2007, pp. 3-16.
- FAINZANG Sylvie (2004), *Patients, doctors, information and the power of decision*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 17-18, 2004, pp.123-135.
- FAINZANG Sylvie (2006-2008), *Antropologia e medicina: riflessioni epistemologiche sulla co-disciplinarietà nella ricerca*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 21-26, 2006-2008, pp. 11-24.
- FILG Dani (2006), *Physician as 'Organic Intellectuals'. A contribution to the stratification versus deprofessionalization debate*, "Acta Sociologica", vol. 49, n. 3, 2006, pp. 273-285.
- GADAMER Hans Georg (1994 [1993]), *Dove si nasconde la salute*, ediz. italiana a cura di Agnese GRIECO e-Vittorio LINGIARDI, traduz. dal tedesco di Marialuisa DONATI e Maria Elena PONZO, Raffaello Cortina, Milano [ediz. orig.: *Über die Verborgenheit der Gesundheit*, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, 1993].
- GIARELLI Guido - PATIERNO Marco (curatori) (2006), *Medici in associazione. Esperienze, problemi e prospettive dell'associazionismo in medicina generale*, Franco Angeli, Milano.
- GOOD Byron J. (2006 [1994]), *Narrare la malattia: lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, traduz. dall'inglese di Silvio FERRARESI, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective*, Cambridge University Press, Cambridge, 1994].
- GUZZANTI Elio (curatore) (2009), *L'assistenza primaria in Italia. Dalle condotte mediche al lavoro di squadra*, Edizione Iniziative Sanitarie, Roma.
- KLEINMAN Arthur (1980), *Patients and healers in the context of culture*, University of California Press, Berkeley.
- KLEINMAN Arthur (1988), *The Illness narratives: suffering, healing and the human condition*, Basic Books, New York.
- LAIN ENTRALGO Pedro (2007 [1969]), *Il medico e il malato*, traduz. dallo spagnolo e cura di Armando SAVIGNANO, Edizione Saletta dell'Uva, Salerno [ediz. orig.: *El médico y el enfermo*, Guadarrama, Madrid, 1969].
- LUPO Alessandro (1999), *Capire è un po' guarire: il rapporto paziente-terapeuta tra dialogo e azione*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 7-8, 1999, pp. 53-92.
- MECHANIC David (2008), *Rethinking medical professionalism: the role of information technology and practice innovations*, "The Milbank Quarterly", vol. 86, n. 2, 2008, pp. 327-358.
- PELLICCIARI Maya (2003), *Retoriche dell'incontro fra medici di base e loro pazienti. Strategie identitarie e uso del camice e di altri dispositivi nella costruzione dello spazio terapeutico*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 15-16, 2003, pp. 205-217.
- PIPERNO Aldo - RENIERI Alberto (1982), *Il medico generico nella medicina di base*, Franco Angeli, Milano.
- RANISIO Gianfranca - SIMONE Crescenzo (curatori) (2010), *Oltre le convenzioni. La cooperazione di medicina generale nell'esperienza del Sannio campano*, CUES, Salerno.
- RANISIO Gianfranca - MAZZACANE Valentina (curatrici) (2011), *La salute come bene comune nel welfare delle opportunità*, CUES, Salerno.

RUSSELL Grant - ADVOCAT Jenny - GENEAU Robert - FARRELL Barbara - THILLE Patricia - WARD Natalie - EVANS Samantha (2011), *Examining organizational change in primary care practices: experiences from using ethnographic methods*, "Family Practice", vol. 29, n. 4, dicembre 2011, pp. 455- 461.

SALVESTRONI Francesco (1973), *Il medico della persona*, Vallecchi, Firenze.

SCALA Daniela - FOGLIA MANZILLO Rossella (2010), *Focus Group con operatori e utenti*, pp. 111-132, in RANISIO Gianfranca - SIMONE Crescenzo (curatori) *Oltre le convenzioni. La cooperazione di medicina generale nell'esperienza del Sannio campano*, CUES, Salerno.

SEPPILLI Tullio (2004), *Introductory speech. Medical anthropology, welfare state and political engagement*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 17-18, 2004, pp. 41-69.

STANGE Kurt C. (2010), *Power to advocate for health*, "Annals of Family Medicine", vol. 8, n. 2, marzo 2010, pp. 100-107.

VAN DEN HOMBERGH Pieter - ENGELS Yvonne - VAN DEN HOOGEN Henk, VAN DOREMALEN Jan - VAN DEN BOSCH Will - GROL Robert (2005) *Saying 'goodbye' to single-handed practices; what do patients and staff lose or gain?*, "Family Practice" vol. 22, n. 1, 2005, pp. 20-27.

WAYLAND Coral - CROWDER Jerome (2002), *Disparate views of community in primary health care: understanding how perception influence success*, "Medical Anthropology Quarterly", vol. 16, n. 2, 2002, pp. 230-247.

Scheda sull'Autrice

Gianfranca Ranisio, nata a Sanremo (IM) il 16-12-1950, è professore straordinario presso la Facoltà di Sociologia dell'Università degli studi di Napoli "Federico II", dove insegna Antropologia culturale. È componente del CRA (Centro interdipartimentale di ricerca audiovisuale per lo studio della cultura popolare) dell'Università degli studi di Napoli "Federico II".

È vicepresidente della SIAM. Insegna Antropologia medica ed è coordinatrice del Master di I livello in Coordinamento e management sociosanitario, istituito presso la Facoltà di Sociologia dell'Università degli studi di Napoli "Federico II".

Ha svolto ricerche sulla cultura popolare e le sue trasformazioni, sulle problematiche di genere e sulla maternità come fatto bioculturale. I suoi lavori si collocano nel punto di intersezione tra l'antropologia culturale, l'analisi delle tradizioni demologiche, l'antropologia medica e i *gender studies*. Ha analizzato il passaggio dal parto tradizionale al parto medicalizzato e si è soffermata sulla medicalizzazione del corpo femminile, in particolare su quei processi che interessano le tappe fisiologiche che contraddistinguono la vita delle donne, ponendo in evidenza come queste si intreccino con le rappresentazioni simboliche e culturali del femminile.

Ha inoltre studiato il rapporto medico-paziente e il pluralismo degli itinerari terapeutici analizzando le trasformazioni che hanno caratterizzato la medicina generale nell'ultimo decennio. In particolare ha seguito le attività della Cooperativa "Sannium Medica" e il costituirsi di un forte movimento cooperativo in Campania, partecipando a vari convegni locali e nazionali su queste tematiche. Nel 2010 ha diretto la ricerca

promossa dall'ANCOM (Associazione nazionale cooperative mediche), *Le cooperative di medicina generale e i Centri di cure primarie nel Sannio. La relazione medico-paziente*.

Ha pubblicato numerosi libri tra cui: *Venire al mondo. Pratiche, credenze e rituali del parto*, Meltemi, Roma, 1996 [2 ediz.: 1998] / *Quando le donne hanno la luna. Credenze e tabù*, Baldini Castaldi Dalai, Milano, 2006 / (in curatela con Crescenzo SIMONE) *Medici di famiglia, pazienti e pluralismo terapeutico*, Samnium Medica, Telese (provincia di Benevento), 2005 / (con Crescenzo SIMONE), *Oltre le convenzioni. La cooperazione di medicina generale nell'esperienza del Sannio campano*, Cues, Salerno, 2010 / (con Valentina MAZZACANE), *La salute come bene comune nel welfare delle opportunità*, CUES, Salerno, 2011.

Riassunto

Il rapporto medico-paziente e i Centri di cure primarie

Questo articolo focalizza l'attenzione sul rapporto medico-paziente, un tema di particolare rilievo negli studi di antropologia medica. Tale rapporto viene indagato in una situazione di riorganizzazione della medicina generale, con l'introduzione di forme di associazionismo in cooperativa e la sperimentazione di nuove modalità di assistenza, quali i Centri di cure primarie. Attraverso una ricerca etnografica condotta in 3 centri situati in un'area interna della Campania, gestiti da una cooperativa di medici di medicina generale, si è inteso verificare se l'associazione dei medici in cooperativa consenta non solo una migliore organizzazione del lavoro ma anche una migliore qualità nel rapporto medico-paziente. Sono state perciò poste in evidenza le posizioni dei medici e quelle dei pazienti rispetto a tali cambiamenti, comparando anche questi dati con quelli di altre ricerche internazionali.

Di fronte alle problematiche emerse, alle affermazioni dei pazienti e dei medici, la conclusione a cui giunge tale ricerca è che l'associazionismo potrebbe fornire strumenti e possibilità per migliorare la relazione medico paziente e dare al medico di medicina generale un ruolo centrale nel sistema sanitario nazionale.

Parole chiave: cure primarie, rapporto medico-paziente, associazionismo medico.

Résumé

La relation médecin-patient et les Centres de soins primaires

Cet article se concentre sur la relation médecin-patient, un thème d'une importance particulière dans les études de anthropologie médicale. Cette relation est exploré dans une situation de réorganisation de la médecine générale, avec l'introduction de formes d'associations dans le cadre de la coopération et l'expérimentation de nouveaux

modos d'assistance, tels que les Centres de soins primaires. Grâce à la recherche ethnographique réalisée dans 3 centres situés dans une zone à l'intérieur de la région Campanie, gérée par une coopérative de médecins généralistes, on a entendu vérifier si l'association de médecins dans le cadre de la coopération permet non seulement une meilleure organisation du travail mais aussi une meilleure qualité des relations médecin-patient. On a mis en évidence les positions des médecins et des patients à l'égard de ces changements, en comparant ces données avec celles d'autres recherches internationales. Pour faire face aux défis qui ont été relevé, à des allégations faites par les patients et les médecins, la conclusion à laquelle parvient cette recherche c'est que les associations pouvaient fournir des outils et des possibilités d'améliorer le rapport médecin-patient et donner à des médecins généralistes un rôle central dans le système de santé national.

Mots-clés: soins primaires, relation médecin-patient, coopératives des médecins généralistes.

Resumen

La relación médico-paciente y los Centros de atención primaria

Este artículo pone la atención sobre la relación médico-paciente, un tema de importancia fundamental en los estudios de antropología médica. Se va investigando sobre esa relación en una situación de reorganización de la medicina general, con la introducción de formas de asociacionismo en cooperativa y la experimentación de nuevas modalidades de asistencia, tales como los centros de atención primaria. Mediante una investigación etnográfica conducida en 3 centros, situados en una zona interna de la Región Campania, gestionados por una cooperativa de médicos genéricos, se quería averiguar si la asociación de médicos en cooperativa permite no sólo una mejor organización del trabajo sino también una mejor calidad en la relación médico-paciente.

Por eso, se ha puesto en evidencia las actitudes de los médicos y las de los pacientes con respecto a estos cambios, comparando también estos datos con los de otras investigaciones internacionales.

La conclusión a que ha llegado esta investigación, teniendo en cuenta las problemáticas planteadas y las afirmaciones de los pacientes y de los médicos, es que las formas de organización en cooperativa podría proporcionar instrumentos y posibilidades para mejorar la relación médico paciente y dar al médico de familia un papel central en el sistema sanitario nacional.

Palabras clave: atención primaria, relación médico-paciente, cooperativas de los médicos genéricos.

Abstract

The doctor-patient relationship and Primary health centres

This article focuses itself on the doctor-patient relationship, a theme of particular importance in studies of medical anthropology. This relationship is explored within a context of reorganization of general medicine, by introducing new forms of cooperative association and with the experimentation of new modes of assistance, such as the Primary health centers. Through ethnographic research conducted in 3 centers located in an area inside of the Campania Region, managed by a General practitioners' cooperative, we intended to verify whether the General practice cooperative allowed not only a better organization of work but also ensured a better quality in doctor-patient relationships. Therefore, the positions of doctors and patients were placed in evidence with respect to these changes, comparing these data with those of other international researches. In the face of the challenges that have emerged and of the claims made by the patients and the general practitioners, the conclusion to this research reached is that cooperatives are able to provide tools and opportunities to improve the doctor-patient relationship and to give a central role to general practitioners in the national health system.

Keywords: primary health care, doctor-patient relationship, general practice cooperatives.

Guaritori tradizionali nel territorio parmense: un'indagine etnografica

Isabella Riccò

laurea specialistica in Antropologia culturale ed etnologia presso l'Alma Mater
Studiorum Università di Bologna
[isabella-ricco@libero.it]

1. Oggetto, metodica di ricerca e alcune anticipazioni

Ho iniziato a indagare sui guaritori tradizionali del territorio parmense nel 2010, ponendoli a “oggetto” della mia tesi di laurea specialistica. Una prima ricognizione mi ha consentito di verificare sia l'attiva presenza di guaritori tradizionali nell'area appenninica e anche in pianura e nel capoluogo, sia la loro disponibilità a parlarmi di loro e della loro attività. Ognuno di loro, peraltro, è stato raggiunto costruendo una rete di comuni conoscenze.

Ho quindi proceduto – nel corso del 2011 e nei primi mesi del 2012 – alla ricerca vera e propria realizzando lunghi colloqui semi-strutturati intorno alle malattie che sono oggetto della loro attenzione, alle loro tecniche diagnostico-terapeutiche, alle modalità con cui si era svolta la loro iniziazione e anche al posto che tale attività occupa nella loro vita quotidiana. Ho anche svolto colloqui con i “clienti”, al fine di meglio comprendere i motivi del loro ricorso ai guaritori tradizionali e la loro valutazione dell'esito di tale ricorso. Tutti gli intervistati hanno consentito che i colloqui venissero registrati: in tal modo ho potuto quasi sempre disporre, dopo la “sbobinatura”, di testi conformi e completi.

Anticipo qui che ho potuto intervistare undici guaritori tradizionali, di cui due uomini e nove donne e che le infermità e i malesseri più comunemente trattati sono: il fuoco di Sant'Antonio, le storte, le scottature, la erisipela (chiamata comunemente *rosipola*). A queste, come vedremo, sono da aggiungere, con minor frequenza, altre malattie passibili di segnatura.

Esiste un'estesissima varietà di rituali, i quali si differenziano non solo in base al malessere da curare, ma anche in riferimento a una medesima patologia: massaggi, manipolazioni, segnatura di croci o pratiche che sfruttano la forza "magica" di talune formule o di taluni oggetti. Anche quando un rituale è simile ad un altro, è facile che qualcosa li differenzi, almeno un particolare (formula con parole diverse, gestualità analoga ma non identica, ...). Viene a crearsi così una pluralità estesa e radicata in tutti gli innumerevoli aspetti della pratica.

È importante sottolineare inoltre che un guaritore non si limita necessariamente alla cura di un unico male. A seconda delle modalità d'iniziazione e degli insegnamenti trasmessi, ciascun guaritore può farsi carico di una specifica malattia o di più d'una.

Come vedremo, la trasmissione del rituale avviene quasi esclusivamente (tranne alcune eccezioni) per via orale. La rivelazione delle parole dal vecchio al neo-guaritore è un momento estremamente delicato, che necessita di cautela e rispetto.

I dati raccolti testimoniano che nella maggior parte dei casi le formule curative vengono tramandate verbalmente, senza essere scritte, né conservate. In un caso il guaritore le ha trascritte al fine di apprenderle poi nel momento a ciò riservato, la notte della vigilia di Natale. Il foglio è poi stato bruciato prima dell'alba, proprio perché la scrittura era servita solo per garantire la esatta trasmissione del testo nel momento previsto per il rituale. Ho rilevato solo due altri casi di trasmissione per via scritta, ma vedremo durante il corso dell'indagine di cosa si tratti.

Ma chi sono più precisamente i guaritori tradizionali? Che vita conducono e che occupazione svolgono? Essere guaritore non è un lavoro, nessuno di loro chiede o pretende denaro in cambio delle proprie prestazioni di soccorso. Molti lo definiscono come un modo di fare "volontariato", di occuparsi del benessere delle persone. Nonostante il mestiere più comune sia quello del contadino/a, – molti di loro vivono in contesti rurali –, la pratica non si limita a tale contesto e le loro occupazioni sono le più svariate. E in effetti, non tutti coloro che si avvicinano alla pratica della medicina tradizionale si collocano in una condizione di classe e cultura subalterna. A riguardo cito il caso di due guaritori, persone piuttosto giovani ed entrambe laureate, che si sono trovate per possibilità ed interesse ad apprendere l'arte della segnatura. Dal loro punto di vista il rituale ha acquisito una dimensione critica, portandoli a ragionare sia sull'aspetto simbolico che sulle

sue potenzialità, come se si collocassero all'interno e allo stesso tempo all'esterno di esso, coniugando involontariamente uno sguardo *emic* e uno sguardo *etic*. Il loro scopo non è divenire un punto di riferimento all'interno di un paese-villaggio, come spesso accadeva in passato, ma è portare avanti intimamente un'usanza, conoscendone l'importanza e la rilevanza culturale, oltre che prestarsi alla segnatura, nel caso in cui persone fidate la richiedano.

Dopo aver raccolto informazioni su coloro che eseguono le pratiche mi sono interessata di quelli che le ricevono: i pazienti. Ho rintracciato quindici informatori, tre uomini e dodici donne (di cui una è anche guaritrice), residenti tutti tra Parma e provincia.

Le ragioni per le quali hanno scelto di affidarsi alla medicina tradizionale risultano diverse: alcuni pazienti considerano queste pratiche come una consuetudine "ovvia": le segnature fanno parte del loro retaggio culturale tradizionale. Altri hanno fatto ricorso alla segnatura come seconda scelta, una volta che la biomedicina aveva fallito. Infine vi sono coloro che ritengono opportuni entrambi i ricorsi, come una sorta di reciproco potenziamento.

Dal punto di vista occupazionale i pazienti sono persone piuttosto eterogenee: hanno fatto ricorso a guaritori impiegate, casalinghe, insegnanti e professionisti.

Per quanto riguarda il territorio d'indagine, in un primo momento mi sono concentrata sull'Appennino parmense, in seguito ho allargato la ricerca anche alla città e alla provincia non collinare. Alla fine gli undici guaritori indagati risultano così territorialmente suddivisi:

- 3 a Parma
- 2 in Val Parma
- 3 in Val Taro
- 1 in Val Ceno
- 2 nella Bassa Parmense

Per quanto invece riguarda i pazienti la suddivisione territoriale è la seguente:

- 9 a Parma
- 2 in Val Taro
- 4 nella Bassa Parmense

La maggior parte dei pazienti si è fatta segnare o comunque curare da persone che vivevano nel medesimo paese o città.

2. Mali o malattie passibili di segnatura

2.1 Il Fuoco di Sant'Antonio

«La notte di Natale è nato Cristo
la Vergine ne ebbe cura,
la carne cotta ritornò cruda»
(GUIDI O. 2004 [1988]: 57).

L'*herpes zoster*, si presenta come una dolorosa eruzione cutanea, causata da un virus, lo stesso della varicella. Al di là del nome scientifico, la denominazione più comune, da parte dei guaritori e di coloro che sono estranei all'ambito medico, è *fuoco di Sant'Antonio*. Questo secondo nome è dovuto per certi versi al bruciore e all'intensità dei disturbi. In passato, infatti, l'idea del "fuoco" era associata ad un'altra malattia, causata da un fungo velenoso talora parassita della segale, il fungo *Claviceps purpurea* (chiamato anche *Ergot*): per il suo aspetto, la segale così infestata prende il nome "segale cornuta". Con la macinazione del cereale, per produrre farina e quindi pane, passava nel composto una sostanza tossica, denominata ergotina, che di conseguenza provocava una grave forma di avvelenamento denominata appunto "ergotismo". La sintomatologia era caratterizzata da fenomeni convulsivi, cancrena degli arti e febbre, la quale, assieme allo stato tossico, produceva nel malato un'insopportabile sensazione di fuoco. Facendo appunto riferimento a questo sintomo il popolo ha dato alla malattia il nome di *fuoco sacro* o *fuoco di Sant'Antonio*. Il santo cui viene fatto riferimento è Sant'Antonio Abate, monaco egiziano vissuto nel IV secolo, considerato anche protettore degli animali. Solitamente viene raffigurato con una fiaccola, in relazione alla cura di questa dolorosa malattia, e con un maiale, poiché dal XVIII secolo il grasso dell'animale era usato per ungere i pazienti contro le infermità della pelle (CASTELLI ZANZUCCHI M. 1992: 22).

Ho incontrato nella mia analisi cinque guaritori che segnano il "fuoco": quattro donne e un uomo. Le modalità di segnatura sono differenti, variano lievemente da guaritore a guaritore, ma uno dei tratti maggiormente diffusi risulta essere la segnatura di croci. Una variante è data dalla rappresentazione di una finta cucitura con ago e filo, riproposta su ogni singola pustola, senza però toccare veramente la pelle del paziente con l'ago.

2.2 Il Calo dello stomaco o Mal di stomaco

*Lu Signore rinni di l'Inuù
E ghiù 'n casa d'un bon omu
Un bon omu e 'na mala donna
Acqua rara
Pagghia spara
Reschi di pisci senza ammagghiù
Vattini, duluri, cà 'un ti vagghiu.
(PITRÈ G. 1949 [1896]: 335)⁽¹⁾*

I sintomi classici del “mal di stomaco” sono: nausea, nessun desiderio di cibo, spossatezza generale, e l'espressione comune che si usa è “abbassamento” o “calo dello stomaco”: l'operazione effettuata ha quindi la finalità di “rialzarlo”.

Riprenderò qui le parole di Zeno Zanetti, che descrive alla fine dell'Ottocento la posizione dello stomaco nell'immaginario popolare umbro: è utile per rendere meglio l'idea del suo “abbassamento” ed “innalzamento”:

«Lo stomaco, secondo il concetto volgare, deve, allo stato sano, occupare il centro dell'epigastrio, ossia deve corrispondere alla fossetta formata dall'incontro delle cartilagini costali sull'appendice xifoide [...]. Sembra dal modo di esprimersi delle nostre donne, che il viscere debba essere appeso a questa forcinella, pressa a poco come un caldaio alla sua catena, e che questa catena possa crescere in lunghezza, facendo calare lo stomaco ad un livello inferiore al consueto» (ZANETTI Z. 1978 [1892]: 40).

L'immagine simbolica dello stomaco situato in una “fossetta” e legato ad una corda è interessante non solo come testimonianza della tradizione popolare umbra di fine Ottocento, ma anche in relazione ai dati che io stessa ho raccolto durante la mia indagine. In effetti tra le undici persone che ho intervistato solamente una “tira su lo stomaco”. Ma l'oggetto indispensabile ai fini del buon esito di una segnatura è proprio una cordicella benedetta, o *tavèla*, in dialetto parmigiano:

«Lei mi aveva insegnato di prendere una cordicina, una *tavèla*, che allora si usava ancora andare a Fontanellato⁽²⁾ che c'era la misura della Madonna. Nel senso che era l'altezza della statua della Madonna piccola di Fontanellato e là la vendevano le suore [...] è anche un po' sporca perché usandola, questa non è più quella della Madonna di Fontanellato, però io l'ho fatta benedire ugualmente, così la posso sempre usare. La lego qui, prendo il mio sgabellino, prendo la mia seggiola, mi tiro su le maniche, poi dico le preghiere e mentre dico faccio questo gesto» (Giuseppa, 82 anni).

Durante il nostro colloquio la guaritrice mi ha mostrato concretamente come pratica il rituale: dopo aver recuperato il suo sgabello e averlo posto di fronte ad un piccolo mobile, lega la corda benedetta al pomello del cassetto e si siede. In seguito dispone la corda parallela al braccio destro, mentre con la mano sinistra la tiene ferma sul gomito. Il braccio con la corda bloccata sul gomito e solo il dito medio appoggiato su di essa, viene da lei mosso dal basso verso l'alto e durante questi istanti la donna recita alcune parole, nel suo caso preghiere cattoliche "canoniche". Per capire se lo stomaco è effettivamente abbassato è indispensabile ripetere il movimento appena descritto e se il dito non rimane sempre alla stessa altezza, ma si abbassa pian piano lungo la corda, allora significa che è necessario l'intervento della guaritrice. Continuando quindi con questa gestualità e con le preghiere per tre volte, il dito ritorna su e questo significa che anche lo stomaco si è rialzato.

2.3 *L'Erisipela (o Rosipola)*

*Sant'Anna va pel mondo
e incontra Cento resipole.
Dove vai (andate), Cento resipole?
Sopra un osso del cristiano,
lo faccio abbaiare come un cane.
Corri, pastore, con un grosso pastorale,
piglia la lana della pecorina,
l'olio della verde uliva.
In nome di Dio e della Vergine Maria,
questa resipola se ne va via.
(DE NINO A. 1891: 23)*

La *rosipola*, erisipela in termine medico, è un'infezione della pelle che può essere causata da più batteri, in genere lo streptococco. Si manifesta un arrossamento circoscritto ad un'area specifica, come gambe o viso. I miei informatori hanno descritto la *rosipola* come l'infezione che segue la puntura di un insetto, un dolore circoscritto all'area dei denti e delle guance, un bollo rosso con dei puntini, come la reazione che appare sulla pelle dopo una scottatura.

Dai guaritori è curata con la segnatura, spesso sfruttando il potere di oggetti d'argento come anelli o monete, grazie ai quali, appunto, si segnano croci sulla zona colpita. In merito, un'analisi più dettagliata del rituale verrà proposta nel *paragrafo 4* dedicato alla segnatura mediante amuleti.

2.4 La Storta

*Vado alla fontanella
metto il piede sulla predella
la predella la dà la ròta
il piede dà la storta.
Preghiamo Dio e Santa Léna
che guarisca da questa véna.
(SCALA F. 1983: 25)⁽³⁾*

La “storta”, insieme al fuoco di Sant’Antonio, è il male, che dalla mia indagine risulta più diffusamente trattato: cinque guaritori curano, appunto, le distorsioni.

In alcuni contesti chi possiede questo dono viene denominato *conciaossa* o *aggiustaossa*, appunto per la sua abilità nel rimettere a posto gli arti. Negli ambiti dove operano sono considerati figure intermedie tra i medici e i guaritori tradizionali in rapporto alla loro attività sostanzialmente “tecnica” fondata su semplici massaggi e manipolazioni.

Nella tradizione parmense la posizione del *conciaossa* non si allontana, né si distacca, da quella degli altri operatori. Anche in questo caso infatti la pratica di cura non si limita ad una manipolazione della zona interessata, ma ad essa si accompagnano formule, preghiere e segnature di croci, tali da costituire un vero e proprio rituale.

Per una ulteriore specifica modalità di cura della storta, riferitami da un paziente, rinvio a più avanti, al *paragrafo 4.2 Amuleti oggettuali*.

2.5 Gli Occhi

*Santa Lucia
Passate per casa mia
Con una nappa di finocchio
Levatemi la ruscia⁽⁴⁾ da quest’occhio.
(ZANETTI Z. 1978 [1892]: 173)*

Quando ci si riferisce tradizionalmente ai dolori agli occhi non si fa riferimento a una malattia ben precisa: può trattarsi di un orzaiolo, di oftalmia, di una intrusione di corpi estranei, di congiuntivite, o addirittura di cataratta o vera e propria cecità.

L’unica guaritrice che ho intervistato specializzata nella cura degli occhi era anch’essa curiosamente ignara di quale fosse il suo potere operativo: non solo perché non aveva ancora messo in pratica gli insegnamenti che le aveva tramandato la bisnonna guaritrice, ma anche perché la modalità

di trasmissione, avvenuta con l'esclusivo passaggio della formula scritta, non specificava nei dettagli quali fossero le malattie agli occhi passibili di segnatura.

Essa mi ha riferito che l'intervento terapeutico comprende la ripetuta segnatura delle croci seguendo la forma dell'occhio per tre volte da una parte e tre dall'altra, ricreando tre cerchi, mediante le croci.

2.6 I Vermì

*Caschene a une a une,
Com'a llù pire ch'è mature;
Caschene a quattre a quattre,
Com'a llù pire che s'è desfatte.*
(DE NINO A. 1891: 185)⁽⁵⁾

Nei termini della biomedicina i “vermi” ai quali la tradizione fa riferimento sono essenzialmente due: ossiuro (*Enterobius vermicularis*) e ascaride (*Ascaris lumbricoides*). Non ci si riferisce invece alla tenia (*Taenia*), la quale non viene tradizionalmente curata mediante segnatura.

Il primo è diffusissimo tra i bambini, che lo contraggono per mancanza di rigorose norme igieniche. È facile infatti che questi, durante i loro giochi, si portino le mani sporche alla bocca ingerendo, di conseguenza, le uova annidate nella polvere. Gli ossiuri sono di piccole dimensioni e causano un forte prurito, soprattutto a livello dell'orifizio anale, dove vengono depositate le uova. L'ascaridiosi, invece, implica la presenza di vermi abbastanza grandi (la femmina misura dai 20 ai 35 cm), con possibilità di scendere verso lo stomaco o risalire dai bronchi alla trachea, in direzione della bocca (GUGGINO E. 1983: 78).

Stando a quello che ci riportano le fonti, in passato, si faceva largo uso della segnatura per porre rimedio ai vermi. Purtroppo nell'ambito della mia ricerca non sono riuscita a rintracciare nessun guaritore che se ne occupasse direttamente, anche se in diversi mi hanno riferito di aver conosciuto persone adibite a segnare questa infermità.

Le fonti riportano un rituale di una guaritrice di Castelnorviglio (provincia di Parma, Val Ceno) che prendeva un tegame in terracotta, lo riempiva d'acqua e vi spezzava dentro un filo di canapa: se i pezzetti si muovevano, il bambino aveva i vermi. Per curarli si prendevano alcuni spicchi d'aglio spellati, si infilavano in uno spago e si mettevano al collo del paziente a mo' di collana (CASTELLI ZANZUCCHI M. 1992: 121-122)⁽⁶⁾.

2.7 Il Malocchio

*Con due ti lego,
con tre ti tiro,
il sangue ti bero,
il cuor ti spartisco,
Cristo proteggimi*
(Giovanna, paziente, 73 anni)

Indagare sul tema del “malocchio”, presso i guaritori tradizionali, è piuttosto complesso, carico come esso è di valori negativi. Ecco l'estratto di una intervista da me condotta.

«Poi tolgo anche il malocchio, non te l'ho detto prima perché non è una segnatura.

Come funziona?

Prima si vede se questa persona ha il malocchio, poi anche lì bisogna stare attenti, come mi diceva quella che me l'ha insegnato, molto spesso sono solo persone che sentono addosso una cosa e la chiamano malocchio. Si devono far forza da sole prima di tutto, e non è che uno dice “toglimi il malocchio” e allora sta bene, molti sono magari depressi. Il malocchio è un'altra cosa, se uno ce l'ha se lo sente addosso.

Come si vede se c'è?

Si pensa alla persona, ci sono delle parole da dire e poi si fa con dell'olio, con uno stecchino, sempre quello. Si buttano tre gocce in un piatto con l'acqua, vedi se le gocce si allargano allora c'è il malocchio, se rimangono unite non c'è. Se c'è il malocchio si rifà finché non va via. Si dicono queste parole, si mettono le gocce, se s'allargano si prende una padella calda o scottata sul fuoco o sulla stufa, si dicono delle parole, poi si ripete, si mette l'acqua, le gocce, poi si vede, si butta nella padella. Poi si rifà un'altra volta, alla fine si prende il contenuto della padella e si butta via nell'acqua corrente e si dicono delle parole.

Perché acqua corrente?

Perché l'acqua porta via.

Quindi deve esserci un rubinetto aperto?

Sì, nell'acquaio o anche nel bagno, però deve esserci acqua corrente.

Le parole si dicono all'inizio o durante la pratica?

All'inizio si dice una frase, poi si dicono delle parole durante e dopo, ripetute per tre volte.

Quindi se lo devi rifare le ripeti tre volte ogni volta?

Sì» (Filippo, 25 anni).

I passaggi per eliminare il malocchio sono dunque diversi: in primo luogo è necessario scoprire se il paziente ne è affetto. A tal fine occorre disporre di una sostanza ben precisa: l'olio. Per le sue proprietà

chimico-fisiche l'olio immesso in acqua non si scioglie normalmente e rimane come un corpo autonomo. Lasciando cadere delle gocce d'olio in un recipiente con dell'acqua vi si formeranno delle bolle d'olio e a seconda delle loro caratteristiche si potrà accertare la presenza o assenza del malocchio. Nel primo caso le gocce si allargheranno, nel secondo resteranno compatte. Un rituale, questo, largamente diffuso peraltro in diverse regioni d'Italia, anche se ne esistono molti altri⁽⁷⁾.

Un altro aspetto della procedura rituale al quale l'intervisto fa riferimento è dato dal ruolo del fuoco e dell'acqua, che vengono utilizzati per bruciare e neutralizzare il potere dell'invidioso che aveva causato il malocchio. Il primo aveva quindi il compito di distruggere il male e la seconda di allontanarlo.

Filippo è l'unico guaritore in grado di segnare il malocchio tra tutti i miei informatori e lui stesso ha sottolineato che questa particolare segnatura differisce dalle altre. Quando cercai di comprenderne le ragioni, mi rispose quanto segue:

«Quando uno sta male, sta male e basta. Il malocchio qualcuno te lo fa, sta in questo la differenza. Son due cose diverse, però per me che lo faccio sono uguali, perché alla fine togli sempre il male e uno deve esser convinto, deve voler togliere il male quando fa queste cose, deve sapere quello, se no non serve a niente» (Filippo, 25 anni).

È stato appunto difficile affrontare il tema del malocchio. Diversi guaritori lo ritenevano qualcosa di estraneo e slegato dall'universo della medicina tradizionale, inverosimile e ridicolo, mentre altri cambiavano repentinamente espressione, rispondendo bruscamente: «No, *quello* no», «non mi sento di affrontare quella roba lì», «il malocchio non mi piace, lasciamo fuori le cose brutte». La distinzione è evidente: nonostante anche il malocchio richieda la pratica della segnatura, negli altri casi ci si occupa di mali indipendenti dalla volontà di ognuno. Nessuno viene imputato di essere il fautore di una storta o di un mal di stomaco. A questo si aggiunge il fatto che, con i recenti processi di modernizzazione e il conseguente allontanamento dalle tradizioni più arcaiche, ritenute solo mere superstizioni, queste pratiche tendono ad essere derise e denigrate.

3. Iniziazione dei guaritori tradizionali

Talune fonti attestano che in passato i guaritori, per essere tali, dovevano possedere caratteristiche peculiari: essere settimini⁽⁸⁾, ovvero il

settimo figlio dello stesso sesso (il termine non si riferiva come adesso a bambini nati di sette mesi), avere partorito dei gemelli (in alcuni contesti ci si riferisce a gemelli omozigoti, in altri sia a omozigoti sia a eterozigoti), o essere “nati con la camicia”⁽⁹⁾.

Queste antiche modalità di “vocazione” sembrano scomparse. I fattori per diventare guaritore non sono legati a caratteristiche tipologiche involontarie e incontrollabili. Ai guaritori da me intervistati, la scelta di diventare tali è dipesa dal soggetto stesso o da qualche familiare. Per questa ragione la trasmissione avviene alla nascita e/o al battesimo oppure è dipesa da pratiche di insegnamento effettuate durante la notte della vigilia di Natale. Una volta iniziato, il guaritore assumerà un nuovo status, quello di specialista del rito e come tale non potrà rivelare i segreti acquisiti.

3.1 *Trasmissione della pratica alla nascita e/o al battesimo*

Questa modalità di trasmissione prevede che al bambino venga messo in mano un “oggetto” al momento della nascita e/o del battesimo, il quale rappresenta quello che il futuro guaritore sarà in grado di segnare.

Un primo caso, nella mia ricerca, è stato quello di Renato al quale al momento della nascita è stata donata una foglia d'avena, che in un futuro gli avrebbe permesso di segnare le storte. Il legame tra l'“oggetto” e la malattia sembra essere in questo caso principalmente un'associazione fonetica, proprio perché le distorsioni venivano chiamate anche *vene torte*. Il bambino, essendo inizialmente troppo piccolo per apprendere il rituale, veniva istruito sulle modalità di segnatura (che comprendono gestualità, formule ed eventuale ausilio di amuleti) *in un secondo momento*, da un membro della famiglia o della comunità, anch'esso in grado di curare lo stesso male.

Il caso di Renato e della storta non è però isolato, sembra essere una modalità di trasmissione piuttosto diffusa, per lo meno tra Parma e provincia. Un'altra guaritrice, anch'essa segnatrice di storte, è stata iniziata nello stesso modo: in questo caso però il momento dell'acquisizione della pratica non fu quello della nascita reale, ma spirituale, il battesimo. Un'ulteriore differenza è legata poi all'“oggetto” donatole con fini propiziatori, che è un unguento: il grasso di maiale. Le venne spalmato ad indicare che avrebbe segnato le storte, questo perché la guaritrice, per effettuare la segnatura, utilizza proprio del lardo, con il quale unge la parte malata e vi pratica un massaggio.

Infine un terzo caso, quello di Rita, alla quale è stata messa in mano una rosa:

«Non so cosa mi hanno fatto quando ero piccola, appena nata. Io sono nata in una villa dove c'erano dei roseti davanti alle finestre, allora mi han dato una rosa in mano. Io non mi ricordo e me l'han data anche quando mi hanno battezzato, m'han fatto questa cosa. Allora dopo poi mia madre mi ha detto: "ti han fatto così perché segni le rosipole"» (Rita, 70-75 anni).

Anche in questa situazione il legame tra la rosa e la malattia sembra prevalentemente fonetico, proprio perché il suono della parola rosa è simile a quello della parola *rosipola*. Alla bambina il rituale è stato praticato per la prima volta durante la nascita e corroborato al momento del battesimo.

3.2 *Trasmissione per insegnamento durante la notte della Vigilia di Natale*

In questo caso l'iniziazione avviene la notte del 24 dicembre, a mezzanotte. È usanza comune che il candidato si rechi dal guaritore più "anziano" per apprendere i segreti del rituale. La sua trasmissione è quindi mediante insegnamento. È dunque necessaria l'attiva presenza di uno "specialista", capace di praticare il rituale (gesti, parole, strumenti).

Durante la trasmissione della pratica, nessun altro può essere presente e il neofita presterà molta attenzione ad apprendere con precisione tutti i passaggi.

Il vecchio guaritore è selettivo e accorto, sceglie con cautela coloro che sono destinati a portare avanti la tradizione. Devono essere persone rispettose del rituale e di ciò che esso tramanda, credere nella sua efficacia e nel suo valore.

«Come hai imparato a segnare?

Me l'ha insegnato una signora la Vigilia dello scorso Natale a mezzanotte.

Come è avvenuto?

Sono andato prima da questa signora, mi ha conosciuto, era una conoscenza che avevamo in comune io e un'altra mia amica e dopo quando le ho chiesto se mi insegnava, prima ha voluto parlare con me, mi ha chiesto perché volevo farlo, cosa mi spingeva. Mi ha detto che sono cose sulle quali non c'è troppo da scherzare. Se uno ci crede ci crede, se non ci crede può anche lasciar lì. Vanno trattate con serietà. Poi me l'ha insegnato, ha detto che lo faceva volentieri di insegnarmelo. Ai suoi nipoti non l'avrebbe insegnato perché diceva che non erano adatti e si è raccomandata anche con me se lo avessi voluto insegnare a qualcuno sempre alle stesse condizioni (notte di Natale, ecc.), di farlo con una persona che sia valida» (Filippo, 25 anni).

Tra i guaritori intervistati tre di loro sono stati iniziati durante la notte della vigilia di Natale. In uno dei tre casi la trasmissione del sapere ha implicato un vero e proprio passaggio di poteri dal primo guaritore al secondo, che diventerà colui che porterà avanti la tradizione. Il passaggio è quindi totale e il primo guaritore si troverà a perdere i propri poteri.

Una situazione insolita è stata quella di Jessica, alla quale il rito fu trasmesso durante quella notte, ma la formula in questo caso era stata scritta e nascosta in un taccuino, caratteristica fuori dal comune. Cerchiamo di scoprirne la ragione:

«Mia nonna mi ha sempre detto di custodire i segreti di questo metodo di segnatura all'interno di un libretto, che le era stato regalato quando si è sposata. Un libretto sul quale mia nonna ha iniziato da quel momento in poi ad annotare tutti gli eventi significativi della sua vita, quindi il matrimonio, la nascita di mio padre, il battesimo. Un giorno sfogliandolo mi sono accorta che c'era una pagina coperta da un foglio a quadretti, tenuto ferma da delle graffette e ho chiesto cos'era, e mia nonna mi ha detto: "lì sotto c'è la formula magica per segnare gli occhi", te la voglio insegnare, passare, però non si può, si può solamente durante la notte della Vigilia di Natale. Io ho l'abitudine di andare da mia nonna per la Vigilia e, due anni fa, finita la cena, lei ha preso questo libretto, non l'ha guardato e si è assicurata che né mio padre, né mio nonno, né lei guardassero, perché questa formula segreta doveva essere letta solo dall'iniziato. Mi ha chiesto di impararla a memoria e oltre alla formula c'erano scritte diciamo le istruzioni, come segnare» (Jessica, 35 anni).

Jessica ha trovato in questo taccuino i segreti della guarigione degli occhi e solo lei ha potuto leggere la formula, apprendendola durante la notte di Natale. È interessante che la nonna di Jessica è una delle guaritrici che ho avuto modo di intervistare, ma non mi ha detto di segnare anche gli occhi.

Mi sono chiesta come sia possibile trasmettere una pratica senza saperla segnare e come mai la guaritrice ne era in possesso e la teneva nascosta. Le risposte a queste domande me le ha data la stessa Jessica, la quale mi ha spiegato che la formula apparteneva alla sua bisnonna che, essendo analfabeta e volendo tramandarla, chiese alla figlia di trascriverla, ma allo stesso tempo di tenerla nascosta ad occhi indiscreti, ragione per cui venne ricoperta.

3.3 Trasmissione svincolata da norme prestabilite

Ben cinque guaritori non fanno riferimento ad alcun momento specifico e ritualizzato in cui hanno ricevuto il "sapere":

«Io lo segno perché me lo ha insegnato una donna quando ero ancora ragazza, che lei non so chi glielo aveva tramandato, magari da uno, da un altro, non lo so, lei era un'anziana, ero andata per me perché avevo sempre mal di stomaco, ero molto gracile, allora lei mi aveva insegnato e mi disse: "io ti insegno così lo puoi segnare agli altri e anche a te stessa"» (Giuseppa, 82 anni).

Dal racconto di Giuseppa non emerge nessuna particolare circostanza, né periodo dell'anno, né presenza di oggetti simbolo del male. Ha appreso la pratica in un giorno qualunque, per poter essere utile alla comunità e a se stessa, elemento che ci permette di dedurre che è anche possibile curarsi da soli. Lo stesso procedimento vale per altri tre guaritori. In un ultimo caso la "virtù" venne appresa attraverso un libro: la guaritrice mi ha riferito di non ricordarsi che testo fosse. Le ipotesi sono diverse: potrebbe essere stato un libro di ricerca sulla medicina tradizionale, in cui erano riportati rimedi di guarigione popolare, oppure un taccuino di un'altra guaritrice.

4. Tecniche diagnostiche e terapeutiche

4.1 Unguenti

Alcuni guaritori da me intervistati privilegiano, pur associato a componenti rituali, l'uso di sostanze emollienti o altri composti che sfruttano i principi attivi presenti in alcune piante.

«Nel pratico come funziona la segnatura della storta?

Funziona che quando si uccide il maiale bisogna togliere questo grasso però non è il grasso del maiale è un grasso che si trova qui nelle costole. Questo grasso si toglie, si macina, si sala, poi si mette in cantina che prende un po' d'arancio, un po' di giallo, diventa un po' invecchiato. Poi quando una persona viene e mi dice che le fa male io prendo il piede e sento il nervo dove è stato tirato, che è infiammato, allora prendo una bacinella di acqua tiepida, abbastanza calda, però che si possa resistere, ci metto dentro questo grasso e poi comincio a spalmarlo, comincio a tirare questo nervo prima piano piano piano, poi schiaccio sempre di più, fin tanto che non sento che il nervo si ammorbidisce. [...]. Io faccio il segno della croce, mi inginocchio e questo massaggio lo continuo per dieci minuti, prima più leggero perché fa male, fin tanto che non gli ho fatto assorbire questo grasso, poi lo lascio così, non lo lavo» (Anna, 57 anni).

L'unguento di cui si parla è un grasso di maiale, lo stesso che alla guaritrice è stato messo in mano al momento del battesimo. Essendo una sostanza di comune diffusione in Emilia, non stupisce che sia stato scelto come materiale fluido per compiere con maggior scioltezza il massaggio.

Ricordiamo inoltre che in passato il grasso di maiale veniva utilizzato come rimedio per diverse malattie, tra le quali il fuoco di Sant'Antonio (BARONTI G. - MANCONI D. 2000: 20).

Anche in base alla mia ricerca, il grasso di maiale è stato utilizzato da una guaritrice proprio per curare il fuoco di Sant'Antonio. L'informazione mi è giunta tramite la fonte indiretta di un paziente che mi ha raccontato come al grasso di maiale la guaritrice unisse delle foglie del rovo appunto per creare un unguento. Le foglie andavano raccolte in un momento preciso della giornata, probabilmente l'alba o il tramonto, poi, unite al grasso, venivano spalmate sull'area interessata dal "fuoco sacro" e bruciate una volta terminato il rito.

4.2 Amuleti oggettuali

Differenti amuleti vengono utilizzati *durante la segnatura* con finalità terapeutiche. Un esempio significativo è quello della guaritrice Maria che cura le *rosipole* mediante l'ausilio di 5 lire d'argento, datate 1876 (si vedano le *figure 1 e 2*). La moneta riporta da un lato il volto di Vittorio Emanuele II e dall'altro lo stemma del Regno d'Italia. Con essa si segnano delle croci e in seguito viene lasciata, per diversi minuti, sulla zona malata, in modo da compiere la guarigione.



Figura 1: recto della moneta utilizzata dalla guaritrice Maria per curare la *rosipola*



Figura 2: verso della moneta utilizzata dalla guaritrice Maria per curare la *rosipola*

Le fonti attestano che erano utilizzati frequentemente a questo scopo gli antichi "testoni" raffiguranti Ranuccio Farnese duca di Parma. Secondo

il Bellucci il legame tra la moneta e la malattia è dato da un semplice processo di “assimilazione”: siccome sui “testoni” il volto raffigurato era particolarmente grande e la *rosipola* si presentava spesso sul viso, l’antropologo perugino propose appunto questa interpretazione per “associazione” (ZANETTI Z. 1978 [1892]: 256). In realtà questa è solo un’ipotesi. Secondo un’altra ipotesi, fondamentale sarebbe non tanto la moneta, quanto il materiale costitutivo: l’importanza dell’argento, secondo alcuni, troverebbe riscontro nelle sue proprietà come antisettico. Veniva in effetti sfruttato per sconfiggere malattie infettive (PAZZINI A. 1948: 171).

Un altro “oggetto” utilizzato con la stessa funzione, a quanto è risultato dalle interviste, è il carbone. La guaritrice Pia disegna con esso delle croci per curare il fuoco di Sant’Antonio; le chiesi perché proprio il carbone e lei mi rispose: «perché il carbone è venuto dal fuoco, allora è il carbone che deve segnare». Il principio che si segue sembra essere quello della magia simpatica, in questo caso non quella per contatto ma quella omeopatica (FRAZER J.G. 2006 [1922]: 33).

Vi sono quindi relazioni importanti tra mali e strumenti. L’amuleto viene scelto perché possiede caratteristiche ben precise: il carbone porta in sé le caratteristiche dell’elemento fuoco rappresentando, quindi, la causa del male, ed è proprio attraverso la conoscenza della causa che è possibile eliminarne l’effetto.

Un altro oggetto scelto per una sua specifica caratteristica è, come ho già detto, la *tavèla* benedetta, per “tirare su” lo stomaco. Le fonti parlano di cinture o nastri con la stessa funzione, tutti oggetti in grado di avvolgere il corpo e metaforicamente di “tirarlo” (GIOVETTI P. 1998: 41).

Non tutte le infermità richiedono l’ausilio di amuleti, e la stessa malattia, curata da guaritori diversi, può comportarne l’assenza o la presenza. Da un’altra un’informatrice sono venuta a conoscenza dell’utilizzo di un diverso metallo, il piombo, usato per segnare i vermi. In seguito a un forte e ripetuto dolore di stomaco, di cui non conosceva la causa, la donna decise di provare ad andare da un guaritore che segnava i vermi. Questi prese il piombino presente nei salami e lo mise su un cucchiaino, poi avvicinò il tutto al fuoco del fornello e fuse il piombo. In seguito posizionò il cucchiaino sopra la testa della paziente aspettando che il piombo si raffreddasse.

Se una volta raffreddato il piombo si assottigliava ed allungava assumendo una forma simile a quella di un verme, questo era indice della malattia. Il guaritore in questione non fu in grado di curare la paziente, però grazie a lui lei scoprì di avere la tenia.

Attraverso fonti indirette⁽¹⁰⁾ ho scoperto una modalità interessante di segnare la storta: il guaritore si procura un pentolino di terracotta e lo riempie d'acqua, poi prende un altro contenitore più grande e vuoto e vi capovolge il primo. Lo lascia lì rovesciato per un po' di tempo. Se l'acqua si posiziona tutta nel contenitore maggiore sotto al primo tegamino, senza fuoriuscire dai bordi, allora significa che il male in questione è una storta, se invece l'acqua si espande è qualcos'altro e il guaritore non può porvi rimedio. Nel primo caso la distorsione viene curata grazie a un particolare oggetto, "costruito" appositamente per la segnatura: si prendono sei bastoncini di frumento e si legano insieme a due a due con del filo di cotone, formando tre croci, in seguito queste vengono cucite su una tela di canapa. Il tutto andrà poi ad avvolgere la caviglia del paziente (si veda la *figura 3*).

4.3 Amuleti scritti

Agli amuleti costituiti da oggetti o altri materiali vanno aggiunti quelli che traggono la loro potenza dalle parole. Secondo Cardona, esistono una serie di caratteristiche costanti che si accompagnano agli amuleti scritti:

- La preparazione del testo è delegata a uno specialista
- La sua efficacia è illimitata nel tempo
- Il contenuto del testo è costante
- La gamma degli scopi curativi è universalmente simile
- La scrittura si porta sul corpo, prevalentemente sul collo e sul petto all'altezza della gola
- La scrittura è racchiusa in una custodia, un sacchetto chiuso che la rende inaccessibile e da cui non deve essere rimossa (CARDONA G.R. 1983: 91-93).

Durante la mia ricerca mi è capitato di rilevare soltanto un caso di amuleto scritto, quello di Jessica, la quale ha rinvenuto la formula di guarigione degli occhi in un taccuino, coperta da un foglio di carta, graffiato su di essa. L'amuleto in questione possiede quasi tutte le caratteristiche tipologiche enumerate da Cardona: in primo luogo è stato scritto da uno "specialista", la nonna di Jessica, sotto dettatura della bisnonna analfabeta, anch'essa guaritrice degli occhi. In secondo luogo l'efficacia dell'amuleto è effettivamente illimitata e per questo trasmessa per via ereditaria. Il contenuto rimane costante, la formula non cambia, la gamma degli scopi curativi è simile, infine la scrittura viene custodita

lontano da occhi indiscreti, coperta da un foglio che ne impedisce la lettura. L'unico elemento che non concorda con lo schema formulato da Cardona è la possibilità di portare con sé l'amuleto, forse perché il suo scopo, in questo caso specifico, non era quello di proteggere l'individuo ovunque si trovi, ma quello di guarire.

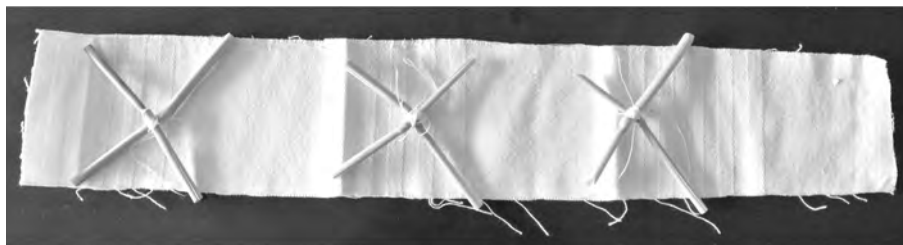


Figura 3. Immagine delle tre croci di frumento e della tela di canapa sulla quale vengono normalmente cucite per segnare la *storta*

4.4 Formule verbali orali

Molto importante è l'uso delle "formule". La parola ha infatti valore performativo, potere creatore, è azione, può essere considerata alla stregua di oggetti fisici, di ingredienti medici concreti (fra i tanti, GALLONI P. 2005: 179). Questo rappresenta, inoltre, l'aspetto maggiormente delicato del rituale, è qui che emerge la sua segretezza e inafferrabilità. Tutte le altre componenti, che comprendono gestualità, simbologia e utilizzo degli oggetti, sono chiaramente percepibili dal paziente. Le parole no, sono pronunciate in modo da essere riservate, inaccessibili, segrete.

Durante le interviste sono emersi dati interessanti. Innanzitutto, su undici guaritori solamente due non pronunciano alcun genere di parole. Dei restanti nove ho rilevato tre differenti categorie: chi fa uso di preghiere cattoliche canoniche, chi fa uso di altre formule verbali e chi fa uso di entrambe.

Tentiamone un esame più puntuale.

Formule cattoliche "canoniche"

Durante la mia indagine di campo ho avuto modo di incontrare due guaritori che associano alla segnatura la ripetizione di preghiere cattoliche. In un primo caso la guaritrice ha acconsentito anche a rivelarmele (*Padre Nostro, Ave Maria e Credo*): sembra quindi abbia "infranto" il tabù di segretezza. L'elemento curioso si presentò però in un secondo momento,

quando ebbi modo di intervistare la nipote, anch'essa guaritrice. Siccome le infermità di cui si occupano non sono le stesse, rispettivamente stomaco per la nonna ed "occhi" per la nipote, le chiesi perché non si fosse fatta trasmettere la virtù di segnare lo "stomaco" e lei mi rispose:

«Io glielo ho chiesto di insegnarmi e lei c'ha provato, solo che il problema di mia nonna è che è vero ci sono queste preghiere da ripetere abbinate a questa gestualità e insomma mia nonna lei ha provato a insegnarmi però una volta mi diceva una cosa, una volta me ne diceva un'altra. La sua gestualità si è anche modificata nel corso del tempo e anche le preghiere sono più o meno sempre le stesse, ma le parole cambiano, quindi io non riesco a capire esattamente le parole che si devono dire. A parte il Padre Nostro e le preghiere canoniche, ce ne è un'altra. C'erano queste tre preghiere e nel momento in cui mia nonna diceva questa preghiera le parole erano sempre diverse, me le sono fatte scrivere.

È una preghiera canonica?

No, che non è canonica, io non la so» (Jessica, 35 anni).

Dalla confessione di Jessica sembra quindi che esista una quarta formula cattolica, non canonica, che sua nonna, per distrazione o per scelta, ha preferito non rivelarmi. Potrebbe essere racchiusa proprio in quest'ultima la maggior potenza del rituale.

Il secondo caso è quello di Renato, guaritore di storte, nonché figlio di Giuseppa e padre di Jessica. Nella loro famiglia vi sono tre generazioni di guaritori che segnano tre mali distinti: "stomaco", "storte" e "occhi". A differenza della madre, il figlio, in accordo con le regole della tradizione, ha preferito non rivelarmi le parole da lui recitate.

Formule "cattoliche non canoniche"

Alcuni guaritori, pur non rivelandomi con esattezza le formule che recitano, mi hanno riferito che vi è una frequente evocazione dell'elemento acqua. Quest'ultima potrebbe essere intesa sia in relazione alla medicina greca, che curava mediante l'equilibrio degli umori, sia all'acqua benedetta o al rituale del battesimo. Alcune formule rievocano Gesù o i Santi. Filippo mi confidò di recitare la seguente frase prima di ogni segnatura: «Gesù, Giuseppe e Maria mettete le mani prima delle mie».

Non tutte le formule hanno però un legame diretto con la tradizione cristiana. Anche se non ho potuto conoscere le esatte parole che vengono pronunciate, le fonti e alcune testimonianze riportano come in alcuni casi non vi sia alcuna connessione, all'interno delle formule, con riti, "persone" o simboli cattolici.

Tutto sommato, anche sotto questo aspetto si evidenzia quindi l'ambivalenza del rituale, in continua oscillazione tra un mondo cristiano connaturato da secoli nella nostra cultura e un sostrato tradizionale che continua a emergere.

Formule integrate (cattoliche e di altra matrice)

Infine, in taluni casi è manifesta una integrazione tra radici cattoliche e non cattoliche: tre guaritori, durante il rituale terapeutico, fanno ricorso alla "potenza" di formule verbali in cui si integrano riferimenti cattolici (canonici e non) e riferimenti chiaramente di altra origine.

Infine, riporto il caso di Pia, che per curare il fuoco di Sant'Antonio recita come segue: «la carne cotta la ritorni cruda». La formula è molto diffusa in Emilia Romagna e in Toscana: vi si ritrova sia per le scottature che per il "fuoco sacro" (GUIDI O. 2004 [1988]: 57).

4.5 La gestualità simbolica

Il gesto emblematico della segnatura è senza dubbio la rappresentazioni di croci. È significativo il fatto che l'unica ritualità che coinvolge tutti i guaritori sia il segno della croce. In tutte le circostanze l'azione di segnatura comincia proprio con questo gesto ed in tutti i casi da me esaminati (tranne due incerti) vi termina anche.

Per alcuni guaritori sembra che il segno della croce rappresenti semplicemente la normale apertura del rituale, in particolare per quelli che nella cura delle malattie fanno ricorso a formule cattoliche canoniche. Per gli altri, invece, l'impressione che ho avuto è stata che la croce assumesse solo un carattere quasi scaramantico. Quello che intendo è che il segno della croce veniva ripetuto come un gesto ormai incorporato nella nostra cultura, senza la volontaria intenzione di fare appello ai valori cristiani.

Dai dati raccolti durante la mia indagine emerge che sei guaritori su undici sfruttano le croci durante la segnatura con finalità curative. Il numero delle croci non è stabilito, varia a seconda della dimensione del male e della durata del testo orale. Vengono riprodotte direttamente con le mani o sfruttando la potenza magica di alcuni oggetti (moneta, carbone). In alcuni casi si eseguono con un andamento preciso, per esempio seguire il male o girarci intorno, mentre nella maggior parte vengono raffigurate direttamente sull'area interessata senza rinchiudere il male, ma agendo direttamente su esso.

Al simbolo della croce, due guaritori affiancano quello del cerchio. L'iter comune di segnatura prevede la riproduzione della croce attorno alla zona malata giungendo a formare proprio un cerchio.

Un significato fondamentale a cui sembra richiamarsi questa pratica terapeutica è l'idea di esclusione e inclusione del male. Il primo guaritore utilizza un metodo ben preciso per segnare: circonda l'area interessata mediante la riproduzione di croci, lasciando però il cerchio sempre aperto, in modo da circoscrivere il male, permettendogli allo stesso tempo di andarsene.

In relazione a questa gestualità una mia informatrice mi ha raccontato che per guarirla dall'orticaria il terapeuta ha creato un cerchio con del filo di ferro e vi ha avvolto delle ortiche. In seguito ha fatto entrare la paziente al suo interno e gli ha fatto passare addosso il cerchio per tre volte. In questo caso alla potenza simbolica del cerchio si è sommata quella conferita dai principi di magia omeopatica, che sfruttano la causa del male per arrivare alla sua cura.

In relazione al momento e al numero specifico di segnature, in diversi casi mi è capitato di rilevare che il rituale di guarigione veniva ripetuto tre volte e per tre giorni, arrivando ad un totale di nove. Il numero tre e i suoi multipli sembrano essere ricorrenti per buona parte dei professionisti terapeutici.

4.6 Il momento della giornata in cui il rituale di cura va attuato

Altro elemento simbolico legato alle pratiche curative è dato dalla scelta di un determinato momento della giornata per eseguire il rituale. I più diffusi sembrano essere mattino e sera. Fondamentale è che il sole non sia alto nel cielo o, come mi disse una delle guaritrici: «il momento della segnatura deve corrispondere a quando cala il giorno e quando cala l'ora». Il crepuscolo sembra essere la situazione maggiormente propizia per la cura delle malattie. Si distingue come un momento di indeterminazione e ambivalenza che lo collega con la situazione spaziale del sospeso fra il cielo e la terra. Il crepuscolo vespertino viene, inoltre, considerato come l'attimo estremo di un processo e l'origine di un nuovo ciclo (CIRLOT J.E. 1985 [1949]: 179). Probabilmente è per queste sue peculiarità che il crepuscolo viene inteso come momento "magico", con maggior forza e potenza necessarie ad una cura efficace. L'inizio di un nuovo ciclo può dare il via anche all'inizio della guarigione. In altre situazioni, invece, i guaritori intervengono con prontezza e rapidità in qualsiasi momento della giornata.

Infine ricordo anche un paio di casi in cui al paziente (e in uno anche al guaritore) è richiesto di essere a digiuno, relegando così la segnatura alle prime ore del mattino.

5. Valutazione dei pazienti sull'efficacia della segnatura

I pazienti che ho avuto la possibilità d'intervistare sono quindici: nove di loro sono stati segnati una sola volta per un'unica e specifica malattia, mentre gli altri sono ricorsi alla terapia diverse volte e spesso anche per mali differenti: le signature emerse dalla ricerca non sono dunque solo quindici, ma molte di più.

È necessario distinguere tra coloro per i quali la terapia è sembrata efficace e coloro che, al contrario, sono rimasti delusi. Ho raccolto le testimonianze di otto signature per il fuoco di Sant'Antonio, otto per la storta (sarebbero di più perché Jessica è stata segnata un numero imprecisato di volte, ma in questa sede ne considereremo solamente una), due per la scottatura, una per l'orticaria, una per il mal di collo, una per il mal d'anca (probabilmente segnato come una storta), una per il malocchio e una per la dilatazione di stomaco. Anche se gli informatori sono quindici, le signature rilevate complessivamente sono ventitre. Fra di esse solo di cinque terapie è stato dichiarato che non hanno avuto alcuna efficacia, mentre le restanti diciotto sembrano essere andate a buon fine. Importante è distinguere però tra coloro che alla segnatura hanno aggiunto l'azione di medicinali, sfruttando quindi la pluralità dei sistemi medici, e coloro che sono stati protagonisti di una "segnatura pura", che ha agito singolarmente senza nessuna interazione con i farmaci, perché non assunti o sospesi in precedenza.

Analizziamo la situazione maggiormente nel dettaglio:

- Fuoco di Sant'Antonio: 5 signature pure, 2 signature con interazione di medicinali.
- Storta: 4 signature pure, 2 signature con interazione di medicinali.
- Scottature: 2 signature pure.
- Orticaria: 1 segnatura pura.
- Mal di collo: 1 segnatura pura.
- Dilatazione di stomaco: 1 segnatura pura.

Quello che è interessante notare è che quattordici signature su ventitre, ovvero più della metà, sembrano risultate efficaci organicamente⁽¹¹⁾ senza

altri interventi. I pazienti non hanno una vera e propria spiegazione sulle cause di guarigione. Alcuni pensano che sia un fenomeno prodotto dalla loro sincera fiducia nella pratica, altri credono che la biomedicina non sia l'unica strada percorribile e che ne esistano altre, ma la maggior parte non si pone troppe domande e accetta la guarigione così come è venuta.

Naturalmente, questa tematica pone almeno due grosse questioni: quella dei possibili *meccanismi di efficacia* implicati nelle pratiche della medicina tradizionale e quella dei rapporti fra *percezione soggettiva/culturale di guarigione* vissuta ed elaborata dal paziente e *definizione di guarigione* formulata dalla biomedicina.

Non è questa la sede per affrontarli. Ma è forse opportuno, a conclusione di questo semplice rapporto di ricerca, proporre nell'orizzonte di tali questioni qualche brevissima osservazione.

Mi sembra, cioè, che la questione di una possibile efficacia delle pratiche emerse nel corso della ricerca vada posta tenendo in conto il ventaglio di meccanismi o direttrici di intervento curativo che complessivamente – con differenti prevalenze o esclusioni e con differenti elaborazioni – appaiono presenti in tutte le medicine folcloriche. In merito, nel 1989 Seppilli faceva riferimento a tre principali direttrici di intervento: (a) meccanismi propriamente *farmacologici* (che nelle medicine folcloriche concernono soprattutto il ricorso a principi attivi derivati da organismi vegetali o animali), (b) meccanismi che si traducono nella attivazione *psicosomatica* delle difese organiche, e (c) meccanismi riferibili al terreno ancora poco noto dei processi cosiddetti *parapsicologici* (SEPPILLI T. 1989: 10).

In effetti, come abbiamo visto, componenti organiche sia di origine vegetale sia di origine animale sia anche minerale, costituiscono elementi importanti di talune pratiche: e ci indirizzano a verifiche specifiche sul terreno *farmacologico*. Per quanto riguarda l'attivazione di meccanismi *psicosomatici* sarebbero da esplorare le relazioni che si stabiliscono tra guaritore e paziente e, indubbiamente, le "attese" del paziente, in particolare lo "stato" che gli intervistati definiscono come "fiducia" e le dinamiche psichiche attivate dallo spessore simbolico dei rituali. Ovviamente, a un tale "stato" è difficile riferirsi, invece, per taluni pazienti intervistati. I meccanismi *parapsicologici* rimangono in effetti ancora una ipotesi. D'altronde è molto probabile che nelle concrete situazioni si integrino differenti meccanismi di efficacia.

Certo, occorrerebbe estendere e approfondire le ricerche e sottoporre, nella misura del possibile, le pratiche e i loro esiti a uno sguardo multidisciplinare.

*Tabella 1. Informazioni anagrafiche sui guaritori tradizionali e informazioni generiche sul rituale di segna-
tura e le sue modalità di trasmissione*

Nome guaritore	Sesso	Età	Lavoro- occupazione	Tipo di segnatura	Modalità di trasmissione	Età dell'iniziazione o della prima segnatura	Numero di segnature per la cura di un malessere e momento giornata	Uso di oggetti e amuleti	Recita parole o preghiere durante la pratica?	Possibilità di rivelare parole o preghiere
Giuseppa	F	82	contadina	dilatazione di stomaco (tira su lo stomaco)	attraverso una guaritrice, un giorno qualunque	15 anni (iniziazione)	tre volte per tre volte (ripetizione preghiere) mattino, sera e mattino dopo	cordicella benedetta	preghiere	sì: Padre Nostro, Ave Maria, Credo
Renato	M	56	meccanico- contadino	storta	appena nato gli hanno messo in mano una foglia d'avena	circa 20 anni (prima segnatura)	due volte al giorno per tre giorni. prima che nasca il sole e prima del tramonto	/	preghiere	/
Anna	F	57	contadina	storta	al battesimo le hanno messo in mano del grasso di maiale	circa a 16 anni (prima segnatura)	tre giorni di fila, non prima delle tre di pomeriggio	acqua tiepida e grasso di maiale	parole	/
Pia	F	94	contadina	fuoco di Sant'Antonio	attraverso un libro, un giorno qualunque	9-10 anni (prima segnatura)	dipende dalla gravità. la ha sempre segnata solo una volta, ma in alcuni casi va fatto due o tre. segna quando succede	carbone	parole	sì: la carne cotta la ritorna cruda

(segue)

Tabella 1. (cont. 1)

Nome guaritore	Sesso	Età	Lavoro-occupazione	Tipo di segnatura	Modalità di trasmissione	Età dell'iniziazione o della prima segnatura	Numero di segnature per la cura di un malessere e momento giornata	Uso di oggetti e amuleti	Recita parole o preghiere durante la pratica?	Possibilità di rivelare parole o preghiere
Rita	F	70/75	parrucchiera	rosipola	appena nata e durante il battesimo le hanno messo in mano una rosa	15-16 anni (prima segnatura)	tre volte per tre giorni, alla fine della giornata quando cala il giorno e cala l'ora	/	/	non dice parole
Maria	F	88	ha gestito un albergo e macelleria	storta rosipola	durante la notte della vigilia di natale, venne iniziata da un'altra guaritrice	15 anni (iniziazione)	tre volte in quel momento lì, sia per la rosipola che per la storta	per la rosipola usa una moneta d'argento, per la storta solo acqua tiepida	preghiere e parole	/
Filippo	M	25	studente magistrale in archeologia	storta rosipola fuoco di Sant'Antonio scottature	durante la notte della vigilia di natale, venne iniziato da un'altra guaritrice	25 anni (iniziazione)	tre volte per tre giorni, in nessun momento particolare per tutti i malesseri	/	preghiere e parole	/
Jessica	F	35	coordinatrice di un museo	occhi	durante la notte della vigilia di natale, attraverso la lettura della formula nascosta su un taccuino	33 anni (iniziazione)	tre volte in un occhio e tre nell'altro sempre nello stesso momento	/	parole	/

(segue)

Tabella 1. (cont. 2)

Nome guaritore	Sesso	Età	Lavoro-occupazione	Tipo di segnatura	Modalità di trasmissione	Età dell'iniziazione o della prima segnatura	Numero di segnature per la cura di un malessere e momento giornata	Uso di oggetti e amuleti	Recita parole o preghiere durante la pratica?	Possibilità di rivelare parole o preghiere
Domenica	F	79	contadina e operaia	fuoco di Sant'Antonio	attraverso una guaritrice, un giorno qualunque	45 anni (iniziazione)	tre volte al mattino, entrambi a digiuno.	acqua benedetta e un altro oggetto (la guaritrice ha preferito non rivelare di che oggetto si tratta)	parole (forse anche preghiere)	/
Cleofe	F	83	sarta	fuoco di Sant'Antonio	attraverso una guaritrice, un giorno qualunque	68	tre mattine a digiuno (solo il paziente)	/	/	/
Anonimo	F	80	operata, impiegata	fuoco di Sant'Antonio storta	attraverso una guaritrice, un giorno qualunque	24-25 20	tre giorni di fila, alla sera, quando il sole non ha più forza, verso le sei	per il fuoco usa ago e filo di cotone, per la storta solo acqua che scorre	parole e una preghiera (ave maria)	le preghiere sì, le parole no

Tabella 2. Informazioni dettagliate sulle modalità diagnostico-terapeutiche del rituale di segnatura

	Segno della croce prima e dopo la segnatura	Ha scritto le parole-preghiere o dice che si possono scrivere?	Gestualità durante la segnatura	Possibilità di segnare a distanza	Possibilità di insegnare a segnare. se sì, lo ha fatto?	La sua abilità è conosciuta da molti nel contesto dove vive?	I pazienti sono di più ora o in passato?	Capacità di togliere il malocchio
Giuseppa	sì, prima e dopo	non ha scritto le parole, ma si possono scrivere	movimento del braccio su e giù	sì	sì e lo ho fatto	no, pochi	in passato	/
Renato	sì prima e dopo	no, non le ha scritte, non si possono scrivere	massaggio	/	alla nascita, no non lo ho fatto	no, pochi	adesso	/
Anna	sì, prima e dopo	no, non le ha scritte, ma si possono scrivere per se stessi	massaggio	/	alla nascita, no non lo ha fatto	sì	adesso	/
Pia	sì, prima, dopo non è specificato	non si capisce	croci	/	sì, non si sa se lo ha insegnato	sì	adesso	/
Rita	sì, prima e dopo	non recita né parole, né preghiere	croci	/	no	no, pochi	in passato	/
Maria	sì, prima e dopo	no, non si possono scrivere	croci per rospola, massaggio e croci per storta	/	sì, perdendo i propri poteri, ancora non lo ha insegnato	sì	in passato	/
Filippo	sì, prima e dopo	sì, quando gliele hanno insegnate, poi vanno apprese in una notte e bruciate prima dell'alba	croci attorno al male formando un cerchio aperto e una croce al centro	sì	è possibile, ma ancora non ha insegnato a nessuno	no, pochi	ha appreso da poco la virtù	sì

(segue)

Tabella 2. (cont.)

	Segno della croce prima e dopo la segnatura	Ha scritto le parole- preghiere o dice che si possono scrivere?	Gestualità durante la segnatura	Possibilità di segnare a distanza	Possibilità di insegnare a segnare, se sì, lo ha fatto?	La sua abilità è conosciuta da molti nel contesto dove vive?	I pazienti sono di più ora o in passato?	Capacità di togliere il malocchio
Jessica	sì, prima e dopo	no, ma le ha trovate scritte per apprenderle	croci ripercorrendo la circonferenza dell'occhio	/	sì, la notte di natale, non lo ha ancora fatto	no, pochi	ha appreso da poco la virtù	/
Domenica	sì, prima e dopo	la guaritrice ha preferito non rivelare nulla	esiste una gestualità, ma la guaritrice ha preferito non rivelare nulla	sì	è possibile, ma ancora non ha insegnato a nessuno	sì	ora, perchè si è diffusa la voce	/
Cleofe	la guaritrice ha preferito non rivelare nulla	non recita né parole, né preghiere	croci	/	è possibile, ma ancora non ha insegnato a nessuno	sì	più o meno gli stessi	/
Anonimo	sì, prima e dopo	non le ha scritte	per il fuoco fa finta di cucire con ago e filo, ripetendo il gesto per ogni bolla	/	sì, lo ha insegnato a una persona	qualcuno, ma non per iniziativa della signora	più o meno gli stessi	/

Tabella 3. Informazioni anagrafiche sui pazienti e informazioni relative alla loro esperienza con la segnatura

	Sesso	Età	Occupazione attuale o pensione	Segnatura	Età della/te segnatura/e	Efficacia della segnatura	Sono stati assunti farmaci prima o durante la segnatura?	Fiducia nella pratica terapeutica prima della segnatura	Fiducia nella pratica terapeutica dopo della segnatura
Tina	F	88	casalinga	fuoco di S. Antonio	80-81	sì	/	sì	sì
Maria Cristina	F	59	ragioniera	orticaria scottatura	8 58	sì, in entrambi i casi	/	orticaria: era troppo piccola. scottatura: sì	sì
Luciano	M	64	disegnatore	scottatura	8	non nell'immediato, solo dal giorno successivo	/	sì, anche se aveva solo otto anni.	non troppa
Loredana	F	61	coordinatrice tecnica	storta	attorno ai 40-45 anni	non verificabile, poiché i farmaci sono stati assunti in concomitanza della segnatura	sì	no	no
Carlotta	F	43	laureata in archeologia, dirige una libreria	dolore a un'anca (probabilmente segnato come una storta)	32	no, è un dolore che le è rimasto tutt'ora	sì, in principio aveva fatto ricorso a farmaci e massaggi, in seguito alla segnatura.	sì	sì
Giovanna	F	73	insegnante	dolore al collo	40	sì	sì, sono stati assunti prima, ma senza risultati.	sperava che la pratica funzionasse, ma non ci credeva	sì
Mirella	F	69	tecnica di laboratorio	storta	40	no	/	no	no

(segue)

Tabella 3. (cont. 1)

	Sesso	Età	Occupazione attuale o pensione	Segnatura	Età della/e segnatura/e	Efficacia della segnatura	Sono stati assunti farmaci prima o durante la segnatura?	Fiducia nella pratica terapeutica prima della segnatura	Fiducia nella pratica terapeutica dopo della segnatura
Bruna	F	70	strumentista in sala operatoria	fuoco di S. Antonio (2 volte) storta (3 volte)	60 (circa) 40 (circa) 30 40 70	no sì sì sì no	fuoco: la prima volta sono stati assunti, mentre la seconda no storta: le prime due volte no, mentre l'ultima alla segnatura è stato aggiunto l'uso di voltaren	non troppa	non troppa
Rina	F	72	impiegata e casalinga	fuoco di S. Antonio storta	72 57-62	sì, in tutti i casi	/	sì	sì
Lella	F	65	casalinga	fuoco di S. Antonio malocchio dilatazione di stomaco	60 60 55	fuoco: sì malocchio: no dilatazione: sì	fuoco: ha usato medicinali malocchio e dilatazione: non ha usato medicinali	sì per fuoco e dilatazione. perplessità sul malocchio.	sì
Jessica*	F	35	conservatrice di un museo	fuoco di S. Antonio storta (numerosi volte)	28 (circa) 13-17	sì	fuoco: sì in un primo momento, poi sono stati sospesi in concomitanza con la segnatura. storte: non ha usato medicinali	sì	sì

(segue)

Tabella 3. (cont. 2)

	Sesso	Età	Occupazione attuale o pensione	Segnatura	Età della/e segnatura/e	Efficacia della segnatura	Sono stati assunti farmaci prima o durante la segnatura?	Fiducia nella pratica terapeutica prima della segnatura	Fiducia nella pratica terapeutica dopo della segnatura
Antonio	M	28	laureato in biologia	storta	24	non del tutto verificabile, poiché il paziente era sotto terapia. si era rotto la caviglia due volte e presentava continue storte. in seguito alla segnatura e alla terapia queste non si sono più ripetute.	sì	no	no, ma con qualche perplessità in più
Alessandro	M	40	capo magazzino	fuoco di S. Antonio	25	sì	sì, prima di iniziare la terapia della segnatura	no	sì
Anna	F	73	impiegata	fuoco di S. Antonio	55	sì	/	sì	sì
Alessandra	F	28	insegnante	storta	6	sì	sì	era troppo piccola per avere un'opinione	no

* Jessica ha contribuito alla mia indagine sia come guaritrice che come paziente. Ho ritenuto interessante riportare entrambe le sue interviste poiché le sue esperienze nell'ambito della segnatura sono molteplici, è stata segnata non solo da familiari, persone con cui ho avuto la possibilità di parlare, ma anche da estranei alla famiglia.

Note

⁽¹⁾ Traduzione in italiano: «il Signore venne dalle Indie e andò a casa d'un buon uomo, un buon uomo e una mala donna, acqua rada, paglia spara, lische di pesce senza involto, vattene, dolore, che non ti voglio».

⁽²⁾ Fontanellato è un paesino che si trova a una ventina di chilometri da Parma.

⁽³⁾ Traduzione: «Vado alla fontanella, metto il piede sulla predella, la predella si capovolge, il piede prende una storta. Preghiamo Dio e Santa Léna [probabilmente Elena], che guarisca da questa storta» (vena tòrta).

⁽⁴⁾ Con *ruscia* si intende un corpo estraneo penetrato nell'occhio.

⁽⁵⁾ Traduzione: «Cascano a una a una come la pera che è matura, cascano a quattro a quattro come la pera che si è disfatta».

⁽⁶⁾ In un rituale simile siciliano si parla di sette spicchi d'aglio, poiché sette sono i comandamenti (GUGGINO E. 1978: 109).

⁽⁷⁾ Per un panorama più ampio sui differenti rituali di espulsione del malocchio in Italia si possono consultare: DE NINO A. 1891, SIGNORINI I. 1989, DI NOLA A.M. 2010 [1993].

⁽⁸⁾ Il valore dei settimini è attestato in diverse fonti non solo sul suolo italiano: in certe regioni del Portogallo si crede che i settim figli si trasformino tutti i sabati in asini, e, sotto queste sembianze, possano essere perseguitati dai cani fino all'alba. In Catalogna la specialità dei settimini era curare la rabbia mentre nella Francia e Inghilterra medievali, oltre ai re taumaturghi, vi erano anche molti guaritori tradizionali di scrofole, nati dopo sei fratelli (BLOCH M. 1989 [1924]: 227-239).

⁽⁹⁾ Con questa espressione si fa riferimento a coloro che al momento della nascita fuoriescono ricoperti dalla membrana amniotiche. È una tradizione che si riallaccia a un retaggio culturale molto più ampio di quello che stiamo indagando. Nel mondo slavo si credeva che i bambini nati con la camicia fossero destinati a diventare lupi mannari, mentre in Istria, Slovenia e Croazia sarebbero divenuti figure enigmatiche finalizzate a combattere stregoni e vampiri per scacciare malefici e proteggere il raccolto. In Romania venivano associati agli *strigoi*, in Friuli ai benandanti, infine presso la popolazione siberiana Yurak-Samojedi, il futuro sciamano era determinato proprio da questa particolare caratteristica. Tutte queste figure, le quali appartengono a contesti geografici e storico-culturali differenti, fanno derivare da questa proprietà un personaggio dotato di poteri peculiari, in grado di mettersi in contatto con il mondo dei defunti. L'amnio viene considerato come un oggetto che appartiene proprio al mondo dei morti, o a quello dei non nati, un oggetto ambiguo, che caratterizza personaggi liminari, insieme a tutto ciò che avvolge e racchiude, che in qualche modo viene associato alla morte (GINZBURG C. 2008 [1989]: 130-151, 249).

⁽¹⁰⁾ Con il termine "fonti indirette" faccio riferimento a tecniche di segnatura riportatemi non direttamente dai guaritori, ma da loro pazienti.

⁽¹¹⁾ Riprendendo la classificazione di Guido Giarelli, in relazione all'efficacia terapeutica vanno considerati almeno tre livelli: un livello organico, relativo agli effetti della terapia sulla fisiopatologia del paziente, un livello psichico, relativo alla sfera emotiva e un livello sociale, in relazioni agli effetti sui comportamenti di ruolo, d'identità e di controllo sociale (GIARELLI G. 2000: 210).

Bibliografia

- AA.VV. (1979), *L'erba delle donne. Maghe, streghe, guaritrici, la riscoperta di un'altra medicina*, Roberto Napoleone, Roma.
- AA.VV. (1981), *Cultura popolare nell'Emilia Romagna. Medicina, erbe e magia*, Silvana Editoriale, Milano.
- AA. VV. (2006), *Tanto ... male non fa*, Toriazzi, Parma.

BARONTI Giancarlo - MANCONI Dorica (2000), *La collezione Giuseppe Bellucci*, Museo Archeologico Nazionale di Perugia, Perugia.

BELLUCCI Giuseppe (1983 [1907]), *Il feticismo primitivo in Italia e le sue forme di adattamento*, ristampa anastatica, Arnaldo Forni Editore, Sala Bolognese (provincia di Bologna) [I ediz.: Unione Tipografica Cooperativa Editrice, Perugia, 1907 / II ediz.: *idem*, 1919].

BENOZZO Francesco (2008), *Lepri che volano, carri miracolosi, padelle come tamburi. Una tradizione etnolinguistica preistotica in area emiliana*, "Quaderni di Semantica", n. 29, 2008, pp. 163-182.

BLOCH Marc (1989 [1924]), *I re taumaturghi*, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *Les rois thaumaturges*, Faculté des Lettres de l'Université de Strasbourg, Strasbourg, 1924].

BORGHI Gian Paolo - RODA Roberto (1989), *La medicina popolare / Emilia Romagna*, pp. 148-153, in SEPPILLI Tullio (curatore), *Le tradizioni popolari in Italia. Medicine e magie*, Electa, Milano.

CARDONA Giorgio Raimondo (1983), *Gli amuleti scritti: un excursus comparativo*, pp. 91-97 in SEPPILLI Tullio (curatore), *La medicina popolare in Italia*, "Ricerca Folklorica", vol. 8, 1983, pp. 3-136.

CASTELLI ZANZUCCHI Marisa (1992), *Farmacopea popolare nell'Appennino emiliano*, Edizioni Zara, Parma.

CIRLOT Juan Eduardo (1985) [1949], *Dizionario dei simboli*, SIAD Edizioni, Milano [ediz. orig.: *Diccionario de los ismos*, Argos, Barcelona, 1949].

COSSU Nando (2005), *A luna calante. Vitalità e prospettive della medicina tradizionale in Sardegna*, Argo, Lecce.

DE NINO Antonio (1891), *Usi e costumi abruzzesi*, 6 voll., vol. V. *Malattie e rimedii*, Barbera, Firenze.

DI NOLA Alfonso Maria (2010 [1993]), *Lo specchio e l'olio, le superstizioni degli italiani*, Editori Laterza, Bari, 2010 [I ediz.: Gius. Laterza & Figli, Roma-Bari, 1993].

FRAZER James George (2006 [1922]), *Il ramo d'oro. Studio sulla magia e sulla religione*, introduzione di Alfonso M. Di NOLA, Newton & Compton, Roma [ediz. orig.: *The golden bough*, London, 1922].

GALLONI Paolo (2005), *Parole, cose, guarigioni*, Lampi di Stampa, Milano.

GIARELLI Guido (2000), *La giurisdizione professionale del guaritore africano*, pp. 189-221, in SCHIRRIPIA Pino - VULPIANI Pietro (curatori), *L'ambulatorio del guaritore*, Argo, Lecce.

GINZBURG Carlo (2002 [1966]), *I benandanti. Stregoneria e culti agrari tra Cinquecento e Seicento*, Einaudi, Torino [I ediz.: Einaudi, Torino, 1966].

GINZBURG Carlo (2008 [1989]), *Storia notturna. Una decifrazione del sabba*, Einaudi, Torino [I ediz.: Einaudi, Torino, 1989].

GIOVETTI Paola (1998), *I guaritori di campagna*, Edizioni Mediterranee, Roma.

GUGGINO Elsa (1978), *La magia in Sicilia*, Sellerio Editore, Palermo.

GUGGINO Elsa (1983), *Uomini e vermi. Credenze e pratiche magico-mediche in Sicilia*, pp. 71-82, in SEPPILLI Tullio (curatore), *La medicina popolare in Italia*, "La Ricerca Folklorica", vol. 8, 1983, pp. 3-136.

GUIDI Oscar (2004 [1988]), *Magia e folletti in Garfagnana*, Maria Pacini Fazzi Editore, Lucca.

MINELLI Massimiliano (2008), *Scambi e devozioni nella ricerca di guarigione*, "Umbria Contemporanea. Rivista di studi storico-sociali", n. 10-11, 2008, pp. 289-307.

PAPA Cristina (1989), *I guaritori*, pp. 77-84, in SEPPILLI Tullio (curatore), *Le tradizioni popolari in Italia. Medicine e magie*, Electa, Milano.

PAZZINI Adalberto (1948), *La medicina popolare in Italia*, Zigiotti, Trieste.

PINI Ulisse Angelo (1961), *Notizie sulla medicina popolare nella Valle del Taro*, "Aurea Parma", anno XLV, fascicolo 4, ottobre-dicembre 1961, pp. 5-13.

PITRÈ Giuseppe (1949 [1896]), *La medicina popolare siciliana*, Barbèra, Firenze [I ediz.: Carlo Clausen, Torino-Palermo, 1896].

PIZZA Giovanni (2005), *Antropologia medica*, Carocci, Roma.

RICCÒ Isabella (2012), *Medicina tradizionale e guaritori nell'Appennino parmense*, "Le Valli dei Cavalieri", n. 29, 2012, pp. 83-95.

SCALA Francesca (1983), *Roba 'd 'na vota. Folclore di Caneto*, "Le Valli dei Cavalieri", n. 6, 1983, pp. 5-32.

SEPPILLI Tullio, *Introduzione*, pp. 7-11, in SEPPILLI Tullio, *Le tradizioni popolari in Italia. Medicine e magie*, Electa, Milano.

SEPPILLI Tullio (curatore) (1983), *La medicina popolare in Italia*, "La Ricerca Folklorica", n. 8, 1983, pp. 3-136.

SEPPILLI Tullio (curatore) (1989), *Le tradizioni popolari in Italia. Medicine e magie*, Electa, Milano.

SIGNORINI Italo (1989), *Eziologia folclorica: la paura, le arie, il malocchio*, pp. 43-48, in SEPPILLI Tullio (curatore), *Le tradizioni popolari in Italia. Medicine e magie*, Electa, Milano.

ZANETTI Zeno (1978 [1892]), *La medicina delle nostre donne. Studio folk-lorico*, Ediclio Editrice, Folligno [I ediz.: Scipione Lapi Tipografo-Editore, Città di Castello, 1892].

Scheda sull'Autrice

Isabella Riccò è nata il 4 agosto 1985 a Parma. Ha conseguito la laurea triennale in Scienze antropologiche e quella specialistica in Antropologia culturale e etnologia presso l'Università Alma Mater Studiorum di Bologna con una tesi sui guaritori tradizionali nel territorio parmense. Parte dei risultati sono stati esposti in occasione della presentazione di un suo articolo nella rivista "Le Valli dei Cavalieri" a giugno 2012, e di un suo intervento connesso al progetto culturale "Teatro delle stagioni. Pieve di Castrignano" organizzato dallo storico Paolo Galloni a luglio 2011.

Da settembre 2008 a luglio 2009 ha frequentato l'Universidad Complutense de Madrid, Departamento Antropología de América, grazie al progetto Erasmus.

Attualmente sta svolgendo una ricerca presso l'Universitat Rovira i Virgili di Tarragona, come vincitrice di una borsa di studio per approfondimento della tesi all'estero. Il progetto prevede lo studio della medicina popolare catalana (con particolare riguardo alla "segnatura"), la ricerca su guaritori tradizionali che tuttora esercitano la "professione" ed, eventualmente, sulla loro clientela. Sta, inoltre, seguendo le lezioni del Master in Antropología médica y salud internacional nella medesima università.

Riassunto

Guaritori tradizionali nel territorio parmense: un'indagine etnografica

Vengono presentati i risultati di un'indagine compiuta negli anni 2011-2012 sui guaritori tradizionali, uomini e donne, nel territorio parmense (Regione Emilia Romagna) sia nell'area appenninica sia anche in pianura e nella stessa area urbana di Parma. L'indagine ha riguardato la gamma di mali/malattie cui ciascuno di essi rivolge la

propria attenzione, l'articolazione e l'eterogeneità delle loro procedure diagnostico-terapeutiche (centrale comunque la "segnatura"), le modalità della loro "iniziazione", il posto e il significato che le loro attività curative occupano nel proprio sistema di vita. Ha infine riguardato anche pazienti di tal tipo di guaritori, soprattutto per individuarne le motivazioni e il quadro ideologico che conducono al ricorso (esclusivo o integrato con il ricorso alla biomedicina), nonché la soggettiva valutazione della conseguente efficacia. Nel complesso emerge una certa persistente, seppur eterogenea, vitalità di tali pratiche non limitate alle aree e ai ceti sociali più marginali.

Parole chiave: guaritori tradizionali, segnatura, territorio parmense, medicina tradizionale.

Résumé

Enquête ethnographique sur les guérisseurs traditionnels dans le territoire parmesan

Seront présentés ici les résultats d'une étude réalisée en 2011 et 2012 sur les guérisseurs traditionnels, hommes et femmes, dans le territoire parmesan (Région Emilia Romagna), qui regroupe à la fois l'aire des Appennins ainsi que la ville de Parme et sa plaine.

L'enquête porte sur les différentes sortes de maladies qui sont diagnostiquées, sur l'articulation et l'hétérogénéité des diagnostics réalisés et des traitements thérapeutiques proposés (spécifiquement la "segnatura"), sur les modalités de leur mise en place et enfin sur la place et la symbolique qu'occupent les actes de guérison dans le cercle de la vie.

Par ailleurs, les patients sont également pris en compte dans l'enquête afin d'identifier leur motivation, les raisons idéologiques qui les poussent à consulter un guérisseur traditionnel (de manière exclusive ou en plus d'un traitement biomédical) et de recueillir leur avis sur l'efficacité des actes de guérison effectués.

On assiste finalement à l'émergence d'une nouvelle tendance, qui n'est pas uniquement réservée à une classe de la population spécifique ou à une zone géographique limitée.

Mots clés: guérisseurs traditionnels, *segnatura*, territoire parmesan, médecine traditionnelle.

Resumen

Curanderos tradicionales en la comarca de Parma: una indagación etnográfica

El artículo presenta los resultados de una investigación realizada entre 2011 y 2012 sobre curanderos tradicionales, hombres y mujeres, en la comarca de Parma

(Región Emilia Romagna) tanto en los Apeninos como en la llanura y la ciudad. La investigación exploró la autoatención de males y enfermedades su articulación y la heterogeneidad de los procedimientos diagnóstico-terapéuticos (el principal de los cuales es la “segnatura”), las modalidades de su “iniciación” y el lugar y el significado que la terapéutica ocupa en sus sistemas de vida. La investigación se centró también en los pacientes y su experiencia con esa clase de curanderos, con el objeto de analizar las motivaciones y el cuadro ideológico que conducen a usar únicamente el recurso (o integrarlo con la biomedicina), así como la valoración subjetiva de su eficacia. De ello emerge su persistencia, pese a su heterogeneidad, y vitalidad que no se limita a las áreas y a las clases sociales más marginales.

Palabras claves: curanderos tradicionales, *segnatura*, comarca de Parma, medicina tradicional.

Abstract

Traditional healers in the Parma district: an ethnographic inquiry

The results of a study conducted between 2011-2012 on traditional healers, men and women, in the Parma district (Emilia Romagna Region) both in the Appennine area both in the plain, as well as in the urban area of Parma are reported below. The inquiry concerns the range of illnesses which draw attention, the articulation and the heterogeneity of diagnostic and therapeutic procedures (especially the “segnatura”), the modality of their “initiation”, the place and the meaning through which curative activity takes place in the cycle of life. In addition, the patients of these types of traditional healers are taken into account, especially in order to identify their motivation, ideological frame of mind that conducts them towards this resource (exclusively or in combination with the biomedical treatment), as well as their subjective assessment of the consequent efficacy. On the whole emerges a kind of persistent, even if heterogeneous, endurance for this kind of practice not limiting it to solely marginalized areas and social classes.

Keywords: traditional healers, *segnatura*, Parma district, traditional medicine.

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

Giulio Rizzoni

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

1. Introduzione

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

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

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

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

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

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

2. Il processo di diagnosi

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Le reazioni alla diagnosi: il problema della cronicità

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Conclusioni

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

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

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

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

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

Note

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Riferimenti bibliografici

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Scheda sull'Autore

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

Riassunto

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

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

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

Résumé

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

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

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

Resumen

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

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

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

Abstract

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

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

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

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

Il susto di Juan e la “sua” ipertensione.

*Forme di relazione tra medico e paziente
in un contesto indigeno del Messico⁽¹⁾*

Silvia Scippa

dottore di ricerca in Discipline etnoantropologiche (Sapienza Università di Roma)
[silvia.scippa@gmail.com]

A Juan e al suo spirito libero

1. Premessa

Ho conosciuto Juan Morales nel novembre del 2009, a pochi giorni dal mio arrivo nella Sierra Norte de Puebla mentre, intenta a iniziare il lavoro di campo per la stesura della mia tesi di laurea specialistica, muovevo i primi passi nel villaggio di Santiago Yancuictlalpan. Obiettivo della mia ricerca era l'analisi delle articolazioni del sistema medico di una zona rurale ad elevata presenza indigena: un sistema sincretico e plurale nato dal secolare contatto tra tradizione medica nahua preispanica e medicina occidentale di stampo europeo, quest'ultima oggi capillarmente diffusa sul territorio e praticata all'interno delle strutture sanitarie presenti a Santiago e nelle comunità circostanti⁽²⁾. Parte del mio lavoro si è concentrata proprio sulle teorie e le pratiche messe in atto dal personale sanitario della struttura biomedica locale di base, un *Centro de salud rural* sorto nei primi anni '60, e sull'utilizzo di quest'ultimo da parte della popolazione indigena e meticcia.

La ricerca, la riflessione e i miei stessi movimenti sul terreno si sono svolti oltrepassando continuamente i confini tra i diversi settori del sistema medico, da me percorsi nel partecipare alle attività sanitarie, tra cui le stesse visite mediche, e nell'addentrarmi nelle case di pazienti e guaritori indigeni: luoghi di una medicina tradizionale che rappresenta una opzione curativa funzionalmente forte (LEE R. P.L. 1982) e coerente rispetto all'orizzonte ideologico e cosmologico nativo. Le testimonianze etnografiche rivelano infatti la permanente vitalità degli elementi costitutivi della tradizione locale e, allo stesso tempo, mettono in luce la tendenza

di quest'ultima ad accogliere e assorbire sempre nuovi assunti, propri dell'arena biomedica, incorporandoli all'interno del proprio universo diagnostico e terapeutico, espletando una funzione "adattativa" nei confronti dell'impatto della medicina ufficiale, e tuttavia senza abbandonare l'approccio olistico con cui essa concepisce il corpo e la persona ed interpreta l'esperienza di malattia, anzi spesso preservandolo e difendendolo come espressione fondamentale della cultura indigena (LANDY D. 1974).

Ne deriva un complesso estremamente sincretico e un incontro di linguaggi e di modelli, che risulta evidente soprattutto nei percorsi terapeutici dei singoli pazienti. Questi si muovono infatti dinamicamente in un'opera di continua riplasmazione di saperi e pratiche tra il settore medico ufficiale, quello tradizionale e l'ambito dell'autocura, spinti da fattori tanto pragmatici quanto legati all'universo dei "valori" e affidandosi parallelamente a differenti modelli di cura e di efficacia. Ma a guidare le scelte terapeutiche e gli itinerari, unici o multipli, simultanei o successivi (YOUNG A. 1983) della popolazione indigena, è principalmente la dimensione eziologica della malattia, la quale spesso rappresenta il principio cardine delle nosologie native: la classificazione locale delle malattie e la gestione medica delle stesse sono cioè intrinsecamente correlate; le concezioni intorno al male e le azioni svolte per la sua risoluzione si orientano reciprocamente.

Luogo della "salute" con storia, spazi, attività e personalità del tutto peculiari, il Centro di salute di Santiago rappresenta l'avamposto locale del modello biomedico. Qui, attraverso l'attuazione di direttive sanitarie nazionali e programmi governativi, continua infatti ad essere portato avanti un costante processo di penetrazione della medicina ufficiale che sottopone la popolazione indigena all'acquisizione e all'interiorizzazione di saperi, tecniche, strumenti, linguaggi propri della biomedicina e che la coinvolge nelle dinamiche politico istituzionali che orientano le attività degli operatori sanitari presenti sul territorio. Ma il Centro di salute è anche il luogo in cui la professione medica viene praticata in forme che tendono ad adattarsi alla complessità della realtà locale: sia per le caratteristiche epidemiologiche che per i tratti "culturali" di tale realtà. È il campo biomedico locale a orientare i comportamenti di quanti siano coinvolti nelle dinamiche del sistema medico e in quelle dei singoli processi terapeutici, intendendo per "campo" uno spazio sociale abitato da diversi soggetti – come i medici, i pazienti e i loro familiari, gli infermieri, etc. – i quali si muovono e agiscono in un contesto storico-culturale specifico, in base a particolari rapporti di forza e assetti istituzionali e normativi e

che, in quanto persone reali dotate di una loro *agency*, mettono in pratica strategie professionali e personali alquanto variabili (PIZZA G. 2005: 133).

Nel contesto di pluralismo medico che caratterizza la Sierra di Puebla e Santiago lo spazio clinico dell'ambulatorio del Centro di salute e la visita medica (la *consulta*) possono essere infatti vissuti ed analizzati come un vero e proprio incontro "interculturale": luogo di confronto, di scambio, comprensione e conflitto tra modelli medici e orizzonti di pensiero spesso anche molto distanti, in cui dottori e pazienti sperimentano la propria "integrazione" e "differenza" in vista della cura. Molte delle testimonianze di pazienti, guaritori indigeni e dottori raccontano come a Santiago la biomedicina e la medicina tradizionale si siano ormai "unite", come sia necessario "lavorare da entrambe le parti": segno non soltanto di una loro storica coesistenza, bensì di una reciproca compenetrazione e complementarietà, spesso capace di generare, a livello non ufficializzato ma informale e spontaneo (VAN DER GEEST S. 2000), una sinergia terapeutica ed un'efficace integrazione, costruendo "insieme" il campo delle terapie locali e curando "insieme", attraverso teorie e pratiche sempre culturalmente e soggettivamente determinate e sincreticamente rifunzionalizzate, una vasta gamma di "mali".

Non mancano tuttavia esperienze in cui l'appartenenza della persona malata ad un orizzonte culturale radicalmente altro rispetto a quello biomedico può condurre ad uno scontro tra modelli esplicativi ostacolando profondamente il processo di risanamento. Un modello esplicativo (*explanatory model*) è «l'insieme delle nozioni impiegate dai vari soggetti coinvolti nel processo terapeutico – i malati, i medici, i familiari – per ricostruire le cause e il significato di un episodio di malattia ed elaborare il sapere utile per una possibile azione terapeutica» (PIZZA G. 2005: 191-192). Tali modelli spiegherebbero, nella forma di un idioma culturale, cinque componenti fondamentali dell'evento di malattia: eziologia, sintomi, patofisiologia, decorso e terapia (KLEINMAN A. 2006: 8, 13). Per quanto non è ai sistemi culturali, ma agli individui che è corretto attribuire tali modelli esplicativi, è possibile distinguere tra quelli prodotti dai medici e quelli elaborati dai pazienti. I primi sarebbero il frutto della formazione accademica e della pratica professionale dei dottori, solitamente incentrati sul *disease*, mentre i secondi farebbero riferimento al complesso delle conoscenze informali e personali e alle modalità profondamente soggettive ed emozionali di spiegare, vivere la malattia ed affrontarla, relativi perciò alla dimensione dell'*illness*. In contesti di pluralismo medico come quello di Santiago essi si moltiplicano e si intrecciano, spesso in maniera

conflittuale, riflettendo anche l'equilibrio di rapporti di forza tra settori dominanti e subordinati della popolazione e del sistema medico, nonché la distanza tra sostrati culturali e concettuali diversi emergenti nello spazio clinico: «il concetto di modello esplicativo chiarisce come i problemi che sorgono nella comunicazione clinica rappresentino spesso dei conflitti tra modi diversi di concepire la realtà clinica» nelle diverse arene del sistema medico (KLEINMAN A. 2006: 15).

L'assistere alle visite mediche presso il Centro di salute di Santiago mi ha quindi permesso di venire in contatto con le complesse modalità di relazione terapeutica tra dottori e pazienti indigeni e di evidenziare i problemi di comunicazione, comprensione e condotta che possono sorgere dalla divergenza tra gli orizzonti culturali a cui appartengono gli attori coinvolti. Allo stesso tempo la possibilità di visionare le cartelle cliniche dei pazienti – veri e propri documenti etnografici in cui si concentrano e si fissano lo sguardo clinico-diagnostico e il linguaggio biomedico – ha ulteriormente arricchito l'analisi di alcuni casi di malattia, come quello esposto nelle pagine che seguono, stimolando la riflessione intorno al “vuoto comunicativo” tra modelli, saperi, valori e pratiche, nella volontà di proporre un'analisi critica e interpretativa orientata su un'“etica della mediazione” (LOCK M. - SCHEPER-HUGHES N. 2006: 15).

Una discrepanza netta ed esplicita è quella che può emergere tra l'esperienza di malattia – nominata, spiegata, vissuta dal paziente – e la diagnosi del medico del Centro di salute, dovuta principalmente alla mancata condivisione di una prospettiva eziologica capace di orientare le scelte terapeutiche e di incidere sull'efficacia delle stesse, nonché legata alla criticità del rapporto della popolazione indigena con i farmaci allopatrici: un conflitto che sembra risolversi con difficoltà nell'incontro e nel processo terapeutico.

È il caso di un anziano *curandero* indigeno di Santiago: don Juan.

Il caso di Juan mi ha interessato fin dai primi giorni della mia permanenza nel *pueblo*: da quando mi sono ritrovata ad assistere ad una sua conversazione in nahuatl⁽³⁾ con una signora meticcina di Santiago, dove Juan mostrava un farmaco che gli aveva dato il dottore e che gli aveva provocato malessere generale e dolori diffusi. Per questo motivo aveva smesso di prendere il medicinale, nonostante il dottor Tapia continuasse a ribadire che doveva assumerlo per tenere sotto controllo la sua ipertensione: diagnosi medica mai nominatami né da Juan né da sua figlia. Diversi spaventi non curati, e a quanto pare incurabili, sono per loro la causa del gonfiore, del calore, dell'ardore che Juan sente ai piedi e fin sopra, lungo le gambe, e che gli impedisce di mandare giù il cibo provocandogli una spossatezza generale. Fulmini che lo spaven-

tarono nel *rancho*: “sustos del rayo”, i più pericolosi e i più difficili da curare⁽⁴⁾. A ciò si aggiungono un dolore che lo colpisce spesso al petto e la sua ernia: un bozzo sporgente appena sotto lo sterno, al centro del torace, che Juan mi mostra scoprendo davanti a me il suo petto glabro di novantatreenne sotto la camicia bianca sporca. [...] Juan si toglie i sandali per mostrarmi quanto siano gonfi e lividi i suoi piedi, si slaccia i calzoni legati all'altezza delle caviglie per mostrarmi le gambe gonfie, mi fa toccare la sua pancia per farmi sentire il calore che gli “arde”. Chiude spesso forte gli occhi strizzandoli per esprimere il dolore diffuso che sente, dicendomi che il dottore “si è sbagliato” nel ricettargli quel farmaco: quel farmaco “lo ha fatto ammalare”. Indisposizione ad accogliere una cura in cui non si crede? Juan tira fuori da una busta di plastica le scatole delle medicine prescritte dal dottor Tapia. Le conserva in un angolo del suo altare domestico, tra le candele, le foto di parenti, i fiori, le immagini della Vergine e di altri santi. Oggetto estraneo alla vita di quel ripiano, al di fuori della geografia dei propri affetti, della propria fede e delle proprie credenze: uno strumento che sembra non saper gestire, non saper utilizzare. La spigolosità della confezione del farmaco tra le mani secche e ruvide di Juan produce un effetto di contrasto, un senso di inconciliabilità. Lo stesso che provo nel tentativo di “mediare” tra l'esperienza di malattia di Juan e la “versione biomedica” che di essa leggo sulla sua cartella clinica e che ascolto nell'affrontare insieme al dottor Tapia il suo caso “speciale” (dal mio *Diario di campo*, 13 febbraio 2010).

2. Essere dottori: la “rinascita della clinica” e l'incontro con “culture differenti”

«Non vedere quale malattia ha il paziente, ma quale paziente ha la malattia», aveva asserito il dottor E. Tapia, il responsabile del Centro di salute di Santiago, durante la nostra prima intervista, per esprimere la sua concezione della cura e della pratica medica, nella quale è necessario «sviluppare la clinica» e «gestire la psiche». La Sierra è infatti il luogo dove il dottore e i suoi colleghi si sono ritrovati a mettere in pratica un metodo clinico che sembra riconfermare e valorizzare i canoni “tradizionali” della propria professione, sviluppando la capacità di osservare e ascoltare la persona che si reca a *consulta*, interrogarla riuscendo a “captare” ogni dettaglio sintomatico che possa far luce sulle sue condizioni di salute, così da poter elaborare una corretta diagnosi senza dover necessariamente ricorrere all'utilizzo di sofisticate tecnologie mediche o esami di laboratorio: l'utilità di questi ultimi dovrebbe infatti essere quella di confermare la diagnosi clinica e non di sostituirsi ad essa. Toccare, odorare, “sentire” il corpo del paziente e la sua parola, e abbattere la barriera comunicativa tra terapeuta e persona malata, tra autorità e

conoscenze, tra linguaggi e culture, aspirando ad una comprensione reciproca funzionale all'efficacia del trattamento e ad una maggiore qualità della medicina. Insomma, una vera e propria "rinascita della clinica", con la quale hanno a che fare spesso i medici *pasantes* che svolgono il proprio anno di servizio sociale in zone rurali e indigene come i Centri di salute diffusi in questa zona della Sierra⁽⁵⁾, dove la professione medica riconosce il proprio valore nell'essere non soltanto un incontro tra persone, ma anche tra "differenti culture".

«È già passato un anno. Cosa porti via con te?»

L'esperienza di stare da sola con tanta gente e con tante malattie. E di farcela con il minimo indispensabile. A volte stare in un luogo isolato, sì, e sì aiutare le persone con i tuoi propri mezzi, che sono molto scarsi. Ho imparato molto in questo. E anche la gente. Ho imparato ad avere a che fare con differenti culture» (Adriana, 22 gennaio 2010).

Trattare pazienti appartenenti ad una "cultura differente" vuol dire soprattutto venire in contatto con modi altri di nominare, vivere, esprimere e curare la malattia: altre categorie eziologiche, altre modalità di concepire la persona e i suoi malesseri, altri saperi e pratiche medici. Diffusi sono infatti i casi in cui i pazienti indigeni che si recano a *consulta* condividono con il medico le tappe dei propri percorsi terapeutici che li hanno portati a farsi curare da *curanderos*, *hueseros*, *yerberos* e altri specialisti della medicina tradizionale, che sia per la cura di un "blocco intestinale", come un *empacho*, sia di "mali dell'anima", come un *susto* o un *mal aire*⁽⁶⁾, la cui eziologia tradizionale risiede in fattori extraumani e magico-religiosi. Nel caso del dottor Tapia, se un conflitto esiste nei confronti di pratiche tradizionali manipolatorie che rischiano di compromettere fisicamente il paziente (come quelle di *hueseros* e *sobadores*), riguardo ad altri aspetti della medicina indigena egli si rivela maggiormente disponibile ad una collaborazione informale con alcuni dei suoi "colleghe" locali, ovvero i guaritori (*tapahtiani*) che effettuano le cosiddette "chiamate" rituali per la cura dello spavento, e ad accettare concezioni eziologiche native: una accettazione che potrebbe dirsi "limitata" e "relativa". Ritiene, molto pragmaticamente, che in alcuni casi ai suoi pazienti debba essere offerta l'opportunità di ricorrere alle proprie terapie, dando loro, a volte, anche il "permesso" perché si rivolgano ad operatori tradizionali. È precisamente il caso del *susto*: finché la terapia tradizionale non inficia quella biomedica o non si sostituisce ad essa, non c'è motivo di impedirla. È quanto Tapia afferma nell'affrontare con me proprio il caso dell'anziano Juan, appena uscito dal suo studio.

«Le capita spesso di imbattersi in queste eziologie?»

In persone di età avanzata [...]. A me piace dar loro l'opportunità di ricorrere alle cure a cui sono abituati. “Senta, lo posso portare a farsi curare di *susto*?”, “Lo porti, non c'è problema”. [...] In alcune occasioni sì, te lo dicono. In altre, come nel caso di questo signore [don Juan]: è da anni che va avanti con lo stesso! Anni in cui gli hanno fatto di tutto, sì. [...] Per esempio il dolore che sente qui [al petto], lui lo collega al fatto che tempo fa, lavorando, raccogliendo caffè, cadde e si fece male. Però in realtà il disturbo che sente è per l'ipertensione fuori controllo, per dirlo precisamente. Perché prende il farmaco quando vuole lui, e quindi questo fa sì che all'improvviso si senta male, e dà la colpa al fatto che si è fatto male anni fa! E siccome ha quest'idea ormai non guarirà, anche se gli controlliamo la pressione, continuerà a sentire il malessere! [*sorride*]. Quindi questo, questo tipo di problema è complicato. A volte, in verità, aiutarli perché lo superino, no? [...] Quando me lo chiedono, molte volte quello che dico loro è: “Se non si sospende il trattamento, fate quello che volete!”. Sì, per lasciare che facciano la loro parte, diciamola così. Ma ci sono colleghi che no, no! Per esempio il dottor Macotela, lui odiava tutto questo! [...] Riguardo alla medicina tradizionale non ho avuto conflitti con nessuno. Mi riferisco sì, a coloro che curano il *susto*, che recuperano lo spirito e non so cos'altro» (Tapia, 4 febbraio 2010).

L'apertura di Tapia nei confronti di alcune terapie tradizionali, come quelle finalizzate al recupero dell'*ecahuil* (“ombra”), sembra da lui assimilabile alla disponibilità a prescrivere ad un paziente come Juan un complesso vitaminico per il solo motivo che è lui stesso a chiederlo, avendo collegato alla sua assunzione una sensazione di benessere, e ciò indipendentemente da un riscontro fisiologico. È ben noto inoltre come la ricetta rappresenti già di per sé un gesto di cura, inducendo il paziente a sentirsi aiutato e appoggiato: aspetto di fondamentale importanza nel processo di guarigione. Non c'è visita medica che non si concluda e non sia “suggellata” con la prescrizione di una terapia, che sia un analgesico o che siano semplici vitamine nei casi di disturbi lievi o, secondo la diagnosi medica, considerati “psicosomatici”. Il rapporto con le concezioni dei propri pazienti diviene quindi critico soltanto nel momento in cui queste rappresentano degli ostacoli culturali e delle resistenze ad accogliere principi necessari per la tutela e il miglioramento della salute individuale e collettiva e ad accettare le terapie farmacologiche. Può allora, ritiene Tapia, realizzarsi una “convivenza” piuttosto pacifica e una “comprensione” nei confronti delle pratiche tradizionali, accogliendo la possibilità che queste possano attutire alcuni aspetti del malessere, a volte anche in maniera risolutiva quando quest'ultimo è “puramente psicosomatico”. Ed è precisamente il caso di quelle “malattie che i dottori non curano”, per le quali può essere il

dottore stesso a consigliare ai suoi pazienti di recarsi presso un *curandero*. Se esiste un conflitto con quegli specialisti tradizionali che trattano problemi articolari o fratture (*hueseros*) senza poter accedere alle parti “invisibili” del corpo mediante lastre e radiografie, nel caso invece dei complessi procedimenti diagnostici che tendono all’individuazione dell’eziologia che sarebbe all’origine, per esempio, di un *nemouhtil* (*susto*) o di un *ehecat* (*mal aire*), e dei disturbi, corrispondenti o meno a patologie specifiche, riconosciute dalla medicina ufficiale, in questo caso si rivelano altre forme di “visibilità”: quella del corpo e della sua interna fisiologia, alla quale la medicina tradizionale non avrebbe accesso, è compensata da una dimensione altra, in cui si fanno manifeste le relazioni tra la persona, nelle sue componenti spirituali e corporee, e il mondo extraumano. Solo qui si possono rintracciare le cause prime del male, solo qui l’evento di malattia acquista un senso e un valore non solo individuale ma collettivo, solo qui si manifesta quella relazione tra il corpo e l’universo magico-religioso che caratterizza le concezioni mediche native. Ed è proprio l’accesso a questa invisibilità, non verificabile se non mediante un credo culturale o la fede, ma di certo non attraverso esami di laboratorio, che distanzia la medicina tradizionale dalla biomedicina e che la tiene in vita come risorsa culturale ancora indispensabile per quanti siano alle prese con la cura tanto del proprio corpo quanto della propria anima, persone che il più delle volte non concepiscono proprio tale distinzione e dicotomia.

3. “Questi sono gli spaventati che mi porto addosso”

Ardore ai piedi, reumatismi, crampi, ernia, ipertensione, dolore oppressivo al petto e altri disturbi legati principalmente alla sua avanzata età, sono i problemi di salute di Juan. Dipende tutto da una serie di spaventati accumulatisi nel tempo, l’ultimo dei quali risale a circa un anno fa. Juan si è sottoposto a diversi trattamenti, sia tradizionali sia biomedici, e verso questi ultimi, risultati per lui fallimentari, ha gradualmente perso la propria fiducia, fino a ritenere che non abbia più alcuna utilità recarsi a *consulta* presso il Centro di salute. Eppure continua a farlo.

«E perché crede che sia dipeso da un *susto*?

È quello che penso, perché ho già preso tante medicine.

Però, dico, un *susto* può provocare anche questo tipo di problemi?

Sì, però, cioè ci si cura anche del *susto*, però bisogna saperlo fare.

E non l’ha curata nessuno? [...]

Sì, l'ho fatto, ma niente. Oh, mi hanno spaventato! Stavo qui seduto quando è caduto un fulmine, qui sulla strada. [...] E poi anche qui, altri due vicino alla cucina. E nel *rancho* altri due. Come sei fulmini. E poi lì dove sono caduto e sono sette! [...] Questi sono gli spaventi che mi porto addosso! [...] Ormai, spero soltanto in Dio. [...] Non posso mangiare. Voglio mandare giù il cibo e se ne viene fuori. E altri mi dicono che mi devo far curare... Per poter mandare giù il cibo. [...] Prima non stavo così. Ma con tutte le cose che mi hanno fatto... [...] Sì, poi, mi dicono: «Vai dal medico». Però a che mi serve che io vada dal dottore? È anche peggio. Gli dico che mi dia una medicina per il colpo, per la caduta, e mi dava soltanto *Captopril*, *Clortalidon* [...]. Voglio che mi curi, per questo ci vado. A che serve che io vada solo per vederlo, per dirgli come sto?! Non mi serve a niente, meglio non andarci proprio» (Juan, 22 novembre 2009).

Si è già accennato a come il rapporto della popolazione indigena con i medicinali rappresenti un aspetto estremamente critico, segno di una più profonda problematicità con il modello della cura biomedica, che farebbe del farmaco il ricettacolo della sua forza e della sua efficacia: fallimentare, nel caso di Juan, che arriva a pensare che sia stata l'assunzione di un complesso vitaminico per pazienti diabetici a provocargli gravi disturbi, fino a dubitare di esser diventato egli stesso diabetico a causa della “porcheria di medicina” che ha assunto. Juan non è diabetico, è iperteso, e da questo dipendono (a detta del dottor Tapia) molti dei suoi dolori. L'esperienza della visita medica, inoltre, non sembra rimediare all'insuccesso della terapia farmacologica da parte di Juan, ma quasi confermarlo: il dottore non lo tocca e non guarda i suoi piedi gonfi, il cui ardore “sale” fino alla pancia come se fosse “un fuoco”. Soltanto il limone gli procura un po' di sollievo allo stomaco e vapori con erbe “fresche” alleviano il suo dolore alle gambe.

Juan, che svolge ancora saltuariamente la professione di guaritore, ha dimostrato una diffusa sfiducia anche verso le capacità curative di molti *curanderos* della zona di Santiago. Tuttavia i rituali di chiamata dell'“ombra” e le suppliche terapeutiche rimangono le pratiche fondamentali per la risoluzione di quelle malattie che i dottori non curano, “collaborando” con gli stessi farmaci allopatici. Anche Juan conferma come le forme di terapia dei due diversi settori medici non si escludano e come, al contrario, sembrino rafforzarsi a vicenda. Le suppliche infatti farebbero sì che i farmaci sortiscano l'effetto desiderato: potenziatrici di efficacia, garanzia aggiunta. Più semplicemente esse «benedicono» la terapia biomedica, basata sul sapere e sulle conoscenze dei dottori, di coloro che «conoscono la medicina», anche se (indice puntato verso l'alto) «chi ne sa di più è Lui che sta lassù...».

4. Cartella clinica ed esperienza di malattia

Spostiamoci allora dalla parte di coloro che “conoscono la medicina”, i dottori del Centro di salute ai quali, nonostante la sfiducia, la riluttanza e la “distanza”, Juan si rivolge di frequente. Ce lo racconta anche la sua cartella clinica (*expediente*), strumento medico che offre la sintesi della storia clinica del paziente: versione “biomedica” delle esperienze di malattia che Juan ha vissuto negli ultimi anni, testimonianza scritta dei segni misurati, dei sintomi raccontati, delle diagnosi elaborate. La cartella clinica riveste un’importanza fondamentale nell’orientare correttamente le diagnosi e i trattamenti medici, ed è un oggetto che fa direttamente luce sulla teoria e sulla prassi medica: risultato dell’ascolto, dell’interpretazione e della mano del dottore, realizzati durante ogni nuova visita, e riassunti in una scrittura poco comprensibile ai “profani”, sia per il linguaggio tecnico-specialistico utilizzato, sia per la grafia dei dottori, a volte indecifrabile. Le “note” del medico qui contenute possono raccontare molto del paziente visitato, e non solo stabilire una diagnosi. Dopo una visita a don Juan risalente a gennaio del ’97 il dottor Ernesto Macotela, allora direttore del Centro, scriveva:

«Viene a causa di un dolore intercordiale destro (viaggio a Tepatlazco) e irritazione, trattata da un medico con penicillina. In seguito sono apparse delle ferite. Ha applicato una foglia di *zauco* “di modo che se si incontra con i morti la ferita non faccia male”. [...] Togliamo una foglia di *zauco* per visitare il paziente. Ds [diagnosi]: herpes zoster, ipertensione polmonare».

Quella foglia di *zauco* (sambuco), che appare tra un “dolore intercordiale destro” e “campi polmonari”, stona all’interno dello spazio della visita medica, del suo modello e del suo linguaggio: il dottor Macotela la toglie dalla ferita di Juan per visitarlo e in questo gesto si può leggere la tendenza di un medico fermamente contrario alla medicina tradizionale a “scoprire” la “vera” malattia che le pratiche indigene spesso “nascondono”. Eppure, allo stesso tempo, quell’automedicazione tradizionale, effettuata per proteggere una parte del corpo esposta all’intrusione di agenti malevoli, compare sull’*expediente* di Juan, segno della sua rilevanza, se non medica, almeno “culturale”, utile a descrivere e conoscere il paziente e la persona che si ha di fronte.

Dal ’97 in avanti Juan si è recato presso il Centro di salute per diversi motivi, tra cui ricorrono infiammazioni ai piedi, dolori epigastrici e addominali, disfagia (difficoltà a deglutire), crampi. Negli appunti di una visita risalente al febbraio del 2000 si legge: «riferisce dolore precordiale. L’*expediente* mostra che la maggior parte delle sue visite registrano cifre

tensionali elevate [...]. Ds: probabile *HTA* [ipertensione arteriosa]». Si può affermare che da allora Juan è “diventato” un paziente iperteso: tutte le diagnosi successive e i trattamenti farmacologici prescritti lo confermano. Ma, a quanto emerge dagli appunti dei diversi dottori che l'hanno visitato nel corso degli anni, Juan non assume correttamente il farmaco. Nel maggio del 2005 si legge che «il paziente maschio di 88 anni si reca a *consulta* per disfagia, astenia, adinamia, sonnolenza» (tipici sintomi del *susto* secondo il panorama medico tradizionale), e nel dicembre dello stesso anno il dottor Tapia scrive: «il paziente è iperteso e non sta assumendo il trattamento. Dice che “non gli funziona”». A luglio del 2006 sembra invece comparire l'ernia di Juan: «maschio di 89 anni viene a controllo di *HTA*. Riferisce dolore alle ossa di un mese di evoluzione e debolezza. Non sta prendendo gli anti-ipertensivi. [...]. Importante perdita di peso. Ds: ipertensione arteriosa; cardiomegalia; ernia epigastrica». Nel 2007, accanto all'ipertensione spesso fuori controllo, aumentano i dolori alle estremità inferiori e si diagnostica a Juan un'artrite reumatoide. I medici continuano a riportare per iscritto che «il paziente è restio ad assumere il farmaco, lo sospende quando vuole. Gli si ricorda di non farlo spiegandogli le ragioni». Negli appunti di una visita a Juan risalente al maggio del 2009 si legge infine: «paziente maschio di 91 anni viene a *consulta* per malessere generale. Familiare [la figlia] commenta che non si è recato a controllo di *HTA* perché si sente bene». L'ultima visita e l'ultima pagina della cartella clinica di Juan riportano la data del 10 marzo del 2010: *consulta* alla quale ero presente anch'io: «paziente maschio di 93 anni, portato a *consulta* per controllo di *HTA* con pressione arteriosa di 98/60. Nega cefalea [...] attualmente riferisce dolore alle ossa e alla schiena. Ds: *HTA* sistemica controllata».

«Quindi questo signore è molto tempo che ha dei problemi con la sua pressione. Sì, per questo motivo sta male. C'è un disturbo che si presenta nelle persone che hanno problemi con il colesterolo o la glicemia, che è il bruciore nella pianta dei piedi, sì. Quindi per molto tempo il signore è venuto a *consulta* con diversi dottori che gli hanno prescritto vitamine e altre cose, no? Più che altro per tenere sotto controllo il fastidio. Ma con loro bisogna lavorare molto sull'aspetto psicologico, perché prima di tutto è necessario dimostrargli che sì, ha un problema. L'ho mandato a farsi le analisi del colesterolo e sì, è risultato alto. Purtroppo ancora non avevamo la farmacia, quindi non avevano potuto comprare il farmaco. Logicamente, sì, continua con i suoi disturbi e sente questo calore» (Tapia, 4 febbraio 2010).

La lettura della cartella clinica di Juan riesce ad illustrare la distanza tra la prospettiva biomedica e l'esperienza di malattia del paziente, la cui aste-

nia, disfagia, cardiomegalia, artrite, la cui ipertensione derivano, secondo il suo punto di vista e le sue concezioni eziologiche, dai diversi *sustos* che si porta dietro da anni. Un «caso speciale», come dice il dottor Tapia, con il quale «c'è da lavorare molto sull'aspetto psicologico». Secondo la diagnosi medica, Juan ha problemi di pressione e di colesterolo. Tuttavia nei nostri numerosi incontri non ha mai fatto riferimento alla diagnosi medica. La ignora? La rifiuta? Il dottor Tapia afferma che in casi come quello dell'anziano Juan bisogna dimostrare prima di tutto al paziente che «ha un problema». E chi più di lui ne ha coscienza? La questione è più relativa alla «conoscenza» di tale problema: quale sia la sua origine e, di conseguenza, quali le forme terapeutiche da seguire. Il problema è che, seppure i farmaci possono tenere sotto controllo e alleviare i dolori, tuttavia il dottore ritiene che non sia affatto facile rimuovere il problema, perché la malattia ce l'ha nella testa: «Perché ce l'ha nel cervello!», «il problema emozionale lì rimane», commenta Tapia.

5. Farmaci e terapie rituali

I farmaci per l'ipertensione non hanno la capacità di eliminare il disturbo. La loro efficacia sta nel mantenere i valori sotto controllo, nello stabilizzare la pressione, e tale efficacia dipende dalla costanza con cui si prende il farmaco quotidianamente. Juan sembra non comprendere questo meccanismo: prende il farmaco solo quando si sente male, i valori della sua pressione si ristabiliscono provvisoriamente e appaiono normali nel momento della visita. Per lui il farmaco avrebbe lo scopo di rimuovere il sintomo, un effetto analgesico, una funzione d'emergenza. Gli è estranea l'idea che un medicinale possa avere un'azione costante di controllo della propria fisiologia. Il farmaco allopatico è inteso come un rimedio specifico al quale ricorrere in caso di effettivo dolore o disturbo. Fa esattamente al «caso» nostro quanto scrive Patrizio Warren riguardo all'utilizzo dei farmaci presso gli Achuar del Río Huasaga (Perù).

«Questa rapida accettazione della farmacopea moderna si accompagnava ad una comprensione inadeguata delle condizioni di impiego di questa risorsa e spesso ad aspettative non realistiche riguardo alla sua efficacia. In realtà, la gente si attendeva da questi rimedi un effetto rapido e radicale, che conducesse a una immediata soppressione dei sintomi. Se ciò non accadeva il trattamento veniva sospeso per provare un altro farmaco» (WARREN P. 2000: 234).

Il dottor Tapia è a conoscenza del fatto che Juan ritiene che all'origine dei suoi disturbi ci sia un *susto* (anzi più di uno), sa come se lo è procu-

rato, sa che si è rivolto a diversi terapeuti tradizionali per risolvere il suo male. «In realtà», afferma il dottor Tapia, «il disturbo che sente è per l'ipertensione fuori controllo»: la realtà della malattia è questa, questa la contrapposizione tra una “falsa” teoria tradizionale e individuale e una “verità” biomedica. Nel momento in cui i farmaci non sortiscono l'effetto desiderato a causa del fatto che Juan non li assume correttamente, anche la diagnosi medica, dalla quale deriva direttamente il trattamento farmacologico, sembra perdere credibilità agli occhi del paziente. Lo stesso invece non avviene nei confronti degli insuccessi delle terapie tradizionali, *llamadas e levantamientos*. È come se ci fosse sempre qualcosa che Juan non ha ancora tentato, e in ogni caso rimane indiscussa la tendenza ad affidare la soluzione del suo male alla volontà divina, dalla quale in fondo, nell'ottica di Juan, dipendono lo stato di salute o di malattia di ogni uomo.

Si è visto come il dottor Tapia non sia affatto disinteressato alla prospettiva di Juan e “conosce” l'interpretazione del suo male, sottolineando l'importanza di ciò in cui il paziente “crede” ai fini della guarigione e dell'efficacia dello stesso trattamento biomedico. Tapia sa che Juan «dà la colpa al fatto che si è spaventato». E non ha dubbi sull'esistenza di una perfetta spiegazione scientifica riguardo a ciò che la gente chiama *susto*: una spiegazione “psicosomatica”. La persona riceve una forte “impressione” e ne somatizza gli effetti. Tensioni psichiche si convertono in sintomi fisici. La stessa ipertensione il più delle volte sarebbe originata, secondo Tapia, da problemi emotivi e di “stress”, causa principale delle visite e della morbidità generale: «l'ipertensione arteriosa, che è uno dei principali problemi di salute che abbiamo attualmente, è causata dallo stress!». I disturbi, più o meno gravi, dovuti al cosiddetto *susto* sarebbero quindi, secondo il dottore, una sorta di cronicizzazione delle reazioni fisiche all'evento traumatico. Così come sarebbe spiegabile in termini psicosomatici il malessere collegato ad un *susto*, secondo il dottore allo stesso modo sembra si possa spiegare anche l'efficacia della terapia tradizionale destinata alla sua cura, legata ad una sorta di effetto placebo. Il benessere che seguirebbe alla terapia deriverebbe dal fatto che la persona malata sa che qualcuno, un guaritore specializzato, sta “eliminando” il problema, motivo per cui l'organismo torna al suo stato normale e la persona si sente bene: dal punto di vista del paziente indigeno, sta recuperando lo spirito della persona “asustada”, “trattenuto dalla Terra”, come numerose volte mi ha raccontato l'anziano Juan Morales, rivelando quali significati, valori e concezioni possano celarsi o esprimersi nelle complesse forme di relazione terapeutica tra un anziano paziente indigeno e il dottore del suo Centro di salute.

È tra questi, in una distanza difficilmente colmabile mediante l'efficacia di un farmaco, che si pongono lo sguardo e l'ascolto dell'antropologo.

6. Riflessioni conclusive

In un contesto di pluralismo medico come quello della Sierra Norte de Puebla e di Santiago, la distanza riscontrabile tra medici e pazienti indigeni non consiste tanto in una disparità delle conoscenze e di saperi, quanto nel riconoscerli appartenenti ad orizzonti culturali e modelli medici diversi. Se da un lato questa distanza garantisce l'autorità e l'efficacia biomedica, dall'altro per la popolazione indigena ribadisce la vitalità e il valore della medicina tradizionale, capace di colmare gli spazi in cui il modello ufficiale non vuole o non può penetrare, appagando la dimensione magico-religiosa e simbolica del vivere e dell'essere malati. Ecco allora che accanto a quelli del centro di salute, gli spazi "simbolici" si aprono nell'"hogar" del curandero e sull'altare cattolico, combinando l'efficacia della tecnica medica e della fede religiosa. Il caso di Juan ci racconta come la discrepanza tra la diagnosi biomedica e l'esperienza di malattia del paziente possa condurre ad un conflitto tra modelli esplicativi appartenenti a mondi culturali profondamente differenti e che tuttavia cercano un dialogo e una reciproca comprensione in vista della guarigione. Se il caso di Juan ci illustra un conflitto irrisolto nel processo terapeutico, ci racconta anche come, nel consultorio di medicina di un centro di salute rurale, quello tra terapeuta e paziente diventi un delicato e avvincente incontro, in cui i partecipanti mettono in atto i propri linguaggi, il loro credo e le loro strategie, facendo dialogare tra loro concezioni e rappresentazioni intorno al corpo, la salute e la malattia, le quali orientano opinioni riguardo alla cause delle patologie, l'esperienza dei sintomi, i modelli di comportamento, le decisioni riguardanti le alternative di cura e le valutazioni sui loro esiti in modi assai sincretici. Anche se il canale di comunicazione tra le parti coinvolte può risultare spesso ostruito, preme sottolineare che il più delle volte assistiamo a pratiche di mediazione e a processi di cura e risanamento che attingono a risorse terapeutiche multiple e nei quali si realizzano forme di collaborazione e integrazione tra medicina ufficiale e tradizione medica indigena, nonché tra dottori e pazienti.

Note

⁽¹⁾ Il presente articolo è una revisione e una sintesi di una parte della mia tesi di laurea specialistica, intitolata *Dal susto alla tubercolosi. Pluralismo medico a Santiago Yancuictlalpan*: frutto del lavoro di campo svolto tra il novembre del 2009 e il maggio del 2010 presso il villaggio nahua di Santiago Yancuictlalpan (municipio di Cuetzalan del Progreso, Stato di Puebla). La ricerca è stata resa possibile grazie ad una borsa di studio per tesi all'estero erogata dall'Università degli studi di Roma "La Sapienza" e al sostegno del MAE (Ministero degli affari esteri) e della Missione etnologica italiana in Messico. Desidero inoltre ringraziare profondamente il professor Alessandro Lupo per la passione e la professionalità con cui ha supportato e seguito il mio lavoro.

⁽²⁾ Il sistema medico è definito come "l'insieme delle rappresentazioni, dei saperi, delle pratiche e delle risorse terapeutiche, nonché le relazioni sociali, gli assetti organizzativi e normativi, le professionalità e le forme di trasmissione delle competenze, che in un determinato contesto storico-sociale sono finalizzate a individuare, prevenire e fronteggiare ciò che viene considerato come 'malattia' e comunque compromissione di un normale stato di salute" (SCHIRRIPIA P. - ZÚNIGA VALLE 2000: 210). Quando in uno stesso contesto convivono più tradizioni mediche, come nel caso di Santiago, si parla di sistema plurale e all'interno di esso è possibile individuare un'articolazione, generalmente gerarchizzata (LEE R.P.L. 1982), in "settori" (YOUNG A. 1983), "arene" (KLEINMAN A. 1980) o "modelli" (MENÉNDEZ E. 1983), dialetticamente interagenti e coesistenti.

⁽³⁾ Il nahuatl è la lingua indigena parlata dalla popolazione nahua.

⁽⁴⁾ Il *susto*, o *espanto* (*nemouhtil* in nahuatl), è una categoria diagnostica locale e il referente eziologico di una vasta gamma di esperienze di malattia e di sintomi (dall'inappetenza alla febbre, dalla parassitosi intestinale all'astenia, fino a "comprendere" anche patologie come il diabete o la tubercolosi). All'interno della cosmologia nahua l'esperienza emozionale e traumatica generalmente collegata allo spavento sarebbe all'origine di uno squilibrio del complesso psicofisico dell'individuo, descritto attraverso la perdita e il distacco di una delle tre entità animiche (*l'ecahuil*) che, secondo una concezione *complessa, diffusa e dipendente* della persona (LUPO A. 2009: 28), costituiscono la dotazione spirituale di ciascuno: lo "spirito" verrebbe letteralmente catturato dalla Terra nel luogo dello spavento, scatenando conseguenze patologiche nell'organismo (SIGNORINI I. - LUPO A. 1989). Le terapie tradizionali utilizzate per la sua cura prevedono sia interventi di tipo meccanico (come la cosiddetta *paladeada*, il "raddrizzamento dell'ugola"), sia rimedi erboristici (come le *pelotillas*, composti a base di erbe usati come supposte) e azioni di tipo magico-rituale effettuate dai guaritori locali: le *llamadas*, ovvero rituali di chiamata finalizzati a recuperare l'entità animica e a ristabilire l'equilibrio psicofisico dell'individuo attraverso suppliche e orazioni (LUPO A. 1995). La categoria del *susto* rappresenta una vera e propria idea cardine all'interno della cultura medica tradizionale, testimoniando la forza dei principi eziologici all'interno delle nosologie native e la complessità di queste ultime: è un termine, una malattia, un modo culturalmente incorporato per concepire ed esprimere la vulnerabilità degli individui, la patogenicità della dimensione emozionale, il rischio e la pericolosità delle vicissitudini della persona e delle sue "anime" e il loro rapporto con il mondo naturale ed extraumano. Per questo è il principale "male dell'anima" (SIGNORINI I. - LUPO A. 1989) e la più diffusa malattia "che i dottori non curano", cioè riconosciuta, spiegata e trattata all'interno dell'arena tradizionale e dai suoi operatori.

⁽⁵⁾ Conclusa la formazione accademica e compiuto un anno di praticantato, i neo-medici messicani devono svolgere un anno di servizio lavorando come *pasantes* in una unità medica del proprio Stato.

⁽⁶⁾ Il *mal aire* è una categoria popolare di malattia attribuita alla penetrazione nel corpo di entità eterree nocive a causa di uno spavento o all'intrusione di "spiriti" malevoli.

Riferimenti bibliografici

KLEINMAN Arthur (1980), *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*, University of California Press, Berkley.

KLEINMAN Arthur (2006 [1987]), *Alcuni concetti e un modello per la comparazione dei sistemi medici intesi come sistemi culturali*, pp. 5-30, in QUARANTA Ivo (curatore), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina, Milano.

LANDY David (1974), *Role adaptation: traditional curers under the impact of Western medicine*, "American Ethnologist", vol. 1, n. 1, 1974, pp. 103-127.

LEE R.P.L. (1982), *Comparative studies of health care systems*, "Social science and medicine", vol. 16, 1982, pp. 629-642.

LOCK Margaret - SCHEPER-HUGHES Nancy (2006 [1990]), *Un approccio critico-interpretativo in antropologia medica: rituali e pratiche disciplinari e di protesta*, pp. 149-194, in QUARANTA Ivo (curatore), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina, Milano.

LUPO Alessandro (1995), *La tierra nos escucha. La cosmología de los nahuas de la Sierra a través de las súplicas rituales*, Instituto Nacional Indigenista - Consejo Nacional Para la Cultura y las Artes, México.

LUPO Alessandro (2009), *Il mais nella croce. Pratiche e dinamiche religiose nel Messico indigeno*, CISU, Roma.

MENÉNDEZ Eduardo L. (1992 [1983]), *Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales*, pp. 97-114, in CAMPOS NAVARRO Roberto (curatore), *La antropología médica en México*, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, Universidad Autónoma Metropolitana, 2 voll.

PIZZA Giovanni (2005), *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma.

SCHIRRIPIA Pino - ZÚNIGA VALLE (2000), *Sistema medico*, "AM Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 9-10, 2000, pp. 209-222.

SIGNORINI Italo - LUPO Alessandro (1989), *I tre cardini della vita. Anime, corpo, infermità tra i Nahuas della Sierra di Puebla*, Sellerio, Palermo.

VAN DER GEEST Sjaak (2000), *Integrazione o abbraccio fatale? La difficile relazione tra la medicina indigena e la medicina occidentale*, pp. 55-65, in SCHIRRIPIA Pino - VULPIANI Pietro (curatori), *L'ambulatorio del guaritore. Forme e pratiche del confronto tra biomedicina e medicine tradizionali in Africa e nelle Americhe*, Argo, Lecce.

WARREN Patrizio (2000), *Medicina indigena e assistenza sanitaria di base tra gli Achuar del Río Huasaga*, pp. 224-244, in SCHIRRIPIA Pino - VULPIANI Pietro (curatori), *L'ambulatorio del guaritore. Forme e pratiche del confronto tra biomedicina e medicine tradizionali in Africa e nelle Americhe*, Argo, Lecce.

YOUNG Allan (1983), *The relevance of traditional medical cultures to modern primary health care*, "Social Science and Medicine", vol. 16, n. 17, 1983, pp. 1205-1211.

Scheda sull'Autrice

Silvia Scippa è nata a Roma il 20 settembre 1982. Nel 2007 si è laureata in Teorie e pratiche dell'antropologia presso l'Università degli studi di Roma "La Sapienza" con una tesi in antropologia culturale e storia orale: frutto del lavoro di campo svolto in un piccolo paese del sud Italia. Si è avvicinata alla cultura messicana dopo aver partecipato ad un campo di lavoro volontario in una comunità indigena del Messico centrale, appassionandosi all'antropologia medica grazie ai moduli di laurea specialistica

tenuti dal professor Alessandro Lupo. Nel 2011 ha conseguito la laurea magistrale in *Discipline Etnoantropologiche* con una tesi di antropologia medica nata da una ricerca sul pluralismo medico svolta in un contesto indigeno del Messico tra i Nahua della Sierra Norte di Puebla.

(Recapiti telefonici: 06 30895868; 328 2746093)

Riassunto

Intorno al susto di Juan. Diagnosi incomprese, farmaci che fanno ammalare e malattie “psicosomatiche”. Forme di relazione tra medico e paziente in un contesto indigeno del Messico

L'articolo vuole proporre una riflessione sulle complesse forme di relazione tra medici di base e pazienti indigeni in un contesto di pluralismo medico come quello della Sierra Norte di Puebla (Messico). Qui la visita medica può essere vissuta e analizzata come un vero e proprio incontro “interculturale”: luogo di confronto, scambio e conflitto tra modelli medici ed orizzonti di pensiero spesso molto distanti, in cui dottori e pazienti sperimentano la propria “differenza” e “integrazione” in vista della cura. Il caso di malattia di don Juan racconta quale tipo di relazione terapeutica possa instaurarsi tra un anziano *curandero* e paziente indigeno, affetto da diversi disturbi tra cui l'ipertensione, e il dottore del suo Centro di Salute, e come la discrepanza tra la diagnosi biomedica e l'esperienza di malattia del paziente possa condurre ad un conflitto tra modelli esplicativi che sembra risolversi con difficoltà nel processo terapeutico. In quest'ultimo emergono infatti i problemi di comunicazione, comprensione e condotta esistenti tra medico e paziente, legati principalmente alla mancata condivisione di una prospettiva eziologica capace di orientare le scelte terapeutiche e di incidere sull'efficacia delle stesse, nonché alla criticità del rapporto della popolazione indigena con i farmaci allopatrici. La categoria popolare del *susto* è protagonista dell'esperienza di malattia di Juan e delle diverse prospettive elaborate intorno ad essa e analizzate nell'articolo.

Parole chiave: susto, pluralismo medico, modelli esplicativi, ipertensione.

Résumé

Sur le susto de Juan. Diagnostics incompris, médicaments qui font tomber malades et maladies “psychosomatiques”. Formes de relation entre le médecin et le patient dans un contexte autochtone du Mexique

Cet article propose une réflexion sur les complexes façons de relation entre les docteurs et les patients indigènes dans un contexte de pluralisme médical comme celui de la

Sierra Norte de Puebla (México). Ici la visite médicale peut être vécue et analysée comme un rencontre “interculturel” au sens propre du terme : lieu de comparaison, d’échange et de conflit entre des modèles médicaux et horizons culturels souvent très distants, où docteurs et malades expérimentent leur “différence” et “intégration” en direction de la guérison. L’épisode de maladie de Juan nous raconte quelle relation thérapeutique peut s’instaurer entre un *curandero* indigène âgé, qui souffre de divers maux parmi lesquels l’hypertension, et le docteur du Centre de Santé local, montrant comment la discordance entre le diagnostic médical et l’expérience de maladie du patient peut conduire à un conflit entre modèles explicatifs qui ne trouvent pas des solutions dans le processus thérapeutique. Dans cette relation émergent beaucoup des problèmes de communication, de compréhension et de conduite entre médecin et malade, liés surtout à l’absence d’une perspective étiologique commune en état d’orienter les choix thérapeutiques et leur relative efficacité, ainsi qu’aux difficultés de relation entre la population native et les médicaments allopathiques. La catégorie populaire de *susto* est la protagoniste de l’expérience de maladie de Juan analysée dans cet article.

Mots-clés: *susto*, pluralisme médical, modèles explicatifs, hypertension.

Resumen

Sobre el susto de Juan. Diagnósticos mal entendidos, medicamentos que enferman y padecimientos “psicosomáticos”. Formas de relación entre médico y paciente en un contexto indígena de México

El artículo quiere proponer una reflexión sobre las complejas formas de relación terapéutica entre médicos de base y pacientes indígenas en un contexto de pluralismo médico como lo de la Sierra Norte de Puebla (México). Aquí la consulta médica puede ser vivida y analizada como un verdadero encuentro “intercultural”: lugar de confrontación, intercambio y conflicto entre modelos médicos y horizontes culturales a menudo muy distantes, donde médicos y pacientes experimentan su propia “diferencia” e “integración” en vista de la curación. El caso de don Juan cuenta cual pueda ser el tipo de relación terapéutica que se instaura entre un anciano *curandero* indígena, el cual presenta distintos padecimientos entre los cuales hipertensión arterial, y el médico de su Centro de Salud, y como la divergencia entre el diagnóstico médico y el malestar del enfermo pueda conducir a un conflicto entre modelos de explicación que parece resolverse con dificultad en el proceso terapéutico. En este de echo se revelan los problemas de comunicación, comprensión y conducta existentes entre médico y paciente, debidos sobre todo a la falta de una perspectiva etiológica común que pueda orientar las opciones terapéuticas e influir sobre la eficacia de esas mismas, así como la relación crítica que la población indígena tiene con los

medicamentos alopáticos. Es alrededor de la categoría popular del *susto* que se desarrollan la experiencia de la enfermedad de Juan y las distintas perspectivas analizadas en el artículo.

Palabras clave: *susto*, pluralismo médico, modelos explicativos, hipertensión.

Abstract

About Juan's susto. Misunderstood diagnosis, drugs that make sick and “psycho-somatic” disorders. Forms of relationship between doctor and patient in a native Mexican context

This paper wants to propose a reflection on the complex kinds of relationship between doctors and indigenous patients in a pluralistic medical context as the one of the Sierra Norte of Puebla (Mexico). Here medical examination can be lived and analyzed as a real intercultural encounter: a place of confrontation, of exchange and conflict between distant medical approaches and cultural horizons, where doctors and patients have experience of their “difference” and “integration” in sight of healing. Juan's illness case shows what kind of therapeutic relationship may develop between an old indigenous patient (and *curandero*), affected by various troubles among which hypertension, and the local Medical Center's doctor. The case also reveals how the divergence between biomedical diagnosis and illness experience of patient may lead to a conflict between different explanatory models with no solution in the therapeutical process. Problems of communication, understanding and medical practice arise between the doctor and the patient, mostly due to the lack of a common etiological perspective necessary to guide the therapeutical choices and related efficacy, as well as to the critic relationship between indigenous population and allopathic remedies. The popular illness category of *susto* is the protagonist of the Juan's illness experience and of the different perspectives elaborated and analyzed in this paper.

Keywords: *susto*, medical pluralism, explanatory models, hypertension.

*Il cancro cervico-uterino come incorporazione
delle disuguaglianze sociali:
riflessioni intorno al rapporto genere/malattia
tra le donne maya dello Yucatán*

Giorgia Valenti

laurea magistrale in Discipline etnoantropologiche e dottoranda in Etnologia e etnoantropologia (Sapienza Università di Roma)
[giorgiavalenti@tiscali.it]

Premessa: una malattia della povertà

Il cancro cervico-uterino è una malattia della povertà: le più recenti pubblicazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) descrivono un panorama epidemiologico mondiale all'interno del quale questa patologia risulta essere una delle prime cause di morte per malattia tra le donne dei paesi in via di sviluppo (WHO 2007, 2009). I tassi di incidenza e di mortalità per cancro cervico-uterino sono infatti di gran lunga maggiori nei paesi a basso reddito rispetto a quelli ad alto reddito; a tal proposito l'OMS denuncia che «più dell'80% delle donne con diagnosi recente di cancro cervico-uterino vivono in paesi in via di sviluppo e che a quasi tutte viene diagnosticato il cancro quando la malattia si trova ad uno stadio avanzato» (WHO 2007: 17). Negli ultimi trenta anni l'incidenza e la mortalità per cancro cervico-uterino nei paesi ad alto reddito è notevolmente diminuita, grazie all'applicazione di efficaci programmi nazionali di prevenzione. Non lo stesso è accaduto nei paesi a basso reddito, dove negli stessi anni tali programmi sono stati attivi ma con scarsi risultati, al punto che in molti casi il tasso di mortalità non solo non è diminuito ma ha trovato un aumento. Le disuguaglianze nell'impatto di questa patologia non sono però unicamente riconducibili a un dislivello di tipo economico e sociale tra "paesi poveri" e "paesi ricchi", in quanto anche in questi ultimi le donne delle zone rurali o più povere corrono un maggior rischio di ammalarsi (*ibidem*: 21); in questo senso, più che parlare di una malattia dei paesi in via di sviluppo ci si può riferire al cancro cervico-uterino come ad una malattia che colpisce le donne povere.

È a partire da tale constatazione che nasce l'interesse di riflettere sul rapporto genere/malattia a Tekax⁽¹⁾, municipio situato nella regione meridionale dello Stato dello Yucatán (Messico). In Messico, conformemente al panorama epidemiologico tracciato dall'OMS, i tassi di incidenza e di mortalità per cancro cervico-uterino sono molto elevati; in particolar modo lo stato dello Yucatán ha occupato, negli ultimi quindici anni, i primi posti a livello nazionale in quanto a mortalità ad esso associata (SECRETARÍA DE SALUD 2007). Sono proprio le aree rurali dello stato ad alta prevalenza indigena, delle quali Tekax è parte, a presentare l'incidenza più elevata, comunità considerate al tempo stesso ad alta prevalenza indigena di lingua maya e ad alta emarginazione e che rappresentano le sacche di povertà dello Stato (INEGI 2000, 2005).

Il cancro cervico-uterino è uno dei pochi tipi di cancro per i quali la scienza medica abbia identificato un agente causale specifico, il Virus del papilloma umano (VPH), un virus a DNA la cui trasmissione avviene per via sessuale, in grado di determinare lesioni nei tessuti della cervice uterina, note come displasie, che, se non adeguatamente trattate, possono condurre al carcinoma (WHO 2009: 117-132)⁽²⁾. Non esiste alcun tipo di trattamento per eliminare l'infezione da VPH: nella maggioranza dei casi regredisce da sola (solo il 5% delle donne affette da tale infezione arrivano ad ammalarsi di cancro), ma quando ciò non accade può causare displasie lievi e, in assenza di cure adeguate, avviare il percorso che conduce al carcinoma. All'azione oncogena di questo virus si aggiungono alcuni cofattori di rischio: il tabagismo; l'infezione del Virus di immunodeficienza umana (HIV); l'inizio di relazioni sessuali in giovanissima età; rapporti sessuali con più partner e con partner a rischio; fattori di tipo ormonale come l'uso di contraccettivi orali; prima gestazione in giovanissima età e gestazioni multiple; il fattore ereditario; il regime alimentare; il basso livello socio-economico (WHO 2007).

Il decorso della malattia è molto lento: secondo le stime dell'OMS occorrono tra i 10 e i 20 anni prima che una lesione precancerosa prodotta dal VPH si trasformi in cancro invasore (WHO 2007: 17) e le displasie, prima che arrivino ad uno stadio avanzato, sono assolutamente curabili con interventi non invasivi e ad un costo relativamente modesto⁽³⁾. Per tale ragione, gli sforzi delle organizzazioni internazionali e dei governi sono da molti anni diretti alla prevenzione, attraverso campagne che puntano a garantire alla popolazione femminile in età fertile un test di *screening* periodico.

In Messico, conformemente alle direttive dell'OMS, il cancro cervico-uterino è oggetto di una specifica politica di prevenzione della quale il

governo federale messicano si fa carico per mezzo del *Programa de detección oportuna del cáncer cervicouterino* (DOC) e del *Programa de desarrollo humano Oportunidades*. La normativa vigente in materia di prevenzione ha come obiettivi la riduzione della morbidità e della mortalità per questa patologia, mediante l'azione coordinata delle istituzioni del settore salute e di quelle del settore educativo (NOM 1998). L'attività di prevenzione consiste prima di tutto nella "promozione dello *screening*" attraverso campagne di educazione alla salute e prevede che le donne possano sottoporsi ad un test di *screening* (Pap-test) gratuitamente presso tutte le unità mediche del settore pubblico (SECRETARÍA DE SALUD 1998).

Si tratta di una malattia il cui impatto dovrebbe essere assolutamente arginabile, essendo un tumore facilmente prevenibile attraverso un test di *screening* periodico, caratterizzato da un decorso lentissimo e per il quale la scienza medica ha individuato un agente causale specifico, il che renderebbe possibile arginarne l'azione patogena. Tuttavia, tanto l'attuale profilo epidemiologico mondiale quanto quello del Messico mostrano come la conoscenza delle cause e delle cure, nonché la sostanziale prevedibilità, non siano caratteristiche sufficienti a contenere la malattia. Dati questi presupposti, la questione alla quale l'antropologia medica può dare il proprio contributo analitico è riconducibile al quesito di Paul Farmer: mediante quali meccanismi forze sociali, che vanno dalla povertà al razzismo, vengono a essere incorporate come esperienza individuale? (FARMER P. 2006a [2003]: 266). L'etnografia ha infatti messo in luce come il cancro cervico-uterino a Tekax possa essere affrontato attraverso quell'orientamento teorico che si propone di rintracciare, all'interno delle categorie e dei significati culturali della malattia, le strutture di dominio e di potere, concentrandosi sul rapporto tra il soggetto e l'ordine sociale e sull'incorporazione (*embodiment*) (CSORDAS T. 1990) dei processi storici, sociali e politici nelle biografie individuali (cfr. ad esempio AGAMBEN G. 1995; FARMER P. 2006a [2003], 2006b; FASSIN D. 1996, 2006 [2001]; QUARANTA I. 2006; RABINOW P. 1992; SCHEPER-HUGHES N. - LOCK M. 1987; SMITH B.E. 1981; TAUSSIG M. 2006; YOUNG A. 1982). A Tekax la sofferenza sociale legata alla malattia può essere ricondotta a quella che Paul Farmer definisce "violenza strutturale", «termine che denota una sofferenza che è 'strutturata' da forze e processi storicamente dati (spesso economicamente pilotati) che cospirano – attraverso la routine, il rituale o, come più spesso accade, la durezza della vita – nel limitare la capacità d'azione degli individui» (FARMER 2006a [2003]: 280). L'intento di questo scritto è quello di illustrare quali sono i fattori di ordine socio-politico che rendono le donne maya vulnerabili al cancro

cervico-uterino, favorendo il concomitante dispiegarsi dei fattori di rischio individuati dalla scienza medica⁽⁴⁾.

Cosa espone le donne maya ai fattori di rischio individuati dalla scienza medica

I primi fondamentali canali di espressione della violenza strutturale a Tekax sono la disuguaglianza di genere e la povertà; ad essi è possibile ricondurre l'esposizione delle donne maya tanto al VPH quanto agli altri co-fattori di rischio individuati dalla scienza medica.

È in primo luogo la povertà estrema, condizione che accomuna la maggior parte delle donne, a renderle vulnerabili a questa malattia. Essere una donna povera non significa soltanto non potere soddisfare i bisogni nutrizionali che garantiscono il benessere fisico, ma significa al contempo possedere generalmente un livello di istruzione scarso o nullo; ad un'educazione scolastica inadeguata è probabile corrisponda una ancor più inadeguata informazione sui rischi legati al VPH e quindi sulla prevenzione del cancro cervico-uterino, soprattutto in relazione all'utilizzo di metodi contraccettivi di barriera. Uno scarso livello di scolarizzazione vuol dire, inoltre, vedersi preclusa la possibilità di acquisire un impiego che possa contribuire al miglioramento della propria condizione e all'indipendenza economica dai mariti. Ciò ha significative conseguenze, in quanto per queste donne diviene estremamente difficoltoso emanciparsi dalla posizione di subordinazione nei confronti degli uomini, dai quali spesso subiscono violenze fisiche e psicologiche. La violenza domestica è una triste realtà che accomuna moltissime donne ma colpisce maggiormente quelle povere, coloro che non hanno altra scelta e altre risorse a cui attingere per il proprio sostentamento e per quello della famiglia. Tale condizione, generalizzata quanto quella di povertà e ad essa indissolubilmente legata, fa sì che le relazioni extra-coniugali dei mariti, spesso dediti all'alcool, sia una prassi alla quale le stesse mogli non sembrano attribuire grande importanza, in quanto problema secondario rispetto a quello della violenza domestica. Tanto le donne quanto il personale medico e infermieristico riferiscono che la promiscuità coniugale è un fenomeno profondamente radicato nel tessuto sociale, i cui responsabili sono individuati più spesso negli uomini che nelle donne, in quanto il "tradimento" entra facilmente a far parte dell'*habitus* (BOURDIEU P. 2003 [1972]) maschile come, in maniera analoga, la tolleranza di una relazione coniugale violenta rientra in quello femminile. A pregiudicare ulteriormente una realtà già così difficile è l'alcolismo, fenomeno di carattere prevalentemente maschile che taglia

trasversalmente tutti i livelli socio-economici, diffuso non soltanto nelle realtà rurali yucateche ma in tutti gli stati messicani (INEGI 2005). In una famiglia povera la presenza di un padre alcolista significa dover fronteggiare non solo i problemi relativi all'acuirsi della violenza domestica, ma anche quelli derivanti dalla necessità di difendere i pochi introiti familiari dai tentativi di dissipazione dei mariti dediti all'alcool. A tal proposito è significativa la testimonianza della signora V.:

«Per me è stato un po' difficile essere mamma, ma non difficile perché non l'ho accettato, difficile perché la mia vita è stata un po' difficile, perché lui mi maltrattava molto. Non dava una vita corretta ai miei figli, dico che non dava loro una vita corretta perché lui lavorava ma beveva molto, usciva per andare al lavoro e tornava ubriaco e a volte gli chiedevo qualcosa per i bambini: "Non ce l'ho". Dovevo lavorare io per sostenere i miei figli. Non gli importava se i suoi figli dovevano mangiare o no. Allora, questa è una cosa di cui come donne e come essere umani ci rendiamo conto» (signora V.).

Se per un verso le modalità secondo le quali la promiscuità sessuale si realizza sono connesse alla disuguaglianza di genere e alla povertà, dall'altro queste appaiono fortemente correlate al fenomeno migratorio. Tekax, come la maggior parte delle comunità rurali dello Yucatán, ha conosciuto da alcuni anni il progressivo incremento dei flussi migratori verso gli Stati Uniti o le località turistiche della costa. Si tratta di un fenomeno divenuto ormai strutturale, che ha assunto enormi proporzioni e i cui protagonisti sono prevalentemente uomini, giovani e meno giovani, che emigrano per lunghi periodi e, con i guadagni provenienti da impieghi poco qualificati, inviano denaro alle rispettive famiglie, per le quali spesso questo rappresenta l'unica forma di introito. Il fenomeno migratorio rappresenta un importante fattore favorente le relazioni extraconiugali, poiché separa le famiglie per periodi molto lunghi. Da un lato gli stessi medici considerano l'emigrazione una delle principali cause di una così diffusa promiscuità sessuale e quindi della grande diffusione del VPH, dall'altro il binomio emigrazione/relazioni extraconiugali mostra la sua pregnanza nel senso comune e nei significati sociali attribuiti a questa malattia⁽⁵⁾. Quando ad un siffatto insieme di condizioni favorevoli il dispiegarsi di pratiche sessuali promiscue non viene ad associarsi un adeguato utilizzo di metodi contraccettivi di barriera, la principale conseguenza è che le donne possono contrarre il VPH semplicemente avendo rapporti sessuali con i propri mariti. D'altra parte, tali rapporti non solo sono obbligate ad averli, ma anche laddove vi sia da parte delle mogli l'esplicita richiesta ai mariti di utilizzare il preservativo, questa non viene soddisfatta perché non gradita. Questo stato di cose fa sì che una donna povera e non istruita contragga

più facilmente il VPH rispetto ad una istruita e benestante. Lo stesso vale per i co-fattori di rischio: la denutrizione, l'inizio dell'attività sessuale e riproduttiva in giovanissima età sono manifestazioni connesse alla condizione di povertà. Le donne, infatti, soprattutto quelle appartenenti ad un basso livello socio-economico, tendono a sposarsi già a quindici anni ed ad avere il primo figlio a questa stessa età, cui generalmente segue un altissimo numero di gravidanze.

Povertà e disuguaglianza di genere non rappresentano, tuttavia, gli unici canali di espressione della violenza strutturale in questo contesto. Particolare attenzione merita, infatti, il ruolo della "sanità pubblica", intesa come gestione politica della salute governata dallo Stato (Fassin D. 1996: 47), nello specifico dei meccanismi attraverso i quali il sistema sanitario agisce nell'ambito della prevenzione e della cura del cancro cervico-uterino. In questa prospettiva, un terzo fondamentale elemento da considerarsi "strutturante" può essere individuato nell'inefficienza del sistema sanitario pubblico. Significativo è il caso di cinque donne malate e ormai guarite per le quali la responsabilità dello stadio avanzato della loro malattia è attribuibile proprio all'inefficienza dei servizi sanitari. Queste donne, pur vivendo in una condizione di estrema povertà, si sottopongono tutte al pap-test da diversi anni con una cadenza di sei mesi o un anno, in conformità alle raccomandazioni del personale medico e come previsto dal Doc. Nonostante lo stato socio-economico e lo scarsissimo o nullo livello di scolarizzazione, il controllo periodico alle quali esse si sottopongono è una pratica di *routine*, della cui importanza come metodo di prevenzione per il cancro cervico-uterino sono fortemente coscienti. Il primo elemento che accomuna le biografie di queste donne è la presunta "fulmineità" della loro malattia. Sono infatti incredibilmente brevi i periodi di tempo intercorsi tra l'ultimo pap-test, il cui risultato le dava completamente sane, e il successivo dal quale sono emerse diagnosi di displasie allo stadio avanzato e cancro *in situ*; si tratta di periodi che variano dai sei mesi ai due anni al massimo⁽⁶⁾.

Occorre ricordare che la peculiarità del cancro cervico-uterino è il lento decorso, per il quale l'Oms stima che occorran «tra i 10 e i 20 anni prima che una lesione precancerosa prodotta dal VPH si trasformi in cancro invasore» (WHO 2007: 17). Se vari organismi internazionali, a partire dall'Oms, raccomandano che lo *screening* sia al principio annuale per poi divenire addirittura trimestrale significa che i tempi di degenerazione delle displasie non possono essere dell'ordine di sei mesi, un anno o due anni. Per queste ragioni, è difficile credere che si tratti di tumori fulminei, ma

sembra più probabile che queste donne abbiano ricevuto ripetuti risultati negativi laddove già erano presenti delle displasie.

L'indagine etnografica ha effettivamente mostrato che le disposizioni federali in materia di prevenzione del cancro cervico-uterino, così come concretamente applicate, sono spesso lontane dal garantire la corretta prevenzione e presentano gravi malfunzionamenti⁽⁷⁾. In estrema sintesi, la procedura "corretta" cui il personale medico e amministrativo dichiara attenersi è la seguente: i pap-test vengono effettuati nel centro di salute di Tekax unicamente dall'infermiera P. I campioni prelevati vengono quindi inviati al Laboratorio statale di citopatologia di Mérida, l'unico in tutto lo stato. Qui, dopo l'analisi e l'emissione dei risultati, i responsi clinici sono nuovamente inviati alle cliniche di provenienza con tempi di attesa che variano a seconda dell'esito: quando questo è negativo occorrono circa due mesi perché ritorni al centro di salute di Tekax; quando si riscontra una displasia di qualunque livello il risultato viene invece rispedito a Tekax al massimo in una settimana con allegato l'appuntamento per la visita alla clinica di displasia di Ticul, un municipio a circa un'ora di autobus da Tekax. L'infermiera P. si occupa quindi di smistare i risultati tra i sette consultori dislocati in tutta l'area municipale, ma non di avvisare le pazienti che presentano risultati positivi; questo compito spetta invece alle infermiere che, a seconda del consultorio di loro competenza, si recano a casa delle pazienti e le informano personalmente del risultato, sollecitandole a recarsi all'ospedale in vista dell'intervento chirurgico (conizzazione cervicale) cui dovranno sottoporsi entro due mesi circa.

Tanto le donne quanto persone che ricoprono incarichi di diverso tipo all'interno delle istituzioni sanitarie⁽⁸⁾ rilevano che l'organizzazione dei servizi sanitari pubblici preposti alla prevenzione, così come appena descritta, presenta dei "punti critici": una grande quantità dei campioni prelevati sono inadeguati per essere esaminati, perché il prelievo è effettuato male, il che potrebbe essere sintomatico di una generalizzata impreparazione del personale infermieristico nel realizzare i pap-test; i campioni vengono smarriti o nella fase di trasporto dai centri di salute di primo livello al Laboratorio statale di Mérida o nel laboratorio stesso; le infermiere, cui spetta il compito di avvisare le pazienti con displasie, non sempre sembrano svolgerlo.

Difficile stabilire quanto tali deficienze abbiano un peso nell'ambito del complessivo funzionamento dei servizi sanitari per la prevenzione del cancro cervico-uterino; ciò nonostante, l'ipotesi secondo cui una donna sana possa in sei mesi o un anno ritrovarsi con una displasia grave o con

un cancro all'utero si presenta molto improbabile, soprattutto quando riguarda cinque donne su cinque. Considerare queste vicende come "tumori fulminei" significherebbe occultare il ruolo e la responsabilità che fattori di ordine sociale hanno avuto nell' esporre queste donne al cancro cervico-uterino; le gravi mancanze di un sistema sanitario così gestito hanno avuto un'azione patogena non solo perché non hanno garantito la cura, ma in quanto hanno mantenuto queste donne nella convinzione di essere sane, limitando la loro capacità di azione nel difendersi dalla malattia. L'inefficienza dei servizi sanitari ha significato lasciare queste donne nella paradossale posizione di chi pensa di godere del benessere fisico, poiché si è assunta la responsabilità del proprio stato di salute sottoponendosi al pap-test, ma che in realtà è malata. Per tale ragione la "sanità pubblica", in quanto responsabile della gestione della salute collettiva, ha rappresentato per queste donne, e chissà per quante altre, uno dei fattori strutturanti il rischio di esposizione al cancro cervico-uterino.

La "sanità pubblica" non mostra di essere inefficiente soltanto dal punto di vista della gestione e dell'attuazione dei programmi di prevenzione, ma sono gli stessi criteri sui quali le politiche federali poggiano ad essere per molti aspetti fallimentari. Guardando alla politica sanitaria secondo foucaultiane cornici di bio-potere (FOUCAULT M. 1969 [1963], 1996 [1976]), si può riflettere sulle modalità attraverso le quali essa interviene nello spazio sociale e sulle logiche che sottendono la sua azione normativa. Ciò emerge attraverso il confronto tra i principi e le finalità cui i programmi federali dichiarano attenersi sul piano ufficiale e il loro concretizzarsi sul piano locale; tale confronto rende possibile evidenziare le "logiche" sulle quali il Doc e *Oportunidades* fondano la propria azione preventiva.

A partire dall'anno 2000 la Secretaría de salud de Yucatán (Ssy) – ente che gestisce i servizi sanitari a livello statale – ha attuato un importante cambiamento di strategia che mi è stato illustrato dal dr. S., responsabile del Doc dal 2000 al 2005 e attuale epidemiologo della Ssy e dell'Instituto mexicano del seguro social (IMSS)⁽⁹⁾: se prima l'obiettivo era realizzare un certo numero di pap-test ogni anno, ora la meta è incrementare la copertura, ossia raggiungere le donne che neanche una volta nella vita si sono sottoposte ad un test di *screening*. Tale cambiamento di strategia della Ssy sembra avere dato risultati incoraggianti nei termini della diminuzione del tasso di mortalità; ciononostante l'incidenza del cancro cervico-uterino si è mantenuta pressoché costante. Si tratta di un dato molto importante, in quanto denota il fatto che la politica di prevenzione ha sicuramente raggiunto dei risultati, ma attraverso lo *screening* e non

agendo sui fattori di rischio. La testimonianza del dr. S. è, a tal proposito, molto significativa.

«Guarda, siamo decisamente focalizzati sulla donna è uno...è una cosa che mi è rimasta da fare durante questo programma che mi appassiona moltissimo. Io ho sempre pensato che anche l'uomo debba essere coinvolto in questo tipo di problema, non solo perché l'uomo è quello che conta, che contra il virus, ossia il VPH, ma anche perché l'uomo deve, in senso buono, obbligare la propria moglie a sottoporsi al Pap-test, e dico in senso buono perché chi più dell'uomo deve seguirla: "Sai, già è passato un anno, non ti sei fatta il Pap-test, andiamo ti accompagno". [...] Però come ti dicevo la nostra cultura è difficile, l'uomo non è coinvolto e il maschilismo messicano continua ad influire molto: "Se qualcuno ti vede ti ammazzo" ed è vero, le maltrattano se vengono a sapere che qualcuno le ha viste intimamente» (dr. S., ex responsabile del Doc).

Secondo il dr. S. il problema verte esclusivamente sulla promozione dello *screening*: se l'incidenza della malattia e delle displasie di stadio avanzato rimane alta è perché l'attività di prevenzione attraverso il pap-test non è ancora sufficientemente efficace. Per quanto questo rappresenti sicuramente un fattore di enorme rilevanza, non si può non sottolineare che se il principale agente causale del cancro cervico-uterino è il VPH l'azione preventiva dovrebbe al tempo stesso concentrarsi su una campagna di sensibilizzazione all'uso del preservativo non soltanto diretta alle donne, ma anche e soprattutto agli uomini. Il dr. S. riconosce sì la necessità di coinvolgere gli uomini (della quale comunque non si è fatta menzione all'interno del programma che lui stesso ha diretto), ma pone l'accento sulla loro potenziale funzione di supporto alle donne: il marito invece di impedire alla propria moglie di rivolgersi al medico la dovrebbe convincere, aiutandola a superare quel retaggio culturale che rende così difficile il realizzarsi di un'adeguata azione preventiva. Non menziona iniziative in direzione della promozione all'uso del preservativo e nonostante affermi che sono «gli uomini quelli che contagiano», il programma è diretto esclusivamente alle donne. In tal senso, la logica sottostante il Doc appare eludere le radici del problema, occupandosi soltanto di lenirne di effetti.

Questo stesso tipo di logica, basata sulla prevenzione attraverso lo *screening* e sull'esclusivo coinvolgimento delle donne, si ripropone secondo gli stessi criteri in *Oportunidades*. Pur non trattandosi di un'iniziativa specificamente rivolta alla prevenzione del cancro cervico-uterino, *Oportunidades* svolge un importante ruolo in questo ambito. Con questo programma il governo federale si fa carico della persistente condizione di povertà del paese attraverso un'azione tesa ad estendere alla popolazione povera un pacchetto di servizi e di sussidi monetari, volti a garantire l'accesso a

livelli sufficienti di nutrizione, ai servizi primari di salute e all'educazione. Per ogni famiglia beneficiaria di *Oportunidades* viene individuata una titolare che riceve direttamente dei sussidi monetari, identificata con la persona di sesso femminile responsabile della cura dei bambini all'interno del nucleo familiare; si tratta quindi, nella stramaggioranza dei casi, della madre. Il coinvolgimento delle donne, come uniche responsabili della gestione del denaro, fa parte di una strategia volta, si sostiene, al miglioramento della condizione femminile e del ruolo che esse svolgono per lo sviluppo familiare e comunitario. Secondo il principio basilare di *Oportunidades*, quello della "corresponsabilità", i genitori, per poter usufruire del programma, devono previamente avere adempiuto a determinati obblighi, pena la sospensione dell'appoggio. Per quanto concerne l'assistenza medica, tutti i membri della famiglia hanno l'obbligo di sottoporsi periodicamente alle visite di controllo e prevenzione – che includono il pap-test – previste nel pacchetto base dei servizi di salute, mentre soltanto le madri sono obbligate a partecipare a degli incontri mensili di educazione alla salute, indetti nell'ambito dell'unità sanitaria di riferimento. L'aspetto interessante della strategia di *Oportunidades* risiede ancora una volta nell'esclusivo coinvolgimento delle donne e nell'esonero degli uomini dalla gestione del denaro e dalla partecipazione a questi incontri. A questo proposito, riporto di seguito un frammento di intervista della dr.ssa. A., responsabile della formazione della SEDESOL⁽¹⁰⁾, l'ente federale cui spetta la direzione del programma:

«Gli uomini hanno l'obbligo di sottoporsi alle visite, ma non di partecipare agli incontri di educazione alla salute, perché purtroppo gli uomini hanno questa cultura e non ci vanno, dicono: "Non voglio andare, non ne ho voglia, vedetela tu". Gli uomini non sono molto attenti a queste cose [...] Le donne sono il fulcro. Il programma ha un obiettivo che è l'equità di genere, quindi per l'equità sono state appoggiate molto di più le donne. Quindi il programma appoggia di più le donne, per questo le donne sono le titolari beneficiarie alle quali si dà il denaro. Quando si dava agli uomini, non sempre arrivava o non arrivava completo. Al contrario le donne sono quelle che amministrano le spese, che sanno quanto comprano, quanto spende il bambino per la scuola» (dr.ssa A., responsabile della formazione della SEDESOL).

Il punto focale del discorso della dr.ssa A. si incentra su specifiche attitudini comportamentali, che identificherebbero altrettanto specifici *habitus* inerenti i ruoli di genere: gli uomini non sono culturalmente inclini ad amministrare il denaro e tanto meno a partecipare ad un incontro di educazione alla salute o sessuale; le donne, al contrario, sono più responsabili, si occupano dei figli e delle loro esigenze e quindi possono gestire i sussidi.

È innegabile che coinvolgere in determinate iniziative gli uomini presenta grandi difficoltà, che sono ampiamente confermate dai medici e dalle infermiere che si occupano fattivamente di organizzarle; tuttavia, questo non ne giustifica l'assenza. Non si tratta, quindi, di contestare le posizioni della dr.ssa A. perché non dimostrabili o inconsistenti, ma ciò che va evidenziato è che esse costituiscono il presupposto sul quale poggia l'obiettivo primario di *Oportunidades*, ossia l'equità di genere. Si afferma che il coinvolgimento delle donne, come uniche responsabili della gestione del denaro, faccia parte di una strategia volta al miglioramento della condizione femminile e alla promozione dell'uguaglianza di genere. La logica che sottende tale strategia appare estremamente contraddittoria e non può far altro che suscitare un fondamentale interrogativo: come l'esclusiva attribuzione alle donne della responsabilità di gestione dei sussidi e il conseguente esonero degli uomini, può essere veicolo di promozione delle pari opportunità? Sembrerebbe, al contrario, che tale strategia rafforzi quella disuguaglianza che si propone di combattere, proprio perché, partendo dal presupposto che «gli uomini sono irresponsabili e le donne giudiziose», propone un programma federale che renda «gli uomini più irresponsabili e le donne più giudiziose», così da combattere la disuguaglianza di genere. La SEDESOL giustifica la scelta delle donne quali titolari di *Oportunidades* nel seguente modo: «In tutti i casi si fa in modo che la madre di famiglia sia la depositaria e titolare dei benefici economici diretti al suo nucleo familiare [...] Il Programma poggia sul fatto che abitualmente le donne fanno un uso giudizioso, responsabile e fruttuoso dei mezzi che hanno alla loro portata a favore di tutti i membri della famiglia, in particolare per i bambini e per le bambine» (SEDESOL 1999: 7). Si tratta di un vero e proprio principio programmatico e non dell'opinione personale della dr.ssa A., il che induce a riflettere su quanto una politica di sviluppo sociale in tal modo concepita possa essere veicolo di promozione delle pari opportunità.

Le politiche statali attraverso il Doc e *Oportunidades* tendono a rappresentare e perpetuare la disuguaglianza di genere che si propongono di combattere, attraverso azioni che, lungi dall'offrire una via all'emancipazione delle donne povere, si dispiegano secondo logiche che rafforzano i ruoli di genere, in un contesto in cui essi implicano che la posizione della moglie sia quella di subordinazione al marito. Esse divengono, per molti versi, subalterne a quella cultura "maschilista" che ha un ruolo così preponderante nel determinare il disagio sociale delle donne, secondo una logica per la quale la posizione maschile e i significati ad essa connessi rappresentano una sorta di tabù che in quanto tale deve essere il più

possibile eluso. Ciò evidenzia una certa analogia tra “pensiero istituzionale” e “sapere comune”. Come afferma Mary Douglas, in ogni società le istituzioni strutturano il modo di pensare delle persone: «ogni istituzione controlla la memoria dei suoi membri, fa loro dimenticare le esperienze incompatibili con la propria immagine virtuosa e fa loro ricordare una serie di eventi che confermano la visione della natura che le è propria; fornisce loro categorie di pensiero, fissa i confini dell'autoconoscenza e definisce le identità; l'istituzione deve garantire l'edificio sociale sacralizzando i principi della giustizia» (DOUGLAS M. 1990: 169). Considerando la forza del legame mente-istituzioni e la capacità delle seconde di agire sulla prima, possiamo riflettere sulle identità e sulle categorie di pensiero che lo Stato nella forma della “salute pubblica” sta proponendo. Un “modello” che afferma di perseguire l'equità di genere caricando le donne di responsabilità dalle quali gli uomini sono ufficialmente esclusi. Il “pensiero istituzionale” può rivelarsi pericoloso proprio in virtù del legame che esso intrattiene con il “senso comune”.

La bio-politica della popolazione tenta di rispondere al problema del cancro cervico-uterino attraverso un'azione diretta al corpo malato, ossia quando la patologia è già manifesta e riscontrabile. Lo Stato, in quanto responsabile della gestione collettiva della malattia, mette in atto una politica di prevenzione che ignora le cause del suo manifestarsi, prima fra tutte il mancato utilizzo del preservativo e l'importante ruolo degli uomini nella trasmissione del VPH.

Conclusioni

Il cancro cervico-uterino è una malattia socialmente determinata. L'individuazione dei fattori da considerarsi “determinanti” deve realizzarsi assumendo il punto di vista del soggetto che li subisce, quello di donne di etnia maya che vivono in un contesto sociale caratterizzato da povertà estrema. La povertà, la subalternità coniugale e il basso livello di scolarizzazione sono l'uno inestricabilmente connesso all'altro, in un circolo vizioso dal quale è estremamente difficoltoso affrancarsi e che conduce a contrarre il VPH e gli altri co-fattori di rischio del cancro cervico-uterino. In tal senso la violenza strutturale – come parte dell'assetto sociale ed economico e delle politiche che nascono al suo interno – ha limitato e limita la capacità di azione proprio delle donne più povere e meno istruite, di quelle che non hanno alternative. Se la povertà e la disuguaglianza di genere rappresentano i primi fattori strutturanti il rischio

di esposizione delle donne ai fattori di rischio individuati dalla scienza medica, la violenza strutturale si estende anche ad un secondo ordine di realtà, quello della sanità pubblica. Per un verso, l'inefficienza del sistema sanitario pubblico ha strutturato il rischio di esposizione delle donne al cancro cervico-uterino, perché le ha mantenute nella convinzione di essere sane, inibendo la possibilità concreta di difendersi dalla malattia. Si può infatti affermare che il corpo sia divenuto luogo di espressione dell'inefficiente e diseguale distribuzione delle risorse di cura e, di conseguenza, delle differenti possibilità di sopravvivere alla malattia o di morire. D'altro canto la sanità pubblica pare ignorare gli appena descritti luoghi di espressione della violenza strutturale e ciò si concretizza in politiche della prevenzione per alcuni aspetti miopi, in quanto elusive delle cause del cancro cervico-uterino, che sono proprio da individuarsi in quella serie di processi economici e sociali, "strutturanti" il rischio di esposizione delle donne povere a questa malattia. L'azione disciplinante del bio-potere si realizza esclusivamente sul corpo femminile e il "pensiero istituzionale" mostra di essere per molti aspetti partecipe delle dinamiche sociali, economiche e storiche che determinano la condizione di subordinazione della donna, in una sorta di connivenza con quella cultura "maschilista" che si propone di rimuovere. Guardando al concetto di salute come ad «uno spazio definito dai rapporti che il corpo fisico intrattiene con il corpo sociale» (Fassin D. 1996: 35), il cancro cervico-uterino può configurarsi, in un siffatto contesto, come il prodotto di forze sociali di diversa matrice che agiscono in maniera concomitante e si incorporano nell'esperienza individuale.

Note

⁽¹⁾ Tekax è uno dei municipi di più grande estensione territoriale dello Stato dello Yucatán, con una popolazione totale di 37.454 abitanti (INEGI 2005); è classificato come un municipio ad alta concentrazione indigena: il 94,1% della popolazione è considerata maya in base ad un criterio di identificazione di tipo linguistico.

⁽²⁾ Le displasie ricevono il nome di Neoplasie intraepiteliali cervicali e sono indicate con la sigla CIN (*Cervical intraepithelial neoplasia*). A seconda dello stadio di sviluppo e quindi della gravità dell'alterazione nei tessuti, le neoplasie vengono classificate in CIN1 (displasia lieve), CIN2 (displasia moderata) e CIN3 (displasia grave). Si tratta di condizioni precancerose che se non adeguatamente trattate possono evolvere in adenocarcinoma *in situ* – stadio in cui il tumore non è ancora diffuso nel resto dell'organismo – e successivamente in tumore invasivo (WHO 2009).

⁽³⁾ Le terapie adottate in caso di neoplasia sono soprattutto di tipo chirurgico e si avvalgono di metodologie escissionali che si effettuano generalmente in presenza di un CIN2 o di un CIN3. L'intervento chirurgico di tipo escissionale più utilizzato è la "conizzazione cervicale", che consi-

ste nell'asportazione di una porzione della cervice al fine di rimuovere una lesione precancerosa o cancerosa ancora molto limitata nella sua estensione (WHO 2007: 142).

⁽⁴⁾ Questo lavoro è frutto di una ricerca etnografica che ho svolto dal settembre 2008 al febbraio 2009 nell'ambito di un progetto organizzato dal Centro de investigaciones regionales (CIR) "dr. Hideyo Noguchi" della Universidad autónoma de Yucatán Mérida (UADY), intitolato *Servicios de atención a cáncer cérvico-uterino y mamario: un esquema que requiere de alianza entre sistemas culturales* (cfr. ORTEGA CANTO J.E. - QUATTROCCHI P. 2008). Complessivamente sono state intervistate 29 persone, delle quali 16 donne (il campione di età varia dai 25 ai 65 anni e include sia donne malate o che hanno avuto la malattia sia donne sane), 6 medici, 2 infermiere, 2 terapeuti tradizionali (una *partera* e uno *yerberero*) e 3 funzionari pubblici incaricati di alcuni programmi federali.

⁽⁵⁾ Per un approfondimento su questo tema cfr. VALENTI G. s.a.[b].

⁽⁶⁾ Signora M. C.: dopo sei mesi dall'ultimo pap-test le diagnosticano un cancro *in situ*; signora I.: dopo un anno dall'ultimo pap-test le diagnosticano un CIN2; signora V.: dopo un anno dall'ultimo pap-test le diagnosticano un CIN3; signora A.: dopo due anni dall'ultimo pap-test le diagnosticano un CIN3; signora I.: dopo un anno dall'ultimo pap-test le diagnosticano CIN3.

⁽⁷⁾ Per un approfondimento su questo tema cfr. VALENTI G. s.a.[a].

⁽⁸⁾ La signora M., responsabile municipale di *Oportunidades*; il dr. C.R., ginecologo privato di Tekax; il dr. A., ginecologo della clinica di displasia di Ticul.

⁽⁹⁾ La Secretaría de salud è l'istituzione responsabile del sistema sanitario messicano nel suo complesso: ad essa competono i servizi alla popolazione non assicurata. L'Imss è uno dei segmenti del sistema di salute pubblico messicano che si occupa di offrire la copertura sanitaria alla popolazione assicurata.

⁽¹⁰⁾ Secretaría de desarrollo social (SEDESOL) è l'ente federale che ha il compito di coordinare la politica sociale del governo, al quale spetta la direzione del programma e la sua amministrazione.

Riferimenti bibliografici

AGAMBEN Giorgio (1995), *Homo sacer. Il potere sovrano e la nuda vita*, Einaudi, Torino.

BOURDIEU Pierre (2003 [1972]), *Per una teoria della pratica. Con tre studi di etnologia cabila*, traduz. dal francese di Irene MAFFI, Raffaello Cortina, Milano [ediz. orig.: *Essai de théorie de la pratique. Précédée de trois études d'ethnologie kabyle*, Droz, Genève, 1972].

CSORDAS Thomas J. (1990), *Embodiment as a paradigm for anthropology*, "Ethos. Journal of the Society for psychological anthropology", vol. 18, n. 1, 1990, pp. 5-47.

DOUGLAS Mary (1990 [1986]), *Come pensano le istituzioni*, Il Mulino, Torino [ediz. orig.: *How Institutions Think*, "The F.W. Abrams Lectures", Syracuse University Press, Syracuse, 1986].

FARMER Paul (2006a [2003]), *Sofferenza e violenza strutturale. Diritti sociali ed economici nell'era globale*, pp. 265-302, in Ivo QUARANTA (curatore), *Antropologia Medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina, Milano [ediz. orig. del saggio: *On suffering and structural violence. Social and economic rights in the global era*, pp. 29-50, in Paul FARMER (curatore), *Pathologies of power. Health, human rights, and the new war of the poor*, University of California Press, Berkeley - Los Angeles - London, 2003].

FARMER Paul (2006b), *Un'antropologia della violenza strutturale*, in Ivo QUARANTA (curatore), *Sofferenza Sociale "Antropologia"*, vol. 6, n. 8, 2006 (numero monografico), pp. 17-49.

FASSIN Didier (1996), *L'espace politique de la santé*, Paris, Presses Universitaires de France.

FASSIN Didier (2006 [2001]), *La biopolitica dell'alterità. Clandestini e discriminazione razziale nel dibattito pubblico in Francia*, pp. 303-332, in Ivo QUARANTA (curatore), *Antropologia Medica. I testi*

fondamentali, Raffaello Cortina, Milano [ediz. orig.: *The biopolitics of otherness*, "Anthropology Today", vol. 17, n. 1, 2001, pp. 3-7].

FOUCAULT Michel (1969 [1963]), *Nascita della clinica. Il ruolo della medicina nella costituzione delle scienze umane*, traduz. dal francese di Alessandro Fontana, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *Naissance de la clinique*, Press Universitaires de France, Paris, 1963].

FOUCAULT Michel (1996 [1976]), *La volontà di sapere*, traduz. dal francese di Pasquale Pasquino e Giovanna Procacci, Feltrinelli, Milano [ediz. orig.: *La volonté de savoir*, Gallimard, Paris, 1976].

INEGI (2000), *Anuario estadístico del Estado de Yucatán*, Gobierno del Estado de Yucatán, Mérida.

INEGI (2005), *Conteo de población y vivienda*, Gobierno del Estado de Yucatán, Mérida.

ORTEGA CANTO Judith Elena - QUATTROCCHI Patrizia (2008), *La perspectiva médico-anropológica en el estudio del cáncer cervico-uterino. ¿Cuáles los aportes?*, pp. 275-293, in RAMÍREZ SIERRA María Jesús - JIMÉNEZ COELLO Matilde - HEREDIA NAVARRETE Ramón Mario - MOGUEL RODRÍGUEZ William Alberto (curatori), *Investigación, salud y sociedad, 3. Las ciencias de la salud en el marco de los procesos de cambio y globalización*, Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida.

QUARANTA IVO (2006), *Potere, corpo e malattia. Antropologia e AIDS nei Grassfields del Camerun*, Meltemi, Roma.

RABINOW Paul 1982, *Masked I go forward. Reflection on the modern subject*, pp. 173-85, in Jay RUBY (curatore), *A crack in the mirror. Reflexive perspective in anthropology*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia.

SCHEPER-HUGHES Nancy - LOCK Margaret (1987), *The mindful body. A prolegomenon to future work in Medical anthropology*, "Medical Anthropology Quarterly", vol. 1, n. 1, 1987, pp. 6-41.

SECRETARÍA DE SALUD (1998), *Modificación a la norma oficial mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control del cáncer del cuello del útero y mamario en la atención primaria, para quedar como NOM-014-SSA2-199 /, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncercervico uterino*, "Diario Oficial de la Federación" (México, D.F.), <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m014ssa24.html> [consultato il 12 gennaio 2013].

SEDESOL (Secretaría de Desarrollo Social) (1999), *Más oportunidades para las familias pobres. Evaluación de resultados del Programa de educación, salud y alimentación: primeros avances*, Secretaría de Desarrollo Social, México (D.F.), http://evaluacion.opportunidades.gob.mx:8010/es/docs/docs_eval_1999.php [consultato il 12 gennaio 2013].

SMITH Barbara Ellen (1981), *Black lung. The social production of disease*, "International Journal of Health Service", vol. 11, n. 3, 1981, pp. 343-359.

TAUSSIG Michael (2006 [1980]), *Reificazione e coscienza del paziente*, pp. 75-106, in IVO QUARANTA, *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano [ediz. orig. del saggio: *Reification and the consciousness of the patient*, "Social, Science and Medicine", vol. 14b, 1980, pp. 3-13].

VALENTI Giorgia (s.a.[a]), *El cáncer cervicouterino en el municipio de Tekax: la enfermedad como corporalización de la pobreza y de la desigualdad de género*, in ORTEGA CANTO Judith (curatrice), *Los cánceres de las mujeres en Yucatán: pobreza, género y ambiente*, in corso di stampa.

VALENTI Giorgia (s a.[b]), *L'eziologia del cancro cervico-uterino tra le donne maya dello Yucatán: il "contagio" come immagine contestativa tra percezione individuale e simbolismo sociale*, pp. 77-103, in LUPO Alessandro (curatore), *Antropologia della salute indigena: popolazione nativa e istituzioni sanitarie in Messico*, CISU, Roma, in corso di stampa.

WHO (World Health Organization) (2007), *Control integral del cáncer cervicouterino. Guía de prácticas esenciales*, World Health Organization, Geneva.

WHO (World Health Organization) (2009), *Human papillomavirus vaccines. Who position paper*, "Weekly Epidemiological Record", vol. 84, n. 15, 2009, pp. 117-132.

YOUNG Alan (1982), *The Anthropology of illness and sickness*, "Annual Review on Anthropology", vol. 11, 1982, pp. 257-285.

Scheda sull'Autrice

Giorgia Valenti è nata a Roma il 2 novembre 1982. Ha conseguito il diploma di laurea magistrale in Discipline etno-antropologiche” nell’anno accademico 2008/09 con una tesi dal titolo *Percezione, rappresentazione e gestione terapeutica del cancro cervico-uterino tra le donne maya dello Yucatán* presso la Sapienza Università di Roma. Attualmente è dottoranda in Etnologia e etnoantropologia presso la medesima Università. I suoi ambiti di interesse sono l’antropologia medica, l’antropologia della memoria e l’antropologia della violenza. Ha svolto indagini in Yucatán (Messico) su tematiche relative a genere e salute, salute riproduttiva e politiche della salute, dalle quali sono state tratte le seguenti pubblicazioni: *L’eziologia del cancro cervico-uterino tra le donne maya dello Yucatán: il “contagio” come immagine contestativa tra percezione individuale e simbolismo sociale*, in Alessandro Lupo (curatore), Cisu, in corso di stampa / *El cáncer cervicouterino en el municipio de Tekax: la enfermedad como corporalización de la pobreza y de la desigualdad de género*, in ORTEGA CANTO Judith (curatore) *Los cánceres de las mujeres en Yucatán: pobreza, género y ambiente*, in corso di stampa.

Attualmente è impegnata in indagini sul tema della memoria della post-dittatura argentina, con particolare riferimento alla memoria traumatica dei familiari dei *desaparecidos* argentini.

Riassunto

Il cancro cervico-uterino come incorporazione delle disuguaglianze sociali: riflessioni intorno al rapporto genere/malattia tra le donne maya dello Yucatán

Il presente articolo esamina la molteplicità di fattori che struttura il rischio quotidiano di esposizione al cancro cervico-uterino delle donne maya di Tekax, municipio dello stato dello Yucatán (Messico). Esso si propone di riflettere sulla relazione tra rapporti di genere e processi di salute/malattia/cura del cancro cervico-uterino, con l’intento di individuare le condizioni di ordine sociale, politico e economico che espongono le donne maya ai fattori di rischio identificati dalla scienza medica.

Parole chiave: cancro cervico-uterino; violenza strutturale, disuguaglianza di genere, povertà, bio-potere.

Resumen

El cáncer cervicouterino como corporalización de las desigualdades sociales: reflexiones en torno a la relación género/enfermedad entre las mujeres maya de Yucatán

El presente artículo examina el conjunto de factores que estructura el riesgo cotidiano de exposición al cáncer cervicouterino de las mujeres maya de Tekax, municipio

del Estado de Yucatán (México). Este trabajo propone una reflexión en torno al tema de relaciones de género y procesos del salud/enfermedad/atención del cáncer cervicouterino, intentando individuar las condiciones de orden social, político y económico que exponen a las mujeres maya a los factores de riesgo indetificados por la ciencia médica.

Palabras claves: cáncer cervicouterino, violencia estructural, desigualdad de género, pobreza, biopoder.

Résumé

Le cancer du col utérin comme incorporation de l'inégalité sociale: réflexion sur le rapport genre/maladie parmi les femmes maya du Yucatán

Cet article examine les multiples facteurs structurels au risque quotidien d'exposition du cancer du col utérin des femmes mayas du Tekax, ville de l'état du Yucatán (Mexique). Cet article nous propose de réfléchir sur la relation entre rapports de genre et processus de santé/maladie/soin du cancer du col utérin, avec l'intention de distinguer les conditions sociales, politiques et économiques qui exposent les femmes Mayas aux facteurs de risques examinés par la science médicale.

Mots-clés: cancer du col utérin, violence structurelle, inégalité de genre, pauvreté, biopouvoir.

Abstract

The cervical cancer as embodiment of social inequalities: considerations about the relationship gender/disease among Mayan women of Yucatán

This paper investigates the multiplicity of factors that composes the daily risk of cervical cancer of Mayan women from Tekax, a Yucatán's village (Mexico). It proposes a reflection on the link between gender relations and health/disease/care, with the attempt of detect the social, economic and political conditions that make Mayan women vulnerable to risk factors identified by biomedical science.

Keywords: cervical cancer, structural violence, gender inequality, poverty, biopower.



Osservatorio

■ 01. *Panorami*

■ 02. *Istituzioni*

■ 03. *Resoconti*

■ 04. *Segnalazioni*

■ 05. *Lavori in corso*

■ 06. *Recensioni*

491

Giovanni Pizzi, *Due significativi contributi con gli inediti demartiniani sui guaritori lucani e sul tarantismo salentino* [Ernesto DE MARTINO, *Ricerca sui guaritori e la loro clientela*, introduzione di Clara GALLINI, a cura di Adelina TALAMONTI / Ernesto DE MARTINO, *Etnografia del tarantismo pugliese. I materiali della spedizione nel Salento del 1959*, a cura di Amalia SIGNORELLI e Valerio PANZA], 491 / Tullio Seppilli, *Un trattato italiano di "psichiatria sociale"* [Pietro BRIA - Emanuele CAROPPO - Patrizia BROGNA - Marian-tonietta COLIMBERTI (curatori), *Trattato italiano di psichiatria culturale e delle migrazioni*, prefazione di Bruno CALLIERI], 495 / Osvaldo Costantini, *Storia, verità e memoria. Riduzione e occultamento tra antropologia e clinica del trauma* [Roberto BENEDEUCE, *Archeologia del trauma. Per un'antropologia del sottosuolo*], 502 / Osvaldo Costantini, *Agire in quotidiani "stati di eccezione". Note su una etnografia di un Centro di salute mentale* [Massimiliano MINELLI, *Santi, demoni, giocatori. Una etnografia delle pratiche di salute mentale*], 505 / Osvaldo Costantini, *Quando la "possibilità etnografica" è limitata. Indagine su due Centri di Permanenza Temporanea* [Andrea F. RAVENDA, *Al di fuori dalla legge. Migrazione, biopolitica e stato di eccezione in Italia*], 508 / Barbara Sorgoni, *L'uso pubblico dell'antropologia medica* [Ivo QUARANTA - Mario RICCA, *Malati fuori luogo. Medicina interculturale*], 511 / Erica Eugeni, *Cronicità, storie di malattia e tecnologie mediche* [Michela Mitola, *Il corpo*

di Pandora. *Storie di trapiantati di cuore tra l'attesa e il dono*], 514 / Elisa Pasquarelli, *Genesis di una categoria diagnostica: la malattia di Alzheimer in prospettiva storica* [Matteo BORRI, *Storia della malattia di Alzheimer*], 518 / Erica Eugeni, *Le decisioni di fine vita: dal rapporto medico-paziente allo spazio politico* [Carmelo GUARINO, *Sul limite. Malattia, società e decisioni di fine vita*] 525.

■	07. Schede di lettura	531
■	08. Spoglio dei periodici	
■	09. Tesi universitarie	557
■	10. Documenti audiovisuali	

Hanno contribuito alla redazione delle varie sezioni dell'Osservatorio in questo fascicolo di *AM* i seguenti collaboratori: Osvaldo COSTANTINI, Erica EUGENI [EEu], Sabrina FLAMINI [SFl], Fabrizio LOCE MANDES [FLMa], Michela MARCHETTI [MiMa], Elisa PASQUARELLI, Giovanni PIZZA [GPi], Andrea Filippo RAVENDA [AFRa], Giulio RIZZONI [GRi], Tullio SEPPILLI [TS], Barbara SORGONI.

06. *Recensioni**Due significativi contributi con gli inediti demartiniani
sui guaritori lucani e sul tarantismo salentino*

Giovanni Pizza

professore associato di antropologia culturale e di antropologia medica,
Università degli studi di Perugia

Ernesto DE MARTINO, *Ricerca sui guaritori e la loro clientela*, a cura di Adelina TALAMONTI, *Introduzione* di Clara GALLINI. Argo, Lecce, 2008, 421 pp. (collana L'opera di Ernesto de Martino, diretta da Clara Gallini, n. 7)

Ernesto DE MARTINO, *Etnografia del tarantismo pugliese. I materiali della spedizione nel Salento del 1959*, a cura di Amalia SIGNORELLI e Valerio PANZA, *Introduzione e commenti* di Amalia SIGNORELLI, Argo, Lecce, 2011, 463 pp. (collana L'opera di Ernesto de Martino, diretta da Clara Gallini, n. 8)

Con questi due volumi, rispettivamente il settimo e l'ottavo della collana "L'opera di Ernesto de Martino", la pubblicazione degli inediti demartiniani si arricchisce di due contributi di notevole rilevanza per l'antropologia medica: i materiali delle ricerche etnografiche su cui si basarono i libri *Sud e magia*, del 1959, e *La terra del rimorso*, del 1961, opere fondamentali per la genesi e lo sviluppo di un discorso antropologico sull'esperienza e il significato culturale della malattia e della guarigione nel Mezzogiorno italiano. Si tratta delle due campagne etnografiche più importanti nel Sud Italia, in Lucania e nel Salento pugliese, guidate da Ernesto de Martino che, in entrambi i casi, sperimentò una ricerca di *équipe* fondata sul lavoro collettivo di un gruppo di studiosi di diverse discipline, che vide, in particolare, la presenza di psicologi e medici-psichiatri. La ricchezza e la vasta quantità di materiali e di spunti interpretativi presenti nei due lavori è tale da non potere essere elencata o sviscerata in uno scritto di recensione, ma l'elemento metodologico che rende questi due contributi di grande importanza e attualità per il dibattito in antropologia medica è comune a entrambi: esso riguarda la questione, tuttora urgente, del dialogo collaborativo fra antropologia e scienze biomediche, psicologiche, e psichiatriche, nel quadro della innovativa scelta demartiniana dell'approccio interdisciplinare.

Il primo volume, curato da Adelina Talamonti e introdotto da un saggio di Clara Gallini, assume il titolo che lo stesso de Martino aveva dato alla inchiesta lucana: *Ricerca sui guaritori e la loro clientela*. Esso pubblica il «materiale documentario [...] direttamente raccolto dall'autore nel corso di una serie di esplorazioni etnografiche condotte dal 1950 al 1957. In particolare il materiale documentario del paragrafo "Vita magica di albano" è ricavato da una esplorazione in *équipe* cui collaborarono attivamente Emilio Servadio e Mario Pitzurra e che fu generosamente finanziata dalla Parapsychology

Foundation di New York» (come scriveva de Martino in conclusione della prefazione di *Sud e magia* (Feltrinelli, Milano, 1959, p. 12). Proprio riprendendo tale notazione di de Martino, Clara Gallini, nel saggio introduttivo, chiarisce il carattere esemplare del paragrafo “Vita magica di Albano”, che appare «cruciale» in quanto fondato su una specifica descrizione etnografica delle soggettività delle persone incontrate nel paese lucano, che ora sono i veri protagonisti della scena dialogica: «Maria Adamo detta *La Silvestre*, Angela D’Amico, Vito Dragonetti, Rocco e Michele Abate, *zio* Giuseppe, i guaritori ecc. – personaggi tutti con le loro storie di malattia, e guarigione, concretezze e esperienze, voci evocative che esprimono ciascuna il proprio “senso del male” intrecciando le parole con quelle dell’etnologo interpretante» (pp. 7-8). Risiede infatti qui la principale eredità, secondo Gallini, di questa prima grande campagna di ricerca demartiniana nel Sud, e in particolare del soggiorno ad Albano, nel 1957. Una ricerca del tutto nuova per quella fase storica sui processi di guarigione, che doveva essere dedicata allo studio dei meccanismi della efficacia reale e simbolica della magia e che poneva il problema interpretativo di coniugare l’esperienza individuale della sofferenza a un patrimonio simbolico condiviso, avvicinando in chiave collaborativa la lettura antropologica alla verifica psichica e medica. Ciò avveniva con l’inserimento nella *équipe* di uno psicologo-psicoanalista esperto di parapsicologia, del calibro di Emilio Servadio, e di un medico, proveniente dalla scuola di igiene della Università di Perugia diretta da Alessandro Seppilli, Mario Pitzurra. Nella sua introduzione Clara Gallini ricostruisce l’importanza strategica per la ricerca sulla magia lucana di queste figure. In particolare Servadio, insieme psicoanalista, psicologo e metapsichista, cui si deve inoltre la strategia che condusse al finanziamento della ricerca da parte della Parapsychology Foundation statunitense. Proprio il processo che diede luogo al finanziamento è qui minutamente ricostruito, attraverso la documentazione inedita che ripercorre l’intera vicenda di contatti e incontri con la fondazione americana. Si tratta di un passaggio importante che consente di gettare una luce nuova e documentata sul dibattuto rapporto di Ernesto de Martino con la parapsicologia. Preso talora fra gli estremi opposti di un ridimensionamento o di una sopravvalutazione, il rapporto di Ernesto de Martino con la parapsicologia assume grazie a questi materiali una caratura etnografica che, a partire dalle riflessioni teoriche che costituirono l’impalcatura del volume *Il mondo magico* (Einaudi, Torino, 1948), giunge a ricontestualizzare il “problema della realtà dei poteri magici” nel quadro di una stretta collaborazione fra etnologo, psicoanalista e medico. È infatti questa la triade, nel quadro di una più ampia *équipe*, che costituisce l’asse portante del gruppo. De Martino teorizzava una interdisciplinarietà fondata comunque su una guida metodologica e interpretativa che corrispondesse all’obiettivo principale della inchiesta. Non, dunque, un accostamento paritetico fra varie discipline, ma analisi interdisciplinari ricondotte a unità metodologica e interpretativa da parte di una specifica disciplina alla quale spettava di volta in volta il compito di guida, compito che, in quel caso, era antropologico e storico-religioso.

Il dialogo fra antropologia, psicoanalisi-psicologia-parapsicologia e medicina assume in questa *équipe* una funzione strategica, che avrebbe dovuto condurre alla ricerca di principi oggettivi sulla realtà dei poteri magici e sulla efficacia dei meccanismi della guarigione messi in atto dai guaritori di Lucania. Tale “ponte” interdisciplinare in realtà non verrà costruito nel volume che apparve nel 1959, ma questo ampio materiale oggi disponibile agli studiosi consente nella sua complessità di comprendere le ragioni di quell’ambizioso progetto interdisciplinare e insieme le motivazioni che ne frenarono gli esiti, rimandandoli – come nelle parole dello stesso de Martino – a un

libro da scrivere a più voci che avrebbe dovuto costituire «un vero e proprio passo in avanti negli odierni studi etnopsicologici» (p. 36).

Nella introduzione al volume degli inediti relativi alla ricerca in Salento sul tarantismo, Amalia Signorelli, l'antropologa che vi prese parte con un impegno ben maggiore di quello che si evince dal libro del 1961, definisce de Martino «storico etnografo», a significare l'originalità di un metodo nuovo e culturalmente autonomo. Nel 1993, l'antropologo statunitense George Saunders aveva definito *La terra del rimorso* «un classico metodologico», intendendo sottolineare insieme l'originalità e l'importanza della scelta interdisciplinare che de Martino aveva fatto nella preparazione e nello svolgimento della ricerca sul campo dedicata al tarantismo, costruendo un gruppo di lavoro – «la formula strutturale dell'*équipe*» – che coinvolgeva studiosi dalle diverse competenze specialistiche. Giovani intellettuali e professionisti di varie discipline con una particolare attenzione, anche in questo caso pugliese, alla medicina, alla psicologia e alla psichiatria. Giovanni Jervis è il rappresentante nella *équipe* della posizione psichiatrica sul fenomeno del tarantismo. Il ruolo del giovane psichiatra fu infatti importante già negli incontri della preparazione «in sede», cioè le riunioni preparatorie a casa di de Martino. Nei verbali inediti delle riunioni preparatorie della ricerca effettuate nei mesi precedenti nella casa romana di de Martino, nonché dei quaderni di ricerca sul campo, Jervis viene incaricato di «vedere il *Journal de Psychologie*» (p. 76), e «prende l'impegno di studiare la tarantola da un punto di vista naturalistico» (p. 77). È inoltre protagonista di discussioni con de Martino sulle differenze tra ballo di S. Vito e Corea minor («sono due cose diverse» (p. 77) e autore di diverse relazioni scritte e spesso presentate oralmente al gruppo di ricerca. In una sua relazione al gruppo di lavoro Jervis espone i risultati di alcuni suoi primi studi su «Che cos'è la tarantola?» (p. 87) ed è lui a mettere in evidenza la «discrepanza tra il concetto zoologico e quello popolare di tarantola» (p. 87). Su questa relazione si avvia, e prosegue, un dibattito con de Martino in cui Jervis «si chiede se alcuni almeno dei tarantolati non siano effettivamente morsi. De Martino dice che ai casi effettivi di morsicatura si uniranno i casi di isterismo» mentre ancora Jervis replica: «Esistono segni fisici caratteristici che permettono di distinguere i morsicati veri dagli isterici» (p. 87). Analogamente de Martino segnala a Jervis «la possibilità che il tarantolismo ponga problemi di medicina psicosomatica. Gervis [sic] dice che quando si fa della psichiatria si fa sempre della psicosomatica, pur non ponendo secondo lui problemi psicosomatici in senso stretto il tarantolismo. De Martino chiarisce il suo punto di vista: il vero stregone è selettivamente orientato in direzione psicosomatica. Jervis concorda, ma insiste sul fatto che tutta la psichiatria è psicosomatica: si chiarisce l'equivoco terminologico» (p. 87). In un documento firmato da Jervis, datato 20 maggio 1959 e intitolato *Cenni introduttivi al gruppo sulla problematica neuropsichiatrica del tarantolismo* (pp. 89-91) il giovane psichiatra chiarisce l'obiettivo critico preliminare del suo programma: fino a che punto il tarantismo sia leggibile in termini psichiatrici. Egli avverte cioè l'esigenza di chiarire a de Martino e al gruppo, prevalentemente composto da socio-umanisti, le difficoltà teoretiche in cui si dibatteva la psichiatria rispetto a comportamenti considerati «incomprensibili» e «diversi», cercando di qualificare come oggetto della psichiatria tutte le «alterazioni del comportamento». Al tempo stesso Jervis manifesta una certa avversione verso un'analisi psichiatrica interpretativista, caratterizzata da un comprendere analogico che muova dalla difficoltà di fornire una spiegazione scientifica delle alterazioni comportamentali. In sostanza egli mette in guardia dai rischi di «spostare l'indagine verso un soggettivismo incomunicabile» e di «sistemare la fenomenologia psichiatrica secondo le categorie mentali del sano» (p. 90). In tempi

molto recenti Jervis è tornato su questi argomenti con saggi nei quali ha ripercorso le sue posizioni di allora, confermandole in una chiave ancora più antirelativistica di quanto non fossero a quel tempo (cfr. Giovanni JERVIS, *Contro il relativismo*, Laterza, Roma-Bari, 2005; Giovanni CORBELLINI - Giovanni JERVIS, *La razionalità negata. Psichiatria e antipsichiatria in Italia*, Bollati Boringhieri, Torino, 2008).

I due volumi di inediti costituiscono, dunque, opere ponderose di vasta documentazione e complessità, che si offrono allo studioso di storia dell'antropologia italiana, e della antropologia medica ed etnopsichiatrica in particolare, per dipanare alcuni dei momenti fondanti di queste specializzazioni, e in particolare quelli del dialogo collaborativo, ancorché dialettico, con le scienze psichiche e biomediche. Un dialogo tuttora urgente, al quale la vicenda italiana, incarnata nella figura e nell'opera di Ernesto de Martino, ha dato un contributo strategico di primaria importanza, che comincia ora ad essere valutato anche nel campo delle antropologie mediche mondiali.

Indici

E. de Martino, *La ricerca sui guaritori e la loro clientela*: Clara GALLINI, *Introduzione* / **I documenti della ricerca**, a cura di Adelina TALAMONTI: *I questionari* / *La relazione di E. de Martino* / *La relazione di E. Servadio* / *La relazione di M. Pitzurra* / *Il rapporto finale* / *Il quaderno di E. de Martino* / *I quaderni di V. de Palma* / **Apparati critici e documentari**, a cura di Adelina TALAMONTI: *Note ai testi* / *Tavole delle concordanze e indice dei nomi* / *Indice analitico* / *Località visitate* / **La pubblicistica - Le immagini** / **Bibliografia delle opere citate**

E. de Martino, *Etnografia del tarantismo pugliese*: Amalia SIGNORELLI, *Introduzione* / Valerio PANZA, *Archivio Ernesto de Martino - Raccoglitore n. 18. Guida ai materiali* / Valerio PANZA, *Criteri di trascrizione e redazione dei testi* / **I materiali della spedizione:** *Prologo alla spedizione in Salento* / *Preparazione in sede* / *Lo storico etnografo* / *Lavoro di campo* / *Dal campo al testo* / *Conti, contratti e corrispondenza* / **Indici**

Un trattato italiano di “psichiatria sociale”

Tullio Seppilli

presidente della Società italiana di antropologia medica (SIAM)
e della Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia

Pietro BRIA - Emanuele CAROPPO - Patrizia BROGNA - Mariantonietta COLIMBERTI (curatori), *Trattato italiano di psichiatria culturale e delle migrazioni*, prefazione di Bruno CALLIERI, Società Editrice Universo, Roma, 2010, XXIV+737 pp.

1.

Una grossa impresa, questo *Trattato italiano di psichiatria culturale e delle migrazioni*, e non solo per la sua ampiezza e per il contributo che esso fornisce agli studi e alla formazione in questo ambito di saperi e di pratiche concernenti le “alterazioni” dello psichismo umano.

Anzitutto, perché si tratta di un’impresa effettivamente collettiva, cosa non frequente nel nostro Paese: un’impresa cui hanno dato mano quattro curatori e ben sessantatre “co-autori” quasi tutti italiani. E poi perché vi è evidente lo sforzo di far convergere tanti contributi in un disegno organico e unitario, attento ad un tempo alla riflessione teorica, al saper fare operativo e alle casistiche concrete. Anche e soprattutto in quest’ultima direzione, in effetti, si tratta, come anticipato nel suo stesso titolo, di un “trattato italiano”, nel quale – pur dando conto dello stato internazionale e dei principali temi di una disciplina il cui oggetto è di per sé stesso transculturale – emerge una costante intenzione a radicarsi nella storia e nei problemi attuali del nostro Paese: non a caso il “campo”, o se vogliamo la “questione”, cui viene dedicata tutta la seconda parte del volume, è quella dei problemi di salute mentale connessi ai processi migratori e alla condizione stessa di “persona immigrata”.

L’opera – dotata peraltro di assai ampi corredi bibliografici – costituisce dunque un tentativo di proporre ai ricercatori e soprattutto agli operatori italiani un ampio e organico avvio teorico-pratico a quell’insieme di elaborazioni e di metodiche di lavoro sui “disturbi” della vita psichica e sui loro rapporti con i vari contesti socio-culturali, che prende appunto il nome di *psichiatria culturale*: un termine che in relazione a differenti storie scientifiche e ad accese dispute epistemologiche e di oggetto, si identifica o sfuma con possibili slittamenti di significato verso altre denominazioni, come *psichiatria transculturale* (largamente usata, in effetti, in questo volume) o anche *etnopsichiatria*, mentre altri protagonisti del dibattito affermano che si tratta comunque di termini inutili o onnicomprensivi giacché, a rigore, *ogni* psichiatria, ivi compresa quella occidentale, è *anche* una etnopsichiatria ossia una psichiatria culturalmente radicata⁽¹⁾.

In realtà, i problemi di fondo che stanno dietro a questo dibattito sull’oggetto e la definizione stessa della disciplina – aperto peraltro sin dalla fine dell’Ottocento –, sono di notevole rilievo e si incentrano su almeno due ordini di questioni.

Il primo nasce dalle acquisite evidenze che il quadro dello psichismo e delle sue “perturbazioni” non si presenta identico nei vari contesti: si scopre che presso determinate popolazioni “esotiche” si producono stati mentali che, almeno ad uno sguardo

occidentale, appaiono pressoché sconosciuti, e comunque “patologici”, limitati in effetti a *quelle* popolazioni. Il che apre il problema della possibile diversità delle perturbazioni psichiche nei diversi contesti e della possibile *non universalità* delle “grandi psicosi”, come ad esempio la schizofrenia o, per lo meno, delle loro diverse declinazioni locali: *in sostanza, il problema del peso delle condizioni di vita e di cultura sullo psichismo, sul definirsi della sua “normalità”, sulle sue “perturbazioni” e, in generale, sul prodursi dei diversi “stati di coscienza”*. Ne deriva una convergenza tra quanto emerso dal confronto transculturale sullo psichismo nei vari contesti storico-sociali e la crescente evidenza *generale* dei gravi limiti di una interpretazione dei determinanti della follia e di ogni forma di alterazione mentale in termini meramente biologici: in sostanza, la necessità di ripensare radicalmente la nostra psichiatria, i suoi modelli eziologici e le sue stesse pratiche di intervento – sempre oscillanti fra la esclusione e la farmacoterapia –, nonché le direttrici e i terreni di una efficace strategia di prevenzione delle varie forme di disagio psichico. In questa prospettiva di forte attenzione ai determinanti socio-culturali, le risultanze transculturali della *etnopsichiatria* si ricongiungono dunque con quanto – nel corso delle pratiche e dei grandi dibattiti del movimento anti-manicomiale italiano degli anni '60 e '70 – è via via emerso dalle riflessioni della cosiddetta *sociopsichiatria*, in direzione di un'unica nuova e generale *psichiatria* largamente aperta alle esperienze delle persone e dei gruppi nei diversi contesti storici di esistenza.

Un secondo ordine di questioni implicate dal costituirsi della psichiatria culturale, e in particolare della *etnopsichiatria*, deriva invece dalla sua attenzione conoscitiva non soltanto alle diversità locali delle perturbazioni psichiche *ma anche alle diverse interpretazione e alle diverse risposte che a tali perturbazioni vengono localmente date*: l'attenzione, cioè, alle cosiddette “psichiatrie native”. In questa seconda prospettiva, il termine *etnopsichiatria* viene a significare in qualche modo un corpus eziologico-terapeutico rivolto alle perturbazioni mentali, esaminato e interpretato nel suo radicarsi in uno specifico contesto socio-culturale, cioè come “prodotto storico”: e in questa seconda prospettiva (almeno in termini “emic”) dobbiamo considerare *etnopsichiatrie* – cioè sistemi istituzionali di interpretazione e risposta alle perturbazioni psichiche – non solo quelle “esotiche” ma anche la stessa psichiatria occidentale (che appunto in *questo* senso è anch'esso una *etnopsichiatria*). Peraltro – nell'ambito del fenomeno della globalizzazione – lo studio delle cosiddette “psichiatrie native” e l'evidenza di taluni loro significativi successi, stanno aprendo *anche sul terreno psichiatrico* quel difficile processo di “integrazione dei saperi medici” che si manifesta vivacemente nel nostro stesso Paese, con i ben noti problemi epistemologici, clinici, formativi e normativi che ne conseguono.

2.

Di gran parte di tale complesso mosaico viene dato conto in questo “trattato italiano”, che intende, al tempo stesso, fornire al lettore alcune necessarie premesse per la comprensione dei contributi disciplinari su cui si fonda la “psichiatria culturale” e dei suoi principali nodi tematici e problematici.

Così, dopo una magistrale prefazione generale di Bruno Callieri (*Per un recupero della dimensione narrativa in psichiatria*, pp. XVII-XX), intessuta su un ricco retroterra fenomenologico, e una breve presentazione degli scopi e della struttura del volume, redatta dai curatori, la *Parte prima* del volume (*Psichiatria culturale*, pp. 1-306) è ap-

punto dedicata a una complessiva presentazione della disciplina, alla sua definizione e al suo campo conoscitivo e operativo, e ai suoi temi e problemi di fondo, attraverso una interna articolazione in tre sezioni.

In questa prima parte del volume la *prima sezione* (*Cultura e psichiatria culturale*, pp. 15-110), suddivisa in sette capitoli, affronta infatti, in alcuni dei suoi principali sviluppi, la definizione antropologica del concetto di “cultura”, e anticipa, nelle sue varie correlazioni, la figura del migrante per poi proporre una definizione e un profilo storico della psichiatria transculturale e delle sue traduzioni cliniche. Infine, dopo una discussione preliminare sui modelli esplicativi sottesi alla definizione stessa di “malattia”, viene delineata un’ampia disamina sui determinanti della psicopatologia, sul peso di quelli culturali e sul loro integrarsi con i condizionamenti evidenziati dalle neuroscienze. Per ultimo, questa modellistica viene saggiata su alcune principali patologie mentali e su numerose casistiche di quei disturbi “etnici” generalmente rubricati nella categoria delle *culture bound syndromes*.

La *seconda sezione* (*L'incontro con l'Altro come soggetto culturale*, capitoli 8-13, pp. 111-166) affronta con grande attenzione, appunto, la fenomenologia dell'incontro con persone culturalmente “diverse” e quella, in particolare, dell'incontro con la diversità psichica. Nell'orizzonte dei fondamentali contributi forniti a metà Novecento da Ernesto de Martino, in particolare sulla “crisi della presenza” e sulle “apocalissi culturali”, vengono poi affrontati, con riferimento all'incontro con l'alterità, temi come l'identità, l'elaborazione culturale del lutto e infine il rapporto fra corporeità, politiche dell'incorporazione e potere.

Nella *terza sezione* della Parte prima (*La cultura tra “normalità e psicopatologia”*, capitoli 14-24, pp. 167-306), dopo un primo capitolo dedicato a un ventaglio di psicopatologie esaminate in una chiave intersoggettiva o, se vogliamo, fenomenologica, spazia largamente sui vari settori in cui può avventurarsi una analisi culturale delle cosiddette “devianze psichiche”: il comportamento suicida, gli “stati modificati di coscienza”, le tossicomanie, la psicopatologia dell'infanzia e dell'adolescenza, taluni aspetti della “stregoneria”, la “psichiatria popolare” degli immigrati bangladesi nella città di Londra, la trance sciamanica, un confronto transculturale sui vissuti e gli atteggiamenti relativi alla morte, e infine i problemi posti dalla alterità religiosa e un capitolo, anch'esso ad impostazione transculturale, dedicato alla etnofarmacologia.

La *Parte seconda* del volume, la più corposa (pp. 307-733), articolata in sette sezioni, è specificamente dedicata, come già anticipato, alla *Psichiatria delle migrazioni*.

In questa seconda parte del volume, dopo una breve introduzione, la *prima sezione* (*Antropologia, sociologia, storia delle migrazioni e letteratura della migrazione*, capitoli 25-32, pp. 311-405) affronta all'inizio la questione delle migrazioni nella sua dimensione antropologica: anzi, vi antepone una introduzione concettuale alla stessa antropologia e alla non facile “lettura” dei comportamenti umani e dei loro vissuti, esemplificandone tre situazioni esemplari (la mortificazione del corpo, la vergogna, il razzismo) per poi esaminare i complessi processi della “costruzione socio-culturale” della figura del migrante. Vengono poi forniti un quadro generale delle “nuove migrazioni” nel contesto internazionale e un esame del fenomeno immigratorio in Italia e delle politiche italiane relative alle migrazioni, seguiti da approfondimenti concernenti le proiezioni del fenomeno immigratorio sul terreno della criminalità e su quello della salute. Infine, uno sguardo sui vissuti difficili della condizione immigrata nelle narrazioni degli stessi immigrati nel nostro Paese.

La seconda sezione (*Immigrazione, Italia: aspetti giuridici, economici e di politica assistenziale*, capitoli 33-43, pp. 407-494) fornisce un quadro delle immigrazioni straniere in Italia e della loro articolazione territoriale e occupazionale, esamina le implicazioni delle normative e delle strategie istituzionali sui processi di integrazione e le situazioni che ne derivano in termini previdenziali, sanitari e di assistenza, focalizzando poi il lavoro di alcune specifiche agenzie di intervento, come la Caritas e la Croce Rossa.

La terza sezione (*Il lavoro clinico con i migranti*, capitoli 44-53, pp. 495-606) riprende alcune vicende di lungo periodo dei fenomeni migratori anche antichi, ma è sostanzialmente indirizzato a fornire in termini teorico-pratici i fondamenti dell'intervento clinico nei confronti del disagio psichico degli immigrati e dei migranti di seconda generazione nonché talune dimensioni dei processi miranti a una equilibrata integrazione come la mediazione culturale e l'accoglienza scolastica. Segue, un testo significativo e abbastanza autonomo, rubricato come "cammei", in cui si delineano le figure di alcuni "padri fondatori della psichiatria transculturale": Ernesto de Martino, Georges Devereux, Michele Risso.

La quarta sezione (*Stress, trauma e migrazione*, capitoli 54-57, pp. 607-662) fornisce un sintetico quadro di riferimento sulla fenomenologia etologica e, in generale, socio-psico-biologica dello stress umano e del suo correlarsi con la condizione migratoria, e esamina poi sotto questa luce, in modo specifico, la situazione delle vittime di torture, dei migranti forzati e della tratta schiavistica, e la normativa giuridica che li riguarda, fornendo anche sull'argomento una utile guida terminologica.

La quinta sezione (*Comunità di immigrati in Italia*, capitoli 58-62, pp. 663-702) propone alcuni quadri informativi su comunità "allogene" nel territorio italiano: la immigrazione dall'India, quella dalla Cina, la comunità Rom, e la situazione di multiculturalità nella città di Roma.

La sesta sezione (*Comunicazione e migrazione*, capitoli 63-64, pp. 703-712) affronta appunto il rapporto comunicazione-migrazione da due angolature: quella dell'immaginario e degli atteggiamenti, fra gli Italiani, sulla presenza degli stranieri e sulle sue implicazioni, e sul ruolo che vi giocano, o vi potrebbero giocare, i sondaggi e l'informazione mediatica; e quella degli effetti che l'uso delle nuove tecnologie comunicative, da parte degli immigrati – dalla telefonia mobile a internet – produce oggi o potrà produrre, pur frammezzo a evidenti difficoltà, sul processo della loro integrazione nella società italiana.

La settima sezione della Parte seconda (*Ambiente e migrazione*, capitoli 65-66, pp. 713-733), ultima del volume, è articolata su due ben distinte tematiche. Nel primo capitolo (*Una nota introduttiva sui fenomeni migratori nel Vicino Oriente Antico: lo sguardo dell'archeologia*) si propone una ricostruzione storico-archeologica dei processi di civilizzazione e delle prime forme urbane e statuali, nell'area mesopotamica ed egizia fra il IV millennio e la metà del I millennio a.C., e del peso che vi ebbero alcune importanti trasformazioni climatiche: su tale sfondo viene analizzato il ruolo significativo di cerniera e regolazione degli scambi svolto verso la fine di questo periodo dalle popolazioni in precedenza nomadi o semi nomadi degli Aramei. Il secondo capitolo (*L'urbanistica ai tempi dell'immigrazione. Appunti per una città multiculturale*) è dedicato invece a delineare i grandi nodi di una programmazione urbanistica funzionale oggi alla convivenza e alla integrazione fra gruppi culturali diversi. In proposito, vengono preliminarmente ricordati i principali processi che hanno via via minato la coesione sociale e le reti associative nelle grandi moderne città occidentali, producendo diffusi fenomeni

di individualismo, isolamento e solitudine, di vera e propria paura nei confronti dell'Altro e crescente richiesta di "ordine". E vengono discussi alcuni dei progetti che sul terreno urbanistico sono stati tentati per arginare tali dinamiche, i risultati che ne sono conseguiti e lo stesso realismo di tali progetti. Più specificamente, vengono attentamente valutate le opposte opinioni delle due diverse "scuole" che – proprio in vista di un positivo percorso di integrazione o comunque di pacifica coesistenza fra gruppi di eterogenea origine – sostengono la linea delle "concentrazione etniche", come le *chinatowns* e le *little Italies* ovvero la opposta linea della "mescolanza" (la *mixité*), la rottura cioè delle segregazioni spaziali: ne risulta la proposta di un più ampio sguardo, sincretico e dinamico, che metta in gioco le radici di origine, le seconde generazioni, le "mappe mentali" relative agli spazi urbani, la crescente "libertà virtuale", in una complessa prospettiva definita "transnazionale".

In conclusione, credo che vada ribadito il positivo giudizio anticipato all'inizio di questa recensione: un ottimo lavoro, importante soprattutto per chi si accinge a ricercare o ad operare nel complesso ed eterogeneo campo in cui si richiede il contributo di una psichiatria attenta alle differenze culturali e al peso dei determinanti sociali delle perturbazioni psichiche nonché alle radici esistenziali di tutti coloro che in qualche modo vengono a trovarsi, lungo il percorso della propria vita, nella condizione di "pazienti mentali".

Certo, in un lavoro così ampio, con un tal numero di co-autori, pensato in base a una ipotesi di destinatari così differenziata, era probabilmente quasi impossibile salvare tutto: un livello di esposizione adeguato a lettori di eterogenea formazione e collocazione professionale, un equilibrio fra costruzioni teoriche e informazioni operative soddisfacente (e utile) per tutti, un testo da leggere organicamente dall'inizio alla fine e una miniera di informazioni autonomamente individuabili cui ricorrere caso per caso, uno sviluppo costantemente lineare e senza "ritorni" lungo tutta la trattazione. Squilibri in questo senso emergono ad esempio nella ripresa dei medesimi quadri teorici in apertura di differenti tematiche o, di contro, nella assenza – o forse meglio nella frammentazione e disorganicità – di una trattazione organica e unitaria dei percorsi e dei differenti orientamenti che hanno contrassegnato lo sviluppo stesso dell'oggetto centrale del trattato, appunto la psichiatria culturale: uno sviluppo storico che ricompare via via, frammentariamente, in differenti capitoli della *Parte prima* e poi, di nuovo (pur utilmente) nella *Parte seconda*, dedicata ai processi migratori, sotto forma, come abbiamo visto, di sintetici "cammei" su tre fra i parecchi "padri fondatori" della disciplina. E forse sarebbe stato possibile, rendendolo più lineare, contenere l'ampiezza di un volume che raggiunge così le oltre settecentosessanta fitte pagine.

Ma il giudizio rimane largamente positivo. Direi di più: che al di là del suo stesso valore introduttivo alla specificità della psichiatria culturale – o come altrimenti si voglia chiamarla – la lettura del trattato costituisce una buona ulteriore dimostrazione che *ogni* psichiatria o è *anche* una psichiatria culturale o perde gran parte della sua stessa legittimità scientifica e operativa.

Note

⁽¹⁾ Non avrebbe ovviamente senso, in questa semplice recensione, dare spazio all'ampissima letteratura internazionale dedicata a una riflessione sui fondamenti e sull'oggetto stesso di questa "disciplina-ponte", discussa fin nella sua denominazione.

Ma può essere forse opportuno ricordare, in merito, alcuni fra i principali testi che su tali fondamenti e su tale oggetto sono stati prodotti in Italia, dove gli inizi di una vera e propria psichiatria culturale possono farsi risalire a Ernesto de Martino con *La terra del rimorso* (1961) e tutto sommato già con *Il mondo magico* (1948): in sostanza, nei medesimi anni che in Francia e nei Paesi anglosassoni. Alcuni esempi soltanto:

Rosalba TERRANOVA CECCHINI, *I fondamenti della Psichiatria transculturale quale contributo ad una aggiornata programmazione per la Salute mentale*, pp. 254-275, in Luigi FRIGHI (curatore), *Problemi d'igiene mentale*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1972, 322 pp. / Paolo CHIOZZI, *Prefazione alla edizione italiana di Roger BASTIDE, Sociologie des maladies mentales*, Flammarion, Paris, 1965: *Sociologia delle malattie mentali*, La Nuova Italia, Firenze, 1981, XVIII+278 pp. / Roberto LIONETTI (curatore), *L'etnopsichiatria*, pp. 3-79, in "La Ricerca Folklorica" (Brescia), n. 17, aprile 1988 / Barbara FIORE - Piero COPPO, *Del lavoro in etnopsichiatria*, "La Ricerca Folklorica" (Brescia), n. 17, aprile 1988 (fascicolo parzialmente monografico dedicato a *L'etnopsichiatria*, a cura di Roberto LIONETTI) / Mariella PANDOLFI, «*Il lui manque d'avoir connue la folie*». *L'etnopsichiatria della scuola di Dakar*, "La Ricerca Folklorica" (Brescia), n. 17, aprile 1988 (fascicolo parzialmente monografico dedicato a *L'etnopsichiatria*, a cura di Roberto LIONETTI), pp. 67-74 / Mariella PANDOLFI, *Oltre Ippocrate: itinerari e strumenti in etnopsichiatria*. Prefazione, pp. 7-30, alla edizione italiana di Tobie NATHAN, *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*, Dunod, Paris, 1987: *La follia degli altri*, Ponte alle Grazie, Firenze, 1990, 244 pp. / Luigi FRIGHI, *Psicopatologia cultura e pensiero magico. Relazione introduttiva*, pp. 13-21, in Goffredo BARTOCCI (curatore), *Psicopatologia cultura e pensiero magico*, Liguori Editore, Napoli, 1990, 551 pp. / Gian Giacomo ROVERA, *Problemi transculturali in psicopatologia*, pp. 27-44, in Goffredo BARTOCCI (curatore), *Psicopatologia cultura e pensiero magico*, cit. / Virginia DE MICCO - Giuseppe CARDAMONE, *Le ragioni antropologiche della ricerca psichiatrica: il caso Verhexungswahn*, pp. 21-52, in Michele RISSO - Wolfgang BÖKER, *Sortilegio e delirio. Psicopatologia dell'emigrazione in prospettiva transculturale*, a cura di Vittorio LANTERNARI - Virginia DE MICCO - Giuseppe CARDAMONE, Liguori Editore, Napoli, 1992, 212 pp. / Salvatore INGLESE, *L'inquietudine alleanza tra psicopatologia e antropologia. Ricordi e riflessioni da un'esperienza sul campo*, "I Fogli di Oriss", n. 1, 1993, pp. 34-62 / Piero COPPO, *Etnopsichiatria*, Il Saggiatore, Milano, 1996, 128 pp. / Alfredo ANCORA, *La dimensione transculturale della psicopatologia*, Edizioni Universitarie Romane, Roma, 1997, 152 pp. / Vittorio LANTERNARI, *Dall'antropologia simbolica all'etnopsichiatria*, pp. 1-32, in Vittorio LANTERNARI - Maria Luisa CIMINELLI (curatori), *Medicina, magia, religione, valori*, vol. II. *Dall'antropologia all'etnopsichiatria*, Liguori Editore, Napoli, 1998, X+452 pp. / Roberto BENEDEUCE, *Etnopsichiatria: modelli di ricerca ed esperienze cliniche*, pp. 49-84, in Vittorio LANTERNARI - Maria Luisa CIMINELLI (curatori), *Medicina, magia, religione, valori*, vol. II., cit. / Mario GALZIGNA (curatore), *La sfida dell'Altro. Le scienze psichiche in una società multiculturale*, Marsilio Editori, Venezia, 1999, 196 pp. / Antonino IARIA, *Lezione introduttiva ai corsi*, pp. 21-30, in Antonino IARIA - Maria Grazia SCALISE - Bruno TAGLIACCOZZI (curatori), *Transculturale. Percorsi conoscitivi di psichiatria e psicologia transculturale*, Edizioni Universitarie Romane, Roma, 2000, 205 pp. / Massimo ALIVERTI, *Tra psichiatria ed antropologia. Storia della "psichiatria transculturale"*, "Passaggi. Rivista italiana di scienze transculturali" (Torino-Milano), n. 1, 2001, pp. 17-40 / Piero COPPO, *Tra psiche e cultura. Elementi di etnopsichiatria*, Bollati-Boringhieri, Torino, 2003, 274 pp. / Roberto BENEDEUCE, *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra storia, dominio e cultura*, Carocci Editore, Roma, 2007, 399 pp. / Salvatore INGLESE, *Georges Devereux: dietro i nomi la natura molteplice dell'etnopsichiatria. Postfazione alla nuova edizione italiana di Georges DEVEREUX, Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Gallimard, Paris, 1973: *Saggi di etnopsichiatria generale*, Armando Armando, Roma, 2007, 415 pp. / HARRAG (Gruppo di Ricerca per la Salute Mentale Multiculturale), *Di clinica in lingue. Migrazioni, psicopatologia, dispositivi di cura*, Edizioni Colibri, Paderno Dugnano (provincia di Milano), 2007, 175 pp. / Pietro BRIA - Emanuele CAROPPO (curatori), *Antropologia culturale e psicopatologia. Sistemi di pensiero a confronto*, Alpes Italia, Roma, 2007, VIII+241 pp. / Roberto BENEDEUCE, *Breve dizionario di etnopsichiatria*, Carocci Editore, Roma, 2008, 143 pp. / Salvatore INGLESE - Giuseppe CARDAMONE, *Déjà vu. Tracce di etnopsichiatria critica*, Edizioni Colibri, Paderno Dugnano (provincia di Milano), 2010, 351 pp.

È forse opportuno, altresì, segnalare qui anche la abbastanza recente pubblicazione, in edizioni italiane, di due testi quasi classici della recente psichiatria culturale statunitense:

Wen-Shing TSENG, *Manuale di psichiatria culturale*, ediz. ital. a cura di Goffredo BARTOCCHI, CIC Edizioni Internazionali, Roma, 2003, XXVIII+1436 pp. [ediz. orig: *Handbook of cultural psychiatry*, Academic Press, 2001] / AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. GROUP FOR THE ADVANCEMENT OF PSYCHIATRY, *Psichiatria culturale: un'introduzione*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2004, VIII+168 pp. [ediz. orig.: *Cultural assessment in clinical psychiatry*, American Psychiatric Publishing, Washington - London, 2002].

*Storia, verità e memoria. Riduzione e occultamento
tra antropologia e clinica del trauma*

Oswaldo Costantini

dottorando in Etnologia ed etnoantropologia,
Sapienza Università di Roma

*«naturalizzando e oggettivando il dolore o le conseguenze
psichiche della violenza, un concetto come quello di “trauma” o una
diagnosi come quella di Prsd possono concorrere ad oscurare la Storia e le
sue contraddizioni in nome di altre verità (quelle dell'inconscio, o delle leggi
neuropsicologiche)». (p. 16)*

Roberto BENEDEUCE, *Archeologia del trauma. Per un'antropologia del sottosuolo*, Laterza, Roma-Bari, 2010, 224 pp.

Data la doppia competenza dell'autore, il testo di Roberto Beneduce, *archeologia del trauma*, si muove lungo i binari di un *doppio discorso*, quello antropologico e quello clinico. La sua analisi meticolosa verte su tutti i saperi, le pratiche e le rappresentazioni che si muovono intorno ad una categoria “psi”: il trauma.

L'insieme delle tematiche messe in campo da Beneduce potrebbe racchiudersi in due parole chiave: “riduzione” e “occultamento”. Il discorso dell'A., sia antropologico che clinico, ruota infatti attorno a una questione fondamentale: «abbiamo la possibilità di raccogliere quelle storie irredente e ascoltare la voce di tanti oppressi senza *ridurre* il loro tormento e la loro inquietudine entro il perimetro di un concetto, uno solo: “trauma”» (p. 4, *corsivo mio*)?. Si riecheggia così una vasta letteratura che sottolinea l'impossibilità di ridurre la complessità sociale e politica delle diverse esperienze entro lo spazio discorsivo della terapia “psi”. Una volta circoscritte entro un disturbo quale quello di *Post Traumatic Stress Disorder* (Prsd) – il derivato più moderno della categoria di *trauma* –, vengono mutilate di una parte cospicua del loro significato quelle esperienze di violenza quotidiana e generalizzata che hanno impedito il radicamento dei soggetti nel mondo, distruggendo il tessuto sociale ordinario. Depoliticizzata, desocializzata, destoricizzata e privata della sua dimensione più importante, la responsabilità umana e la sofferenza vengono ridotte a un paradigma medico occidentale basato su precise mnemopolitiche: «La liturgia della parola, il ritornello della rielaborazione, suonano in molti casi formule vuote, e la domanda su che cosa significhi “cura delle memorie traumatiche” torna a farsi urgente» (p. 7). Beneduce, ancora da antropologo e psichiatra, si interroga sulla necessità di fondare le cure su altri paradigmi, o, riprendendo il linguaggio di de Martino, su altri “istituti culturali”. Tale necessità scaturisce dal constatare che la riduzione della complessità delle esperienze in un unico linguaggio richiama quei processi di reificazione operati dalla medicina e dalla psichiatria messi in luce da Taussig. Nelle parole di Beneduce, ciò rappresenta «una conferma di quell'imperialismo culturale del quale Ian Hacking scrive che sono gli psichiatri, e non più i missionari, a farsene oggi principale veicolo [...]. Gli esperti che adottano il modello teorico del Prsd, e gli idiomi che contraddistinguono la “psichiatria umanitaria” o la “psicologia dell'emergenza”, laddove essi impongono i loro modelli del trauma

e della cura, attuano in effetti una forma di colonizzazione della sofferenza e di imperialismo culturale» (p. 11).

Travalicando i confini dello spazio terapeutico e coinvolgendo poste in gioco che vanno ben oltre i diversi orientamenti della psicoterapia, i temi affrontati da Beneduce, multipli e di ampio respiro, rimandano comunque a un tema comune: la dimensione politica della cura e il suo costante richiamo a una visione particolare della storia, della responsabilità e della memoria (p. 85). Sostiene l'A. che si è al riparo dal rischio di *occultamento* solo nel momento in cui si pensa lo spazio clinico nella sua dimensione etica e politica. In tale prospettiva, Beneduce ripropone la riflessione sulla inadeguatezza della categoria di trauma e la diagnosi di PTSD, ad esempio in alcuni contesti dove, nel periodo successivo alla violenza, è mancato uno "spazio pubblico" per la memoria (come ad esempio ha mostrato l'analisi di Marian Tankink sull'Uganda): «la categoria del PTSD, o il riferimento costante alla "traumatizzazione", offrono indubbiamente cornici di senso abbastanza ampie per includere esperienze, disturbi, emozioni: ma tale categoria comporta il rischio oggettivo di ridefinire in modo improprio la sofferenza quando non considera il significato di altri modi di rapportarsi al passato o al trauma» (p. 130).

Su questo punto l'A. segue McKINNEY (2007), nella sua analisi critica della "sacralizzazione del trauma", dove l'incertezza dei racconti delle vittime è gestita solo nella forma della loro traduzione in termini "psi": «i clinici possono subordinare i bisogni sociali dei pazienti al richiamo etico di testimoniare, e non riconoscendo la complessità morale della violenza politica, perdere di vista il fatto che *le memorie traumatiche sono mediate politicamente e culturalmente*. Il risultato è una ideologia che può cristallizzarsi intorno alla rappresentazione dei pazienti come vittime innocenti, negando, anziché restaurare, il loro potere di decidere sul piano morale e psicologico» (McKINNEY K. 2007, cit. in p. 131, corsivo di R. BENEDUCE).

Sullo sfondo vi è sempre l'esperienza di Beneduce con i richiedenti asilo/rifugiati, l'ambito all'interno del quale il paradigma del trauma mostra fortemente i suoi limiti e i suoi possibili riduzionismi ed occultamenti. Nel "ritrarsi" dello Stato dai principi legali ed etici legati all'asilo, la "verità" del richiedente asilo è sempre più spesso spodestata dall'autorevolezza della parola dell'esperto. Quando le tracce fisiche scompaiono presto (come nel caso della violenza sessuale), le ferite psicologiche possono sostituire l'iscrizione somatica del trauma. In questo campo spesso, sottolinea Beneduce seguendo Fassin e d'Halluin, gli esperti si sostituiscono alle vittime. Anche laddove essi mettono in atto un uso tattico della diagnosi volto a facilitare l'accettazione della richiesta d'asilo, medici e psicologi privano i richiedenti asilo della *loro* "verità" (p. 129). Inoltre, il paradosso della riduzione dell'esperienza ad un'unica archeologia, quella del trauma, è la produzione della più strana delle identificazioni, quella tra la vittima e il carnefice: «Vi è un problema che Young pone in rilievo nell'analisi dei criteri diagnostici, e che è importante anche per le mie considerazioni: per gli eventi traumatici giudicati stressanti, al di là della discutibile generalizzazione di che cosa renda "stressante" un evento, quelli riportati parlano inequivocabilmente, in quattro casi su sette, di azioni "eccezionalmente violente" perpetrate attivamente dai futuri pazienti (intenzionalmente o meno, in accordo a principi culturali o meno ecc.) contro altre persone. Il trauma nascerebbe cioè, secondo questa definizione, dalle memorie di ciò che il paziente ha fatto, non di ciò che ha subito come vittima. Il PTSD, grazie alla generalizzazione dei suoi assunti, e all'oggettivazione dei meccanismi che sarebbero responsabili della comparsa dei sintomi, non solo è particolarmente coerente

con il progetto della psichiatria biologica ma realizza la più strana ed efficace delle equivalenze: quella fra vittima e colpevole» (pp. 71-72).

Nel campo dell'asilo politico – all'interno del quale le immagini, le esperienze e i ricordi appaiono spesso inclassificabili – risulta particolarmente evidente il riflesso di una nuova configurazione della sofferenza e dello statuto sociale della vittima, dove il trauma ed il disagio psichico diventano sempre più «il linguaggio per esprimere conflitti e rivendicazioni, il cui prodotto finale è la costruzione di un particolare soggetto storico, una nuova forma di “soggettivazione politica” (Fassin D. 2008): [...] oggi ci si occupa infatti del grado di resilienza nelle popolazioni affette da disastri e violenze anziché della resistenza politica degli oppressi, si misura il trauma psichico e le sue conseguenze di breve durata anziché il dominio e lo sfruttamento» (p. 123).

Le domande che Beneduce si pone, ancora una volta, sono: che cosa scompare nelle rappresentazioni sostenute dalla retorica umanitaria? In che misura i modelli psicologici del trauma accolgono le sfide poste da tali vicende? Ci si rende conto allora, seguendo il discorso di Beneduce, che la sfida interpretativa non è solo per la clinica, ma anche per l'antropologia, sempre più a confronto con scenari dove la “foresta dei simboli” si è tramutata in un “deserto” (p. 134), nel quale i referenti culturali vengono meno di fronte a una memoria indicibile, inelaborabile. Cosa fa allora l'etnografo con il suo taccuino di fronte a questi contesti dove il silenzio è l'unico a parlare, dove bisogna lavorare più su ciò che rimane occulto che su ciò che viene detto? Come si agisce laddove la responsabilità politica ed epistemologica del ricercatore è messa in primo piano e i principi dell'osservazione partecipante sono messe alla prova dalla distruzione, una volta per tutte, di quelle che de Martino chiamava le “equivoche castità di un discorso sedicente oggettivo” (pp. 134-135)?

Agire in quotidiani “stati di eccezione”. Note su una etnografia di un Centro di salute mentale

Oswaldo Costantini

dottorando in Etnologia ed etnoantropologia,
Sapienza Università di Roma

Massimiliano MINELLI, *Santi, demoni, giocatori. Una etnografia delle pratiche di salute mentale*, Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute, Perugia - Argo, Lecce 2011, 318 pp. (Biblioteca di antropologia medica, diretta da Tullio Seppilli, n. 8)

In *Santi Demoni Giocatori*, Massimiliano Minelli presenta la sua ricerca presso il Centro di salute mentale di Gubbio sulle attività terapeutiche e riabilitative, mostrando in primo luogo l'ampio potenziale del metodo etnografico per esplorare e riconoscere la natura incorporata dei saperi nel campo della salute mentale. Con l'espressione “sapere incorporato”, l'autore vuol dare risalto al concetto di un “sapere corporeo”, “imbricato nella pratica”: socialmente prodotto e distribuito nell'esperienza quotidiana, da analizzare come problema culturale e politico.

In questo senso Minelli indaga e riporta in superficie un patrimonio di gesti e azioni consuete – spesso impercettibili e difficilmente articolabili in un linguaggio verbale – che hanno l'effetto di operare un cambiamento nelle persone (p. 15) e «sviluppare la loro capacità culturale di agire» (*ibidem*), facendo oscillare l'attenzione tra le condizioni strutturali, l'incorporazione dei saperi e l'azione dei soggetti in “quotidiani stati di eccezione”.

Il discorso si articola a partire da alcune questioni fondamentali emerse dall'indagine etnografica fra cui la riabilitazione dei pazienti, che, sottolinea l'A., tende ad essere praticata dagli operatori tenendo insieme «elementi eterogenei che nel linguaggio quotidiano hanno nomi profani: il lavoro, l'amore, il farmaco, i demoni, la prescrizione medica, la preghiera...» (p. 38). Allo scopo di dare solidità a queste “delicate costruzioni” vengono introdotte nuove regole, oltre a quelle che già strutturano il campo della riabilitazione: «nella ridefinizione delle regole, a diversi livelli, emergono contraddizioni tra le necessità, spesso ribadita dagli operatori, di avere un maggiore controllo dell'azione collettiva e il mandato implicito nella riabilitazione, che consiste nel promuovere la capacità di agire e aumentare il potere dei pazienti. *Nel campo della salute mentale viene così ad attivarsi un'interessante sperimentazione politica per la promozione di nuove forme di cittadinanza.* E ciò può avvenire solo se, appunto, in vario modo vengono alla luce i reali rapporti di potere che investono i diversi agenti coinvolti». (p. 38, corsivo mio OC). Minelli richiama in questo modo l'attenzione su quelle interazioni quotidiane che costituiscono la “materialità dell'etica” che sostanzia la cittadinanza intesa nel modo proposto da ONG, nel suo *da rifugiati a cittadini*, come mediazione costante di valori concernenti la salute, l'assistenza sociale, così come la famiglia, il lavoro e tutti gli ambiti della vita sociale.

Nella prima parte del testo, Minelli, incrociando fonti ufficiali e voci dei protagonisti, ricostruisce il cambiamento avvenuto nel campo della salute mentale in Umbria nell'era post-manicomiale, evidenziando la possibilità di rintracciare nei racconti degli operatori psichiatrici più anziani «le tracce di una genealogia del Centro di igiene

mentale (le denominazione che ha preceduto quella di Centro di salute mentale) che risale all'atto di negazione del manicomio» (p. 64). Si tratta di un momento storico di profondo mutamento che passa, anzitutto, attraverso lo sconvolgimento radicale delle modalità di formazione degli operatori, i quali, trascorrendo intere giornate con i pazienti, sono in grado di sperimentare situazioni che portino «da un lato a collocare il disturbo in un orizzonte socioculturale condiviso, dall'altro a riconoscere la malattia nella sua mutevole fenomenologia» (p. 76). Minelli sottolinea come dall'analisi di tali trasformazioni «emerge [...] un aspetto utile a esplorare la memoria sociale del servizio attuale: il fatto che "fabbricare operatori" [...] [significhi] soprattutto fabbricare persone nella pratica» (p. 77). Tale questione è sintetizzata da Minelli con il ricorso all'idea bourdieuana dell'"incontro tra due storie", «vale a dire l'incontro fra la storia incarnata nei corpi (l'insieme delle disposizioni socialmente trasmesse attraverso la pratica che divengono *habitus*) e la storia oggettivata nei meccanismi dello spazio sociale» (p. 88).

La seconda parte del testo è invece interamente dedicata all'indagine etnografica rivolta soprattutto all'analisi di tre specifiche attività del Centro: l'inserimento lavorativo, il laboratorio di ricerca sulle figure della santità umbra tra il XII e il XVI secolo e la partita di calcio. Risultano di notevole interesse, in questa parte, sia alcuni dati che emergono dall'attenzione dell'A. per il dettaglio etnografico, sia l'impianto teorico che tali dati sorregge.

Per quanto concerne il primo versante, l'autore evidenzia come la costruzione dello spazio del Centro rimandi a una certa idea di privacy per l'utente, e come essa viene riprodotta quando il centro in questione cambia la sua sede.

O ancora sottolinea il costituirsi di alcune espressioni che assumono un loro particolare significato nel linguaggio degli utenti, come "prendere la terapia", sta ad indicare non già l'intero percorso di cura dell'utente ma solo l'atto dell'assunzione del farmaco in ambulatorio in particolari ore della giornata (p. 28).

Dalla descrizione etnografica, Minelli fa emergere alcuni paradossi, notando ad esempio come in tempi di crisi dell'occupazione e del processo erosione delle garanzie dello Stato sociale ben descritto da Castel, il disturbo psichico diventi una sorta di "risorsa" che consente/costringe l'utente che intraprende il percorso di inserimento lavorativo a fare una sorta di "doppio gioco": mettendo in mostra da una parte la sua capacità di agire, dichiarare dall'altra la sua condizione di vulnerabilità. Circostanza che conduce sì ad un inserimento lavorativo protetto, ma, in alcuni casi, anche all'uso di una manodopera che, pur raggiungendo un livello di produzione "normale", è sottopagata "con la scusa che non sei capace, con la scusa che sei bisognoso", per dirla con le parole di un utente del Centro (p. 154).

Oltre il paradosso, l'argomento risulta di notevole interesse poiché si inserisce in quel dibattito molto sviluppato in antropologia medica ed etnopsichiatria mirato a evidenziare l'attuale tendenza a riconoscere diritti e garanzie sociali quasi esclusivamente in relazione al corpo/mente malato/a, sostituendo spesso la rivendicazione del disagio con il linguaggio dell'umanitario.

Emerge così, sul versante teorico, una gamma di possibilità e di suggestioni che inducono numerose riflessioni. Minelli fa infatti un uso non generico e non scontato delle categorie foucaultiane: non vi sono mai nel testo dei generici riferimenti ai concetti spesso abusati di "governamentalità" o di "biopolitica", che invece sono sempre inseriti all'interno di ricostruzioni teoriche precise. Ed è questo l'aspetto del libro che, tra gli altri, è particolarmente rimarchevole.

Attraverso la categoria foucaultiana del “grottesco amministrativo”, Minelli ragiona sull'intreccio tra le dimensioni corporee del potere e la microfisica dispersione dei suoi effetti nei gesti ordinari della burocrazia (p. 102), mettendo in tal modo in luce alcune critiche mosse dai pazienti al potere della burocrazia (p. 103). Un potere dato da un sovrano ridicolo e socialmente distribuito «in modo “molecolare” negli atti quotidiani di anonimi burocrati» (*ibidem*). L'uso del termine “molecolare”, di provenienza gramsciana, è usato da Minelli dopo una spiegazione sulla inscindibilità della questione dei funzionari da quella degli intellettuali e della loro formazione (tema affrontato da Gramsci nel Quaderno 13).

Nello stesso capitolo Minelli mostra, anche attraverso alcuni stralci di interviste, il potere desocializzante della psichiatria espresso nell'uso del “disturbo da attacco di panico”. L'Autore sottolinea come dietro a questa categoria vi sia una certa costruzione culturale dell'individuo che può essere messa in crisi dalla «perdita di controllo, che potrebbe colpire il manager che dirige la sua azienda così come l'operaio che lavora alla catena di montaggio» (p. 106). Il ricorso alla categoria medica consente dunque di riportare un disagio sociale nel linguaggio psichiatrico, che viene in questo modo messo al centro di una riflessione dell'A. sull'esistenza di due momenti della psichiatria identificabili attraverso il manicomio e “il disturbo da attacco di panico”. Ciò, nelle parole di Minelli: «ci permette di vedere da un lato l'istituzione totale che rinchiusa la follia e, alienandola, la rappresenta all'esterno, dall'altro un disturbo diffuso e invisibile, che potrebbe colpire individui attivamente integrati nel corpo sociale. Alla lotta contro l'esclusione, che ha portato a chiudere l'Ospedale psichiatrico, fa così da contrappunto la nuova rete di mobilitazione e associazionismo attorno a problemi che, come l'attacco di panico, possono richiedere diverse “politiche dell'ascolto” (Fassin D. 2006: 102-109)» (p. 106).

Nella parte dedicata alle partite di calcio organizzate tra operatori, personale sanitario ed utenti Minelli mostra come «un'etnografia delle azioni trasformative nel campo della salute mentale sia rilevante per capire il rapporto fra gioco, potere e cambiamento» (p. 245). In questo contesto l'autore delinea il passaggio teorico, che a mio avviso è il più interessante del libro, in cui si riprende la critica di Said a Foucault e l'integrazione di quest'ultimo con alcune nozioni gramsciane, proposta dallo stesso Said (pp. 245-249).

In sintesi, il libro di Massimiliano Minelli affronta in maniera approfondita la tematica del sapere incorporato nelle azioni della psichiatria territoriale e il significato di tale sapere immesso nella sfera pubblica (p. 285). Attraverso una analisi che oscilla dalla minuzia dei dati etnografici alla lucidità delle elaborazioni teoriche, ci restituisce una descrizione precisa di un contesto locale di cura mentale, connettendolo con la società più ampia, le sue dinamiche e le relazioni di potere interne ad essa.

Quando la “possibilità etnografica” è limitata. Indagine su due Centri di Permanenza Temporanea

Osvaldo Costantini

dottorando in Etnologia ed etnoantropologia,
Sapienza Università di Roma

Andrea F. RAVENDA, *Alì fuori dalla legge. Migrazione, biopolitica e stato di eccezione in Italia*, Ombre Corte, Verona 2011, 234 pp.

Nel libro di Andrea Ravenda, *Alì fuori dalla legge*, l'etnografia degli attuali CRT (Centri di Permanenza Temporanea) si pone in forte connessione con una ricostruzione storica delle pratiche e dei discorsi nell'ambito della relativamente recente esperienza dell'Italia come paese meta di migranti.

La parte iniziale del testo mira principalmente a ricostruire il processo di creazione di un modello per la gestione dell'immigrazione a partire dall'esperienza degli albanesi negli anni Novanta del Novecento, ossia il primo flusso cospicuo di migranti verso il nostro paese. L'Autore, seguendo le suggestioni del sociologo Alessandro Dal Lago, sostiene che durante quel periodo l'Italia si trasformò in una sorta di laboratorio «dove sperimentare particolari procedure per il trattamento dei migranti, legittimate dalla continua ri-definizione di uno stato di eccezione e di un'emergenza imminente e continuativa» (p. 39). Dapprima, infatti, gli albanesi furono considerati delle persone da aiutare, classificati come “disperati” che il “buon cuore” degli italiani prendeva in carico (pp. 48-54). Tuttavia, successivamente si trasformarono in soggetti considerati minacciosi e pericolosi (p. 56). Ravenda individua nell'episodio dello stadio di Bari, citato anche da Agamben, un momento chiave del cambio di prospettiva nei confronti del popolo albanese migrante. Citando Dal Lago, sottolinea come «il trattenimento nello stadio consegnò all'opinione pubblica un'immagine dei migranti albanesi come una “folla bestiale”, rinchiusa in gabbia e presidiata dalle forze dell'ordine per evitare il loro “pericoloso dilagare”. Dal punto di vista più strettamente legato alle pratiche di gestione, invece, l'episodio di Bari innescò un processo di cambiamento radicale nel trattamento degli albanesi che, da questo momento in poi, fu interamente affidato alle forze dell'ordine e alla marina militare» (p. 58). Mentre in un primo momento erano state soprattutto le popolazioni e le istituzioni locali ad “accogliere” queste persone, in seguito alla promulgazione nel 1995 della cosiddetta “legge Puglia”, si impedì qualsiasi contatto tra i migranti e le popolazioni. Con il tempo, il “modello Puglia” divenne un paradigma da applicare a livello nazionale, tanto che, nota l'A., in un convegno tenutosi a Brindisi nel 2004, una relatrice della Croce Rossa concentrò il proprio intervento sulla “emergenza albanesi”, lodando la gestione improvvisata dell'emergenza all'epoca dei fatti. Commenta Ravenda:

«La scelta di parlare dell'emergenza Albanesi in un convegno organizzato oltre dieci anni dopo i fatti in questione e che aveva come focus di discussione un altro argomento, si manifestava chiaramente con l'intenzione di porre ogni qualsiasi attività svolta sul territorio nel campo delle migrazioni, in linea di continuità con la gestione della migrazione albanese. [...] Come se si trattasse di una sorta di “saper fare” – di un *know how* – sull'accoglienza, sulle modalità attraverso i quali i migranti stranieri vengono accolti e “trattati”» (p. 65).

In qualche modo si tende a considerare quella migrazione come “esemplare”, scrive Ravenda ispirandosi all’idea di Sayad sulla “esemplarità” della migrazione algerina in Francia, contenente le “verità di tutte le migrazioni” (SAYAD A. 2002).

L’etnografia dei Centri di Permanenza Temporanea si basa sulla ricostruzione storica di due centri, il Restinco di Brindisi e il Regina Pacis di san Foca di Melendugno. La ricerca prende corpo a partire da quella che l’Autore chiama “la possibilità etnografica” in quelle realtà, come i CPT presi in esame, difficilmente accessibili e che Ravenda considera alla stregua di “istituzioni totali”, caratterizzati dalla forte distinzione tra controllori e controllati. Le chiusure nei confronti del ricercatore vengono analizzate dettagliatamente proprio nella chiave «di questo assunto differenziale – architettonico e relazionale – descritto da Goffman. Concentrando l’attenzione sui processi di fabbricazione di barriere ed ostacoli posti all’accesso etnografico» (p. 72). Ravenda descrive il carattere contemporaneamente “inglobante” ed “escludente” dei Centri di Permanenza Temporanea e, dal punto di vista metodologico, riflette sulla posizione ambigua che può assumere il ricercatore in un contesto simile. In questo modo, colloca il discorso nel dibattito delicato sul ruolo e il coinvolgimento del ricercatore che, in contesti di post-violenza, violenza istituzionale e strutturale (cfr. p. 119) è investito da una grande responsabilità etica e politica. In proposito, l’Autore racconta ad esempio come in uno dei CPT in cui ha svolto la sua ricerca selezionava i migranti da intervistare: supervisionato dal direttore o da un operatore, Ravenda sceglieva da un raccoglitore le persone con cui parlare e queste venivano chiamate al megafono, «dopo qualche minuto, questi giungeva dal corridoio accompagnato da qualche operatore che, con disinvoltura, me lo presentava. Il migrante era sempre colto di sorpresa dalla chiamata e spesso non riusciva a comprenderne il motivo. Si sono presentate persone in pigiama, in ciabatte o appena destate dal sonno. Con grande apprensione o curiosità, la maggior parte delle volte pensavano che io fossi lì per fornire informazioni sulla loro situazione, per poterli aiutare, o forse per avviare la loro espulsione. Questo coinvolgimento dell’etnografo nella rete delle forme di violenza merita di essere oggettivato e discusso. Dalla descrizione di alcune delle molteplici sfaccettature del contesto etnografico e delle relazioni interne al centro, risulta chiaro che l’incontro tra l’etnografo e il migrante trattenuto, riducibile all’intervista etnografica, si è iscritto in una complessa rete di rapporti di forza tra soggetti posizionati dentro così come fuori l’istituzione» (p. 132). A partire da tali considerazioni, Ravenda propone una prassi della ricerca, in cui «“disporsi sulle linee” del dispositivo CPT, “cartografarlo” – per usare ancora le parole di Deleuze – significa posizionarsi all’interno di quelle reti proprie del contesto etnografico osservando le modalità attraverso le quali gli attori sociali nel “campo” e sul “campo” – compreso il ricercatore stesso – agiscono in “quotidiani ‘stati di eccezione’” (MINELLI M. 2006), attraverso valutazioni, scelte, errori, relazioni di tipo dialogico oppure, a seconda dei casi, conflittuale» (p. 147).

Nella ricostruzione storica dei due centri, Ravenda mette in luce il processo di delega delle responsabilità che è alla base di queste strutture, che «andrebbero pensate come un esempio del “non intervento”, “del governare meno e con il massimo dell’efficacia”, proprio di quella governamentalità liberale divenuta oggetto di riflessione nelle ultime lezioni tenute da Michel Foucault al Collège de France e definita dal filosofo come “economia politica” (FOUCAULT 2005b)» (p. 98). Si assiste oggi infatti alla quasi totale privatizzazione del cosiddetto “terzo settore”, in cui, come nota Wacquant, «grandi imprese [...] fanno oramai concorrenza alle associazioni caritatevoli e di volontariato nel settore dei servizi ai poveri» (WACQUANT L. 2006: 109-110, cit. in RAVENDA A., p. 99).

Nella terza parte del libro l'Autore affronta la tematica del corpo del migrante in relazione ai CPT, a partire dalle riflessioni classiche dell'antropologia sul corpo e i nuovi paradigmi proposti da vari autori (CSORDAS, SCHEPER-HUGHES e LOCK, BOURDIEU). Affrontando l'argomento dell'autolesionismo nei CPT, propone una lettura attuale, politica e corporea della nozione demartiniana di "presenza", che sembra essere, tra i tanti spunti interessanti, quello che merita una nota finale. Ravenda, mette in luce come durante «il trattenimento coercitivo, il migrante forza la sua "presenza legale" sul territorio italiano proprio attraverso la sua capacità di affrontare e risolvere quei momenti che potrebbero mettere in crisi la sua "presenza corporea"» (p. 206). In questo senso, come l'autore spiega nella pagina precedente, riaffiora il potenziale di visione dinamica dei processi culturali contenuta nella formulazione di Ernesto de Martino di una presenza vista come la capacità di richiamare alla coscienza attuale tutte le memorie e le esperienze necessarie a fronteggiare una determinata situazione storica, inserendosi in essa tramite l'iniziativa e andando oltre essa mediante l'azione.

L'uso pubblico dell'antropologia medica

Barbara Sorgoni

Ricercatrice confermata, in Discipline demotnoantropologiche,
Alma Mater Studiorum Università di Bologna

Ivo QUARANTA - Mario RICCA, *Malati fuori luogo. Medicina interculturale*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2012, 168 pp.

Chi si trova a fare ricerca etnografica all'interno di istituzioni o servizi pubblici italiani dedicati esclusivamente agli stranieri, o nei quali questi transitano con frequenza e in numeri significativi, riscontra sovente alcune caratteristiche comuni. Provo a riassumerle in ordine casuale, non necessariamente d'importanza: la domanda degli operatori di ricevere formazione specifica per fare fronte a bisogni, richieste o comportamenti che immaginano scaturire dalle diversità culturali in cui si imbattono; una visione di tali differenze spesso fortemente essenzializzata, tale da sembrare di poter essere affrontata ricorrendo a "prontuari culturali" dove a ciascuna nazione corrispondono precise credenze e abitudini, e quindi condotte; una fiducia nella risoluzione delle difficoltà riposta essenzialmente nella figura del mediatore, tale che per riuscire a capirsi basterebbe assicurare una corretta traduzione linguistica; l'ottica caritatevole e compassionevole con cui si offrono servizi ai migranti, sempre più associata a retoriche emergenziali; l'immagine di ciò che viene definito integrazione come di un processo necessario in cui agli autoctoni spetta il compito di spiegare *agli altri* come si vive "qui da noi".

Quando i ricercatori entrano nelle scuole, negli uffici dei servizi sociali, nelle aule dei tribunali o – come nel nostro caso – negli ospedali, trovano intrecciati tra loro molti se non tutti i presupposti elencati, in forma esplicita oppure agita in modo implicito.

Il volume di Ivo Quaranta e Mario Ricca *Malati fuori luogo. Medicina interculturale* ruota attorno ad alcuni dati emersi da un progetto di ricerca e formazione sulla sanità interculturale condotto presso alcune strutture sanitarie della regione Emilia-Romagna da una équipe interdisciplinare composta da antropologi, giuristi e psicologi interculturali. Come illustrato nell'introduzione da Mario Ricca, la ricerca aveva il fine di comprendere la possibile utilità di un approccio equo ed interculturale alla sanità. E di rispondere ad alcuni importanti quesiti: quando il "deficit di conoscenza interculturale" comporta gravi conseguenze cliniche o sociali per i pazienti, il medico e/o la struttura ospedaliera possono essere considerati responsabili di negligenza? È possibile, nella società contemporanea, ritenere che i malati siano tutti uguali o che sappiano spiegarsi tutti allo stesso modo? Che un bravo medico debba solo esaminare corpi e non comprendere anche universi altri di significato? Nel tentare di rispondere a queste domande, il volume non intende solo ribadire l'importanza della relazione di cura tra operatore sanitario e paziente ai fini della stessa efficacia della cura (e quindi della guarigione stessa), come già ampiamente dimostrato dall'antropologia medica. Vuole invece partire da tale riconoscimento per provare ad offrire alcune indicazioni operative che appaiono non solo necessarie, ma anche perseguibili e quindi immediatamente utili.

Sebbene frutto della collaborazione tra un antropologo ed un giurista, nel volume le diverse prospettive adottate sono ben riconoscibili e tuttavia poste in tensione tra loro; la voce del medico è assente, ma la prospettiva bio-medica è rappresentata ed estesamente discussa da entrambi gli autori nei rispettivi capitoli. Più in particolare, e per entrare così nell'articolazione del volume, questo si compone di tre capitoli centrali racchiusi tra un'introduzione ed una conclusione; fatta eccezione per il terzo capitolo, scritto a due mani, gli altri quattro vedono i due autori e le rispettive prospettive alternarsi tra loro in un proficuo dialogo.

Il primo capitolo, di Ivo Quaranta, non intende offrire una rassegna dei dibattiti in antropologia medica sui processi socio-culturali nei contesti di cura (per i quali l'Autore rimanda ad una bibliografia aggiornata), quanto piuttosto proporre al lettore l'utilità dell'adozione di strumenti antropologici nella cura di tutti i pazienti, non solo stranieri. Sgombrato il campo da questo primo equivoco – così come dall'idea che il piano somatico possa essere separato da quelli culturale e sociale, o dalla convinzione che le categorie diagnostiche della bio-medicina, in quanto scientifiche, siano disancorate dai processi socio-culturali che le producono – Quaranta si sofferma sulla produttività del riduzionismo biomedico. Responsabile da un lato degli alti livelli di efficacia terapeutica, e dall'altro della messa in ombra dei significati che i pazienti attribuiscono alle proprie esperienze di malattia e di cura, nonché della delegittimazione di visioni e saperi terapeutici diversi. Facendo propria un'interpretazione fenomenologica della cultura che lascia emergere i processi intersoggettivi con cui costruiamo la realtà attraverso pratiche di produzione di significati, e simultaneamente rivendicando le capacità creative con cui gli individui usano e trasformano insieme di saperi e pratiche collettive, Quaranta illustra l'utilità degli approcci narrativi in antropologia medica. Diversamente dai modelli esplicativi rivolti a valorizzare le concezioni dei pazienti su malattia e cura, gli approcci narrativi consentono di valorizzare le capacità creative individuali, mettendo i pazienti in grado di partecipare al processo di diagnosi e cura, cioè alla costruzione di modelli esplicativi dell'esperienza di malattia, strettamente legati alla dimensione dell'efficacia della cura. Tale possibilità può verificarsi solo riconoscendo le dimensioni simboliche di costruzione di senso come sempre presenti, e non alternative, all'efficacia della biomedicina: solo cioè a patto di riconoscere la dimensione culturale della biomedicina, e l'importanza della dimensione simbolica all'interno di qualsiasi relazione di cura.

Nel secondo capitolo, Mario Ricca illustra la diversità di posizioni sul passaggio tra la vita e la morte espresse da differenti tradizioni religiose, attraverso esempi concreti riferiti a casi di rianimazione, accanimento terapeutico e cure palliative che ne rivelano l'immediata concretezza. Se la necessità di una alleanza tra medico e paziente è oramai riconosciuta come ingrediente necessario per raggiungere una maggiore efficacia terapeutica, e se tale alleanza richiede – in contesti interculturali – la condivisione di una piattaforma semantica comune, resta però da stabilire in che modo sia possibile costruirla a partire da protocolli sanitari rigidi e tempi di cura ridotti. Di fronte alla differenza culturale, il rischio è che si allarghi il divario tra il non detto del paziente e ciò che viene presunto dal medico, esponendosi a pericolosi fraintendimenti. Né sarebbe possibile pensare di ridurre tale scarto con la produzione di "enciclopedie casistiche", che finirebbero per reificare ipotetiche corrispondenze tra malattie, culture e cure. A fronte di strutture sanitarie in cui la libertà del medico è ridotta, il tempo a disposizione limitato e le conoscenze sulle diversità tra stili di vita pressoché inesistenti, l'adozione di un approccio narrativo parrebbe quasi struttural-

mente incompatibile. Eppure, la costruzione di reti tra antropologi medici in grado di sostenere gli operatori sanitari nella costruzione di relazioni terapeutiche efficaci appare una strada percorribile nel breve periodo. Così come, su tempi più lunghi, appare necessario porre mano ai profili istituzionali e giuridici della professione medica. Separando l'ambito civile da quello penale e ripercorrendo le tipologie di responsabilità mediche ora previste (per negligenza, imprudenza, e imperizia), Ricca mostra come l'ignoranza dell'importanza della variabile culturale possa risultare attualmente scusabile per il medico ma non per le strutture sanitarie, responsabili per la mancata fornitura di strumenti di sostegno per il proprio personale, quale la conoscenza delle variabili culturali e la conseguente predisposizione di un supporto antropologico per il personale medico.

Nel terzo capitolo i due Autori prendono ad oggetto da diverse angolazioni il caso del consenso informato, che costringe la medicina ad uscire dai confini strettamente biologici esponendo l'asimmetria tra chi cura e chi viene curato. Mentre Ricca descrive i profili di responsabilità da mancato consenso in relazione alla differenza culturale e ne espone i rischi, Quaranta sottolinea le dimensioni culturali della pratica del consenso informato al fine di proporre modalità attraverso le quali ovviare a tali rischi. L'approccio narrativo in antropologia medica consente infatti di mettere il paziente in condizione di potersi spiegare partecipando alla costruzione della relazione terapeutica, passando così dalla semplice comunicazione di informazioni alla loro co-produzione.

Come ricordato in apertura, il volume ruota attorno ai risultati di un progetto di ricerca multidisciplinare. E forse un limite di questo lavoro è nell'assenza di una trattazione estesa proprio del contesto della ricerca: delle sue varie fasi e dei tempi in cui è stata articolata, delle figure coinvolte per formazione e numero, delle metodologie utilizzate e dei casi etnografici meglio approfonditi. È possibile che un lavoro di questo tipo sia ancora in preparazione, né il fine del volume era quello di pubblicare i risultati della ricerca stessa. Tuttavia, e come i vari esempi tratti dalla ricerca di campo mostrano bene, una maggiore esplicitazione della cornice del progetto di ricerca ed un uso più sostanzioso dei casi affrontati avrebbe aggiunto densità e guadagnato in concretezza.

Il testo resta però indiscutibilmente pregevole per vari motivi, non ultimo quello di sintetizzare in un volume agile conoscenze complesse, rendendole disponibili ad un pubblico ampio. Come spiega Quaranta nelle conclusioni, se l'importanza di alcuni dei temi trattati è nota da tempo in antropologia medica, l'intento del volume è di rendere concretamente utilizzabili tali conoscenze e strumenti dell'antropologia medica. Un ulteriore pregio di questo volume risiede quindi nel sapere mostrare le possibilità di impiego dell'antropologia medica in particolare, e dell'antropologia culturale in generale, nonché i loro effetti virtuosi: rivelare cioè l'uso pubblico dell'antropologia rispettandone la vocazione ad "impegnarsi" anche in tempi di crisi. E di farlo rendendo disponibili soluzioni e aggiustamenti possibili, non ingenuamente presentati come facili ma di cui si è in grado di mostrare sul lungo periodo i numerosi vantaggi, a fronte invece dei costi e degli sprechi che il "non capirsi", o le errate diagnosi per "deficit culturale" comportano.

Si tratta di proposte, soluzioni e mutamenti efficaci che, pur emergendo dal contesto molto specifico della ricerca in ambito sanitario, consentono di essere pensati come generalizzabili e quindi trasposti – con i dovuti adattamenti – in molti altri contesti pubblici istituzionali nei quali, sempre più di frequente oggi, transita la diversità culturale.

Cronicità, storie di malattia e tecnologie mediche

Erica Eugeni

dottore di ricerca in etnologia e etnoantropologia,
Sapienza Università di Roma

Michela Mitola, *Il corpo di Pandora. Storie di trapiantati di cuore tra l'attesa e il dono*, Abilgraph, Roma, 2011, 216 pp.

Perché in questo momento? Perché a me? Sono questi i principali interrogativi a cui un paziente affetto da una patologia particolarmente grave o cronica sente di dover rispondere.

La categoria di cronicità si impone nel linguaggio della biomedicina agli inizi del ventesimo secolo e indica l'impossibilità di rendere il processo di malattia reversibile e restituire alla persona il proprio corpo sano (HONKASALO M.L. 2001; ESTROFF S.E. 1993). Le condizioni croniche presentano generalmente un decorso instabile, caratterizzato dall'alternanza di fasi di miglioramento e di peggioramento, di giorni "buoni" e di giorni "cattivi" (CHARMAZ K. 1991), e un esito difficilmente prevedibile (BURY M. 2005). L'incertezza è pertanto la principale caratteristica di queste condizioni (COMAROFF J. - MAGUIRE P. 1981). La cronicità determina, inoltre, un'iscrizione profonda della medicina occidentale nel corpo del paziente e costringe il malato ad essere costantemente in contatto con strutture ed operatori sanitari, ma anche ad acquisire grande competenza e padronanza rispetto alla propria condizione, alle pratiche terapeutiche a cui spesso deve sottoporsi quotidianamente e rispetto ai saperi relativi alla sua malattia. Convivere costantemente con la malattia e spesso con il dolore, dipendendo in molti casi da tecnologie mediche per poter continuare a vivere (LOCK M. - YOUNG A. - CAMBROSIO A. cur. 2000; EUGENI E. 2008, 2009), conduce ad una riformulazione dei rapporti del malato con gli altri e con il proprio corpo e impone una profonda ridefinizione nella percezione e nella struttura del sé, determinando quella che è stata definita "interruzione biografica" (BURY M. 1982; VAN DONGEN E. - REIS R. 2002). Essa segna uno spartiacque tra un prima e un dopo, tra due differenti "normalità": quella dei sani e quella in cui le abitudini personali e il modo di stare al mondo del sofferente e di quanti lo circondano necessariamente si modificano a causa della malattia, di ciò che essa impone o non permette più di fare. Il malato riadatta lentamente tutto il proprio stile di vita sulla base di quanto la nuova condizione impone, fin quasi a passare dall'"avere" una malattia all'"essere" una malattia, tanto l'impatto di quest'ultima diviene sostanzioso nella vita del sofferente: il dolore, i limiti e le incertezze che la patologia porta con sé finiscono per assorbire l'identità della persona, divenendo equivalenti e inseparabili dal sé (ESTROFF S.E. 1993) e obliterando altri aspetti della vita e della personalità del paziente. Dal punto di vista della gestione della vita quotidiana del malato, le limitazioni determinate dallo stallo nella condizione di malattia sollecitano sovente la creazione di strategie volte a mobilitare risorse materiali e sociali (BURY M. 2005), ma anche tese ad adattarsi al mondo e ad adattare il mondo a se stessi, nella misura in cui molte cose non è più possibile farle o farle nel modo in cui venivano fatte in precedenza. Tutti questi aspetti, relativi alla condizione cronica, sono stati indagati da Michela MITOLA nel suo testo: *Il corpo di Pandora. Storie di trapiantati di cuore tra l'attesa e il dono*, che costituisce una parte

riadattata e rivista della sua tesi di laurea magistrale. L'obiettivo del testo è quello di restituire, attraverso l'analisi di parti di interviste, il senso attribuito alla malattia da parte di alcuni pazienti affetti da miocardiopatia, una patologia da cui non è possibile guarire, in cura presso l'ospedale San Camillo Forlanini di Roma, e, in un secondo momento, di comprendere come gli stessi pazienti abbiano rielaborato l'esperienza del trapianto a cui si sono sottoposti.

Come l'Autrice dichiara, al momento della sua ricerca i malati erano già stati, per lo più, sottoposti a trapianto, avevano, dunque, già affrontato la fase più dura della malattia ed erano in un momento di sedimentazione e di rielaborazione dell'esperienza di sofferenza. Il trapianto, tuttavia, sottolinea ancora l'autrice, se da un lato costituisce una vera e propria rinascita che non solo permette di riscoprire una serie di aspetti della vita, ma a volte anche di scoprire letteralmente cose sulle quali non ci si era mai soffermati, dall'altro non costituisce necessariamente lo spartiacque che separa salute e malattia, ma piuttosto garantisce l'accesso ad uno spazio ambiguo, caratterizzato ancora dal contatto continuativo con l'ospedale e con il personale medico ed infermieristico: il corpo di questi pazienti è fatto perennemente oggetto di un progetto terapeutico, monitorato e vagliato nel corso di incontri che, sebbene il tempo permetterà di diradare, di fatto non verranno mai ad estinguersi del tutto. Nonostante il cardiotrapianto possa costituire un evento in grado di modificare significativamente la vita della persona, infatti, lo spettro del rigetto permane, uno spettro oltretutto che il paziente non può in alcun modo combattere autonomamente, dal momento che non offre segni di allerta evidenti: egli è totalmente in balia di un corpo che può tradirlo in qualsiasi momento. Per fronteggiarne la possibilità, per fare qualcosa per sé, il paziente può solo sottoporsi periodicamente ai controlli e seguire le terapie stabilite, in altri termini può esclusivamente rimettersi nelle mani della biomedicina: la *compliance* è la sua unica arma. Anche a seguito del trapianto, dunque, la vita di questi malati non torna ad essere normale: i pazienti devono continuare ad avere un'attenzione particolare per se stessi e per il loro corpo: esso non potrà per loro più essere qualcosa di "naturalmente portato", ma sarà sempre oggetto di riflessione e di pensiero. La condizione di malattia diviene parte della vita al punto tale che anche l'assunzione dei farmaci è percepita alla stregua di quella del cibo e la biomedicina si normalizza nella vita di questi malati-non malati, con le sue pratiche, i suoi tempi, i suoi saperi. Anche il rapporto continuativo con l'ospedale in alcuni casi si impone nella vita del malato al punto tale che il personale sanitario arriva a costituire una seconda famiglia, e gli altri pazienti diventano, per citare le parole di un'intervista raccolta dall'autrice, «come fratelli». Ma non sono solo questi corpi, quelli dei trapiantati, oggetto di controllo: con l'avvento e la disponibilità della pratica chirurgica tutti siamo vittime di questo abbraccio biotecnico (DEL VECCHIO GOOD M.J. 1999). I corpi di tutti devono essere tenuti sotto controllo, perché contenitori di organi, potenziali "donatori", come Mitola accenna. La disponibilità di questa tecnologia costruisce un modo diverso di percepire il corpo che si apprende a immaginare per pezzi, divisibile, che perde la sua unità, il suo carattere di armonia; e che si impone per le sue caratteristiche di funzionalità: il cuore che verrà innestato sarà capace di svolgere le funzioni vitali, ma non di coordinarsi con il resto del corpo, di rispondere alle sensazioni, alle percezioni, alla paura, al piacere, al dolore.

Al tema del significato della diade salute-malattia e del corpo, si affianca un terzo tema: il dono, analizzato prevalentemente dal punto di vista di chi riceve questa possibilità di vita. La ricerca infatti si concentra sui trapiantati, apportando testimonianze interessanti rispetto al rapporto che si instaura con questo donatore che la legge pre-

vede sconosciuto, ma che per alcuni diviene un pensiero fisso, qualcuno che cammina accanto o addirittura un'ossessione o una forma di possessione; ma anche con la famiglia di costui, l'accesso alla quale potrebbe permettere di costruire un legame "vero" col donatore, ma la cui conoscenza può costituire anche una difficoltà ulteriore per il paziente, costretto al confronto diretto con la sofferenza che pure è stata in grado di restituirgli la vita. Per lo più, si preferisce ancorarsi all'immagine idealizzata del donatore, nella ricerca di un difficile equilibrio tra riconoscenza per quanto ricevuto e senso di colpa per le aspettative rispetto alla disponibilità di un organo. Un organo che spesso, tra le altre cose, si rende disponibile in momenti particolari, dopo i giorni di festa o il fine settimana, quando il numero maggiore di spostamenti favorisce quegli incidenti e quelle morti improvvise che sole possono fornire i "cuori battenti" utili al trapianto. Le risposte dei pazienti a questo senso di colpa possono essere quella di perdersi nell'angoscia dell'impossibilità di restituire (dono negativo) o di aprirsi all'esterno, aiutando gli altri e continuando in questo modo il circolo della donazione e la creazione di legami attraverso l'aiuto (dono positivo).

Nel testo, si analizzano, poi, alcune storie di pazienti in lista d'attesa e la pletera di sentimenti che accompagnano questo evento di ingresso in un periodo spesso conflittuale e ambiguo: speranza, paura, angoscia. Si passa quindi a interessarsi della nuova percezione del corpo in quei pazienti che, in attesa di trapianto, subiscono l'impianto di un macchinario che aiuta il cuore nelle sue funzioni o lo sostituisce del tutto; e in seguito al rapporto tra pari, fatto di supporto, ma anche di comparazioni costanti tra la propria e l'altrui condizione, di competizione per questa risorsa limitata che sono gli organi disponibili. Di qui si tocca, infine, il tema della percezione della gestione delle liste d'attesa, i dubbi, i sospetti di poca chiarezza nella distribuzione e nell'assegnazione degli organi.

In sintesi, il testo apre un'interessante prospettiva sulla vita di quanti attendono o hanno ricevuto un trapianto di cuore, permettendo al lettore di affacciarsi, anche se solo a distanza, sulla molteplicità dei sentimenti, delle esperienze, delle difficoltà e dei dubbi di chi vive non solo una condizione di malattia cronica con quanto essa comporta rispetto a se stessi, alla propria vita, a quella di quanti sono immediatamente prossimi, ma anche dilemmi etici e morali connessi alle esperienze di persone che non si è mai incontrato ma alle cui vite si è solidamente intrecciati. L'autrice dimostra una bella capacità di restituire la pluralità delle storie e delle esperienze, che difficilmente si lasciano imbrigliare nelle categorizzazioni che le teorie e gli sguardi degli studiosi vorrebbero imporre loro. I materiali raccolti e abbondantemente inseriti nel testo costituiscono sicuramente la parte più interessante e più ricca del lavoro, a fronte, tuttavia, di un'analisi spesso incerta e di uno stile del testo complessivamente trascurato, che sicuramente inficia e affatica la lettura. Un lavoro a carattere divulgativo, acerbo, a volte ingenuo, con un impianto teorico scarno e talora poco chiaro, ma ricco di spunti di riflessione interessanti, tanto dal punto di vista scientifico, quanto sul piano dell'arricchimento personale, per addetti ai lavori e profani sia dell'antropologia che della biomedicina.

Bibliografia

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

BURY Michael (2005), *Sulla malattia cronica e la disabilità*, pp. 147-164, in FIOCCO Paola Maria - MORI Luca (curatori), *La disabilità tra costruzione dell'identità e cittadinanza*, "Salute e Società", n. 4, 2005.

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

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

DEL VECCHIO GOOD Mary Jo (1999), *Metafore della vita e della società nella salute e nella malattia: l'abbraccio biotecnico*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 7-8, ottobre 1999, pp. 35-52.

EUGENI Erica (2008), *Come parlano i corpi secchi: narrazioni di malattia in emodialisi*, pp. 59-66, in Cozzi Donatella - DIASIO Nicoletta (curatori), *Linee di sangue. Metafore e pratiche tra dono, filiazione e appartenenza*, "Erreffe. La Ricerca Folklorica", n. 58, ottobre 2009.

EUGENI Erica (2009), *Vivere da malato: sorveglianza e resistenza*, pp. 49-74, in CARDANO Mario (curatore), *Etnografie: immagini della pratica etnografica*, "Rassegna italiana di sociologia", n. 1, gennaio-marzo 2009.

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

HONKASALO Marja Liisa (2001), *Vicissitudes of pain and suffering: chronic pain and liminality*, "Medical Anthropology", n. 19, 2001, pp. 319-353.

LOCK Margaret - YOUNG Allan - CAMBROSIO Alberto (curatori) (2000), *Living and working with the new medical technologies. Intersections of inquiry*, Cambridge University Press, Cambridge.

VAN DONGEN Els - REIS Ria (2002), *Editorial chronic illness: struggle and challenge*, "Medical Anthropology", n. 19, 2002, pp. 293-297.

Genesi di una categoria diagnostica: la malattia di Alzheimer in prospettiva storica

Elisa Pasquarelli

dottore di ricerca in Etnologia e etnoantropologia,
Sapienza Università di Roma

Matteo BORRI, *Storia della malattia di Alzheimer*, Il Mulino, Bologna, 2012, 181 pp.

Le categorie biomediche non sono entità fisse e immutabili che racchiudono, entro precisi confini di significato, una qualche *realtà* oggettiva. Piuttosto, hanno la capacità di naturalizzare il proprio oggetto e, quindi, di occultare il carattere storico-culturale e politico dei processi che conducono alla sistematizzazione del sapere scientifico. La produzione della conoscenza non è solamente un atto intellettuale e non è un atto neutrale, poiché il contesto storico e sociale in cui avviene, più ampi processi politici ed economici, interessi accademici e risorse finanziarie ne condizionano lo sviluppo. Sarebbe limitativo leggere l'avanzamento conoscitivo come un percorso lineare che procede per successive acquisizioni sapienziali o nuove "scoperte" in modo asettico e discreto consacrando una qualche idea di progresso: in altre parole, ricostruire la storia di un concetto medico – in questo caso di una precisa etichetta nosologica – implica uno sforzo critico e una visione d'insieme. Quando si parla di una malattia e si fa quindi intrinseco riferimento anche al vissuto e alla sofferenza di chi ne è afflitto, un'operazione di decostruzione della categoria biomedica può apparire insidiosa, ma invero qui non si tratta di negare la realtà biologica di certe condizioni o stati quanto di riconoscere che nel momento in cui si «spiega, ordina, manipola la realtà, si realizza un processo di contestualizzazione in cui la relazione dinamica tra biologia, valori culturali e ordine sociale» (LOCK M. 1988: 7) acquisisce rilevanza. È proprio in questi termini che va pensato il valore euristico di uno studio storico critico dei meccanismi che accompagnano creazione e consolidamento delle categorie biomediche. La nozione di malattia di Alzheimer, dato il pluridecennale processo di riconfigurazione che ha subito e complice la vivacità di un costante dibattito sulla sua stessa autonomia diagnostica, ben si presta a costituire oggetto di studio in una prospettiva analitica così orientata.

Questo interessante libro di Matteo Borri, studioso di storia delle neuroscienze, ci offre un quadro ampio e ben documentato delle vicende intellettuali, umane ed epistemologiche (nel campo disciplinare della psichiatria) il cui intreccio ha plasmato gli specifici contesti storico e scientifico nei quali la "malattia di Alzheimer" si è andata dapprima configurando e poi attestando come termine diagnostico. Prima di addentrarmi nel contenuto del volume, vorrei soffermarmi rapidamente sul dibattito scientifico che ha investito questa nozione medica perché la sua attualità è in sé esplicativa del valore aggiunto di un lavoro, quale è quello di Borri, che ricompone in un quadro coeso gli apporti di singoli studiosi che hanno alimentato, negli anni, questa prolifica discussione.

Quando Alois Alzheimer incontra Auguste Deter, ricordata come la prima paziente afflitta dalla malattia cui il medico tedesco avrebbe trasmesso il nome, è il 1901. Dovranno passare nove anni prima che Emil Kraepelin inserisca nell'ottava edizione

del suo influente manuale *Psychiatric: Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, la dicitura *Alzheimersche Krankheit* conferendole ufficiale legittimazione nosografica. Ma lo farà con cautela, riconoscendo egli stesso che dietro quella definizione permaneva una sorta di ambiguità relativa alla sua validità diagnostica. Nei decenni successivi, il dibattito scientifico intorno alla nozione di malattia di Alzheimer è proseguito e a tutt'oggi non è concluso, se uno dei più eminenti neurologi contemporanei esperti di questa patologia si chiede se essa sia una «malattia cerebrale cronico-degenerativa trovata in natura o un eponimo di due parole inventato dagli esseri umani» (WHITEHOUSE P. J. 2007: 460). Le questioni controverse – ma anche affascinanti – sollevate dalla malattia di Alzheimer, da intendersi qui essenzialmente come costruito nosologico, possono essere schematicamente dislocate lungo due piani: uno teorico e concettuale (e, quindi, anche profondamente storico-culturale) e uno più schiettamente “anatomopatologico”. Per quanto riguarda il primo piano, basterebbe evocare il plurisecolare dibattito sulla “senilità” (e la demenza senile), ossia le riflessioni sul rapporto tra il processo biologico di invecchiamento e il declino cognitivo, volte a comprendere se l'età avanzata fosse uno stato fisiologico o una condizione patologica e dove risiedesse il confine tra un decadimento “normale”, dovuto cioè all'aumento dell'età, e uno invece francamente patologico (cfr. KAUFMAN S. 2006, BEACH T. G. 1987). Per quanto riguarda il secondo piano, Alois Alzheimer, che parlò prudentemente di una patologia “insolita” con riferimento alla sua prima paziente, riscontrò nel suo cervello la presenza delle ben note placche senili unitamente a un nuovo reperto: la degenerazione delle neurofibrille. Oggi sappiamo, anche con il riscontro delle più sofisticate tecnologie per l'elaborazione delle immagini cerebrali, che si possono ottenere risultati sovrapponibili per l'invecchiamento cerebrale normale e i cervelli “patologizzati” (LEIBING A. 2006), come sappiamo anche che le placche senili (oggi più propriamente “amiloidi”) e i grovigli neurofibrillari possono comparire in cervelli sani e non essere presenti in quelli di persone che in vita hanno ricevuto una diagnosi di Alzheimer. Questi, sommariamente, gli ingredienti concettuali del dibattito scientifico che ha investito – e investe – la categoria medica in questione.

Veniamo ora, nello specifico, all'opera di Matteo Borri. Il testo, inaugurato dalla prefazione di Paolo Rossi, è strutturato in quattro capitoli che ripercorrono la storia della malattia di Alzheimer dal 1906 al 1974. L'Autore identifica due fasi all'interno di questo arco temporale: la prima, che va dal 1906 al 1910, fu dedicata «all'ampliamento della casistica fino alla successiva sistematizzazione nosografica fatta da Kraepelin» (p. 26) che risale appunto al 1910, mentre la seconda fase fu una stagione di studi focalizzati su quella che, ormai, aveva la dignità di una vera e propria malattia.

Il discorso sulla malattia di Alzheimer viene incastrato sapientemente nella specificità contestuale della psichiatria di inizio Novecento, con il suo impianto epistemologico, le sue prospettive di ricerca e i suoi principali protagonisti; parafrasando le parole dell'Autore, la *microstoria* di scoperta e costruzione anatomoclinica della malattia di Alzheimer viene seguita nel suo intrecciarsi con la *macrostoria* del pensiero psichiatrico dell'inizio del ventesimo secolo. L'indirizzo freudiano con la teoria del trauma di origine sessuale, la linea sperimentale della psicologia del profondo di Griesinger – che ampliava l'indagine psicologica agli stati al di sotto del livello di coscienza – e la stessa teoria dei complessi di Jung esprimevano un approccio sostanzialmente differente da quello della psichiatria organica di ascendenza kraepeliniana. Alois Alzheimer, con il “caso clinico” di Auguste Deter, diede un contributo fondamentale a quest'ultima – cui aderiva, sia detto per inciso – poiché collegò specifici deficit mentali ad altrettanto

specifiche lesioni cerebrali, un nesso la cui individuazione rappresentava la frontiera scientifica per la psichiatria di quel tempo. Nel quadro clinico di Auguste, quando era ancora in vita, ciò che colpì primariamente la sua attenzione di ricercatore furono i disturbi del linguaggio, e questo riflette uno dei temi centrali della medicina dell'epoca: l'afasia.

Ovviamente non posso in questa sede rendere conto della ricchezza documentale del libro, ma uno dei suoi principali meriti consiste, a mio parere, proprio nel ricorso costante alla "voce" dei singoli protagonisti del dibattito, alle loro riflessioni e analisi, in una successione ben costruita che dialoga costantemente con la psichiatria loro coeva: e così conosciamo il clima scientifico nel quale Alois Alzheimer si muoveva, il retroterra teorico della sua formazione, della sua attività clinica e di ricerca laboratoriale, oltre, naturalmente, alle premesse intellettuali che animavano gli esperti di allora. Tra Ottocento e Novecento, nel campo psichiatrico, vengono affrontati vari problemi di definizione e di unificazione dei saperi e della nosologia relativi a disturbi pertinenti con il quadro dementigeno successivamente designato "di Alzheimer".

All'iniziale qualificazione della futura malattia di Alzheimer, nella prima fase della periodizzazione di Borri, oltre ad Alois Alzheimer parteciparono numerosi studiosi italiani. Fra questi vi era Ugo Cerletti, noto per aver introdotto, nel 1938, l'elettroshockterapia e meno noto per il suo lavoro sull'anatomia patologica della paralisi progressiva. Egli ebbe anche il merito di promuovere l'uniformazione dei metodi di analisi al fine di rendere sempre confrontabili i dati delle indagini istopatologiche; in particolare, perorò l'adozione del metodo di Nissl basato sulla colorazione di Bielschowsky, già proficuamente utilizzato da Alzheimer. Inoltre, insieme a Francesco Bonfiglio e Umberto Sarteschi, arricchì la letteratura specializzata con la descrizione di nuovi casi collimanti con il quadro di Auguste Deter. Tra questi medici italiani vi era, ancora, Gaetano Perusini che in Italia "partecipò" – per così dire – all'eponimo, dal momento che questa patologia fu conosciuta per un certo periodo proprio come "malattia di Alzheimer-Perusini" (MAP). Egli monitorò su sollecitazione dello stesso Alzheimer alcuni pazienti il cui quadro sintomatologico evocasse quello di Auguste giungendo a una significativa conclusione, presentata in un suo articolo del 1909, e cioè che in tutti i cervelli si riscontrava la compresenza dei reperti indicati da Alois: placche senili e degenerazione delle neurofibrille.

La questione – o la controversia – nosografica s'impone già in questa prima parte della "storia". Ci si chiedeva, per esempio, quale fosse la natura biologica delle placche senili e quale ruolo svolgessero nell'insorgenza della demenza, perché la risposta a tali quesiti determinava il valore diagnostico della loro valutazione. La densità del dibattito sulla malattia di Alzheimer, nel libro, traspare fra le righe delle parole dei medici che vi presero direttamente parte, e questo consente di evidenziarne le linee argomentative principali in stretta connessione con la più generale evoluzione del pensiero e del sapere psichiatrico, via via che si procede avanti nel tempo. Dunque, Emil Kraepelin, nel 1910, consegna alla sua celebre opera di sistemazione tassonomica la "nuova" malattia che prese il nome di Alzheimer, collocandola tra i disturbi presenili. In parte, l'incertezza nosografica di quest'entità patologica dipendeva dalla coincidenza di aspetti basilari della sua caratterizzazione sintomatica e anatomopatologica con quanto era già stato rubricato come demenza senile, dal momento che ciò contraddiceva il requisito dell'età che a quel tempo era considerato un imprescindibile criterio di ordinamento nella classificazione delle malattie. Osserva in proposito l'Autore: «La scelta di Kraepelin [...] può essere interpretata come una competizione

epistemologica, uno scarto fra una griglia interpretativa e un insieme di osservabili» (p. 78). Nei decenni successivi i problemi posti dalla scelta kraepeliniana saranno oggetto di molti studi.

Il secondo capitolo retrocede nel tempo per poi muovere verso la successiva presentazione di Alois Alzheimer. Coerentemente con l'impostazione generale dello studio di Borri, infatti, una minuziosa descrizione del retaggio scientifico del medico tedesco precede l'approfondimento della sua figura. E questo retaggio ha radici nell'Ottocento, specie in quegli studi di fisiologia che fornirono una base di partenza a Greisinger che, con il suo lavoro, formalizza «il passaggio da una concezione etiologica basata solo su cause psicologiche e affettive, all'assunzione di un rapporto di causazione organica» (p. 82). Si tratta di indagini che riguardarono argomenti destinati a svolgere un ruolo non secondario nelle riflessioni di Alois Alzheimer: per esempio, gli studi di Gall e Spurzheim sulla correlazione fra le strutture della corteccia cerebrale e le facoltà psichiche, quelli di Alexander Hood sui disturbi del linguaggio espressivo, fino a giungere al cruciale contributo di Pierre Paul Broca sulle abilità linguistiche. Egli ebbe in cura un uomo che, pur non mostrando alcun danno agli organi fonatori, soffriva di un marcato disturbo del linguaggio. Dopo la sua morte, Broca riscontrò una lesione della terza circonvoluzione frontale sinistra e un'atrofia dell'emisfero sinistro del cervello (p. 93 e seguenti). Di conseguenza, ipotizzò che a causare la perdita della memoria delle parole fosse stato un danno cerebrale. Quando osservò in un secondo paziente con uguale quadro clinico la presenza della medesima lesione nella stessa sede corticale, ne concluse che sussisteva una correlazione tra una specifica zona del cervello e una determinata abilità psichica. Le indagini condotte su altri pazienti lo porteranno ad affermare che il linguaggio fosse una facoltà lateralizzata, e questo diede il là a numerosi studi sull'afasia (termine coniato nel 1864 da Armand Trousseau).

Alois Alzheimer viene ritratto mediante informazioni biografiche e più minuziose notizie relative alla sua carriera universitaria, clinica e ai suoi intensi studi come ricercatore nel campo dell'anatomopatologia del cervello e dell'istologia. La mappatura dei trasferimenti presso vari atenei negli anni della sua formazione accademica riverbera per tappe il suo percorso di acquisizione delle competenze. Nel semestre invernale 1883/1884 compie il suo primo spostamento a Berlino e frequenta, presso la Regia Università Frederick Wilhelm, le lezioni del laboratorio di anatomia tenute da Gottfried von Waldeyer, lo studioso che nel 1891 avrebbe coniato il termine "neurone". Nel 1887 si laurea e l'anno successivo si specializza nelle tecniche istologiche con particolare riguardo alla ricerca sulla corteccia cerebrale. Nello stesso anno, ottiene il posto di assistente presso l'Ospedale Psichiatrico Irrenanstalt di Francoforte, diretto da Emil Sioli, dove il 25 novembre 1901 avrebbe incontrato Auguste Deter. È in questo momento della sua vita professionale che la concentrazione di Alois Alzheimer vira verso l'anatomopatologia del cervello. La sua prima pubblicazione sull'arteriosclerosi è del 1892.

Nella storia della malattia di Alzheimer, un anno cruciale della biografia professionale del medico è il 1902, quando si trasferisce a Heidelberg nella clinica diretta da Emil Kraepelin, che avrebbe seguito, a partire dall'anno successivo, a Monaco. Qui si consuma il periodo più fecondo della sua attività clinica e di ricerca. Peculiare, nel suo metodo, fu proprio il connubio tra l'osservazione clinica da un lato, e la tecnica istopatologica – nella quale eccelle – dall'altro lato. Era solito prestare grande attenzione ai sintomi presentati dai suoi pazienti, che catalogava in modo sistematico all'interno di appositi quaderni. Successivamente, ricombinava le informazioni cliniche

con i risultati degli esami istopatologici riflettendo su uno dei quesiti centrali per la psichiatria: appunto il vero valore nosografico del dato anatomopatologico. Come osserva l'Autore, gli studi di Alois Alzheimer ebbero ampia eco e diedero impulso a molte indagini e approfondimenti nella ricerca neurologica. Egli morì prematuramente il 19 dicembre 1915, anno della sua ultima pubblicazione.

Alla XXXVII Assemblea degli psichiatri tedeschi del sud, che si era tenuta a Tübingen nel 1906, la presentazione del caso di Auguste D. da parte di Alois Alzheimer era stata accolta con tepore. In seguito all'inserimento del concetto di *Alzheimerische Krankheit* nel manuale di Kraepelin, invece, nella comunità scientifica si accende il dibattito cui ho già accennato e fioriscono molte ricerche su questo specifico, ma ancora poco definito, quadro patologico. Il rapporto tra le ipotesi diagnostiche e le tecniche istologiche suscita molte discussioni tra gli studiosi, che ora sono anche chiamati a confrontarsi con l'impostazione nosografica kraepeliniana avvalorata da una nuova *prova* (in corsivo nel testo, p. 119). Queste discussioni investirono anche il settore psichiatrico italiano; sulle forme della comunicazione intrascientifica in Italia si concentra parte del terzo capitolo.

La rassegna dei principali studi svolti nella prima metà del Novecento sulla demenza fornisce un quadro generale della continuità di una tradizione di ricerca e ripercorre quel processo di "giustificazione" (come lo definisce l'Autore) che ha favorito il radicamento di una visione sempre più precisa e condivisa della malattia di Alzheimer. Quest'ultima scaturisce dall'interrelazione tra motivazioni scientifiche e percorsi comunicativi: la presentazione dei casi clinici e le sintesi teoriche contenute nella manualistica specialistica furono sempre accompagnate da «continue riflessioni critiche che riguardavano tanto la ricerca istologica quanto l'interpretazione dei dati e la caratterizzazione nosografica» (p. 28). Nel resto del capitolo, pertanto, vengono esaminate le diverse letture della malattia di Alzheimer contenute nel manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, DSM) tra il 1952 (DSM-I) e il 2004 (DSM-IV-TR).

Angelo Piazza riesaminò il caso di Auguste D. e quelli studiati da Perusini e Bonfiglio notando per primo un cruciale punto critico nella questione della caratterizzazione diagnostica della malattia di Alzheimer: in alcuni casi era presente solo uno dei segni neuropatologici tipici (placche senili e alterazione delle neurofibrille). Sante de Sanctis si chiese se la senilità fosse una gradazione della vecchiaia fisiologica concludendo che non coincidesse con la decrepitezza (p. 130), e pur condividendo la scelta kraepeliniana di collocare la malattia di Alzheimer tra le patologie del presenio, non riteneva che le placche senili fossero ascrivibili solo a questo quadro, pertanto la questione relativa al loro ruolo per lui rimaneva aperta. Nel 1947, un altro ricercatore italiano (Marcello Vacchini) pubblica un articolo dal titolo quantomeno suggestivo rispetto al dibattito che si andava via via articolando: *Malattia di Pick o Malattia di Alzheimer-Perusini?* Le due patologie avevano conquistato in quegli anni un certo risalto nel campo delle demenze ma di fatto, nei pazienti in vita, rimanevano sostanzialmente indistinguibili perciò procedere a una diagnosi differenziale era pressoché impossibile.

Per quanto riguarda l'analisi delle categorizzazioni delle demenze contenute nel DSM tra il 1952 e il 2004, qui mi limito a segnalare un passaggio storico tra due diverse concettualizzazioni: nella prima metà del Novecento la visione dominante vuole che il sintomo centrale da tenere in considerazione, per quanto riguarda gli aspetti rilevabili *intra vitam*, sia un disturbo del linguaggio. Nella seconda metà del secolo

scorso si impone una diversa visione, ancora in vigore, che conferisce al disturbo di memoria la funzione di sintomo d'elezione. Varrà la pena osservare che la Demenza Tipo Alzheimer rimane a tutt'oggi una diagnosi di esclusione, perciò di difficile individuazione, che viene determinata sulla base della valutazione previa di altre possibili cause dei deficit cognitivi.

Nell'ultimo capitolo, il quarto, alcune tematiche già affrontate vengono riprese e collegate con lo scenario corrente attraverso la rievocazione di due importanti ritrovamenti: nel 1992 viene rintracciata la cartella clinica originale di Johann F. e nel 1995 viene rinvenuta quella di Auguste D. che era andata perduta dal 1909, quando Perusini aveva trattato il suo "caso". Johann Feigl fu paziente di Alois Alzheimer presso la Reale Clinica di Monaco tra il 1907 e il 1910: ricoverato con una diagnosi probabile di demenza vascolare (MÖLLER H.-J. - GRAEBNER M. B. 2000: 32), sarebbe morto tre anni dopo a cinquantanove anni. Il medico gli dedicò l'anno successivo una dettagliata pubblicazione (ALZHEIMER A. 1991 [1911], cfr. FÖRSTL H. - LEVY R. 1991: 71-73). La vicenda di Johann può essere considerata un tassello fondamentale nel percorso di concettualizzazione della categoria di cui parliamo, poiché come è stato appurato analizzando i materiali documentali, Alois Alzheimer gli attribuì una diagnosi di *Alzheimerische Krankheit*. Tuttavia, non sappiamo se lo abbia fatto per dovere verso Kraepelin o per una genuina convinzione circa la consistenza di quella particolare forma patologica (p. 169).

Il rapporto tra la malattia di Alzheimer e l'invecchiamento naturale rimane a tutt'oggi questione irrisolta perché permangono alcuni dei dubbi che si impongono fin dai tempi di Alois e sui quali gli studiosi che Borri menziona si sono per decenni arrovelati: le caratteristiche neuropatologiche della malattia di Alzheimer non sono caratteristiche specifiche dell'età avanzata; l'atrofia cerebrale, altro aspetto associato a questa patologia, di per sé si verifica fisiologicamente nell'età adulta; ancora, come anticipato, le placche amiloidi possono essere rilevate nei cervelli di persone anziane che non hanno mostrato alcun sintomo di demenza.

Mentre, statisticamente, i casi di malattia di Alzheimer registrati subiscono un continuo incremento (spesso imputato all'allungamento della durata media della vita), rimedi farmacologici o strumentali che possano arrestarne l'evoluzione non sono stati individuati. L'intensa attività di ricerca fiorita intorno a questa patologia ha permesso il perfezionamento delle tecniche diagnostiche e la commercializzazione dei farmaci anticolinesterasici, che pur non "risolvendo" la demenza, sembrano coadiuvare il paziente nel mantenimento più prolungato delle abilità psichiche che l'Alzheimer compromette. Lo sforzo medico di arrestare la fatale progressione della malattia di Alzheimer è un auspicio all'apertura di nuovi orizzonti di gestione biomedica (e socio-assistenziale) caratterizzati da sempre maggiore efficacia.

Una lettura antropologico-medica critica non può però esimersi dal constatare come la complessità del discorso biomedico sulla malattia di Alzheimer – anche quello più attuale – derivi dalla combinazione di molteplici dinamiche, fra cui anche l'attrazione del processo biologico di invecchiamento nella sfera di competenza della biomedicina. In tal senso, l'opposizione naturale/patologico in età avanzata potrebbe a tutt'oggi rappresentare argomento di disputa e condizionare – in vari e più spesso impliciti modi – i ragionamenti che sfociano nelle teorizzazioni scientifiche e in innovative prospettive di analisi, valutazione, trattamento. La riflessione scientifica sulla malattia di Alzheimer non ha indotto solo riconcettualizzazioni della casella nosografica, ma

ha inciso anche su visione e percezione dell'anzianità influenzando le forme della rappresentazione della – un tempo detta – “senilità”.

Lavori come quello di Borri, quindi, dovrebbero essere intesi come potenziali strumenti per un ripensamento critico dei propri presupposti impliciti – professionali e culturali – quelli che, in definitiva, condizionano l'agire; in questo caso, la pratica clinica. Dovrebbero, insomma, circolare presso i professionisti sanitari e non rimanere confinati negli ambienti intellettuali che li producono quale fruibile materia per i soli studiosi di scienze sociali e umane.

Bibliografia

ALZHEIMER Alois (1991 [1911]), *Über eigenartige Krankheitsfälle des späteren Alters [On certain peculiar disease of old age]*, tradotto e con una introduzione di FÖRSTL Hans - LEVY Raymond, “History of Psychiatry”, vol. 2, n. 5, 1991, pp. 74-101.

BEACH Thomas G. (1987), *The history of Alzheimer's disease. Three Debates*, “Journal of the History of Medicine and Allied Sciences”, vol. 42, n. 3, 1987, pp. 327-349.

FÖRSTL Hans - LEVY Raymond (1991), *On certain peculiar diseases of old age. Introduction*, “History of Psychiatry”, vol. 2, n. 5, 1991, pp. 71-73.

KAUFMAN Sharon R. (2006), *Dementia-near-death and “Life Itself”*, pp. 23-42, in LEIBING A. - COHEN L. (curatori) (2006).

LEIBING Annette - COHEN Lawrence (curatori) (2006), *Thinking about dementia. Culture, loss, and the anthropology of senility*, Rutgers University Press, New Brunswick (NJ), 2006.

LEIBING Annette (2006), *Divided Gazes. Alzheimer's Disease, the Person within, and Death in Life*, pp. 240-268, in LEIBING A. - COHEN L. (curatori) (2006).

LOCK Margaret (1988), *Introduction*, pp. 3-10, in LOCK M. - GORDON D. (curatori), *Biomedicine examined*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht - Boston - London, 1988.

WHITEHOUSE Peter J. (2007), *The next 100 years of Alzheimer's - learning to care, not to cure*, “Dementia”, vol. 6, n. 4, 2007, pp. 459-462.

Le decisioni di fine vita: dal rapporto medico-paziente allo spazio politico

Erica Eugeni

dottore di ricerca in etnologia e etnoantropologia,
Sapienza Università di Roma

Carmelo GUARINO, *Sul limite. Malattia, società e decisioni di fine vita*, prefazione di Ignazio MARINO, Armando Editore, Roma, 2011, 208 pp.

Carmelo Guarino, in questo testo, tratta il tema delle pratiche e dell'immaginario legati alle decisioni di fine vita. Si tratta di un argomento ancora molto attuale, nonostante sia dibattuto ormai da anni nell'arena politica e più generalmente pubblica.

Nell'ambito delle cosiddette *end life decisions* ricadono, seguendo le parole dell'Autore: «tutte quelle decisioni che prevedono la sospensione delle cure sanitarie dinanzi a situazioni cliniche gravi ed irreversibili, senza alcuna prospettiva di miglioramento, nonché l'accelerazione della morte mediante la somministrazione di sostanze letali» (p. 14). Oggetto della riflessione di Guarino è, in modo particolare, proprio nell'ambito delle decisioni di fine vita, il testamento biologico: una testimonianza redatta dallo stesso soggetto, che contiene le sue volontà rispetto ai trattamenti da realizzare nella fase finale della vita, ma anche la sua posizione rispetto a temi più generali come la donazione dei propri organi, l'assistenza religiosa, l'accanimento terapeutico e così via.

L'Autore affronta la questione delle decisioni di fine vita articolando la propria argomentazione intorno a tre temi fondamentali, che attraversano il testo: la morte, il rapporto tra la medicina e la società – con particolare riferimento al ruolo delle evidenze scientifiche nella pratica clinica, secondo il modello dell'*evidence based medicine* (EBM) – e la relazione medico-paziente – il problema della libertà di scelta e dell'autonomia del paziente e il ruolo della comunicazione all'interno di tale rapporto, ad esempio –, e si avvale di un ampio apparato di studi e teorie sociologiche e di una vasta bibliografia di riferimento.

Per la comprensione del problema in questione, Guarino, in primo luogo, fornisce al lettore uno strumento per orientarsi all'interno del calderone delle definizioni e dei problemi legati al fine di vita, riassumendo brevemente il significato di alcune nozioni anche di uso comune, talora fraintese o non comprese a pieno persino da quanti non sono del tutto digiuni di temi inerenti il versante sociale dei processi di salute-malattia. Guarino introduce inizialmente la definizione di morte, approntando una rapida ricognizione del percorso che ha condotto alla sua elaborazione da parte del Comitato della Harvard Medical School, nella seconda metà del '900, a seguito dell'evoluzione delle tecniche di rianimazione e delle questioni sollevate dalla possibilità di effettuare i trapianti di organi. Essa attualmente coincide con la fine delle attività cerebrali, o altrimenti con il cosiddetto coma *depassé*. Tra le altre definizioni che il sociologo propone vi sono quelle di eutanasia attiva o passiva, volontaria o involontaria. Eutanasia ottenuta, dunque, facendo ricorso a sostanze letali o mediante la sospensione dei trattamenti; seguendo una chiara disposizione del paziente o imposta ad un individuo che non ha possibilità di interagire o di esprimersi. L'Autore a seguire, dopo aver

presentato il significato di morte o suicidio assistito e quello di definizione anticipata di trattamento o testamento biologico, conclude con una definizione del concetto di accanimento terapeutico, che si dà quando vi è una: «sproporzione tra i mezzi utilizzati e la loro prevedibile efficacia» (p. 61).

Dopo aver quindi disambiguato i termini a cui farà ricorso e il senso che ad essi attribuirà, Guarino tenta una ricostruzione del dibattito politico in merito alle decisioni di fine vita nel contesto italiano, dibattito determinato dalle difficoltà di regolamentare la materia, nonostante le numerose proposte di legge depositate in Parlamento. La ricostruzione che parte dalle vicende, note alla cronaca e al grande pubblico, di Eluana Englaro e Piergiorgio Welby, è scrupolosa e articolata, e soprattutto utile nella prospettiva di restituire la complessità della situazione italiana. Essa è corredata dalla messa a sistema di dati provenienti da alcune ricerche (come il quarantesimo *Rapporto della situazione sociale del Paese*, elaborato dal Censis nel 2006, e il *Rapporto Italia 2007* dell'EURISPES), attraverso i quali l'Autore introduce nel dibattito anche il punto di vista degli italiani rispetto alle decisioni di fine vita. Segue una ricapitolazione della posizione della Chiesa cattolica e i risultati di un'indagine finalizzata a conoscere le pratiche dei medici italiani nell'assistenza ai loro pazienti davanti alla morte, anch'essa elaborata nel 2007.

Il capitolo successivo è, invece, dedicato ad una ricognizione della situazione legislativa di alcuni paesi, in merito alla questione del fine vita, che permette di contestualizzare la situazione italiana nel panorama più vasto, europeo e mondiale.

A conclusioni di queste riflessioni che costituiscono le prime due sezioni del testo e che hanno più che altro l'obiettivo di introdurre il lettore alla questione trattata e, all'interno di essa, alla situazione italiana, Guarino entra nel vivo di un'analisi sociologica del tema, partendo da aspetti del pensiero di alcuni autori, tra cui Anthony Giddens, Ulrich Beck e Alain Touraine, e, in seguito, dalle teorie della Rational Action Theory. Tali autori gli consentono di affrontare la questione, al cuore del testo, del testamento biologico, alla luce del concetto di "democratizzazione della vita quotidiana", di riflessioni relative al rapporto tra globalizzazione, politicizzazione delle cure e autodeterminazione e, in modo particolare, delle teorie dell'azione razionale. Il sociologo arriva così a sostenere che, nelle decisioni di fine vita, i poteri pubblici non dovrebbero avere voce, poiché si tratta di un ambito la cui competenza dovrebbe essere attribuita ai soggetti in quanto individui liberi e dotati di autonomia di scelta. Tale autonomia di scelta si configura come il presupposto fondamentale dell'autodeterminazione, anche e soprattutto nell'ambito della relazione medico-paziente. All'interno di quest'ultima, le decisioni di fine vita possono divenire oggetto di dibattito e confronto, a partire dalle condizioni cliniche e dalle aspettative di vita, dalle opzioni disponibili e dalle scelte rispetto ai trattamenti terapeutici, a differenza di quanto accade rispetto all'elaborazione di un testamento biologico. Questo "sembra rivelare una sostanziale debolezza in termini di razionalità complessivamente intesa, per il fatto di essere redatto in assenza della situazione specifica, rischiando di configurarsi sia nella forma di un'azione irrazionale che di un'azione non razionale" (pp. 158-159). Così: «non essendo oggettivamente calcolabile e prevedibile né il se, né il quando della malattia, né la specificità delle condizioni cliniche, psico-emotive e socio-relazionali, il testamento biologico rischia di configurare un comportamento irrazionale, insensibile alla continua evoluzione della ricerca medica e ai suoi effetti sulle prospettive e la qualità della vita, anche negli stadi terminali» (p. 159). Allo stesso tempo, la sua redazione si configura come un comportamento razionale nella

misura in cui il paziente, nel tentativo di salvaguardare se stesso dalla sofferenza e dal rischio di accanimento terapeutico, può prendere decisioni anticipatamente, seppure nell'incertezza e basandosi su previsioni.

Il testamento biologico, secondo l'Autore, dunque, assume senso esclusivamente nell'ambito della relazione medico-paziente e della comunicazione che in tale dinamica si determina, in cui di fatto cede il passo a decisioni basate su una valutazione della situazione clinica. Si consente, così, agli attori coinvolti di «definire alcuni obiettivi di massima, sensibili di aggiustamenti e correzioni progressive, di trovare successivamente nuove risorse e mezzi necessari, di modificare gli obiettivi originariamente pianificati, alla ricerca di accordi e soluzioni più soddisfacenti all'interno di determinati sistemi di azione» (p. 191).

Se certamente una legge sul testamento biologico, conclude l'Autore, sarebbe auspicabile nella prospettiva di contribuire a esplicitare i diritti e riaffermare il principio di una buona qualità della vita anche in prossimità della morte, le professioni mediche sono comunque professionalmente e deontologicamente tenute a rispettare la volontà del paziente, anche nel caso essa vada nella direzione di una sospensione delle cure. Pertanto forse «la normativa esistente, le sentenze succedutesi dal caso Welby in poi, e il dettato costituzionale, possono supplire efficacemente – e forse più razionalmente – all'assenza di una legge che riconosca e regolamenti il diritto al ricorso al testamento biologico» (pp. 192-193).

La posizione di Guarino, in sintesi, è favorevole all'adozione del testamento biologico inteso come strumento importante per l'affermazione della volontà della persona, ma che in definitiva può essere applicato nella sua integrità esclusivamente nelle situazioni in cui il paziente sia privo di coscienza e vi sia dunque impossibilità di costruire o ripristinare la relazione medico-paziente. In questi casi la presenza di un testamento biologico conforta, secondo l'Autore, il medico e il suo agire, dal momento che gli permette di conoscere la volontà espressa dal paziente in precedenza. Laddove, al contrario, si determinano le condizioni per l'instaurazione di una relazione medico-paziente, quest'ultima si configura come il luogo della costruzione di un percorso condiviso che tuteli, come Guarino ricorda sostenere Stefano RODOTÀ (2007), la persona a cui l'ambito normativo e costituzionale riconosce la titolarità del diritto all'autodeterminazione e al cui consenso è subordinato l'intervento medico, e il medico stesso, il quale non può essere privato delle sue competenze professionali e può, conclude Guarino, ascoltare le volontà direttamente espresse dal paziente ed esaudirle in piena coscienza.

Il testo di Guarino costituisce, come si è già messo in evidenza, uno strumento utile per il lettore interessato al tema delle decisioni di fine vita, soprattutto in quanto ricca fonte di informazioni relative ai termini e alle pratiche che ricadono in questo ambito, ma anche per la ricostruzione estremamente minuziosa del contesto legislativo italiano e di altri paesi europei ed extraeuropei.

Allo stesso tempo, tuttavia, il principale limite del libro di Guarino risiede, a mio parere, in una problematizzazione non sempre esaustiva di alcune affermazioni e di alcune categorie analitiche utilizzate. In particolare l'Autore, come si è visto, appoggiandosi all'approccio teorico della Rational Action Theory, si avvale, per discutere il tema del testamento biologico, di categorie come quelle di razionale/irrazionale. Tali categorie «etiche» certamente non riescono a restituire la complessità culturale e simbolica che soggiace alla decisione, anche nella misura in cui presuppongono la

libertà di scelta di un individuo orientato alla massimizzazione degli utili, piuttosto che rendere la ricchezza dell'esperienza del soggetto che vive o si proietta nella malattia. Una tale opposizione, inoltre, non permette di considerare in alcun modo la condizione peculiare di ciascun singolo malato che è sempre un soggetto posizionato all'interno di una stratificazione di contesti, prodotto di una specifica storia e dotato di personali obiettivi. In fine, è necessario considerare come la decisione di sospendere i trattamenti sia parte integrante del lungo percorso di ricerca della cura, percorso che l'antropologia ha mostrato non poter essere imbrigliato entro opposizioni rigide, ma rispondere a una trama più complessa costituita dalla disponibilità di risorse e dalla concreta possibilità di accedere ad esse, dall'orizzonte culturale ed ideologico, dalle condizioni sociali, dagli ostacoli strutturali, dai rapporti di potere.

In questo quadro così complesso, la domanda fondamentale da porsi non mi sembra tanto essere se un comportamento – in questo caso il testamento biologico o la scelta relativa al fine vita effettuata all'interno della dinamica di relazione medico-paziente, come suggerisce Guarino –, sia o meno da considerarsi razionale «in assenza delle circostanze strutturali e funzionali» o rischi piuttosto di “assumere le configurazioni di comportamenti non razionali o irrazionali” (p. 137), ma quali siano le condizioni culturali e sociali che soggiacciono a tale scelta e le relazioni di potere all'interno delle quali essa si sviluppa. Anche la relazione medico-paziente, infatti, e la comunicazione che si determina al suo interno, che per Guarino sembrano essere le uniche reali garanzie di “tutela” degli interessi presunti di entrambe le parti, non costituiscono solo, come sembra voler intendere l'Autore, un luogo di confronto tra due saperi, ma anche uno spazio nel quale entrano in gioco orizzonti di senso, scelte valoriali e interessi a volte estranei al semplice incontro clinico.

In fine, le scelte inerenti il fine vita, laddove il paziente sia in grado di interagire, sono, per Guarino, di competenza del malato e del suo medico. Anche in questo caso l'antropologia e in modo particolare le “antropologie della *sickness*” (YOUNG A. 2006 [1982]), ci invitano a prendere in considerazione il versante sociale dei processi di salute/malattia e a ricordare che questa relazione non è che una tra quelle significative all'interno dei complessi percorsi che gli individui mettono in atto nel momento in cui si trovano in condizione di sofferenza fisica. In ambo i versanti, quello della cura e quello di chi è curato, si levano una pluralità di voci che parlano con e sul paziente, che si tratti di familiari o di figure che, pur posizionandosi nel versante dell'assistenza, non possiedono competenze e professionalità terapeutiche (personale amministrativo, assistenti sociali, legislatori etc.), ma influiscono comunque nel processo di cura e decisionale. Tutte queste figure partecipano dell'ambito della salute in quanto spazio politico (FASSIN D. 1996), che include tanto l'esperienza individuale quanto l'uso che le società fanno della salute, nella forma di attitudini, norme e istituzioni preposte alla prevenzione e al trattamento delle malattie, secondo la definizione di Didier Fassin. È solo attraverso un recupero della complessità delle posizioni, dei punti di vista e degli interessi che è possibile, a mio avviso, non solo comprendere, ma soprattutto restituire il senso della scelta, quale che essa sia.

Riferimenti bibliografici

FASSIN Didier (1996), *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Presses Universitaires de France, Paris.

RODOTÀ Stefano (2007), *Testamento biologico. Si può scegliere come morire?*, "La Repubblica", 26 giugno 2007.

YOUNG Allan (2006 [1982]), *Antropologie della "illness" e della "sickness"*, pp. 107-148, in QUARANTA Ivo (curatore), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

07. Schede di lettura

Luigi BENEVELLI, *La psichiatria coloniale italiana negli anni dell'Impero (1936-1941)*, Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute, Perugia - Argo, Lecce, 2010, 165 pp. (Biblioteca di antropologia medica, diretta da Tullio Seppilli, 7)

Questo libro di Luigi Benevelli, psichiatra e storico della psichiatria, affronta in modo organico e documentato una tematica finora di fatto inesplorata: quella degli orizzonti ideologici, delle teorizzazioni e della pratica psichiatrica nelle terre africane colonizzate dall'Italia.

Su questa tematica, peraltro, Benevelli aveva tenuto la relazione principale al V Seminario della Società italiana di antropologia medica [SIAM], svoltosi a Roma nei giorni 13-14 giugno 2008 e dedicato, appunto, a "Psichiatria e politiche sanitarie dell'Italia coloniale". Ed è poi tornato con il saggio *La psichiatria coloniale negli anni dell'Impero (1936-1941): prime acquisizioni*, pubblicato nel periodico "I Sentieri della Ricerca. Rivista di storia contemporanea" (n. 9-10, settembre, 2009, pp. 317-328), diretta da Angelo Del Boca.

Dopo un puntuale inquadramento della ricerca da lui condotta, delle sue motivazioni, delle sue modalità e delle principali questioni che vi sono implicate, Benevelli struttura il volume in tre principali direzioni.

Una prima concerne i lineamenti della psichiatria italiana all'epoca del fascismo, le sue premesse di fondo, le sue teorie e le sue pratiche fortemente razziste nei confronti delle popolazioni africane – in particolare i pregiudizi e i provvedimenti normativi contro il cosiddetto "meticcio-

to" –, infine l'assetto generale dell'apparato sanitario nelle colonie italiane (prevalentemente militare) e, altresì, una certa attenzione, all'epoca, per le medicine tradizionali locali.

Una seconda direzione (*capitolo III*) esplora d'apprima l'assetto teorico-pratico della psichiatria nei vari imperi coloniali europei, specie tra le due guerre: in particolare nelle colonie britanniche e in quelle francesi in Africa occidentale, con una focalizzazione specifica alla cosiddetta Scuola (francese) di Algeri e alla sua influenza, più avanti esplorata, sulla esperienza psichiatrica italiana in Libia. Viene poi affrontato il tema di fondo, e cioè l'assetto e l'articolazione dell'intervento psichiatrico nelle colonie italiane, con significative ricostruzioni dell'eterogeneo destino degli "alienati": lasciati alla loro sorte e alle medicine locali i "nativi"; presi in carico i residenti italiani e, talora, gli indigeni inquadrati nelle truppe coloniali. Se ritenuti da "manicomializzare", essi erano trasportati negli ospedali psichiatrici italiani: sbarcati a Napoli se provenienti dall'Africa orientale (Eritrea, Somalia, Etiopia) o a Palermo o Siracusa se provenienti dalla Libia. In merito, Benevelli avvia e propone specifici accertamenti negli archivi, per un lato dell'Ospedale psichiatrico "Bianchi" di Napoli, in quello psichiatrico-giudiziario di Aversa e anche in quello di Nocera Inferiore, e per l'altro lato in quelli degli ospedali psichiatrici di Palermo e di Siracusa e dell'ospedale psichiatrico-giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto.

Una terza direzione di lavoro (*capitolo IV*) è dedicato ad una assai significativa esperienza, in territorio libico nei secondi anni Trenta, dopo il concludersi di

una durissima fase repressiva operata da Pietro Badoglio e l'instaurarsi del governatorato di Italo Balbo, con l'avvio del suo progetto di una consistente immigrazione contadina italiana e di una equiparazione fra "italiani cattolici" e "libici islamici" in uno spazio di cittadinanza che avrebbe dovuto costituire parte integrante dello Stato italiano.

In questo spazio, articolato in quattro nuove provincie italiane (Tripoli, Misurata, Bengasi, Derna), viene concepito il progetto della costruzione di un ospedale psichiatrico (con annessa sezione criminale) e nel 1938 Balbo chiama a dirigerlo Angelo Bravi, psichiatra milanese che lavorava allora nel manicomio di Brescia. Alla figura di Angelo Bravi e a questa esperienza significativamente innovativa, aperta ai contributi contemporanei delle psichiatrie coloniali europee, specie francesi, e attenta ai modi di vita e al mondo culturale delle popolazioni locali, viene dedicato da Benevelli un ampio e significativo spazio di indagine.

Concludono questo volume alcune prime significative conclusioni generali. Si tratta di un libro, questo, assai innovativo, di notevole interesse e aperto a ulteriori più specifiche indagini.

Di Luigi Benevelli, peraltro, ricordiamo qui *Fra collaborazionismo e antifascismo: la vita quotidiana dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Mantova al tempo della Seconda guerra mondiale*, "Bollettino Storico Mantovano", nuova serie, n. 3, gennaio-dicembre 2004, estratto 56 pp. / *Medici che uccisero i loro pazienti. Gli psichiatri tedeschi e il nazismo*, Mantova Ebraica, Mantova, 2005, 102 pp. / *Donne in manicomio. La vita quotidiana nei reparti femminili del Manicomio Provinciale di Mantova (1940-1980)*, [s.e.], Mantova, 2008, 151 pp.

Indice. I. *Motivazioni e finalità della ricerca* / II. *Inquadramento generale della ricerca e messa a punto delle più importanti questioni correlate* / III. *La psichiatria e l'assistenza*

psichiatrica nelle colonie / IV. *Angelo Bravi e il manicomio per i libici* / V. *Alcune prime conclusioni* / *Indice dei nomi*

[TS]

Giuliano BUSSOTTI - Serena MORIONDO, *Valutazione del mobbing. Manuale per la gestione del rischio dei lavoratori e delle lavoratrici*, Ediesse, Roma, 2010, 294 pp.

Il volume si presenta come uno strumento per rendere disponibile e accessibile a tutti una conoscenza della problematica del mobbing, ma soprattutto per avere un contatto diretto con tutte le nozioni di riconoscibilità del fenomeno, comprese le possibili vie d'uscita; una possibilità per oltrepassare quella condizione di impotenza e di oppressione che fanno dell'incapacità di reagire il pensiero dominante e ossessivo. Nel tentativo di dare a ogni soggetto che opera nel mondo del lavoro, la possibilità di sapere quello che si può fare per aiutare chi subisce mobbing, grazie a una ricerca condotta in Umbria tra il 2005 e il 2007, gli autori hanno cercato di calarsi nei panni di chi vive questa condizione, soprattutto attraverso l'ascolto diretto di testimoni che hanno singolarmente deciso di chiedere aiuto. Hanno poi elaborato, data l'assenza di una normativa nazionale sul mobbing, un approfondimento del diritto vivente specifico in materia e la parziale messa in funzione della normativa regionale in Umbria. Del resto la giurisprudenza in questi anni ha cercato di sopperire ad un vuoto legislativo per tentare di assicurare i diritti costituzionalmente garantiti.

Come si vedrà negli appositi paragrafi, gli autori (Giuliano Bussotti, ricercatore e Serena Moriondo della segreteria regionale della CGIL Umbria) realizzano un modello di valutazione legale con la duplice finalità di consentire la risarcibilità del danno causato dal mobbing e, in

prospettiva, divenire uno strumento di prevenzione. Segue una panoramica della principale normativa europea sul mobbing, riscontrabile sia nei paesi a *civil law* come la Francia, la Germania e la Spagna che a *common law*, come l'Inghilterra, con una serie di conferme provenienti dall'estero, sull'analogicità degli elementi del modello di valutazione, riscontrati sia in una valorizzazione normativa che in un'autenticità giurisprudenziale nei contesti a normativa UE.

Questo manuale, offre quindi un metodo pensato e strutturato per rilevare nei comportamenti di chi lavora e dirige, qualora vi siano, tracce di mobbing. Uno strumento riproducibile in ogni luogo di lavoro in stretta collaborazione con i lavoratori, che nel realizzare una tutela di se stessi e dei loro colleghi dal mobbing, danno vita a una qualità del contesto di lavoro basata su relazioni "sane", a salvaguardia della loro dignità e, più in generale, del valore sociale del lavoro.

[SfL]

Ugo CARLONE - Sara MOLLE, *Le voci della crisi. Una ricerca dello SPI CGIL dell'Umbria sulla condizione degli anziani*, Ediesse, Roma, 2010, 161 pp.

Il volume, presentato da Graziano Masoli e Paola Spinelli (introduzione di Fabrizio Ricci e conclusioni di Carla Cantone), è il risultato di una ricerca sulle condizioni di vita degli anziani in Umbria, curato dai ricercatori Ugo Carlone e Sara Molle, svolto su un campione di 456 interviste ad iscritti dello SPI CGIL. Le interviste, effettuate nel periodo luglio-ottobre 2009, sono state somministrate da alcuni volontari e responsabili delle Leghe che si sono recati nelle singole abitazioni per effettuare la rilevazione.

Dopo una breve panoramica sui principali indicatori demografici e le condizio-

ni di salute degli anziani in Umbria, il volume passa ad analizzare il campione e gli strumenti di ricerca. Il questionario (inserito come allegato prima delle conclusioni), suddiviso in sette sezioni e articolato in quarantatré domande, la maggior parte a risposta chiusa, oltre ai dati anagrafici e familiari e agli aspetti economici e abitativi, indaga le condizioni di salute e quelle relative alle relazioni sociali e alla percezione della sicurezza.

Da una sintesi dei principali risultati dell'indagine, emerge con chiarezza che la metà degli intervistati è in difficoltà e giudica la propria condizione economica scarsa o insufficiente. Arriva a fine mese a fatica e dispone, computando tutte le entrate mensili (pensione, indennità di accompagnamento, reversibilità, eccetera), di meno di 885 euro al mese. Molti anziani vivono inoltre, in maniera più o meno intensa, in situazioni di isolamento. E questo riguarda soprattutto le donne. Quasi la metà degli intervistati dichiara che la propria abitazione avrebbe bisogno di interventi di ristrutturazione, ma non è in grado di affrontarli. Le preoccupazioni principali riguardano il peggioramento dello stato di salute (per tre quarti del campione), il futuro dei familiari, il peggioramento della situazione economica e la paura di subire un reato. Sono meno diffuse, sebbene comunque presenti, la paura di non sentirsi utile, e di veder venire a mancare le reti amicali e sociali. L'insicurezza dovuta alla presenza della criminalità nella zona in cui si abita riguarda solo un terzo del campione.

Emerge allo stesso tempo anche il ruolo di supporto giocato all'interno del nucleo familiare da tanti pensionati umbri negli ultimi due anni. I risultati della ricerca evidenziano che un anziano su tre aiuta i propri figli o parenti, mentre, al contrario, sono sempre meno quelli che ricevono un sostegno, neanche uno su dieci.

[SfL]

Giancarlo CERASOLI - Brunella GARAVINI, *Guarì Guaròss. Riti e rimedi della medicina popolare in Romagna*, Editrice La Madragora, Imola, 2010, 388 pp. (collana "Tradizioni popolari e dialetti di Romagna" a cura dell'Associazione "Istituto Friedrich Schür")

Il volume arricchisce una collana sulle tradizioni popolari di Romagna con uno studio sulle forme e le pratiche demoiatriche in quest'area. Il lavoro si ispira dichiaratamente alla definizione di «medicina popolare» così come è stata ripensata criticamente da Tullio Seppilli, e cioè l'insieme delle «forme culturali, comportamentali e organizzative concernenti la difesa della salute e dell'equilibrio psichico [...] nelle varie classi, rurali o urbane, genericamente indicate con il termine popolari». Il gran numero di informazioni è tratto dal ricco repertorio bibliografico otto-novecentesco sulle medicine popolari locali. Obiettivo dei due Autori, Brunella Garavini, studiosa di tradizioni, e Giancarlo Cerasoli, medico pediatra, è stato quello di riorganizzare le informazioni già editate ma disseminate in numerose fonti, in un nuovo ordine tematico. I temi sono: «il ciclo della vita (gravidanza, parto, puerperio, neonato; le malattie dei bambini e le loro cure; le norme generiche di prevenzione e cura; le malattie degli adulti e la loro cura; le malattie di origine magica; salute, malattia e rimedi nei proverbi e nei modi di dire; i medici ed i guaritori». Il materiale è presentato senza interpretazioni, per scelta degli Autori in conformità con gli obiettivi di alta divulgazione delle tradizioni popolari cui la collana dell'Istituto Friedrich Schür si ispira. Tuttavia una ampia introduzione guida il lettore a una corretta disposizione di materiali di notevole interesse che anche lo specialista troverà di grande utilità. Il libro compone una sorta di "regesto" ragionato e tematico sugli studi demoiatrici romagnoli e va a costituire un nuovo repertorio

importante sia ai fini comparativi, sia nel quadro degli studi di rivisitazione etnografica e storica della vicenda italiana ed europea riguardante la categoria di «medicina popolare». Infine la lettura diacronica dei materiali suggerisce di esplorare alcune linee di lunga durata, nonché di apprezzare le trasformazioni e le permanenze di credenze e anche di forme linguistiche connesse all'esperienza culturale del corpo, della salute e della malattia in Romagna.

Indice. *Presentazione* di Gianfranco Camerani / *Introduzione* / *Il ciclo della vita: gravidanza, parto e allattamento* / *Il neonato: pratiche preventive e prime cure* / *La somatomanzia* / *Le malattie dei bambini* / *I presagi di malattia e di morte* / *Le pratiche per la prevenzione e la cura generica delle malattie* / *Malattie e rimedi* / *Le patologie di origine magica* / *Salute malattie e rimedi nei proverbi e nei modi di dire* / *La salute contesa: medicina "dotta" e "medicina popolare"* / *Note* / *Indici delle malattie e dei rimedi* / *Bibliografia*

[GPi]

Malek CHEBEL, *Il corpo nell'Islam*, trad. dal francese di Pasquale Sacco, Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute, Perugia - Argo, Lecce, 2012, 222 pp. (Biblioteca di Antropologia Medica diretta da Tullio Seppilli), [ediz. orig.: *Le Corps en Islam*, Presses Universitaires de France, Paris, 2004].

Un antico proverbio popolare magrebino asserisce che "il corpo perde un'abitudine solo quando è coperto dal lenzuolo funebre". Il corpo che incarna così profondamente abitudini, modi, saperi, proibizioni, fortemente impregnato di un complesso simbolismo tutto da decodificare, è l' "oggetto" di questo saggio di Malek Chebel, noto antropologo e psicanalista algerino.

Il testo è preceduto da una *Nota preliminare*, in cui lo stesso Autore chiarisce ai

lettori i criteri a cui risponde la metodologia utilizzata nella stesura del saggio.

Nell'*Introduzione*, intitolata *Piccola storia del corpo nell'Islam*, l'Autore presenta una suddivisione organizzata in cinque grandi periodi storici, ciascuno dei quali dominato da un particolare elemento (*VII-IX secolo: la religione; VIII-XI secolo: la medicina; X-XIV secolo: erotologia; XV-XIX secolo: declino; XX secolo: ricomposizione*), che nel corso dei secoli ha contribuito a costruire, forgiare e rappresentare il corpo nell'Islam.

Il saggio è suddiviso in due parti: la prima parte si intitola *Simbolo*, la seconda *Euristica*, da intendere come «Il corpo spiega la società». La società a cui si riferisce l'Autore in questo lavoro è il Maghreb, con particolare richiamo alla zona del Nord-Est algerino, su cui si estende l'influenza dell'antica città di Skikda.

Nel primo capitolo, *Il corpo giorno per giorno*, vengono presentati i linguaggi «muti» del corpo, dotati però di un forte potere di significazione: la mimica, le posture, la gestualità. Inoltre, in questo stesso capitolo, l'Autore, affronta i temi della gravidanza, dell'allattamento e della sterilità. Temi cruciali in una società quale quella maghrebina, dove la natalità è prospera ma il tasso di mortalità infantile resta estremamente elevato, il parto viene percepito come una sorta di «campo di battaglia» tra la vita e la morte, luogo in cui «gli Angeli si contendono la vita del bambino».

Il secondo capitolo, *Vocabolario del corpo*, «si distingue dagli altri per due particolarità»: la forma e il fondo. Le parti del corpo (il viso, l'addome, le estremità, con tutto ciò che contengono, ad esempio l'addome contiene gli organi interni, l'ombelico ecc.) vengono presentate in successione, a partire proprio dal viso. Questo «corpo in briciole» è incastonato in una fitta trama di credenze, detti, saperi, prescrizioni e «ricette».

Il terzo capitolo, *La corp-oralità*, passa in rassegna tutto ciò che ha a che fare con il corpo e la lingua, la parola, l'oralità del racconto, dei proverbi, dei detti delle ingiurie. La struttura di questo capitolo: «si divide in tre parti (...). a) La prima parte sarà dedicata allo studio dei nomi, dei soprannomi, delle perifrasi, delle antifrasi e dei nomignoli. b) Nella seconda parte saranno studiate le ingiurie e le oscenità. c) La terza parte (...) sarà riservata ai proverbi, agli indovinelli, alle espressioni popolari ».

Il capitolo quarto, *Il corpo e il resto*, è dedicato ai prodotti del corpo (sangue, saliva, sperma, muco, ecc.), alle secrezioni come «legame tangibile» con l'interno del corpo e la sua complessità.

In *Il corpo in croce*, capitolo che chiude la prima parte, l'Autore tratta i temi del dolore, della malattia, della morte, affrontando anche la questione della vita dopo la morte e del corpo cadavere. In questo capitolo, il paragrafo dedicato alla malattia dà ampio spazio alla trattazione della malattia mentale come «grande inquietudine», infatti, proprio la follia risulta essere il più rifiutato degli handicap sociali nel Maghreb.

L'anello di congiunzione tra la prima e la seconda parte, *Transizione*, presenta un unico capitolo dedicato al *Corpo e la seduzione*. L'Autore introduce «La metafora dello spazio urbano costruita ad immagine del corpo» e raccoglie una serie di espressioni che «fisiologizzano il tessuto urbano, dandogli corpo, anima, affettività». Così, la *medina* ha i suoi occhi (finestre, balaustre, terrazzi...), i suoi «spazi erogeni», saturi di sessualità (come ad esempio la strada, le pasticcerie accanto alle scuole femminili...).

La seconda parte si apre con un capitolo dedicato al *Corpo-scritto*: il corpo-pergamena per lo scrivano della legge sociale, il corpo sottomesso ad un complesso sistema di pratiche imparentate con la

scrittura: «Per rendersi conto dell'importanza della scrittura sulla pergamena epidermica è sufficiente considerare le scarificazioni facciali, il tatuaggio, lo *s'fah* (l'infibulazione), la circoncisione, i buchi nei lobi delle orecchie (...)».

Segue il capitolo ottavo, dedicato al corpo e ai suoi "nodi". Qui i sistemi di magia, le credenze, le superstizioni, i rituali vengono presi in considerazione proprio in quanto strumenti euristici.

Il capitolo nono, breve e descrittivo, è dedicato al corpo come "unità di misura". Le conclusioni di questo articolato discorso sul corpo nell'Islam, ricco di suggestioni, di riferimenti alla civiltà che lo ha forgiato, raccontato, scritto, controllato sono affidate ad un capitolo che approfondisce le strette connessioni e il forte e imprescindibile legame tra corpo e civiltà.

A conclusione di questo lavoro, si trova un *Glossario*, curato dal traduttore Pasquale Sacco, che, chiarendo una serie di termini di focale importanza, facilita la lettura del saggio.

[MiMa]

Nando COSSU, *A luna calante. Vitalità e prospettive della medicina tradizionale in Sardegna*, presentazione di Giulio ANGIONI, Regione Autonoma della Sardegna - Istituto Superiore Regionale Etnografico, Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute, Perugia - Argo, Lecce, 2005, 259 pp. (Biblioteca di Antropologia Medica, diretta da Tullio Seppilli, 5).

Apparso nel 2005, questo libro di Nando Cossu, dirigente scolastico in Sardegna, esperto di antropologia medica e studioso impegnato nella ricerca storico-antropologica, accetta la sfida di un rilancio degli studi sulla medicina popolare. Tramontata come categoria di studio in se-

guito all'affermarsi di nuove prospettive nell'ambito della ricerca in antropologia medica, le pratiche della medicina popolare non sono tuttavia scomparse del tutto, pur essendo oggetto di molteplici trasformazioni. Il libro raccoglie gli esiti di una lunga e vasta ricerca condotta su tutto il territorio della regione Sardegna, attraverso una ampia rete di informatori locali nella quasi totalità dei comuni, fatta eccezione per i capoluoghi di provincia, i centri abitati a prevalente struttura di città, e alcune aree culturali specifiche (come per esempio La Maddalena e Carloforte). Il focus dell'inchiesta su cui si radicano le informazioni etnografiche ordinate nel testo è la presenza di figure di guaritori tradizionali. Come sottolineato dall'antropologo Giulio Angioni nella presentazione, l'inchiesta è unica per valore documentario e testimonia la «pluralità di pratiche, di concetti, di terapeuti, di sistemi medici riscontrabile oggi in Sardegna». In effetti il valore di questa estesa inchiesta è proprio nella sottolineatura della pluralità dei percorsi di guarigione che, nella dimensione contemporanea, si qualifica come dialettica compresenza la medicina tradizionale e le istituzioni dominanti della biomedicina. Cossu fornisce un quadro ampiamente documentato, qualitativo e quantitativo sulla presenza delle forme di medicina popolare nella Regione che permangono adattandosi alle rapide trasformazioni della società e del territorio. Lo schema della ricerca sceglie le metodologie classiche della catalogazione delle pratiche medico-popolari, riprese dalla grande tradizione degli etnografi-medici dell'Otto-Novecento, a cominciare da Giuseppe Pitrè, come si può evincere dall'indice che ripubblichiamo in calce a questa scheda. Tuttavia, se nel caso del Pitrè era evidente, in quella epoca, l'effetto di proiezione etnocentrica delle categorie biomediche sul dato etnoiatrico, in questa occasione, invece, il lessico biomedico appare ormai padroneggiato

dalle stesse figure di operatori tradizionali. In definitiva si tratta di uno studio che testimonia la vitalità dello stato attuale delle pratiche terapeutiche tradizionali. Esso costituisce uno strumento di partenza ineludibile per chiunque voglia approfondire il tema della permanenza di guaritrici e guaritori tradizionali nel nostro Paese, giustamente premiato dal notevole successo editoriale che ha ottenuto in questi anni.

Indice. *Presentazione* di Giulio ANGIONI / **Parte I. La ricerca:** 1. *Itinerario* / 2. *Il contesto* / 3. *Stato attuale delle pratiche terapeutiche tradizionali: un primo bilancio* (1. *I guaritori*. 2. *Le patologie*. 3. *I fruitori*) / **Parte II. Patologie e pratiche terapeutiche:** 1. *Malattie del sistema nervoso* / 2. *Malattie dell'apparato digerente* / 3. *Malattie degli organi di senso* / 4. *Malattie dell'apparato emopoietico e linfatico* / 5. *Malattie virali* / 6. *Malattie della pelle* / 7. *Malattie del sistema osteo-articolare* / 8. *Stati patologici attribuiti a insetti e rettili* / 9. *Malattie infettive* / 10. *Stati critici particolari* / 11. *Stati critici attribuiti a spavento e malocchio* / *Bibliografia*

[GPi]

Chiara DOLCE, *La donna del capezzale. Storia e antropologia dell'accabadura*, Aquilegia Edizioni, Milano, 2013, 407 pp. (Collana di antropologia "Il Sicomoro", diretta da Luigi M. Lombardi Satriani)

Secondo le tradizioni popolari sarde, l'*accabadura* era una donna anziana specializzata nel terminare l'agonia lunga, ponendo fine alle sofferenze degli agonizzanti con un colpo di martello sulla testa e un cuscino sul volto. I cambiamenti della denominazione che, scorrendo l'indice qui in calce, si possono cogliere nelle diverse grafie registrate dall'Autrice – *accabadura*, *accabadora*, *accabbadora* – ben rappresentano sul piano

nominale il lungo processo di trasfigurazione mitica, rituale, patrimoniale, turistica e sanitaria di questa figura. L'*accabadura* è qui esplorata attraverso una molteplicità di approcci metodologici: storiografico, folklorico, etnografico, sociologico, e antropologico-medico. Il volume ha il merito di mostrare come il processo di trasformazione mitologica e patrimoniale del folklore e delle sue figure non si collochi esclusivamente nella cosiddetta postmodernità, ma abbia una dimensione di profondità storica, in questo caso connessa ai momenti politici cruciali che hanno contribuito a costruire l'identità culturale della Sardegna. Di particolare rilevanza per l'antropologia medica è la parte in cui è esplorata la più recente trasfigurazione dell'*accabadura* in chiave bioetica: vale a dire l'uso sociale del mito per sostenere alcune istanze e rivendicazioni connesse ai processi di eutanasia clinica. Tuttora sospesa tra "falso storico" e "verità culturale" la figura "subalterna" dell'*accabadura*, sottoposta a studio antropologico, costituisce un emblema oggi buono da ripensare, poiché ancora interroga il discorso pubblico "egemonico" sulla drammatica esperienza esistenziale e culturale dei corpi umani sospesi tra la vita e la morte.

Indice. *Luoghi della ricerca sul campo* / Luigi Maria LOMBARDI SATRIANI, *Prefazione. L'accabbadora da mediatrice tra la vita e la morte a operatrice sanitaria* / *Introduzione* / I. *La accabadura a metà Ottocento come mito politico. Viaggiatori, scottiani e parlamentari* / II. *La Accabadura nella fiaba. La novella della oliata e altre storie* / III. *Il capezzale magico dell'agonia: efficacia simbolica nei riti contadini* / IV. *La Accabadura nel folklore e nel romanzo isolano contemporaneo* / V. *La femmina accabbadora. Il mito medicalizzato di una antica eutanasia tradizionale nella Sardegna turistica* / *Conclusione* / *Bibliografia delle fonti* / *Bibliografia scientifica* / *Bibliografia folklorica*

[GPi]

Fabrice Olivier DUBOSC, *Quel che resta del mondo. Psiche, nuda vita e questione migrante*, Edizioni Magi, Roma, 2011, 211 pp.

«La sfida delle nostre pratiche è questa: credere che lo “svantaggio” della *nuda vita* possa ricreare il mondo a partire da ciò che resta del mondo». Con questa asserzione lo psicologo Dubosc – docente di psicoterapia nella Scuola di specializzazione etno-sistemico-narrativa di Roma – conclude il suo libro, esito di una serie di ricerche e incontri in contesti nazionali e internazionali nel campo delle migrazioni. Si tratta di un saggio di impianto psicoterapeutico e politico che costituisce un originale contributo al dibattito sulle migrazioni transnazionali contemporanee poiché ne approfondisce gli aspetti psicologici ed esperienziali. Il fenomeno migratorio è esaminato a partire dalla una esperienza psicoterapeutica incentrata sull'efficacia delle narrazioni. A partire da tale impostazione il concetto centrale su cui la lettura del fenomeno migratorio si fonda è quello di “nuda vita”, ripreso dalla filosofia politica di Giorgio Agamben. La questione migratoria, nelle proprie inscindibili componenti di emigrazione e immigrazione appare all'Autore come un fenomeno urgente da analizzare in quanto immerso nella vita quotidiana e generativo di complesse trasformazioni sociali e culturali: una sorta di «specchio di un passaggio collettivo». Da un altro punto di vista – strettamente connesso – l'Autore sottolinea l'importanza di considerare quanto e come le contemporanee forme biopolitiche di governo delle migrazioni – intese come politiche della vita e come potere sulla vita – tendano a ridurre le culture di appartenenza dei migranti a “nuda vita” attraverso operazioni ideali e materiali dettate da una sorta di puro essenzialismo biologico. Si tratta di una procedura disumanizzante più volte descritta nei lavori di Agamben, e che tende a concretizzarsi nei trattenimenti coercitivi di

migranti privi di permesso di soggiorno nei Centri di permanenza temporanea, nei respingimenti alla frontiera, nelle espulsioni coatte. Sorretta da un'organica bibliografia transdisciplinare (tra antropologia, etnopsichiatria, filosofia, psicologia e studi postcoloniali), da una scrittura evocativa e al contempo incisiva, la tesi centrale di Dubosc è che questa «parziale ma corrosiva» dissoluzione delle culture e al contempo delle vite, lasci tracce difficili da individuare ma con un grande potenziale rigenerativo nei racconti e nelle possibilità narrative presenti nelle memorie incorporate dei migranti, ovvero in «quel che resta nel mondo». Come nelle fiabe più volte citate nel testo quali narrazioni emblematiche, l'esperienza del racconto nel contesto migratorio costituisce agli occhi di Dubosc una feconda occasione di confronto, esperienza e analisi. In questa chiave la migrazione cessa di apparire come problema e diventa una preziosa risorsa di emancipazione, di dialogo interculturale, di azione costruttiva e creativa di nuovi contesti sociali e inter-culturali, potenzialmente condivisibili.

[AFRa]

Annamaria FANTAUZZI, *Antropologia della donazione*, Editrice La Scuola, Brescia, 2011, 242 pp.

Annamaria Fantauzzi, nel suo testo del 2011 *Antropologia della donazione*, intende fornirci un'analisi dettagliata delle dinamiche socio-culturali che organizzano la pratica della donazione del sangue in Italia. Per far ciò, l'Autrice fa riferimento sia alla cospicua letteratura che si interroga sulla categoria antropologica del “dono”, sia alle sue indagini di campo, svoltesi in Piemonte presso alcuni centri di raccolta sangue e a stretto contatto con due associazioni di migranti di origine marocchina, coinvolte dall'Avis in una se-

rie di progetti volti alla sensibilizzazione alla donazione.

Nel primo capitolo, dunque, si rivisita la storia della donazione del sangue come tecnica medico-sanitaria di reclutamento di risorse ematiche, individuando poi quelle che sono in questo settore le specificità del contesto italiano, nel quale la donazione di sangue risulta essere un'attività fortemente connessa con la sfera del volontariato e dell'associazionismo. Vengono quindi descritte e analizzate le differenti forme di donazione, le caratteristiche e i requisiti di idoneità del donatore, e le dinamiche motivazionali che inducono il donatore all'atto oblativo. Rispetto a quest'ultimo aspetto l'Autrice, confrontandosi con la letteratura esistente, propone una suddivisione basata sulla contrapposizione fra donatori "incantati", i quali si identificano completamente con il progetto altruistico portato avanti dai gruppi cui aderiscono, e donatori "solitari", che invece donano saltuariamente e spinti soprattutto da ragioni di ordine fondamentalmente egoistico (come l'ottenimento di analisi gratuite o della giornata di permesso dal lavoro).

Dopo aver offerto le coordinate di riferimento all'interno delle quali si svolgerà l'analisi, Fantauzzi ripercorre, nel secondo capitolo, i punti fondamentali del dibattito circa il rapporto tra la donazione del sangue e la categoria di dono, partendo dal concetto classico di dono maussiano fino ad arrivare al recupero e alla rielaborazione che ne fanno, a partire dagli anni Ottanta, i membri del M.A.U.S.S. (*Mouvement Anti-Utilitariste en Sciences Sociales*). In consonanza con il dibattito antropologico sviluppatosi negli ultimi anni in ambito italiano e internazionale, e in relazione alle recenti innovazioni nel campo della tecnologia medica, l'Autrice considera dunque necessario ridefinire la stessa categoria di dono e i termini di applicazione di quest'ultima alla donazione del sangue;

sottolinea quindi la polisemia e la multidimensionalità del dono del sangue, che articola tra la sfera del mercato (evidente nella vendita e acquisto internazionali di sangue ed emoderivati e nell'organizzazione seconde logiche economiciste dei servizi di salute), quella dello Stato (che predispone il sistema di gestione del sangue) e quella più propriamente relativa al dono (che ha a che vedere soprattutto con la raccolta delle scorte): tre sfere che non sono chiaramente riducibili l'una all'altra, né interpretabili in una semplice chiave oppositiva.

Al fine di meglio comprendere il funzionamento di una così complessa dinamica sociale come la donazione del sangue, l'analisi del terzo capitolo si concentra direttamente sui principali attori coinvolti, sulla loro relazione e sulla rappresentazione che costoro hanno di loro stessi e del loro corpo. Particolarmente interessante risulta la riflessione svolta sul rapporto medico-paziente e su come questo si riorienta e ridefinisca nei termini di medico prelevatore-donatore: Fantauzzi fa notare come «il sistema di donazione sia focalizzato sulla figura del donatore, molto più di quanto lo sia un processo terapeutico rispetto al ruolo del paziente. [...] Se nei processi di cura della biomedicina si è ancora distanti dall'attuazione dell'auspicata rivoluzione umanizzante, il rapporto di donazione [...] sembra realizzarla, ponendo al centro del sistema il donatore» (pp. 155-156). Ed è proprio questa particolare relazione a contribuire in maniera significativa alla costruzione di quell'"incanto" che nel primo capitolo l'Autrice ha individuato come spinta motivazionale per i donatori abituali.

Il quarto e ultimo capitolo è dedicato infine al rapporto tra donazione del sangue e migrazione, tematica sulla quale l'Autrice ha condotto un'accurata indagine etnografica, nel corso della promozione da parte dell'Avis torinese di alcuni progetti di sensibilizzazione alla donazione

presso due associazioni di migranti di origine marocchina. Ad entrare inevitabilmente in gioco sono, in questo caso, le diversità culturali e sociali rispetto al “donatore indigeno”, le eventuali specifiche concezioni della salute e della malattia, le connotazioni simboliche attribuite al sangue e al corpo, la percezione dell'impurità e della purezza, la concezione e l'esperienza dei modelli di socialità, della pratica del volontariato e dei valori civici e morali propri dell'idea di partecipazione e di solidarietà, oltretutto chiaramente il particolare status dell'immigrato.

La donazione del sangue dei migranti è in questa sede intesa come una fonte di ricchezza non solo per le risorse emotrasfusionali che può garantire, ma anche e soprattutto per configurarsi come possibile mezzo di incontro e condivisione di valori tra individui che possono riconoscersi nel ruolo di donatore. Il migrante marocchino, attraverso il dono del sangue, da un lato conferma l'adesione a una forma di comunitarismo, che si sostanzia nella condivisione di valori con il gruppo di appartenenza, e dall'altro mette in atto quel riconoscimento affettivo e valoriale traducibile in una forma di solidarietà verso l'altro. Donare il sangue può voler dire quindi concorrere all'acquisizione di una cittadinanza simbolica e partecipare all'idea di una cittadinanza “post-nazionale”. La “donazione migrante” diventa lo strumento tramite cui si realizza un triplice *inter-esse* (riprendendo l'etimologia latina) che lega l'immigrato al paese d'arrivo: *inter-esse* come partecipazione attiva al tessuto civile del contesto di accoglienza e al contempo mantenimento di una differenza identitaria; *inte-resse* come reciprocità e apertura verso l'alterità attraverso un fluido dal potente significato simbolico come il sangue, *inter-esse* come *maslaha*, principio dell'etica musulmana che prescrive l'obbligo collettivo di difendere la sacralità della vita umana.

[GRi]

Laura FARANDA, *La signora di Blida. Suzanne Taïeb e il presagio dell'etnopsichiatria, con una nota etnopsichiatrica di Piero COPPO, traduzioni dal francese di Colette TAÏEB, Armando Editore, Roma, 2012, 270 pp. (collana Antropologia culturale, nuova serie, diretta da Luigi Maria Lombardi Satriani)*

In questo interessante studio l'antropologa Laura Faranda ricostruisce la biografia e il ruolo, nella genesi dell'etnopsichiatria, di una figura poco nota: la psichiatra Suzanne Taïeb, nata in Tunisia nel 1907 e vissuta fra l'Algeria e la Francia nel periodo che va dalla dominazione coloniale francese agli anni Settanta del Novecento. Formatasi alla scuola psichiatrica di Algeri, diretta a partire dai primi anni Venti da Antoine Porot, Suzanne Taïeb si laureò in Medicina con una tesi di psichiatria dopo tre anni di esperienza clinica nell'ospedale della città di Blida, capitale dell'omonima provincia a sud est di Algeri. Taïeb sviluppò pionieristicamente un contributo critico e creativo rispetto all'egemonia razzista della psichiatria coloniale francese: la sua opera appare animata da una decisiva vocazione etnografica capace di sviluppare una attenzione alla dimensione culturale della salute mentale, e di collocarsi al punto di congiunzione fra psichiatria ed etnopsichiatria. Una vicenda umana, professionale e politica, che si dipana fra le due guerre mondiali de Novecento, ben prima, dunque, che a Blida giungesse lo psichiatra Frantz Fanon, autore del classico *I dannati della terra* (1961), la cui svolta politica nella fondazione di una etnopsichiatria critica trovò slancio proprio nella sua lettera di dimissioni dall'ospedale della città di Blida, poiché in essa motivava il rifiuto di continuare l'attività psichiatrica per non essere complice della violenza e del razzismo della psichiatria coloniale francese.

Il volume è diviso in due parti. La prima parte si apre con un denso saggio intro-

duittivo, in cui Faranda ripercorre le vicende che la hanno condotta a scoprire la figura di Taïeb, e a ritrovarne, attraverso l'aiuto dei parenti della psichiatra, la tesi di laurea. Seguono tre capitoli in cui oltre a ricostruire le vicende biografiche della psichiatra algerina e la sua formazione dissonante nella scuola di Algeri, che sembra anticipare l'approccio radicale e critico di Fanon collocandosi fra suggestioni primitiviste e vocazione etnografica, si gettano le basi per una analisi in profondità della tesi di laurea della psichiatra, dal titolo *Le idee di influenzamento nella patologia mentale dell'indigeno nord-africano. Il ruolo delle superstizioni*, del 1939. Chiude la prima parte un approfondito saggio dell'etnopsichiatra Piero Coppo, in cui si mostra come la tesi di Suzanne Taïeb costituisca «una testimonianza di estremo interesse per chiunque voglia riflettere sulla distanza che separa l'approccio etnopsichiatrico [...] e la psichiatria» (p. 73). La seconda parte pubblica proprio la tesi di laurea di Suzanne Taïeb, per la prima volta nella traduzione italiana curata dalla nipote Colette Taïeb, figura importante con la quale Faranda instaura un fecondo dialogo che è poi alla di un capitolo intervista-storia di vita che conclude questo articolato volume.

Si tratta dunque di un testo duplice, consistente di un lavoro antropologico e storico-critico che accompagna la pubblicazione di un testo inedito in lingua italiana. Un contributo di notevole interesse sia per lo studio della genesi dell'etnopsichiatria come disciplina specialistica in grado di coniugare l'attenzione alle culture locali con la denuncia della violenza coloniale, sia per la complessa storia di una psichiatria coloniale, quella francese, che, come mostra proprio l'opera di Suzanne Taïeb, conteneva già al suo interno elementi critici destinati a scardinarne, negli sviluppi successivi, l'impianto razzista.

Indice. Parte prima: *Introduzione / Suzanne Taïeb vista di profilo / Formarsi a Blida, alla scuola di Antoine Porot / Elogio della dissonanza: Suzanne Taïeb tra primitivismo e vocazione etnografica / Piero COPPO, Suzanne Taïeb tra psichiatria ed etnopsichiatria /*
Parte seconda: *Suzanne TAÏEB, Le idee di influenzamento nella patologia mentale dell'indigeno nord-africano. Il ruolo delle superstizioni. Tesi di laurea in Medicina - Algeri 1939 / Riferimenti bibliografici / Indice degli autori citati / Indice dei luoghi citati*

[GPi]

Sabrina FLAMINI - Maya PELLICCIARI, I cittadini e la questione dei rifiuti in Umbria. Analisi antropologica del rapporto fra stili comportamentali e contesto sociale, presentazione di Svedo PICCIONI, introduzione di Tullio SEPPILLI, ARPA Umbria, Perugia - Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute, Perugia, 2010, 145 pp. (collana "Uomo e Ambiente" diretta da Svedo Piccioni)

In questo testo sono presentati gli esiti di una ricerca condotta da Maya Pellicciari e Sabrina Flamini sulla «questione dei rifiuti» in Umbria. Il volume costituisce il risultato di un'analisi antropologica eseguita su commissione da parte dell'Agenzia di protezione ambientale dell'Umbria e che evidenzia una feconda collaborazione con la Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute di Perugia nel quadro di un «uso sociale» dell'antropologia medica. La nozione di «rifiuto» è il punto di partenza dell'indagine etnografica visto come uno dei nodi centrali del paradossale rapporto tra la «crescente spinta verso il consumo» e le conseguenti trasformazioni storiche e culturali su concetti quali (ri)utilizzo dei beni e «avanzi» alimentari. «In qualche modo il problema dei rifiuti è un'invenzione moderna» sostiene Tullio seppilli nella *Introduzione*, evidenziando

in modo chiaro come l'idea che qualcosa sia "non più utile" e quindi "da buttare", si radichi non soltanto nelle pratiche quotidiane di smaltimento, ma si incastri in una vera e propria «mappa concettuale» volta a catalogare oggetti, fenomeni e persone. La ricerca sul campo qui presentata, in cui l'osservazione partecipante ad eventi pubblici è stata abbinata ad interviste in profondità con amministratori, dirigenti, operatori delle aziende e cittadini, ha fatto emergere quattro temi principali suddivisi in capitoli: *le rappresentazioni e le opinioni, gli atteggiamenti e le pratiche, il rapporto tra cittadino e contesto, cittadini e partecipazione*. In particolare, sono riportate in modo dettagliato testimonianze relative alle differenziazioni tra la conoscenza dello smaltimento dei rifiuti all'interno dei nuclei familiari, le pratiche di (ri)utilizzo di alcuni beni, alimentari e no, la contrapposizione fra le generazioni e il rapporto tra cittadini e contesto, con una particolare attenzione nei confronti delle istituzioni. Nella parte conclusiva il focus è concentrato sul concetto di "partecipazione" che, oltre a mostrare una fitta rete di relazioni quotidiane tra enti locali e cittadini, viene messo in discussione rilevando come tale termine sia «spesso confuso con "adesione" alle politiche o alle iniziative di informazione e sensibilizzazione messe in atto dalle amministrazioni». L'antropologia intende favorire un comportamento sociale competente e attivo segnalando l'errore da parte delle istituzioni a considerare la partecipazione come semplice possibilità di «aderire o meno, di sposare o meno una causa, ma non di avere possibilità il diritto/dovere di contribuire alla definizione stessa dei programmi politici del proprio territorio».

Indice. Svedo PICCIONI, *Presentazione* / Tullio SEPPILLI, *Introduzione* / 1. *Rifiuti e consumo. Per un inquadramento teorico* / 2. *La ricerca: disegno metodologico* / 3. *Le*

rappresentazioni e le opinioni / 4. *Gli atteggiamenti e le pratiche* / 5. *Il rapporto tra cittadino e contesto* / 6. *Cittadini e partecipazione* / 7. *Conclusioni* / *Bibliografia* / Paola STRANIERI - Cecilia RICCI, *Allegato. Uno strumento quantitativo di analisi*

[FLMa]

Pierdaniele GIARETTA - Antonio MORETTO - Gian Franco GENSINI - Marco TRABUCCHI (curatori), *Filosofia della medicina. Metodo, modelli, cura ed errori*, Fondazione Smith Kline, Il Mulino, Bologna, 2009, 710 pp. (collana Management, economia e politica sanitaria, diretta da Marco Trabucchi e Francesca Vanara)

Il volume pubblica gli Atti di un convegno tenutosi a Verona nei giorni 8-10 febbraio 2007, nell'ambito del Programma di ricerca scientifica di rilevante interesse nazionale (PRIN 2005) "Architettura della conoscenza teorica e pratica", coordinato da Maria Rosaria Egidi. Il convegno costituiva l'esito di una collaborazione e riflessione comune fra medici e filosofi. Vari campi della riflessione filosofica sono convocati a dibattere sui nodi della biomedicina storica e contemporanea: dall'etica all'estetica, dall'ontologia all'epistemologia, toccando questioni tematiche classiche eppure ancora problematiche quali le forme della causalità, i significati dell'errore, il rapporto normale/patologico, la dicotomia corpo/mente. Come affermano i curatori: «Ci si domanda ancora se la Medicina sia arte o tecnica, se si proceda per scoperte secondo la logica scientifica o seguendo un processo convenzionale, naturalistico, se nella interrogazione del dato sia opportuno rimanere nell'ambito del riduzionismo o se non convenga aprirsi a visioni olistiche dell'essere umano» (p. 9). Di notevole interesse per l'antropologia medica appare tale dibattito,

in particolare per quanto riguarda gli aspetti contraddittori fra sapere pratico e ideologie scientifiche, questioni cognitive e trasformative connesse alla diagnosi, le dimensioni epistemologiche delle nuove frontiere tecnologiche in biomedicina.

Indice. Alessandro MAZZUCCO, *Prefazione* / Pierdaniele GIARETTA - Antonio MORETTO, *Introduzione* / **Parte prima: unità o pluralità di metodi** / Roberto CORROCHER, *Riflessioni sull'uomo di fronte a nuove sfide* / Giovanni FEDERSPIL - Roberto VETTOR, *Medicina: un unico metodo e una sola argomentazione?* / Dario ANTISERI, *Epistemologia contemporanea e logica della diagnosi clinica* / Dietrich von ENGELHARDT, *Spiegare e comprendere in medicina e psichiatria* / Michele TANSELLA, *La valutazione scientifica dei trattamenti in medicina e il ritardo della psichiatria* / Cesare SCANDELLARI, *Metodologia scientifica e metodologia clinica: analogie e differenze* / Carlo GABBANI, *Studio per casi e dinamiche del sapere clinico* / **Parte seconda: il paziente, la cura, e l'organizzazione sanitaria** / Luciano VETTORE, *La personalizzazione della relazione e della cura in medicina* / Giuseppe RECCHIA - Antonella PIRAZZOLI, *Medicina personalizzata: attese, rischi e realtà* / Giuseppe ERLE, *L'empowerment nella relazione medico-paziente per la persona con diabete* / Gabriele ROMANO, *L'approccio sistemico alla valutazione e alla gestione in Sanità* / **Parte terza: ruolo e sviluppo della medicina in alcuni momenti storici** / Alessandro PASTORE, *Il sapere medico fra autonomia e apertura disciplinare nell'Italia del Seicento: il caso della medicina legale* / Loana LICCIOLI, *Medicina e metodo sperimentale newtoniano. Stephen Hells e l'emodinamica* / Antonio MORETTO - Ivan VALBUSA, *Medicina e classificazione delle scienze* / **Parte quarta: causalità e spiegazione** / Bernardino FANTINI, *Modelli di causalità nelle scienze biomediche: individualità e determinismo* / Massimo STANZIONE, *Medicina darwiniana: riflessioni su un modello biologico della malattia* / Claudio RUGARLI, *Causalità e indeterminismo in medicina* / Raffaella CAMPANER, *Meccanicismi e*

meccanismi in medicina / Margherita BENZI e Pierdaniele GIARETTA, *Causalità e diagnosi* / **Parte quinta: errori e valutazioni probabilistiche** / Federico BELLAVERE, *L'errore medico dalla valutazione teorica alla pratica clinica* / Paolo CHERUBINI - Selena RUSSO - Patrice RUSCONI - Marco D'ADDARIO - Ilaria BOCCUTI / *Il ragionamento probabilistico nella diagnosi medica: sensibilità e insensibilità alle informazioni* / Roberto FESTA - Carlo BUTTASI - Vincenzo CRUPI, *Evidenza incerta e probabilità delle diagnosi. Estensioni dell'approccio bayesiano alla pratica clinica* / **Parte sesta: neuroscienze, mente e dolore** / Giovanni BERLUCCHI, *Identità personale, corpo, mente e cervello* / Cortado SINIGAGLIA, *Neuroni specchio e comprensione intenzionale* / Giacomo ROMANO - Laura SPARACI, *Il problema dell'intersoggettività negli studi sull'autismo* / Francesco AMBROSIO, *Dalla modellistica del dolore alle modellistiche dei dolori*

[GPi]

Antonio GIBELLI, *L'officina della guerra. La Grande Guerra e le trasformazioni del mondo mentale*, Bollati Boringhieri, Torino, 2009, 300 pp.

Andrea SCARTABELLATI, *Dalle trincee al manicomio. Esperienza bellica e destino di matti e psichiatri nella Grande guerra*, Marco Valerio Editore, Torino, 2008, 458 pp.

Questi due libri danno una chiara idea di quella categoria che l'antropologo della medicina Allan Young, riprendendo una espressione del microbiologo e filosofo della scienza polacco Ludwik Fleck, definì «armonia delle illusioni». Cioè il carattere di artefatto storico di molte categorie di malattia mentale. Tale carattere emerge all'analisi qualora queste categorie vengano messe a confronto con i drammi storici e politici che le hanno prodotte. Nel caso di Young si trattava di studiare la genesi della nozione di *Post Traumatic Stress Disorder* negli Stati Uniti,

in seguito alla lunga e sanguinosa guerra in Vietnam. Nei volumi in oggetto, invece, si pone in relazione sul piano storico la prima guerra mondiale europea con la genesi della modernità, a partire da una lettura biomedica, psichiatrica – e quindi corporea – di quell'evento.

Il volume di Antonio Gibelli, professore di Storia contemporanea all'Università di Genova, è un classico, alla terza edizione dopo l'uscita nel 1991. Esso apre in chiave antropologico-storica una prospettiva sul rapporto tra guerra e follia. Il libro, immaginato a partire dagli anni Ottanta del Novecento e via via perfezionato nel corso dei decenni, costituisce una riferimento fondamentale studi sul rapporto fra guerra e salute mentale, evento storico e sofferenza psichica, che non è stato tuttavia tenuto sempre nella giusta considerazione da parte degli studi antropologici ed etnopsichiatrici. L'idea della Grande Guerra come spartiacque decisivo della storia mondiale trova in questo saggio un perno antropologico portante. Per la prima volta, con questo lavoro, si considerò la prima guerra mondiale come un «evento periodizzante», in senso antropologico. Cioè «con riferimento alle modalità della memoria, ai rapporti tra presente e passato, alle forme di trasmissione dell'esperienza» (p. 223).

Il volume collettaneo curato da Andrea Scartabellati, insegnante liceale e docente a contratto di Storia del pensiero sociale contemporaneo, raccoglie nove saggi di giovani studiosi che riportano al centro dell'attenzione la dimensione di sofferenza mentale connessa alla esperienza violenta della prima guerra mondiale. Fondati su materiali di archivio tratti dai manicomii di Verona, Treviso, Reggio Emilia e Como, gli studi affrontano il tema del cosiddetto «folle di guerra», come fulcro di una rete sociale che coinvolge psichiatri civili e militari, familiari, medici in un dramma sociale ancora da esplorare nelle sue valenze etnopsichiatriche.

Indici.

Antonio GIBELLI, *L'officina della guerra*: Introduzione: Guerra e modernità / Prologo: fantasmi della guerra moderna / 1. *La Grande Guerra: evento e racconto* / 2. *L'officina della guerra* / 3. *La fuga impossibile* / 4. *Un nuovo paesaggio mentale* / Postfazione: *L'officina della guerra nel cantiere della storiografia. Gestazione, letture e fortune di un libro* / Note / Indice dei nomi

Andrea SCARTABELLATI (curatore), *Dalle trincee al manicomio*:

Come prologo / I. **Il trauma della modernità:** Bruna BIANCHI, *La nevrosi di guerra nella storiografia contemporanea* / II. **Prima e dopo la grande Guerra:** Massimo MORAGLIO, *Per un'introduzione al dibattito psichiatrico nell'Italia del 900* / III. **Gli psichiatri alla guerra:** Silvia MANENTE - Andrea SCARTABELLATI, *Organizzazione militare e servizio bellico, 1911-1919* / IV. **Difendere il corpo sano:** Alessandra MIKLAVIC - Andrea SCARTABELLATI, *Quando lo psichiatra era il paladino della nazione in guerra* / V. **Destini della follia in guerra:** Andrea SCARTABELLATI, *Cremona: il catalogo – raccapezzante – è questo* / VI. **Destini della follia in guerra:** Nicola BETTIOL, *Vivere, sopravvivere e scrivere al S. Artemio di Treviso* / VII. **Donne tra guerra e follia:** Marisa AZZOLINI, *L'esperienza di Maria del Rio a Reggio Emilia* / VIII. **Aleardo Salerni e la predisposizione originaria:** Maria Vittoria ADAMI, *Il caso veronese del San Giacomo di Tomba* / IX. **Ricoveri di soldati impazziti:** Mario VANINI, *Alcune note statistiche dal Manicomio provinciale di Como 1915-1918* / *Elenco delle opere citate* / *Gli autori*

[GPi]

Alessandra GUIGONI, *Distacchi. Lo svezamento dei bambini stranieri a Cagliari*, Premessa di Felice TIRAGALLO, Introduzione di Annamaria RIVERA, Arkadia Editore, Cagliari, 2012, 96 pp. (collana Akademia, 6)

Lasciando la parola all'Autrice: «Questo breve saggio si pone come scopo innanzitutto la ricostruzione delle ideologie, dei saperi e delle pratiche di svezzamento di un gruppo di donne migranti di provenienza eterogenea, residenti nel cagliaritano, utile a inquadrare il nodo concettuale e problematico dello svezzamento da un punto di vista generale, partendo dal principio che lo svezzamento è qualcosa di culturalmente, storicamente e socialmente costruito». A partire da questa prospettiva emerge con chiarezza il quadro dei rapporti fra migranti e residenti. In particolare tale dialettica è studiata in chiave di confronto tra le pratiche di svezzamento che le donne migranti adottano a partire dal contesto familiare – in riferimento a una linea di trasmissione femminile dei saperi – e le prescrizioni delle istituzioni sanitarie della biomedicina. Il volume, infatti, costituisce il primo esito di una ampia ricerca sulle pratiche di svezzamento in contesto migratorio nell'area di Cagliari e nei Comuni del cagliaritano occidentale. Fondata su interviste a tredici madri di diversa nazionalità, questa prima tappa della inchiesta mostra come la questione delle differenze culturali sia in parte il frutto di una proiezione occidentale, amministrativa o antropologica, a seconda dei diversi ambiti di influenza del paradigma culturalista. Oltre ogni enfasi su nozioni quali “identità etnica”, “tradizione” o “tabù”, l'Autrice mostra come gli elementi che entrano in gioco nel condizionare gli atteggiamenti materni rispetto allo svezzamento vadano oltre la questione culturale. Come bene evidenziato nella *Introduzione* di Annamaria Rivera, le questioni centrali riguardano piuttosto le condizioni materiali di esistenza, il livello di istruzione, la possibilità di integrazione nel contesto italiano, le violenze e le discriminazioni subite dalla legislazione italiana, le difficoltà di accesso ai servizi. Ma il momento più intenso di questo lavoro riguarda la riflessione critica ri-

spetto ai modelli occidentali dominanti della maternità che vengono interrogati in un dialogo etnografico con le donne migranti che l'antropologa Guigoni ha impostato anche in riferimento alla propria esperienza intima e sociale di madre “cagliaritana” in fase di svezzamento dei propri figli. Il confronto fra esperienze diverse di svezzamento muove dunque anche da una riflessività dell'Autrice che alimenta una visione critica femminile. In effetti, nei paesi cosiddetti occidentali o occidentalizzati le forme e le pratiche di una maternità alternativa al modello dominante e mercificato vengono spesso proprio dalle esperienze delle donne migranti, e in questo il volume rappresenta un contributo importante per una inversione di tendenza nella visione dei mondi migranti: non più problema da risolvere o enigma da comprendere, ma opportunità e risorsa positiva per un cambiamento in senso democratico e plurale dei modelli attualmente dominanti nella legislazione italiana.

[GPi]

Il trattato aureo sulla medicina attribuito all'imam 'Alī al-Rīdā, introduzione, traduzione e note a cura di Fabrizio SPEZIALE - Giorgio GIURINI, prefazione di Andrew NEWMAN, Officina di Studi Medievali, 2009, 180 pp. (Machina Philosophorum. Testi e studi dalle culture euromediterranee, 16)

Il Trattato aureo sui principi della medicina e i suoi rami (al-Risāla al-dahabiyya fī usul al-tibb wa-furu 'ihī), attribuito all'ottavo imam Alī al-Rīdā (Medina, 1° gennaio 766 - Tus, 5 settembre 818), è qui tradotto e presentato per la prima volta in una lingua europea, accanto alla sua originale versione in lingua araba. La cornice che fa da sfondo alla scrittura della *Risāla (al-Risāla al-dahabiyya fī usul al-tibb wa-furu 'ihī)* è il simposio cosmopolita (a cui

partecipavano anche medici cristiani e indiani) della corte del califfo abbaside al-Ma'mun (Baghdad, 13 settembre 786 - Baghdad, 9 agosto 833). Il trattato sulla medicina dell'imam 'Ali al-Rida si iscrive nell'ambito di una «tradizione imamita che ricalca fedelmente la tradizione profetica di Muhammad» e al tempo stesso offre un'ampia e compiuta sintesi del sapere medico galenico. Infatti, quest'opera si inserisce nel processo di fusione della tradizione codificata dal Profeta con le conoscenze mediche e scientifiche preislamiche.

Il trattato aureo sulla medicina attribuito all'imam 'Ali al Rida si apre con una prefazione in lingua inglese di Andrew Newman, studioso il cui interesse si è in buona parte riversato sulla variante Shiita della medicina degli imam. L'introduzione, curata da Fabrizio Speciale, si articola in cinque paragrafi e offre preziosi elementi di contesto che permettono di inquadrare e meglio comprendere l'opera di Ali al-Rida. Nell'introduzione vengono infatti affrontate le questioni inerenti le affinità e le differenze fra la *Risala* e i testi sulla medicina profetica in generale, le riflessioni inerenti gli elementi di continuità o discontinuità con la medicina greca, quanto la medicina islamica si collochi in opposizione alla medicina galenica o piuttosto quanto assimili di questo antico sapere medico, le differenze e le affinità tra la medicina profetica e la medicina degli imam.

Nel secondo paragrafo Fabrizio Speciale presenta brevemente la vita e la "figura" dell'ottavo imam e la sua relazione con il sapere medico: infatti, l'opera qui presentata non è la sola fonte a raccogliere le conoscenze, in ambito medico, di Ali al-Rida. Le sue conoscenze spaziano dalla dottrina degli umori, alle proprietà e agli usi di svariati alimenti, all'impiego di specifici rimedi come per esempio un composto conosciuto come "medicina comprensiva": «La medicina comprensi-

va di al-Rida contiene *sunbul*, zafferano, cardamomo, piretro romano, elleboro bianco, giusquiamo e pepe bianco in egual misura, e euforbia in quantità doppia. Questi devono essere macinati, passati al setaccio, uniti e conservati con del miele dal quale si è rimossa la schiuma. La medicina comprensiva è una panacea che cura fra gli altri l'emiplegia, la paralisi facciale, i dolori alla milza, il freddo allo stomaco, la palpitazione, il morso dello scorpione e del serpente».

Il terzo paragrafo ricostruisce la linea di trasmissione del sapere medico (le linee di trasmissione sono elemento cruciale del sistema di legittimazione del sapere nell'Islam) attribuito all'imam Ali al-Rida. Il quarto paragrafo presenta e introduce i temi del trattato, infine, l'ultimo paragrafo di questa articolata introduzione presenta le differenti traduzioni e i diversi commentari che fanno seguito alla scrittura della *Risala*.

Il cuore di questo volume è senz'altro la traduzione in italiano dell'antico trattato in lingua araba, preceduta da una «Nota al testo e alla sua traduzione». Il trattato si apre riprendendo un *hadith* del Profeta per cui «Per ogni tipo di malattia c'è un tipo di rimedio, un suo regime e una sua qualità» al quale fa seguito il primo tema affrontato, la costituzione del corpo umano, che l'imam descrive servendosi della metafora politica «che stabilisce una similitudine fra il macrocosmo sociale ed il microcosmo umano: il cuore è la guida del corpo come il re è la guida del regno. Da questa corrispondenza di base derivano le funzioni delle altre parti del corpo-regno-società che servono il cuore monarca».

I diversi temi esposti nella *Risala* (ad esempio il Discorso sulle stagioni, il Discorso sulle nature inerenti all'uomo, il Discorso sulle età della vita, il Discorso sul viaggio e sull'acqua, il Discorso sul coito) sono di estremo interesse e trattano svariati aspetti inerenti la rappre-

sentazione del corpo, le diverse “nature dell'uomo” e includono prescrizioni finalizzate al mantenimento di un buono stato di salute che toccano molteplici aspetti della vita quotidiana come ad esempio la pulizia dei denti, l'hammam, il depilatorio e il sonno: «Quando desideri dormire coricati prima sul fianco destro, poi voltati sul sinistro [poi sul destro come all'inizio del sonno]. Levati dal tuo giaciglio sul fianco destro così come hai cominciato il sonno».

Alla traduzione fa seguito la versione originaria in lingua araba. A conclusione di questa opera i curatori hanno inserito un Indice dei termini medici che si incontrano nella lettura del trattato, in italiano e in arabo. La bibliografia è suddivisa in due parti: (a), Fonti e testi in arabo, persiano e urdu; (b), Letteratura secondaria. Chiude il testo un indice dei nomi e dei luoghi.

[MiMa]

Federico LEONI (curatore), Franco Basaglia. *Un laboratorio italiano*, Bruno Mondadori, Milano, 2011, 133 pp.

Nel quadro di una ormai ampia bibliografia sul pensiero e l'opera del grande psichiatra italiano Franco Basaglia, questo lavoro collettivo curato da Federico Leoni, ricercatore dell'Università degli studi di Milano e docente presso l'IRPA-Istituto di ricerca e psicoanalisi applicata, risulta di notevole interesse e si impone, per la sua dinamicità sperimentale, come un vero e proprio seminario di approfondimento, a carattere innovativo. Innanzitutto la prospettiva scelta appare fruttuosa: coniugare, nell'analisi a più voci, la dimensione intellettuale e materiale, ovvero l'elaborazione teorica, il sapere pratico e l'ispirazione utopica che nella figura di Basaglia appaiono come dimensioni integrate e inscindibili e che pertanto rendono pregnante

la nozione di “laboratorio”. L'attributo “italiano”, inoltre, non pare puramente indicativo. La peculiare vicenda storico-politica del nostro Paese, o meglio del nostro Stato-Nazione, risulta ancora una volta rilevante e specifica nel contribuire a qualificare il carattere di avanguardia democratica di un percorso di ricerca insieme biografico e scientifico, teorico e pratico, politico e corporeo, incentrato sulla dimensione politica della salute e della persona umana, ovvero sulle contraddizioni reali e incorporate che emergono dal rapporto fra poteri, istituzioni, corpi, soggetti e forme di vita. L'avvertita urgenza di ripensare il “laboratorio” di Franco Basaglia costituisce la motivazione forte di questo testo collettivo. In effetti, un certo declino della avventura progressiva innescata dalla rivoluzionaria esperienza basagliana, l'arretramento del senso critico comune e le forme contemporanee di imbarbarimento politico-civile, e soprattutto il riflusso specialistico-tecnico-clinico della psichiatria egemone contemporanea su scala globale, rendono in effetti ancora più necessario il ritorno al pensiero e all'opera di Franco Basaglia, e accrescono le responsabilità intellettuali di quanti ne avvertono con lucidità l'urgenza e l'attualità. Si tratta, come è evidente, di motivazioni più che condivisibili da parte della comunità scientifica degli antropologi della medicina. Molti praticanti di questo campo disciplinare, infatti, da tempo si interrogano sulla efficacia propulsiva delle pratiche basagliane, la cui pluralità e diffusione è tale da andare oltre la stessa figura del grande psichiatra per estendersi a numerose esperienze talora meno note ma non per questo meno incisive. In effetti se un paragone può essere messo in campo tra le letture antropologiche di Basaglia e quelle storico-filosofiche o psicologico-applicate, sta proprio in un maggiore “ottimismo della volontà” degli antropologi rispetto alla vitalità e alla efficacia propulsiva

della grande stagione critica che portò alla chiusura dei manicomi. Sui terreni esplorati dalle etnografie antropologico-mediche, i semi basagliani sembrano ancora germogliare e talora consolidarsi in un patrimonio di esperienze di base, caratterizzate dalle pratiche creative delle psichiatrie territoriali così come da azioni sperimentali collettive a carattere laboratoriale e dalla di agire dei loro protagonisti. Il laboratorio italiano di Basaglia, che già a suo tempo ne trascese la figura individuale e andò oltre la sua stessa opera, è tuttora vivo e agisce in molti luoghi e corpi che l'antropologia medica a cominciato da qualche tempo ad avvicinare e a esplorare.

Indice. Federico LEONI, *Presentazione / PROSPETTIVE*: Pier Aldo ROVATTI, *Soggetto e follia* / Stefano MISTURA, *Basaglia e il surrealismo* / Mario COLUCCI, *Lo scandalo di Basaglia* / **FOLLIA, CORPO, ISTITUZIONE**: Federico LEONI, *Soggetto, vergogna, istituzione* / Massimo RECALCATI, *Pensare il confine. Il nodo Basaglia-Sartre-Lacan* / Giovanni MIEROLO, *Basaglia, Foucault e il potere psichiatrico* / **COME PENSARE, COME CAMBIARE**: Gabriella FARINA, *L'intellettuale e le sue contraddizioni* / Rino GENOVESE, *Rileggere BASAGLIA. Dal tecnico del sapere pratico all'intellettuale specifico utopico* / Pierangelo DI VITTORIO, *Gestione o Rivoluzione. L'esperienza di Franco Basaglia tra critica e politica* / Gli autori

[GPi]

Francesco LONGO - Mario DEL VECCHIO - Federico LEGA, *La sanità futura. Come cambieranno gli utenti, le istituzioni, i servizi e le tecnologie*, prefazione di Elio BORGONOVÌ, Università Bocconi Editore, Milano, 2010, 281 pp.

Gli autori si interrogano sul futuro dei sistemi sanitari, alla luce delle trasformazioni in corso sul piano finanziario, istituzionale, organizzativo, tecnologico,

epidemiologico e della conseguente evoluzione della medicina e dei modelli di consumo dei pazienti. Viene trattato il tema della transizione dal presente al futuro, dal funzionamento attuale a quello, che si auspica migliore, nell'avvenire, tramite la metodologia degli scenari: una metodologia che tenta di cogliere e interpretare i "segnali" più o meno deboli delle tendenze strutturali e di suggerire le diverse possibili soluzioni alternative. In questo caso per tendenze strutturali si intendono le variabili determinate dal progresso scientifico e tecnologico, dalla modificazione della percezione del problema salute da parte della società, dai vincoli economici e dai criteri di allocazione della ricchezza.

Per ogni scenario delineato sono discusse le possibili implicazioni strategiche per gli attori del sistema; le aziende pubbliche e private del Servizio Sanitario Nazionale, le imprese farmaceutiche e tecnologiche e gli erogatori di servizi di supporto. Interrogarsi per tempo sulle principali criticità attese nel futuro è probabilmente uno degli esercizi più rilevanti per la definizione delle strategie di organizzazioni complesse, come quelle che operano nei servizi di welfare socio-sanitario, le quali necessitano di lunghi periodi di adattamento e di trasformazione attuativa. Poiché il futuro non è del tutto prevedibile, questo impone la capacità di preparare strategie modulari e flessibili, capaci di adattarsi a quelli che saranno gli scenari emergenti effettivi. Si abbandona una concezione della pianificazione basata sul principio della "rational choice" per prepararsi agli scenari possibili.

Indice. Mario DEL VECCHIO, *Perché pensare al futuro nelle aziende pubbliche?* / Federico LEGA, *I possibili usi degli scenari* / Francesco LONGO, *Le aree di possibile discontinuità ambientale* / Francesco LONGO, Anna PRENESTINI e Stefano TASSELLI, *La struttura degli scenari e la Nominal group technique* /

Mario DEL VECCHIO e Giovanni AGUZZI, *Gli scenari finanziari e il ruolo della sanità nell'ambiente socio-economico* / Francesco LONGO e Stefano TASSELLI, *I profili di utenza e la mobilità dei pazienti* / Francesco LONGO e Stefano TASSELLI, *Gli scenari istituzionali e la missione delle aziende* / Mario DEL VECCHIO e Giovanni AGUZZI, *La trasformazione del capitale umano e i nuovi modelli organizzativi* / Federico LEGA e Anna PRENESTINI, *La rivoluzione tecnologica e le nuove architetture infrastrutturali* / Federico LEGA e Anna PRENESTINI, *La trasformazione della rete dei servizi ospedalieri e territoriali* / Francesco LONGO, *I "cubi del futuro" per indagare gli scenari sanitari complessivi e definire la postura strategica* / Francesco RIPA DI MEANA, *Postfazione. Perché una direzione aziendale si va a imbarcare in una avventura così complessa* / Renato BOTTI, *Postfazione. Qual è la prospettiva per la sanità privata?*

[SFl]

Paolo LUPATTELLI (curatore), *I Basagliati. Percorsi di libertà*, CRACE (Centro Ricerche Ambiente Cultura Economia), Perugia, 2009, 223 pp.

I Basagliati è un volume collettivo composto da trentotto contributi e curato da Paolo Lupattelli, che ha come obiettivo principale quello di ricostruire e discutere alcune delle tappe del percorso di trasformazione della psichiatria e di chiusura degli ospedali psichiatrici – o di apertura dei manicomi – che è avvenuto in Italia, a partire dagli anni Sessanta del Novecento. In virtù di un pluralismo e di una complessità che ha caratterizzato, e che caratterizza tuttora, il dibattito intorno alla salute mentale e soprattutto riguardo alla legge n. 180 del 13 maggio 1978 – la cosiddetta Legge Basaglia – il volume si presenta eterogeneo, composto da una buona quantità di contributi brevi e ben focalizzati che restituiscono al lettore una pluralità di prospettive, una multi-

vocalità tale da ricostruire, probabilmente e in maniera estemporanea, l'essenza di quelle assemblee pubbliche così importanti per il processo di trasformazione della salute mentale in Italia. Quell'opera di convincimento per una trasformazione ancora in corso, «di impossibile che diventa possibile», come citato nelle parole di Franco Basaglia poste ad esergo del libro, viene presentata nell'insieme delle pratiche, delle concrete azioni politiche e scientifiche che la hanno caratterizzata. Da una tale prospettiva i contributi di studiosi, amministratori, operatori, familiari di persone ammalate, forniscono l'occasione di una riflessione concreta sulle varie accezioni – teoriche, politiche, operative e amministrative – e tracciano un bilancio sull'applicazione della legge 180 in modo tale da delineare un quadro molto articolato e ampio sia del concetto di salute mentale sia delle pratiche che definiscono l'istituzione psichiatrica e socio-sanitaria in rapporto alla concreta esperienza delle persone ammalate e dei propri familiari. Dalla prospettiva umbra e in continua relazione con l'esperienza di Franco Basaglia, evocato oltre che nel titolo anche da alcuni incisivi inserti di citazione diretta dalle sue opere, i contributi si aprono al panorama nazionale spaziando dall'analisi del movimento antimanicomiale negli anni Sessanta e Settanta (ad esempio i contributi di Paolo Lupattelli, Ilvano Rasimelli, Maurizio Mori e Tullio Seppilli) alla considerazione della situazione contemporanea con i relativi limiti e problemi così come con le nuove possibilità trasformatrici e operative (ad esempio i contributi di Assunta Signorelli, Bruno Norcio, Stefano Cecconi, Livio Pepino, e delle molte associazioni coinvolte nella costruzione del volume). Anche grazie ai coinvolgenti inserti fotografici, *I Basagliati* si presenta come uno strumento utile sia dal versante divulgativo, per chi volesse avvicinarsi per la prima volta ai temi della salute mentale e dell'istituzione psichiatrica in

Italia, sia da quello critico analitico, per gli studiosi addetti ai lavori.

Indice. Renato COVINO, *Prefazione* / Paolo LUPATELLI, *Il sapore della libertà* / Sabrina FLAMINI - Chiara POLCRI - Tullio SEPPILLI, *Le fortezze espugnate* / Paolo LUPATELLI, *Un rompiscatole* / Ilvano RASIMELLI, *A conti fatti* / Pino PANNACCI, *Le fortezze svuotate* / Ferruccio GIACANELLI, *Carlo Manuali protagonista moderno della riforma psichiatrica a Perugia* / Bruno BENIGNI, *La legge n.180 del 13 maggio 1978: Una lettura dalla parte del cittadino* / Maurizio MORI, *Anni '70: un decennio di lotte e conquiste, una lunga e compatta stagione* / Intervista di Roberto CAMARLINGHI a Peppe DELL'ACQUA, *Le scommesse di Basaglia* / Mario COLUCCI - Pierangelo DI VITTORIO, *Franco Basaglia e le trasformazioni della psichiatria* / Tullio SEPPILLI, *Per un breve profilo del movimento antimanicomiale italiano negli anni '60 -'70* / Luigi ATTENASIO - Angelo DI GENNARO - Gian Piero FIORILLO, *Un ricordo di Sergio Piro* / Ernesto VENTURINI, *Le leggi auree* / Lorenzo TORESINI, *Ragione e Sragione* / Marco BERTOLI, *La Mercedes nera* / MANIFESTO-APPELLO, *Ogni persona per ciò che è nel rispetto della propria dignità e nella libertà. Dieci questioni fondamentali* / Gisella TRINCAS, *La legge 180 va applicata, non modificata* / Mario SERRANO, *180: l'esperienza di Livorno* / RETE ASSOCIAZIONI FAMILIARI AMMALATI DI MENTE DI LIVORNO E PROVINCIA (AVOSAFAM), *180: occorre crederci perché non è una legge sbagliata ma una legge non applicata interamente* / ASSOCIAZIONE "NON SIAMO SOLI", *Diritto di cittadinanza e recupero ruolo sociale: una società civile non torna indietro* / ASSOCIAZIONE VAL DI CORNIA "COMUNICARE PER CRESCERE", *Lavoro e superamento dei pregiudizi* / ASSOCIAZIONI "MEDITERRANEO" - "VELASENTITE" - "IL GABBIANO", *Lotta allo stigma, il piacere di incontrarsi e del fare, la tensione verso il mutamento sociale* / Marcello CATANELLI, *La salute mentale: temerarietà o efficacia?* / Paolo LUPATELLI, *Cronache dal Medioevo* / Assunta SIGNORELLI, *Lettera al direttore de "la Repubblica"* / Intervista di Paolo

LUPATELLI ad Assunta SIGNORELLI, *Istituto "Papa Giovanni". E ora?* / Del FORUM SALUTE MENTALE CALABRIA, *Appello al presidente Loiero e agli assessori della Giunta Regionale* / Assunta SIGNORELLI, *Profonda/mente Sud: la 180 si è fermata ad Eboli* / Luigi ATTENASIO - Mariella CIANI, *La 180 nelle scuole: roba da matti* / Bruno NORCIO, *La legge 180, il sistema di salute mentale in Italia, l'esperienza di Trieste: è necessario un cambiamento?* / Cesare BONDIOLI, *Cosa si cambia se si cambia la 180* / Luigi ATTENASIO - Angelo DI GENNARO, *Per un'Europa senza manicomi* / Paolo LUPATELLI, *I nuovi recinti* / Filippo CANTALICE - Mariella GENCHI, *Salute mentale, sicurezza, democrazia* / Stefano CECCONI, *Più liberi, un impegno che continua* / Livio PEPINO, *Perché continuare a volere, ostinatamente, la luna* / Paolo LUPATELLI, *Ivan Della Mea*.

Testimonianze fotografiche: Gianni BERENGO GARDIN, Mario DONDERO, Paolo SUSINI, Giovanni SANTI, Massimo STEFANETTI, Antonio TODINI.

[AFRa]

Roberta RAFFAETÀ, *Identità compromesse. Cultura e malattia: il caso dell'allergia*, prefazione di Ivo QUARANTA, Ledizioni, Milano, 2011, 233 pp.

Il libro di Roberta Raffaetà intende fornire un contributo alla questione della relazione tra l'identità dell'uomo contemporaneo e il suo ambiente, attraverso la riflessione su alcuni aspetti legati alla diffusione delle allergie nello scenario epidemiologico attuale. In particolare, mediante la presentazione della sua ricerca etnografica e un approccio teorico interdisciplinare, Raffaetà intende mostrare come «l'idea di un'identità chiusa ed indipendente proposta dalla cultura occidentale venga costantemente messa in crisi» e quanto «le identità – di qualsiasi tipo esse siano – vengano regolarmente compromesse» (p. 197).

Il testo, come anticipato, si caratterizza soprattutto per l'utilizzo di un approccio eterodosso al tema che intende trattare, tanto dal punto di vista dei materiali raccolti e analizzati, quanto da quello delle teorie introdotte. Raffaetà, infatti, non si avvale esclusivamente dei materiali classici prodotti dall'indagine di tipo etnografico, ma integra contributi provenienti da diverse discipline come la storia, la sociologia, la politologia, rivendicando esplicitamente una difficoltà ed un rifiuto ad aderire ad un'unica prospettiva di analisi.

La riflessione si sviluppa a partire da una ricerca etnografica svolta con malati allergici molti dei quali facevano o avevano fatto riferimento a diverse prospettive di cura, allergologi e medici rappresentanti delle cosiddette medicine alternative. Il luogo di partenza dell'indagine è stata una Unità ospedaliera di allergologia nel nord-est d'Italia. Questo ha consentito alla ricercatrice di entrare in contatto e allacciare relazioni con terapeuti, infermieri e pazienti e svolgere le prime interviste già all'interno della struttura ospedaliera. Attraverso la ricostruzione degli itinerari terapeutici dei pazienti, poi, Raffaetà ha potuto ricostruire un mappatura di alcuni dei medici di altre tradizioni terapeutiche, mettersi in contatto con loro, coinvolgerli nell'indagine e entrare in relazione con altri pazienti che non facevano riferimento all'Unità ospedaliera.

Ai più canonici materiali etnografici raccolti, interviste e note di campo, registrazioni audio e video, vengono affiancati altri vari materiali, da documenti ufficiali e linee guida dell'ospedale ad altre testimonianze dirette ad un pubblico più vasto: articoli, brochure informative, pubblicità di prodotti antiallergici, soprattutto alimentari, testimonianze estrapolate da forum dedicati a chi soffre di allergia, studi scientifici di stampo biomedico, ma anche materiali della me-

dicina allopatrica. E ancora prodotti tratti dall'ambito cinematografico, musicale e letterario, che prendono in esame da diverse prospettive il tema dell'allergia.

A partire da questi materiali, Raffaetà nel testo che propone tenta di affrontare il tema dell'allergia e le questioni che esso solleva attraverso diverse prospettive di analisi: riflettendo sull'allergia nei termini dei saperi e delle pratiche della biomedicina e delle cosiddette medicine alternative, analizzando le narrazioni dei pazienti, la retorica dei principali media e il modo in cui la malattia viene costruita nel mondo del commercio, delle politiche sanitarie e ambientali.

Più nello specifico, l'Autrice parte da una ricostruzione storica di come si sia costruita l'allergia in quanto oggetto scientifico, prestando particolare attenzione alla fondazione dell'allergologia moderna. A seguire vengono introdotti alcuni studi sociologici e antropologici relativi ad alcuni aspetti dell'allergia, sottolineando come queste due discipline non abbiano riservato grande attenzione a questo tema. A questi studi se ne affiancano altri di natura psicologica e psichiatrica.

A partire dal quinto capitolo si entra, invece, nel vivo dell'etnografia attraverso la presentazione dettagliata di alcuni casi etnografici di pazienti.

Il sesto ed il settimo capitolo sono costruiti in maniera speculare. Il primo dei due si occupa prevalentemente di analizzare, avvalendosi di un repertorio di frammenti di interviste di pazienti, medici della biomedicina e della medicina non convenzionale, la percezione dell'individualità di persone allergiche. Nel secondo dei due, invece, si passa a riflettere sull'altro polo della relazione ideale: l'ambiente. In primo luogo l'Autrice analizza rapidamente come esso sia costruito e rappresentato nelle narrazioni e nell'immaginario degli individui allergici intervistati e presta particolare attenzione alla categoria interpretativa dell'in-

quinamento e al tema della crescente nocività dell'ambiente. In un secondo momento, assumendo l'ambiente come una costruzione culturale, l'Autrice ricostruisce una storia dell'ambientalismo.

Il testo si conclude affrontando la questione del ruolo delle medicine non convenzionali nella costruzione e nel trattamento dell'allergia, tema che seppur in maniera più marginale, ritorna spesso già nei capitoli precedenti. L'analisi dei percorsi terapeutici dei malati e dell'integrazione di rimedi di differenti tradizioni mediche, frequente nei complessi itinerari di ricerca della cura di quanti soffrono di allergia, consente all'Autrice di mostrare come le pratiche spesso mettano sullo sfondo le differenze culturali.

In conclusione, l'originalità del testo di Raffaetà risiede nel tentativo di integrare la ricerca etnografica e la riflessione antropologica con altre tradizioni di studi e con contributi e competenze provenienti anche da altre discipline, sfida alla quale, a mio parere, oggi più che mai la nostra disciplina in generale e in modo particolare chi si occupa di antropologia *at home*, non può sottrarsi. Inoltre, anche in ragione della varietà di materiali di cui fa uso, che restituiscono la complessità del panorama della patologia e soprattutto della cura nel mondo contemporaneo, pur risultando di non semplicissima lettura per la molteplicità e la varietà dei temi affrontati e delle prospettive di approfondimento intraprese, il testo suggerisce una grande quantità di spunti di riflessione, tanto dal punto di vista delle questioni affrontate, quanto da quello della metodologia adottata per lo svolgimento della ricerca e l'articolazione dell'analisi.

Di contro, nonostante la metodologia adottata per lo svolgimento della ricerca venga abbastanza meticolosamente descritta nei primi capitoli del testo, i materiali raccolti, che pure si preannun-

ciano corposi e particolarmente loquaci, sembrano soffrire all'interno di un prodotto che, utilizzandoli quasi talvolta come pre-testo, tende a valorizzare molto l'aspetto ricostruttivo e argomentativo a scapito della descrizione etnografica.

[EEu]

Pino SCHIRIPA (curatore), *Terapie religiose. Neoliberalismo, cura, cittadinanza nel pentecostalismo contemporaneo*, CISU, Roma, 2012, 255 pp. (collana "Cultura, Salute, Società. Studi antropologici, storici e sociali sulla salute", diretta da Alessandro Lupo)

Il pentecostalismo nasce negli Stati Uniti all'inizio del Novecento, nel quadro di una fase di disagio religioso dei fedeli nei confronti della egemonia religiosa protestante. Esso costituì l'avanguardia di un rinnovamento spirituale fondato sul carismatico e sulla nozione di "secondo battesimo dello spirito", che nel fedele si manifestava soprattutto nella capacità di parlare lingue sconosciute. Il passo fondante si ritrova nell'elenco dei carismi nella celebre *Prima lettera di Paolo ai Corinzi*. La caratteristica fondamentale del pentecostalismo è il dialogo diretto con la potenza divina, su cui si fonda l'esperienza di fede. Una esperienza eminentemente fisica, che produce stati alterati della coscienza, condivisi nel gruppo di fedeli e sostenuti da una visione millenaristica. Questo volume fa il punto sulla crescita di questo movimento in diversi Continenti e sulla sua centralità per uno studio dei rapporti tra religione e medicina. La sua grande diffusione e il successo trasversale ai ceti sociali, fa di questo movimento una delle realtà culturali e religiose più di successo nel mondo contemporaneo, in grado di adattarsi plasticamente alle grandi trasformazioni della postmodernità. Mettendo a confronto studi antropologici di eccellenza

condotti in diverse aree geoculturali, il volume si concentra sul rapporto fra “salute” e “salvezza”, o meglio fra esperienza religiosa e ricerca di guarigione. Il curatore, l'antropologo Pino Schirripa – mettendo a frutto la propria esperienza comparativa di etnografo del pentecostalismo in Ghana e in sud Italia – raccoglie studi originali, condotti in Africa, in Occidente, in contesti culturali migratori e anche in Italia. Scritti di Meyer, Csordas, Bibeau e altri maestri in questo campo di studi appaiono per la prima volta tradotti in italiano, e questo costituisce un merito ulteriore a un libro che si distingue per essere il primo contributo italiano di antropologia medico-religiosa sul fenomeno globale del pentecostalismo contemporaneo.

Indice. Pino SCHIRRIPIA, *Salute e salvezza nei contesti pentecostali e carismatici* / **AFRICA:** Birgit MEYER, *“Liberato dalle forze oscure”. Confessioni sulle ricchezze ottenute mediante Satana nel Ghana cristiano* / Hansjörg DILGER, *Curare le ferite della modernità. Salvezza, comunità e cura in una chiesa neopentecostale di Dar EsSalaam, Tanzania* / Pino SCHIRRIPIA, *Salute, salvezza, resistenza. Per una lettura politica dei rituali di guarigione nel Ghana contemporaneo* / **OCIDENTE:** Thomas J. CSORDAS, *La retorica della trasformazione nel rituale di guarigione* / Pino SCHIRRIPIA, *Salute, culti carismatici e cultura popolare contemporanea* / **DIASPORE:** Rijk A. VAN DIJK, *Dal campo all'inclusione: discorsi di trans-soggettività nella diaspora pentecostale ghanese* / Marion AUBREÉ, *Un neopentecostalismo brasiliano tra le popolazioni immigrate* / Gilles Bibeau, *le chiese nere di Montréal. Una strada verso la cittadinanza?* / *Bibliografia* / *Fonti* / *Autori*.

[GpI]

Ilaria SIMONELLI - Fabrizio SIMONELLI, *Atlante concettuale della salutogenesi. Modelli e teorie di riferimento per generare salute*, Franco Angeli, Milano,

2010, 143 pp. (collana “Educare alla salute: strumenti percorsi e ricerche”, coordinata da Alberto Pellai)

«Per fare una buona prevenzione e promozione della salute occorre una visione olistica della stessa e dell'uomo, sono necessarie solide teorie di riferimento, si deve costruire un'affascinante alchimia tra scienze e discipline molto diverse tra loro: medicina, sanità pubblica, psicologia, sociologia, pedagogia, antropologia culturale. Nulla come la promozione del benessere è multidisciplinare e richiede che operatori diversi attingano a fonti e modelli diversi l'ispirazione del loro lavoro. [...] Perché la salute si costruisce ininterrottamente da quando nasciamo a quando invecchiamo ed è l'unico capitale sul quale vale davvero la pena investire». Così Alberto Pellai, curatore della collana “Educare alla salute: strumenti, percorsi, ricerche” in cui il testo è inserito, scrive nella prefazione con la speranza che questo manuale-atlante concettuale possa aiutare a promuovere un nuovo modo di progettare interventi, costruire modelli, inventare soluzioni salutogeniche.

A partire dall'approccio salutogenico di Aaron Antonovski – un tipo di pensiero e di azione che, invece di occuparsi dell'insorgenza delle malattie, pone il proprio focus sulla comprensione dei processi salutogenici e sul ruolo degli agenti che li influenzano – gli autori propongono un percorso articolato in quattro aree successive di trattazione: 1) l'approccio salutogenico “classico”, ma anche la sua evoluzione in quello “esteso”, che va inteso come una proposta di lavoro e come un invito ad approfondire il tema a generare ulteriori approfondimenti; 2) una presentazione sintetica degli elementi salienti di altri approcci e modelli teorici di riferimento, significativi per la prospettiva salutogenica e utili a comprendere il tipo di relazione (gli approcci sono elencati in ordine alfabetico e ne vengono delineati la fisio-

nomia e il background, le connotazioni scientifiche, le assonanze con l'approccio salutogenico); 3) l'elaborazione e l'articolazione dei principali *patterns* – o quadri concettuali – della salute, denominati in questo modo – anziché “paradigmi” – per sottolinearne la valenza culturale rispetto a quella scientifica (questa parte è finalizzata ad evidenziare analogie e differenze fra diverse concezioni della salute e ricavarne le principali caratteristiche e implicazioni di ruolo per i diversi attori); 4) in ultimo viene proposto un glossario dei concetti e costrutti rilevanti per la comprensione e l'approfondimento dell'approccio salutogenico. Il glossario è anch'esso presentato in ordine alfabetico e riporta, oltre alle definizioni e ai principali significati assunti, anche qualche considerazione che invita a riflettere sulla loro connessione con l'ottica salutogenica.

Il testo è una sorta di atlante concettuale che offre una navigazione tra approcci e modelli di riferimento (approccio antroposofico, centrato sulla persona, cognitivistico, comportamentistico, ecc.), *patterns* (bio-medico, bio-psico-sociale, della prevenzione e della promozione della salute), concetti e costrutti (autonomia, benessere, capacity building, capitale sociale, empowerment, resilienza, ecc.) riletti secondo le assonanze con l'approccio salutogenico.

Ilaria Simonelli specializzata in Sociologia della salute e degli stili di vita presso l'Università di Bologna, ha completato la propria formazione presso l'Ufficio OMS “Investment for Health and Development” di Venezia. Ha svolto attività di studio e ricerca nel campo del rapporto fra cultura e salute e ha collaborato con aziende sanitarie di diverse regioni italiane.

Fabrizio Simonelli, psicologo e formatore, ha coordinato la costituzione delle Reti regionali “Health promoting hospitals and health services” in Emilia-Roma-

gna e Toscana. Ha svolto attività formative in centri e istituti di diverse regioni italiane e ha pubblicato numerosi articoli su riviste nazionali ed internazionali nel campo della promozione della salute. È direttore del WHO Collaborating Centre for health promotion capacity building in child and adolescent health (Firenze).

[SFI]

Stefania STEFANELLI, *Autodeterminazione e disposizioni sul corpo*, Università degli studi di Perugia, Istituto per gli Studi Economici e Giuridici “Gioacchino Scaduto”, Spin-off della Università degli studi di Perugia, Perugia, 2011, 350 pp. (collana “Monografie di Diritto e Processo” diretta da Antonio Palazzo)

Nell'attuale dibattito antropologico si assiste a una ripresa dei lavori di antropologia del corpo, che talora assume, quale elemento di rilancio e rinnovamento teorico-metodologico, una prospettiva politica, a partire da un ripensamento su base etnografica della categoria filosofica di “biopolitica”. Tuttavia non sempre il dibattito tra filosofia e antropologia medica su questa nozione ha tenuto conto del fondamentale retroterra giuridico su cui essa di volta in volta deve radicarsi. Questo libro costituisce pertanto una utilissima messa a punto giuridica dello stato delle norme e degli studi giuridici sul rapporto fra diritto e corpo umano in Italia e in altri Stati nazionali. Il lavoro esplora, ad esempio, il principio di autodeterminazione, l'effetto “rivoluzionario” della irruzione del corpo nel pensiero giuridico, i confini della libertà tra disponibilità e indisponibilità del diritto sul corpo, la nozione giuridica di “atti di disposizione sul corpo”, le questioni della “dignità” e libertà personale, le determinazioni sulla propria vita, il diritto all'autodeterminazione nella Costituzione italiana. Sono affrontate questioni

di scottante attualità in antropologia medica, quali, ad esempio, l'analisi delle contraddizioni presenti nelle procedure di consenso informato al trattamento medico, nonché la spinosa problematica delle direttive anticipate di trattamento, che confluiscono nella dizione alquanto imprecisa di "testamento biologico". Inoltre è preso in esame il problema del prelievo di organi come dono di sé e della salute e i correlati giuridici del consenso a tale prelievo. Il testo prosegue con una disamina delle normative sull'espianto di organi e si conclude con il tema etico-giuridico dell'aborto e della sepoltura dei prodotti del concepimento. Bastino tali notazioni a segnalare l'importanza di questo rigoroso studio giuridico ai fini di un urgente confronto con le più attente antropologie del corpo. Il testo, infatti, si rivela in grado di contribuire a dipanare, dal versante giuridico, i complicati nessi etico-giuridico-culturali e bio-politico-corporei nei quali spesso si imbattono le ricerche etnografiche contemporanee nel campo dell'antropologia medica.

[GPi]

Giovanna VICARELLI (curatore), *Cura e salute. Prospettive sociologiche*, Carocci Editore, Roma, 2013, 287 pp. (collana Studi superiori)

Curato da Giovanna Vicarelli, professore di Sociologia economica presso l'Università Politecnica delle Marche, questo volume affronta la questione dei processi di mutamento nel campo delle relazioni e delle pratiche di cura nel momento contemporaneo. Otto saggi, preceduti da una *Introduzione* della curatrice, si interrogano sul cambiamento dei sistemi sanitari e della *governance* del campo biomedico in Italia e nei Paesi del cosiddetto "Occidente industrializzato". L'analisi che caratterizza i diversi contributi

risulta molto interessante per gli studiosi di antropologia medica, giacché mette a fuoco le ragioni del declino del welfare e dell'erosione del diritto alla salute – individuate nelle scelte governamentali e politico-economiche del neoliberismo –, a partire dalla attuale crisi economico-sociale. La prospettiva dei contributi è dichiaratamente sociologica e riesce a dare conto, su un piano generale, di fondamentali tendenze in atto nei sistemi sanitari in rapporto al contesto sociale, in una fase di cambiamenti tali da condurre a decisive riconfigurazioni dello stesso concetto di salute, sia dal versante popolare sia da quello istituzionale. A partire da tali premesse sarebbe interessante sviluppare un più stretto dialogo con gli studi antropologico-medici internazionali, soprattutto con gli esiti dei numerosi resoconti etnografici condotti su analoghe tematiche. Tale confronto potrebbe infatti aiutare a meglio comprendere sia la logica di saccheggio del welfare, propria del capitalismo neoliberista contemporaneo, sia le strategie di *agency* e di *embodiment* che emergono dalle esperienze intime e pubbliche di sofferenza e di cura nei contesti occidentali presi in esame.

Indice. Giovanna VICARELLI, *Introduzione* / Mario CARDANO, *Disuguaglianze sociali in salute* / Micol BRONZINI, *Le frontiere indefinite della medicina e la medicalizzazione del vivere* / Mara TOGNETTI BORDOGNA, *Farmacologizzazione: una nuova sfida* / Marco INGROSSO, *La salute fra media e relazione di cura* / Roberto LUSARDI e Sergio MANGHI, *I limiti del sapere tecnico: saperi sociali nella scena della cura* / Willem TOUSIJN, *Dai mezzi ai fini: il nuovo professionalismo* / Emanuele PAVOLINI, *Valutazione e monitoraggio della performance nei sistemi sanitari* / Stefano NERI, *Le politiche sanitarie nell'era della riforma permanente* / Giovanna VICARELLI, *Verso nuove configurazioni del benessere* / Gli autori

[GPi]

AA.VV., *L'acqua in Umbria. Disponibilità, consumo e salute. Le rappresentazioni e gli atteggiamenti dei cittadini, nota introduttiva (Avere a che fare con l'acqua)* di Tullio SEPPILLI, Arpa Umbria, Perugia - Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute, Perugia, 2013, 194 pp. (collana Uomo e Ambiente, diretta da Svedo Piccioni)

Il volume costituisce un nuovo esito della collaborazione fra l'Agenzia di protezione ambientale dell'Umbria e la Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute di Perugia e ha come focus principale la «questione dell'acqua». Il lavoro ha un carattere interdisciplinare per la presenza di studiosi provenienti da settori diversi – geografia, studi giuridici, igiene e medicina preventiva, storia e antropologia del territorio, antropologia medica – privilegiando tuttavia una prospettiva etnografica che tiene conto di una ricerca condotta su scala regionale. Dalla nota introduttiva di Tullio Seppilli, che apre la serie di saggi contenuti nel volume, è possibile tracciare un percorso di analisi partendo proprio dal concetto che «tutto sommato, l'acqua è una sostanza molto semplice». All'interno del testo, gli Autori analizzano i processi storici caratterizzati dallo sfruttamento e dalla trasformazione dell'acqua, le rappresentazioni e le pratiche di consumo da parte dei soggetti, il patrimonio idrico regionale e il suo utilizzo economico, la «“invenzione” delle acque di cura» con la conseguente movimentazione tramite imbottigliamento, le patologie associate e le ricerche condotte sulla qualità dell'acqua, la disciplina nazionale e le conseguenze sulle «modalità di gestione dei servizi pubblici locali». In tal modo emerge la complessità di questo “bene comune” per il quale anche il “semplice” gesto del bere quotidiano può diventare un “atto politico”. Di particolare interesse la ricerca an-

tropologica condotta da Maya Pellicciari e Sabrina Flamini sul territorio umbro. Essa costituisce l'asse centrale del volume in quanto inchiesta antropologicavolta a sondare il rapporto tra i cittadini umbri e l'acqua. Attraverso una serie di interviste etnografiche condotte in diversi Comuni, la ricerca mostra come la scelta tra l'approvvigionamento alla fonte, l'acqua in bottiglia e l'utilizzo della rete idrica costituisca un processo «mediato, meditato, intimamente e socialmente elaborato». Le molteplici voci dei cittadini “attivi” intervistati a proposito dell'acqua come “bene comune” consentono di osservare nella loro genesi le forme quotidiane della partecipazione democratica, in particolare per quanto riguarda la vicenda del referendum del 12 e 13 giugno 2011. Emerge un quadro politico di sfiducia da parte della cittadinanza nei confronti delle forze politiche che ha innescato un movimento popolare di democrazia partecipativa. Come descritto dalle Autrici, pertanto, all'interno dell'indagine antropologica «l'acqua costituisce una lente privilegiata attraverso cui osservare le dinamiche della partecipazione, soprattutto se letta nella sua declinazione di bene comune».

Indice. Tullio SEPPILLI, *Avere a che fare con l'acqua: una nota introduttiva* / Sabrina FLAMINI - Maya PELLICCIARI, *I cittadini, l'acqua, il “bene comune”: una ricerca antropologica nel territorio umbro* / Alberto MELELLI - Fabio FATICHENTI, *Bacini idrografici e sfruttamento delle acque in Umbria. Tra passato e presente. Percorsi di ricerca, problemi, proposte* / Luciano GIACCHÈ, *Acque alimentari e acque medicinali* / Lamberto BRIZIARELLI - Giuseppe MASANOTTI, *Acqua e salute in Umbria* / Luca CRUCIANI, *Il servizio idrico integrato: la disciplina nazionale e le sue ricadute in Umbria*.

[FLMa]

09. Tesi universitarie

Vengono indicate in questa sezione dell'Osservatorio – soprattutto per quanto riguarda le università italiane – le tesi universitarie di vario tipo e livello (diploma, laurea, specializzazione, master, dottorato, ...) concernenti tematiche in vario modo connesse all'antropologia medica. Anno di riferimento iniziale per la rilevazione: 1990.

Le tesi sono anzitutto classificate in base alle università e ai dipartimenti (o istituti o centri di ricerca e/o cattedre) cioè, in sostanza, in base alle sedi presso cui esse sono state elaborate. Per ciascuna di queste sedi, ordinate alfabeticamente, le tesi vengono organizzate in base al loro livello (diploma, laurea, specializzazione, master, dottorato, ...) e, per ogni livello, in base all'ordine alfabetico degli autori. Di ciascuna tesi vengono fornite le seguenti informazioni: autore / relatore o tutor / titolo e sottotitolo / denominazione del corso di laurea o della scuola di specializzazione o del master o del dottorato, e della relativa facoltà e università / anno in cui la tesi è stata discussa.

Facciamo appello a collaboratori e lettori della rivista affinché – tenendo conto del quadro di informazioni che vorremmo fornire – ci diano notizia di tesi tematicamente connesse all'antropologia medica discusse di recente presso università italiane o straniere.

■ *Alma Mater Studiorum, Università di Bologna*

□ tesi di laurea magistrale o specialistica

RICCÒ Isabella, FRANCESCHI Zelda Alice (relatore), *Guarire per "credere". Un'analisi antropologica sui guaritori dell'Appennino parmense*, Corso di laurea in antropologia culturale ed etnologia, Facoltà di lettere e filosofia, 2011.

□ tesi di master

PURIFICATO Sara - PERAZZINI Susanna - RUSSI Maria Rosaria - CANTARUTTI Maria Lisa, SEPPILLI Tullio (tutor), *Narrare il "dirsi addio": riti tradizioni e usanze nel vissuto di chi resta*, Master universitario

di I livello medicina palliativa: modelli organizzativi, ricerca, leadership, Facoltà di medicina e chirurgia - Accademia delle Scienze di Medicina Palliativa. Ricerca e Formazione (Bentivoglio, provincia di Bologna), 2011.

■ *Sapienza Università di Roma, Dipartimento delle Scienze dei Segni, degli Spazi e delle Culture (fino al 2010) e Dipartimento Storia Culture Religioni (dal luglio 2010)*

⇒ per un precedente elenco di tesi prodotte in questa istituzione e nelle precedenti definizioni istituzionali vedi *AM* nn. 1-2, 3-4, 5-6, 7-8, 15-16, 21-26

□ tesi di laurea magistrale o specialistica

ADAMI Desiré, SCHIRRIPA Pino (relatore), *Donne ai margini. La fistola ostetrica secondo una prospettiva antropologica: un problema di violenza strutturale*, Corso di laurea magistrale in discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2011.

ANGELI Serena, SCHIRRIPA Pino (relatore), *Maicelot e Tsebel: l'acqua che guarisce. Indagine etnografica sulle fonti di acqua santa a Mekelle, Etiopia*, Corso di laurea magistrale in discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2011.

BALESTRINI Marta, SCHIRRIPA Pino (relatore), *Le vie del sangue a Mekelle (Tigray-Etiopia). Percezioni, dono, mercato*, Corso di laurea magistrale in discipline etnoantropologiche, Facoltà di Filosofia, Lettere, Scienze Umanistiche e Studi Orientali, 2011.

BONETTI Brunella, SCHIRRIPA Pino (relatore), *L'antropologo e la memoria traumatica dei richiedenti asilo. Implicazioni, limiti e prospettive di un nuovo ruolo*, Corso di laurea magistrale in discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2011.

BRUNI Emanuele, SCHIRRIPA Pino (relatore), *Concezioni nosologiche locali e biomedicina a Mekelle (Tigray, Etiopia)*, Corso di laurea magistrale in discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2009.

CAROSELLI Serena, LUPO Alessandro (relatore), *Salute interculturale tra gli Aymara del Cile settentrionale*, corso di laurea specialistica in Discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2013.

CASALINUOVO Chiara, LUPO Alessandro (relatore), *Il mondo intorno ai malati di Alzheimer: uno sguardo antropologico sui rapporti assistenziali*, corso di laurea specialistica in Discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2013.

CIOFFREDI Mariagiovanna, LUPO Alessandro (relatore), *Etnografia di un'intolleranza alimentare: la celiachia*, corso di laurea specialistica in Discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2013.

CONTI Alessandra, LUPO Alessandro (relatore), *L'intervento sociosanitario nei casi di violenza di genere: pratiche di accoglienza all'interno di un pronto soccorso*, corso di laurea specialistica in Discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2013.

CORATTI Arianna, LUPO Alessandro (relatore), *"Amamantar es amar". Maternità e allattamento tra i Maya dello Yucatán (Messico)*, corso di laurea specialistica in Discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2013.

COSENTINO Chiara, LUPO Alessandro (relatore), *"No soy un animal" Un'etnografia sull'autodeterminazione riproduttiva in situazioni di violenza tra le donne nahua della Sierra Norte de Puebla, Messico*, corso di laurea specialistica in Discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2013.

COSTANTINI Osvaldo, SCHIRRIPA Pino (relatore), *I rifugiati eritrei negli spazi occupati a Roma. Pratiche e narrazioni*, Corso di laurea magistrale in discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2011.

COVER Ilaria, LUPO Alessandro (relatore), *La lettura come cura amorevole. Un percorso di biblioterapia con gli anziani del Policlinico Italia*, corso di laurea specialistica in Discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2010.

CRISTALLO Joelle Anna, SCHIRRIPA Pino (relatore), *Pericolosi a sé, agli altri e di pubblico scandalo. Storie di donne e di uomini custoditi e curati nel manicomio provinciale di Girifalco*, Corso di laurea magistrale in discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2013.

D'ANGELO Hélène, LUPO Alessandro (relatore), *Le concezioni e la gestione della disabilità fisica a Oaxaca de Juárez: Stato, società civile, agentività*, corso di laurea specialistica in Discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2013.

D'EREDITÀ Cristina, LUPO Alessandro (relatore), "El silencio que mata". *Analisi delle politiche sanitarie in materia di cancro cervico-uterino negli Altipiani del Chiapas, Messico*, corso di laurea specialistica in Discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2013.

D'ONOFRIO Chiara, LUPO Alessandro (relatore), *Antropologia a domicilio. Etnografia dell'assistenza domiciliare infermieristica nel territorio di una ASL romana*, corso di laurea specialistica in Discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2009.

DE SILVA Virginia, SCHIRRIPA Pino (relatore), *Curare a Wukro. Pratiche di gestione e rappresentazioni della malattia in una città del Tigray*, Corso di laurea magistrale in discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2012.

DE SIMONE Simone, SCHIRRIPA Pino (relatore), *Persone senza dimora a Roma. Un viaggio etnografico dalle sponde del Tevere agli ambulatori I.N.M.P.*, Corso di laurea magistrale in discipline etnoantropologiche, Facoltà di Filosofia, Lettere, Scienze Umanistiche e Studi Orientali, 2011.

DI GENOVA Serena, SCHIRRIPA Pino (relatore), *Decode Genetics tra questioni di bioetica e retoriche identitarie. Il caso della comunità (genetica) immaginata islandese*, Corso di laurea magistrale in discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2008.

DONAT Lidia, LUPO Alessandro (relatore), *Teologia india e Salud Comunitaria in un pueblo nahua del sud di Veracruz*, corso di laurea specialistica in Discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2011.

ERMETI Fiorella, LUPO Alessandro (relatore), *Uno sguardo critico sull'interculturalità in salute: il caso dell'ipertensione tra i Mapuche di Boroa*, corso di laurea specialistica in Discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2012.

FORNI Silvia, SCHIRRIPA Pino (relatore), *Tra accoglienza e pratica clinica. Un'esperienza etnografica presso il SaMiFo*, Corso di laurea magistrale in discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2011.

GABALLO Agnese, SCHIRRIPA Pino (relatore), *Crescere a Mekelle. Esperienze d'infanzia in una città del Tigray-Etiopia*, Corso di laurea magistrale in discipline etnoantropologiche, Facoltà di Filosofia, Lettere, Scienze Umanistiche e Studi Orientali, 2013.

GARUTTI REPETTO Barbara, SCHIRRIPA Pino (relatore), *Agonia e Liberazione nella tratta delle donne. Uno sguardo antropologico*, Corso di laurea magistrale in discipline etnoantropologiche, Facoltà di Filosofia, Lettere, Scienze Umanistiche e Studi Orientali, 2012.

GIUSTINI Francesca, SCHIRRIPA Pino (relatore), *Narrare il trauma: come raccontano gli eventi i richiedenti asilo nigeriani*, Corso di laurea magistrale in discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2011.

IORIO Sivia, LUPO Alessandro (relatore), *Dal 'susto' al diabete. Categorie diagnostiche e conoscenze mediche in una comunità nahua della Sierra di Puebla (Messico)*, corso di laurea specialistica in Discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2011.

LANINI Federica, LUPO Alessandro (relatore), *Il parto cesareo: una ricerca etnografica a Roma*, corso di laurea specialistica in Discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2010.

LEONE Marianna, LUPO Alessandro (relatore), *"La rete sociale". Studio antropologico di un modello di assistenza socio-sanitaria per madri e bambini in difficoltà*, corso di laurea specialistica in Discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2013.

LONGO Roberto, SCHIRRIPA Pino (relatore), *Lo spettacolo privato. Ebrei internati nel*

manicomio a Roma, Corso di laurea magistrale in discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2008.

LUPA PALMIERI Angela, SCHIRRIPA Pino (relatore), *“Io mi curo da solo”. Credenze, saperi e pratiche di cura nei confini dello spazio domestico a Mekelle*, Corso di laurea magistrale in discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2013.

MARRA Ernesto, LUPO Alessandro (relatore), *Istituzioni, associazioni e dono del sangue: il caso di un centro trasfusionale toscano*, corso di laurea specialistica in Discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2011.

MARTINO Anastasia, LUPO Alessandro (relatore), *Le politiche sanitarie pubbliche nelle comunità indigene dello Yucatán: il caso dell'interculturalità*, corso di laurea specialistica in Discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2010.

MASSA Aurora, SCHIRRIPA Pino (relatore), *Itinerari terapeutici, gestione della malattia e disuguaglianze sociali a Mekelle*, Corso di laurea magistrale in discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2009.

MELONI Elena, SCHIRRIPA Pino (relatore), *Stigma e sessualità: il significato sociale delle malattie ai genitali a Mekelle, Etiopia*, Corso di laurea magistrale in discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2010.

MITOLA Michela, LUPO Alessandro (relatore), *Il corpo di Pandora. Trapianti di cuore al San Camillo*, corso di laurea specialistica in Discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2010.

MOLINARO Mariangela, SCHIRRIPA Pino (relatore), *La manipolazione politica delle memorie traumatiche: dai colloqui psicologici alle audizioni nelle commissioni territoriali. Un'etnografia di un'istituzione romana*, Corso di laurea magistrale in discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2012.

MONTALDI Massimo, SCHIRRIPA Pino (relatore), *Etnografia della sofferenza mentale: politiche di accoglienza e di cura in un centro di salute mentale nel nord-est di Roma*, Corso di laurea magistrale in discipline etnoantropologiche, Facoltà di Filosofia, Lettere, Scienze Umanistiche e Studi Orientali, 2013.

PALUMBO Alessandra, LUPO Alessandro (relatore), *Il servizio di assistenza domiciliare ortopedica nel Municipio XVII di Roma*, corso di laurea specialistica in Discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2010.

PASQUAZZI Fabiana, SCHIRRIPA Pino (relatore), *Gravidanza e parto ai tempi di internet*, Corso di laurea magistrale in discipline etnoantropologiche, Facoltà di Filosofia, Lettere, Scienze Umanistiche e Studi Orientali, 2012.

PINI Mauro, LUPO Alessandro (relatore), *“Drogati d'azzardo”? Prospettive antropologiche e ricerca etnografica su una presunta malattia*, corso di laurea specialistica in Discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2011.

PIZZUTI Carol, SCHIRRIPA Pino (relatore), *Nascere e Partorire. Un'etnografia in alcune realtà sanitarie del Lazio*, Corso di laurea magistrale in discipline etnoantropologiche, Facoltà di Filosofia, Lettere, Scienze Umanistiche e Studi Orientali, 2011.

PUATO Valentina, SCHIRRIPA Pino (relatore), Nebsen, sheyten, zahadra: *uno studio antropologico sulla prostituzione a Mekelle (Etiopia)*, Corso di laurea magistrale in discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2009.

REPARATO Parsifal, SCHIRRIPA Pino (relatore), *Esperienze di malattia e percorsi terapeutici nella Santeria Cubana riguardo l'HIV/AIDS. Una prospettiva di antropologia visuale*, Corso di laurea magistrale in discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2010.

RIZZONI Giulio, LUPO Alessandro (relatore), *Gli itinerari terapeutici di pazienti affetti da diabete mellito di tipo 2 nella comunità indigena di San Mateo del Mar (Oaxaca)*, corso di laurea specialistica in Discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2011.

ROLLO Irene, LUPO Alessandro (relatore), *Rappresentazioni del dolore. Uno sguardo antropologico sull'esperienza della malattia*, corso di laurea specialistica in Discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2011.

ROMITO Carla, SCHIRRIPA Pino (relatore), *Certificare il trauma. Il colloquio psicodiagnosticso rivolto a persone richiedenti asilo*, Corso di laurea magistrale in discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2011.

ROMUALDI Valentina, SCHIRRIPA Pino (relatore), *“Non si può essere immigrati per sempre”*, Corso di laurea magistrale in discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2011.

SALOME Giovanna, LUPO Alessandro (relatore), *“Le Drame”: percezione e costruzione sociale di una catastrofe in Martinica*, corso di laurea specialistica in Discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2009.

SALVI Stefano, LUPO Alessandro (relatore), *Medico di base, medico di famiglia. Un'indagine antropologica della medicina territoriale in un quartiere di Roma*, corso di laurea specialistica in Discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2011.

SARTORI Valentina, SCHIRRIPA Pino (relatore), *Nascere a Tanga. Salute materna e riproduttiva e itinerari terapeutici nel distretto di Tanga, Tanzania*, Corso di laurea magistrale in discipline etnoantropologiche, Facoltà di Lettere e Filosofia, 2008.

SCIPPA Silvia, LUPO Alessandro (relatore), *Dal ‘susto’ alla tubercolosi. Pluralismo medico a Santiago Yancuiclalpan (Sierra Norte de Puebla, Messico)*, corso di laurea speciali-

stica in Discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2011.

TABACCO Giacomo, LUPO Alessandro (relatore), *La salute ignorata: strategie e complessità in un'area industriale di Jakarta*, corso di laurea specialistica in Discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2011.

TALLARICO Serena, LUPO Alessandro (relatore), *Etnografia dell'accompagnamento alla morte tra Biomedicina e Buddismo*, corso di laurea specialistica in Discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2009.

TAVANI Lidia, LUPO Alessandro (relatore), *Biomedicina e medicine non convenzionali nella pediatria di base a Roma: un percorso di ricerca etnografica*, corso di laurea specialistica in Discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2011.

TOMMOLILLO Niso, SCHIRRIPA Pino (relatore), *La viscosa di via Prenestina*, Corso di laurea magistrale in discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2013.

TORANI Matteo, LUPO Alessandro (relatore), *Medicina tradizionale e migrazione in una comunità indigena del Michoacán*, corso di laurea specialistica in Discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2010.

VALENTI Giorgia, LUPO Alessandro (relatore), *Percezione, rappresentazione e gestione terapeutica del cancro cervico-uterino tra le donne indigene dello Yucatán*, corso di laurea specialistica in Discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2010.

VALERIO Antonella, SCHIRRIPA Pino (relatore), *Come si auto-rappresentano le pazienti anoressico-bulimiche: analisi di alcuni racconti*, Corso di laurea magistrale in discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2012.

VALIENTE ECHEZARRETA Ester, LUPO Alessandro (relatore), *Il corpo smembrato: una riflessione antropologica sulla donazione*

d'organi, corso di laurea specialistica in Discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2011.

VARCASIA Sara, LUPO Alessandro (relatore), *La maternità tra esperienza e istituzione*, corso di laurea specialistica in Discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2013.

VIGLIONE Ramona, LUPO Alessandro (relatore), *La sessualità delle "seconde generazioni": prospettive antropologiche*, corso di laurea specialistica in Discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2012.

VILLANUCCI Alessia, SCHIRRIPIA Pino (relatore), Doctor, Hakim e Mama: *pluralismo medico e mercato delle terapie a Mekelle*, Corso di laurea magistrale in discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2009.

VISCHETTI Elisa, SCHIRRIPIA Pino (relatore), *Strade senza corsie. Configurazione dell'offerta terapeutica presso la città di Aksum, Etiopia*, Corso di laurea magistrale in discipline etnoantropologiche, Facoltà di Filosofia, Lettere, Scienze Umanistiche e Studi Orientali, 2012.

ZEMA Mariangela, SCHIRRIPIA Pino (relatore), *Le vie della nutrizione. Conoscenze e pratiche dell'alimentazione della prima infanzia a Mekelle*, Corso di laurea magistrale in discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2012.

□ tesi di dottorato

CERBINI Francesca, GUTIÉRREZ ESTÉVEZ Manuel - LUPO Alessandro (tutors), *La Casa de Jabón: Etnografía de una cárcel Boliviana*, tesi in cotutela tra il Doctorado en sociedades americanas: caracteres históricos y antropológicos della Universidad Complutense de Madrid e il Dottorato di ricerca in etnologia ed etnoantropologia della Sapienza Università di Roma (equiparato al XXIII ciclo), 2011.

COTTINO Gaia, FARANDA Laura - PAVANELLO Mariano (tutors), *Il peso del corpo: un'analisi antropologica dell'obesità a Tonga*, Dottorato di ricerca in etnologia ed etnoantropologia (XXIII ciclo), 2011.

CRISTOFORI Silvia, SCHIRRIPIA Pino (tutor), Balokole: *i salvati. Il movimento pentecostale nel post-etnocidio ruandese*, Dottorato di ricerca in etnologia ed etnoantropologia, XXII ciclo, Facoltà di lettere e filosofia, 2009.

EUGENI Erica, LUPO Alessandro - SCHIRRIPIA Pino (tutors), *Fare Salute Pubblica: territori, risorse, istituzioni in un'area di Roma*, Dottorato di ricerca in etnologia ed etnoantropologia XXIII ciclo, Facoltà di Lettere e Filosofia, 2010.

FANTAUZZI Annamaria, DEI Fabio - YACINE Tassadit (tutors), "Un inter-esse problematico". *Etno-antropologia della donazione del sangue tra gli immigrati marocchini di Torino*, tesi in cotutela tra l'Ecole des hautes études en sciences sociales, Paris, e il Dottorato di ricerca in etnologia ed etnoantropologia della Sapienza Università di Roma (XX ciclo), 2008.

MANCINI Luca, DEI Fabio (tutor), *Donatori e istituzioni: antropologia del sistema sangue in Toscana*, Dottorato di ricerca in etnologia ed etnoantropologia (XXIV ciclo), 2012.

PASQUARELLI Elisa, LUPO Alessandro (tutor), *Dalla malattia di Alzheimer al Mild Cognitive Impairment: il declino cognitivo fra etnoantropologia, storia e pratiche biomediche*, Dottorato di ricerca in etnologia ed etnoantropologia (XXIV ciclo), 2012.

■ Università Ca' Foscari Venezia

□ tesi di laurea triennale

BRUSEGAN Adele, COZZI Donatella (relatore), *Dentro la casa di riposo. Una riflessione su spazio e anziani*, Corso di laurea triennale in Lettere, Facoltà di Lettere e Filosofia, 2009.

MAORET Valentina, COZZI Donatella (relatore), *L'ospedalizzazione del parto nel Feltrino*, Corso di laurea triennale in Lettere, Facoltà di Lettere e Filosofia, 2007.

□ tesi di laurea magistrale o specialistica

BARBERI Laura, COZZI Donatella (relatore), *Operatori dei call center: non solo una voce (Ricerca etnografica in Italia, tra i "forzati" di un lavoro virtuale)*, Corso di laurea magistrale in Antropologia culturale, etnologia, etnolinguistica, Facoltà di Lettere e Filosofia, 2010.

BIASIATO Cecilia, COZZI Donatella (relatore), *I rischi del mestiere. Percezione del rischio sul lavoro nelle narrazioni di un gruppo di operai in un cantiere navale di Venezia*, Corso di laurea magistrale in Antropologia culturale, etnologia, etnolinguistica, Facoltà di Lettere e Filosofia, 2007.

BORIN Alessandra, COZZI Donatella (relatore), *Osservare la transizione. Come i pre-adolescenti abitano i corpi e gli spazi*, Corso di laurea magistrale in Antropologia culturale, etnologia, etnolinguistica, Facoltà di Lettere e Filosofia, 2011.

CALAVIN Marcella, COZZI Donatella (relatore), *Embodied action, enacted bodies: la ridefinizione del corpo nel diabete giovanile*, Corso di laurea magistrale in Antropologia culturale, etnologia, etnolinguistica, Facoltà di Lettere e Filosofia, 2011.

DI BORTOLO MEL Erika, COZZI Donatella (relatore), *La secrezione critica. Una lettura antropologica del sudore*, Corso di Laurea specialistica in Antropologia culturale, Facoltà di Lettere e Filosofia, 2007.

DI GIULIO Elisa, COZZI Donatella (relatore), *Approcci alternativi alla psichiatria classica in Ungheria*, Corso di laurea magistrale in Antropologia culturale, etnologia, etnolinguistica, Facoltà di Lettere e Filosofia, 2011.

GUERRA Paola, COZZI Donatella (relatore), *Soffrire lontano: storia di disagio e di*

migrazione tra perdite e affiliazioni, Corso di Laurea specialistica in Antropologia culturale, Facoltà di Lettere e Filosofia, 2006.

LONGO Federico, COZZI Donatella (relatore), *Rifugiati e salute: una relazione ambigua*, Corso di laurea magistrale in Antropologia culturale, etnologia, etnolinguistica, Facoltà di Lettere e Filosofia, 2009.

MANTOVANI Silvia, COZZI Donatella (relatore), *Listen to the ill. Pratiche narrative e strategie di elaborazione dell'esperienza di cronicità di donne affette da Lupus: corpo, relazioni, quotidiano*, Corso di laurea magistrale in Antropologia culturale, etnologia, etnolinguistica, Facoltà di Lettere e Filosofia, 2011.

MARZARI Francesca, COZZI Donatella (relatore), *Il lavoro delle cooperative nei centri di salute mentale di Trieste*, Corso di laurea magistrale in Antropologia culturale, etnologia, etnolinguistica, Facoltà di Lettere e Filosofia, 2010.

MICHIELAN Annamaria, COZZI Donatella (relatore), *Madri altrove. Donne immigrate e maternità in uno spazio di cura italiano*, Corso di Laurea specialistica in Antropologia culturale, Facoltà di Lettere e Filosofia, 2004.

PICCO Beatrice, COZZI Donatella (relatore), *Essere volontario: analisi dell'esperienza vissuta all'interno di un reparto di pediatria*, Corso di laurea magistrale in Antropologia culturale, etnologia, etnolinguistica, Facoltà di Lettere e Filosofia, 2007.

TAMBURINI Marianna, COZZI Donatella (relatore), *"Ya no soy niña, ya soy una mujer, hasta soy madre". Sessualità e salute riproduttiva. Una ricerca tra le donne Sutiaba (Léon, Nicaragua)*, Corso di laurea magistrale in Antropologia culturale, etnologia, etnolinguistica, Facoltà di Lettere e Filosofia, 2008.

URLI Nadia, COZZI Donatella (relatore), *Concetti maturi e pratiche imperfette: Infermieri e caring in un centro di salute mentale*,

Corso di laurea magistrale in Antropologia culturale, etnologia, etnolinguistica, Facoltà di Lettere e Filosofia, 2011.

VIEZZI Chiara, COZZI Donatella (relatore), *Racconti di sofferenza e nostalgia. L'esperienza dell'esilio di rifugiati e richiedenti asilo a Birmingham*, Corso di laurea magistrale in Antropologia culturale, etnologia, etnolinguistica, Facoltà di Lettere e Filosofia, 2007.

■ *Università degli studi di Messina, Dipartimento di scienze cognitive della formazione e degli studi culturali*

FICHERA Fabio, BOLOGNARI Mario (tutor), *Akkam naga? Potere e modernità. Le pratiche della malattia, della povertà e della sventura tra gli Arsi Oromo di Shala (Etiopia)*, Dottorato di ricerca in antropologia e studi storico-linguistici (XXV ciclo), Università degli studi di Messina, 2012.

■ *Università degli studi di Napoli "Federico II", Dipartimento di sociologia*

⇒ per un precedente elenco di tesi prodotte in questa istituzione vedi AM nn. 21-26

□ *tesi di laurea magistrale o specialistica*

CASTROCANI Lucio, RANISIO Gianfranca (relatrice), *Ippocrate o Frankenstein? Etnografia tra i trapiantati d'organi*, Corso di laurea magistrale in antropologia culturale ed etnologia, Facoltà di sociologia, 2010.

FIGURELLI Attilio Pio, RANISIO Gianfranca (relatrice), *Gli studi sulla medicina popolare in Puglia. L'opera di Saverio La Sorsa*, Corso di laurea magistrale in antropologia culturale ed etnologia, Facoltà di sociologia, 2011.

MATASSA Alessandra, RANISIO Gianfranca (relatrice), *Uno sguardo antropologico*

sull'Alzheimer, Corso di laurea specialistica in antropologia culturale ed etnologia, Facoltà di sociologia, 2011.

PUGLIESE Giuseppina, RANISIO Gianfranca (relatrice), *La salute del bambino immigrato: un'esperienza di ricerca in un ospedale pediatrico*, Corso di laurea magistrale in antropologia culturale ed etnologia, Facoltà di sociologia, 2011.

■ *Università degli studi di Napoli "L'Orientale", Dipartimento di scienze sociali*

CAPUTO Carlotta, SIGNORELLI Amalia (tutor), *Emergenza rifiuti e rifiuto dell'emergenza. Un'etnografia del caso di Terzigno*, Dottorato di ricerca in scienze antropologiche e analisi dei mutamenti culturali (VII ciclo - nuova serie), 2010.

■ *Università degli studi di Perugia, Dipartimento Istituzioni e società*

□ *tesi di laurea magistrale o specialistica*

DOTTORI Stefano, BONERBA Giuseppina (relatore), *La sofferenza nella fotografia / Suffering in photography*, Corso di laurea magistrale in comunicazione multimediale, Facoltà di lettere e filosofia, 2010.

■ *Università degli studi di Perugia, Dipartimento di scienze umane e della formazione*

□ *tesi di laurea magistrale o specialistica*

PERUGINO Giovanna Irene, MAZZESCHI Claudia (relatore), *"Carte da legare": subordinazione della "cura" alla custodia del malato di mente negli ex ospedali psichiatrici italiani. Il nosocomio psichiatrico perugino: analisi di alcune cartelle cliniche*, Corso

di laurea magistrale in consulenza pedagogica e coordinamento di interventi formativi, Facoltà di scienze della formazione primaria, 2012.

■ *Università degli studi di Perugia, Dipartimento di specialità medico-chirurgiche e sanità pubblica*

□ tesi di dottorato

FLAMINI Sabrina, SEPPILLI Tullio (tutor), *Gruppo, narrazione e percorsi di salute. L'approccio bio-psico-sociale nell'esperienza del Servizio di psiconcologia di Perugia*, Dottorato di ricerca in educazione sanitaria (XXIII ciclo), 2010.

■ *Università degli studi di Perugia, Dipartimento Istituzioni e società*

□ tesi di laurea

DOTTORI Stefano - BONERBA Giuseppina (relatore), *La sofferenza nella fotografia / Suffering in photography*, Corso di laurea magistrale in comunicazione multimediale, Facoltà di lettere e filosofia, 2010.

■ *Università degli studi di Perugia, Sezione antropologica del Dipartimento Uomo & Territorio*

⇒ per un precedente elenco di tesi prodotte in questa istituzione e nelle precedenti definizioni istituzionali vedi AM nn. 1-2, 3-4, 5-6, 7-8, 9-10, 15-16, 21-26,

□ tesi di laurea magistrale o specialistica

ARCURI Margherita, RITACCO Innocenza (relatore), *Aspetti psicosociali dell'ortoressia: l'ossessione del mangiare sano*, Corso di laurea magistrale in antropologia culturale

e etnologia, Facoltà di lettere e filosofia, 2013.

ASTROLOGO Federico, PIZZA Giovanni (relatore), *Estasi, trance e metamorfosi nelle fonti medievali islandesi*, Corso di laurea magistrale in antropologia culturale e etnologia, Facoltà di lettere e filosofia, 2011.

BARBATO Manuel, MINELLI Massimiliano (relatore), *Confessare la malattia. Analisi di tre scritti autobiografici*, Corso di laurea magistrale in antropologia culturale ed etnologia, Facoltà di lettere e filosofia, 2009.

BOVA Angela, PIZZA Giovanni (relatore), *Inquinamento ambientale, patologie tumorali, diritto alla salute. Una ricerca antropologica in due comuni calabresi*, corso di laurea magistrale in antropologia culturale ed etnologia, Facoltà di lettere e filosofia, 2010.

CAPRIOLA Margherita, MINELLI Massimiliano (relatore), *Radio Nikosia: "trasmettendo dalla follia". Nuove politiche sociali contro lo stigma nelle strategie di comunicazione di una radio spagnola (Barcellona, Spagna)*, Corso di laurea magistrale in antropologia culturale ed etnologia, Facoltà di lettere e filosofia, 2011.

CREMONTE Laura, MINELLI Massimiliano (relatore), *Migranti e diritto alla salute. Etnografia di pratiche, discorsi e relazioni in un ambulatorio medico dedicato ad utenti stranieri*, Corso di laurea magistrale in antropologia culturale ed etnologia, Facoltà di lettere e filosofia, 2010.

DE LUCA Diana - PAPA Cristina (relatore), *Deep ecology ed eco-pratiche. Indagine etnografica della comunità di Pratele (Comune di Gubbio)*, Corso di laurea magistrale in antropologia culturale ed etnologia, Facoltà di lettere e filosofia, 2013.

DI MAMBRO Alfio, MINELLI Massimiliano (relatore), *Antropologi e welfare: una indagine etnografica su usi sociali del sapere antropologico e prospettive per una professio-*

ne, Corso di laurea magistrale in antropologia culturale ed etnologia, Facoltà di lettere e filosofia, 2011.

FRONDUTI Giacomo, PIZZA Giovanni (relatore), *Ridurre il danno nelle dipendenze. Una ricerca etnografica in un centro "a bassa soglia" nella città di Perugia*, Corso di laurea magistrale in antropologia culturale ed etnologia, Facoltà di lettere e filosofia, 2013.

LANZI Federica, MINELLI Massimiliano (relatore), *Sofferenza sociale e ridefinizioni del sé. Itinerario etnografico attraverso la "malattia cronica" in contesti domestici*, Corso di laurea magistrale in antropologia culturale ed etnologia, Facoltà di lettere e filosofia, 2010.

LO BOSCO Maria Concetta, MINELLI Massimiliano (relatore), *Una lettura antropologica di una disputa scientifica. L'approccio neurale all'intersoggettività nella ricerca sui neuroni specchio*, Corso di laurea magistrale in antropologia culturale ed etnologia, Facoltà di lettere e filosofia, 2011.

LOCE MANDES Fabrizio, MINELLI Massimiliano (relatore), *Forme comunicative e confronto politico in due associazioni aderenti all'Ente nazionale sordi di Perugia*, Corso di laurea magistrale in antropologia culturale ed etnologia, Facoltà di lettere e filosofia, 2011.

MARIOTTI Luca, PIZZA Giovanni (relatore), *Il tempo della malattia. Etnografia di un centro diurno Alzheimer*, Corso di laurea magistrale in antropologia culturale ed etnologia, Facoltà di lettere e filosofia, 2010.

MUSCIO Veronica, MINELLI Massimiliano (relatore), *I gesti e i ritmi della morte. Ernesto de Martino e il lamento funebre lucano*, Corso di laurea magistrale in antropologia culturale ed etnologia, Facoltà di lettere e filosofia, 2012.

PASQUARELLI Elisa, PIZZA Giovanni (relatore) SEPPILLI Tullio (co-relatore), *Etnografia di una etnografia: resoconto di una indagine antropologica condotta in collaborazione con Helle Johannessen presso il Day hospi-*

tal oncologico di due ospedali in Toscana / Ethnography of and ethnography: account of a field work with Helle Johannessen in two oncological day hospitals in Tuscany, Corso di laurea specialistica in conservazione dei beni culturali, Facoltà di lettere e filosofia, 2008.

SPINI Eleonora, MINELLI Massimiliano (relatore), *Pratiche creative e sperimentazione in due laboratori di produzione di immagini nel Dipartimento di salute mentale della ASL 1 della Regione dell'Umbria*, Corso di laurea specialistica in Scienze antropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2010.

VERRINA Gabriella, MINELLI Massimiliano (relatore), *La malattia tra crisi ed opportunità. Il percorso di cura secondo l'istituto di ricerca clinica in psicosomatica psicanalitica Arminda Aberastury*, Corso di laurea magistrale in antropologia culturale ed etnologia, Facoltà di lettere e filosofia, 2013.

□ tesi di dottorato

ALUNNI Lorenzo, PIZZA Giovanni (tutor), *La cura e lo sgombero. Etnografia dell'intervento sanitario nei campi rom di Roma*, Dottorato di ricerca internazionale in etnologia e antropologia (AEDE), Università degli Studi di Perugia - Université Paris Ouest Nanterre La Défense, 2012.

MOSCA Luigi, PIZZA Giovanni (tutor), *Immigrazione, salute, territorio. Il fenomeno migratorio e i suoi aspetti sanitari nella provincia di Caserta*, Dottorato di ricerca internazionale in etnologia e antropologia (AEDE), Università degli Studi di Perugia - Université Libre de Bruxelles, 2011.

RAVENDA Andrea F., FALTERI Paola (tutor), *Paradigmi migratori. Una ricerca etnografica sui centri di permanenza temporanea in Puglia*, Dottorato in metodologie della ricerca etnoantropologica (XXI ciclo), Università degli studi di Siena [sede amministrativa] - Università degli studi di Cagliari - Università degli studi di Perugia [sedi consorziate], 2009.

□ tesi di specializzazione

SINISCALCHI Chiara, PIZZA GIOVANNI (relatore), "Uocchie, maluocchie...". Il malocchio nel Vallo di Lauro (provincia di Avellino), Scuola di specializzazione in beni demoetnoantropologici, Facoltà di lettere e filosofia, Università degli studi di Perugia [sede amministrativa], Alma Mater Studiorum Università di Bologna - Università degli studi di Firenze - Università degli studi di Siena - Università degli studi di Torino [sedi consorziate], 2013.

■ *Università degli studi di Siena, Istituto italiano di scienze umane, Scuola superiore di studi umanistici*

□ tesi di dottorato

COLA Mirna, CLEMENTE Pietro (tutor), *Ragionevolmente differenti. Una riflessione antropologica sulla Sindrome di Asperger*, Dottorato di ricerca in antropologia storia e teoria della cultura (XXIII ciclo), 2010.

In memoria di Ferruccio Giacanelli

Il 24 settembre del 2012 Ferruccio Giacanelli, psichiatra, storico della psichiatria, attivo protagonista del movimento antimanicomiale degli anni '60 e '70 del Novecento ci ha lasciati. Precoce “sperimentatore” dell'incontro fra la psichiatria e l'antropologia culturale, era socio della nostra Società italiana di antropologia medica dal 1990, praticamente sin dalla sua fondazione, avvenuta nella “sua” Perugia nel maggio del 1988.

Appunto a Perugia era nato nel 1930 e vi era vissuto fino ai primissimi anni '70. Vi si era laureato in medicina nel 1953 con una tesi molto seria e informata, ma assolutamente anomala in quella facoltà. Intitolata *Un problema del nostro tempo: l'influenza deleteria del cinema sulla gioventù*, era costruita intorno a una tematica che iniziava allora ad essere largamente dibattuta anche grazie agli stimoli di una nuova disciplina, la filmologia: se cioè la violenza esibita in modo crescente nella fiction cinematografica possa incentivare atteggiamenti e modelli di comportamento violenti nella vita reale degli spettatori o se, al contrario, il processo di “identificazione” dello spettatore con i personaggi filmici “violenti” favorisca la canalizzazione delle sue frustrazioni personali dentro il vissuto dello spettacolo, esaurendosi quindi vantaggiosamente senza produrre danni nella vita reale. La tesi fu poi pubblicata dalla rivista dell'Ospedale neuropsichiatrico provinciale di Perugia (“Annali di Neurologia e Psichiatria e Annali Ospedale Psichiatrico di Perugia”, anno L, fasc. 1, gennaio-marzo 1956, pp. 21-37), nel quale nel frattempo (1955) Ferruccio Giacanelli aveva iniziato a lavorare, divenendovi in seguito uno dei primari. In quel periodo Giacanelli conseguì la specializzazione in Clinica delle malattie nervose e mentali presso l'Università di Firenze (1959) e la libera docenza nella medesima disciplina nel 1964. E soprattutto, in quell'ospedale, egli fu uno dei principali protagonisti del movimento per il superamento delle istituzioni manicomiali che si sviluppò in Umbria a partire dal 1965, anticipando quanto sarebbe stato stabilito nel 1978 dalla legge 180 e contribuendo significativamente alla sua approvazione.

Ma già nel '54, per mio tramite, era uscito un suo breve articolo, *Cinema ed etnologia*, nella rivista diretta da Eugenio e Alberto Mario Cirese, “La Lapa. Argomenti di storia e letteratura popolare” (anno II, n. 4, dicembre 1954, pp. 63-64). Fu quella, in effetti, la sua prima pubblicazione e il rapporto di Ferruccio con le discipline che noi chiamiamo DEA rimarrà

stabile per tutta la sua vita scientifica. Ricordo ancora le infinite discussioni sul concetto di “ruolo” in antropologia culturale in vista di una sua possibile utilizzazione per interpretare il “delirio di riferimento sensitivo” (Ferruccio GIACANELLI - Romolo PRIORI, *Il delirio di riferimento sensitivo. Considerazioni su alcuni problemi di psicopatologia*, “Giornale di Psichiatria e di Neurologia”, anno XCIV, fasc. 2, 1966, pp. 451-469).

A Perugia, peraltro, Ferruccio sposò Elena Boriosi, allora assistente volontaria nel nostro Istituto di etnologia e antropologia culturale: e fu un matrimonio, anche scientifico, di una intera vita (insieme pubblicarono, ad esempio, *Le parole della psichiatria. Il cittadino e la salute mentale dopo la riforma sanitaria*, Zanichelli, Bologna, 1982, XII+140 pp.).

Da Perugia si spostò poi nel '72 per assumere, in seguito a concorso pubblico, la direzione dell'Ospedale neuropsichiatrico provinciale di Parma, a Colorno: un ruolo auspicato dallo stesso Franco Basaglia, che lasciava l'incarico per trasferirsi a Trieste, e dell'attivissimo e lucido assessore provinciale ai servizi psichiatrici Mario Tommasini. A Colorno rimase fino al '78, quando si trasferì a Bologna per dirigerli, anche lì, l'Ospedale neuropsichiatrico provinciale e poi – costituitosi il Servizio sanitario nazionale – una delle più significative aree dei Servizi territoriali di salute mentale. E a Bologna fra le numerose attività, progettò e promosse anche la creazione della Istituzione “Gian Franco Minguzzi”, centro di studio e documentazione per la storia della psichiatria e dell'emarginazione sociale costituito dalla Provincia di Bologna, del cui Comitato scientifico fu poi presidente.

Non è facile per chi lo ha conosciuto in una ininterrotta amicizia, di lavoro, di idee e di speranze, sin dai lontani primi anni '50 del Novecento, ricordarlo con le giuste parole. Un uomo schivo e gentile – non l'ho mai udito alzare la voce –, rispettoso del prossimo con un occhio finemente umoristico, lettore attento e curioso, scrupoloso nella verifica in ogni pur minima citazione e ad un tempo profondamente creativo, capace di costruire ogni anche minima ricerca su una solida base empirica, su un largo e articolato inquadramento storico, su un solido orizzonte metodologico. In merito alle sue posizioni, e in particolare al suo contributo nella diffusione e nell'approfondimento, in Italia, della psichiatria fenomenologica, è importante vedere la sua intervista raccolta (alle pp. 138-146) nel recente volume curato da Mario Rossi Monti e Francesca Cangiotti, *Maestri senza cattedra. Psicopatologia fenomenologica e mondo accademico* (Antigone Edizioni, Torino, 2012, 190 pp.).

Dalla sua vasta produzione – più di cento pubblicazioni, alcune delle quali di grande rilievo – daremo parzialmente conto in un elenco, alla fine di

questo testo, selezionando i lavori più vicini a questa rivista, concernenti la storia della psichiatria e il dibattito teorico connesso alle scienze umane.

Qui vorremo ancora ricordare Ferruccio Giacanelli sottolineandone due aspetti fra i più significativi della sua vita intellettuale e militante.

I suoi decisivi contributi alla storia della psichiatria e delle istituzioni manicomiali nel nostro Paese: una tematica costantemente presente, nella sua produzione scientifica, in riferimento alla quale egli ha fornito contributi fondamentali seguendo un approccio di tipo marxiano-gramsciano, esaminando cioè gli sviluppi della disciplina psichiatrica nelle loro valenze socio-culturali e ideologiche e nelle funzioni oggettive e soggettive che le risposte professionali ai disturbi mentali hanno via via assunto entro il volgersi dei rapporti sociali e di potere. Ormai classici, in proposito, i suoi saggi *La costituzione positivistica della psichiatria italiana* (1973), *Appunti per la storia della psichiatria in Italia* (1975), *Un nuovo quadro professionale della borghesia nel secolo diciannovesimo: il personaggio dello psichiatra tra filantropia medica e controllo sociale* (1980), *Tracce e percorsi del razzismo nella psichiatria italiana della prima metà del Novecento* (1999).

Inoltre, come già anticipato, il suo ruolo molto importante nella impostazione e nella realizzazione delle lotte antimanicomiali, un ruolo che si sviluppò a Perugia e poi a Terni durante tutta la prima fase del movimento, dal '65 al '72, per proseguire poi in Emilia: esercitando il quale egli seppe manifestare un costante equilibrio fra il rigore scientifico, l'attenzione operativa ai problemi via via emersi, e la capacità di avviare risposte innovative in un dialogo costante e non sempre facile con chi insieme a lui partecipava attivamente al movimento.

Vogliamo ancora ricordare che Ferruccio era impegnato da anni in un grosso e articolato progetto coordinato dalla Fondazione Angelo Celli, a Perugia, indirizzato a ricostruire, a tracciare un bilancio (e a far conoscere) il movimento antimanicomiale umbro degli anni '60 e '70, le sue varie fasi e i successivi sviluppi delle politiche psichiatriche nel territorio regionale: un insieme di attività di ricerca, documentazione, riflessione e "disseminazione" sostenute dalla Provincia di Perugia e dalla Regione Umbria. All'impianto stesso del progetto Ferruccio diede fin dall'inizio un contributo decisivo, rappresentato dalle stesure di obiettivi e metodi, da possibili indici e da un fitto carteggio, da alcune prime stesure e da un'attiva partecipazione a seminari e pubblici rendiconti di lavoro. E di questa sua decisiva partecipazione è anche frutto un lungo testo che delinea la nascita e il progredire del movimento, in Umbria, dal suo inizio fino ai primissimi anni '70, il periodo cioè che lo vide testimone ed essenziale

protagonista, qui, prima del suo passaggio – come abbiamo visto – a un analogo impegno riformatore come direttore dei servizi psichiatrici a Colorno e poi a Bologna.

Ferruccio non ha avuto la possibilità di portare questo testo e i suoi apparati al livello di perfezione anche formale senza il quale non avrebbe mai consentito alcuna forma di pubblicazione. Abbiamo ritenuto tuttavia – in accordo con la moglie e compagna Elena e con il figlio Federico – che seppur con qualche piccolo intervento di editing i ricordi e contributi personali contenuti nel testo, in questo caso, erano troppo importanti per non offrirli a una più larga lettura: così, questo suo ultimo contributo uscirà comunque come “primo” dei Quaderni che dedicheremo via via ai risultati della ricerca sul movimento per la salute mentale in Umbria, un ultimo nostro commosso ricordo di Ferruccio, di un grande studioso, di un costante amico e di un compagno di avventure intellettuali e politiche.

Tullio Seppilli e LA RIVISTA

Alcune pubblicazioni di Ferruccio Giacanelli fra psichiatria, storia e antropologia socio-culturale

Un problema del nostro tempo: l'influenza deleteria del cinema sulla gioventù, “Annali di Neurologia e Psichiatria e Annali Ospedale Psichiatrico di Perugia”, anno L, fasc. 1, gennaio-marzo 1956, pp. 21-37.

(in collaborazione con Luciano AGOSTINI), *I problemi di sanità mentale in zone cittadine e rurali in rapida trasformazione. Quadro psicopatologico e fattori dinamici scatenanti*, relazione al VI Congresso nazionale della Lega italiana di igiene e profilassi mentale (Terni-Perugia 1964), “Igiene Mentale” (Trapani), anno XXI, fasc. 1, gennaio-marzo 1965, pp. 67-82.

(in collaborazione con Franco SEDIARI e Antonello ROTONDI), *Falsa coscienza e rifiuto del rischio nell'atteggiamento della società verso i malati mentali*, contributo alla VIII Riunione della Sezione Tosco-Umbra della Società italiana di psichiatria (Pistoia 27 marzo 1966), “Rassegna di Studi Psichiatrici” (Siena), vol. LV, fasc. 3, maggio-giugno 1966, pp. 253-257.

La dimensione antropologico-culturale nella ricerca psicopatologica, relazione all'Incontro sui temi “Valori e limiti della psicopatologia tradizionale” e “Possibilità di nuovi metodi di indagine nell'ambito della psicopatologia e loro valore epistemologico” (Firenze, Villa Medicea di Mondeggi, 18 giugno 1967), *Atti dell'Incontro*, “Annali di Neurologia e Psichiatria” (Perugia), anno LXI, fasc. 2, aprile-giugno 1967, pp. 169-179.

(in collaborazione con Giorgio CAMPOLI), *La costituzione positivistica della psichiatria italiana*, “Psicoterapia e Scienze Umane” (Milano), vol. VII, n. 3, luglio-settembre 1973, pp. 1-6.

Appunti per una storia della psichiatria in Italia, prefazione, pp. V-XXXII, alla ediz. italiana di Karl DÖRNER, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, Laterza, Roma-Bari, 1975, XXXII+447 pp.

Per una storia sociale della psichiatria italiana, pp. 219-233, in CENTRO ITALIANO DI STORIA OSPITALIERA [CISO] (curatore), *Storia della sanità in Italia. Metodo e indicazioni di ricerca*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1978, XIV+311 pp.

Un nuovo quadro professionale della borghesia nel secolo diciannovesimo: il personaggio dello psichiatra tra filantropia medica e controllo sociale, pp. 915-928, in *Atti del Convegno nazionale "L'emarginazione psichiatrica nella storia e nella società"* (Reggio Emilia, 11-12 aprile 1980), "Rivista Sperimentale di Freniatria" (Reggio Emilia), vol. CIV, suppl. al fasc. IV, 1980.

Evoluzione del concetto di malattia mentale e suoi risvolti in riferimento alla Legge 180, pp. 44-48, in *Tavola rotonda (Bologna 19 giugno 1982)*, "Atti e Memorie dell'Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria" (Roma), serie III, anno I [LXII dalla Fondazione], n. 2, 1982.

(in collaborazione con Katia BELLAGAMBA TOSCHI e Maria Augusta NICOLI) *La costituzione del manicomio di Bologna: 1860-1870*, "Sanità Scienza e Storia. Semestrale del Centro italiano di storia sanitaria e ospitaliera" (Milano), vol. I, n. 1, 1985, pp. 9-62.

Psichiatria e storiografia, "Psicoterapia e Scienze Umane" (Milano), anno XX, n. 3, 1986 [numero speciale per i vent'anni della rivista], pp. 80-93.

Note per una ricerca sulla psichiatria italiana tra le due guerre, pp. 567-575 in *Passioni della mente e della storia. Protagonisti, teorie, vicende della psichiatria italiana tra '800 e '900. Atti del Convegno* (Roma, 10-12 ottobre 1986), a cura di Filippo M. FERRO - Michele DI GIANNANTONIO - Giuseppe RIEFOLO - Maria Costanza TONNINI FALASCHI, Vita e Pensiero, Milano, 1989, 685 pp.

(in collaborazione con Santa IACHINI e Cinzia MIGANI), *L'assistenza psichiatrica nella provincia di Bologna in epoca pontificia*, pp. 379-388, in *L'Ospedale S. Maria della Pietà di Roma*, vol. II: *L'ospedale dei pazzi di Roma dai papi al '900*, a cura di Franca FEDELI BERNARDINI - Antonino IARIA - Alessandro BONFIGLI, Dedalo, Bari, 1994 [idem nell'edizione in tre volumi edita nel 2003], 440 pp.

Introduzione, pp. 5-43, alla sezione *Il medico, l'alienista* [pp. 3-330], in Cesare LOMBROSO, *Delitto genio follia. Scritti scelti*, a cura di Delia FRIGESSI - Ferruccio GIACANELLI - Luisa MANGONI, Bollati Boringhieri, Torino, 1995, XXIV+973 pp.

(in collaborazione con Danilo DI DIODORO - Giuseppe FERRARI - Santa IACHINI - Cinzia MIGANI), *Storia da un manicomio. Vita e vicende istituzionali di un birocciaio bolognese del XIX secolo*, "Nóos. Aggiornamenti in psichiatria" (Roma), vol. 3, n. 4, ottobre-dicembre 1997, pp. 213-258.

Tracce e percorsi del razzismo nella psichiatria italiana della prima metà del Novecento, pp. 389-405, in *Atti del Convegno "Nel nome della razza. Il razzismo nella storia d'Italia 1870-1945"* (Bologna, 13-15 novembre 1997), a cura di Alberto BURGIO, Il Mulino, Bologna, 1999, 565 pp.

Il nostro "ieri" e l'"altro presente" della psichiatria italiana, intervento al Convegno "A trent'anni dai centri d'igiene mentale", prima Sessione: "La psichiatria ieri e oggi" (Reggio Emilia, Centro studi di storia della psichiatria, 11-12 aprile 2002), "Rivista Sperimentale di Freniatria" (Reggio Emilia), vol. CXXVI, n. 1-2, gennaio-giugno 2002, pp. 15-31.

La psichiatria italiana e il suo assetto istituzionale: una lunga metamorfosi, pp. 33-48, in *L'Ospedale S. Maria della Pietà di Roma*, vol. III: *L'ospedale psichiatrico di Roma. Dal manicomio provinciale alla chiusura*, a cura di Antonino IARIA - Tommaso LO SAVIO - Pompeo MARTELLI, Dedalo, Bari, 2003, 330 pp.

Immagini della follia e sapere psichiatrico, "Psicoterapia e Scienze Umane" (Milano), vol. XL, n. 3, luglio-settembre 2006 [numero speciale per i quarant'anni della rivista], pp. 601-616.

L'Ospedale psichiatrico di Colorno nella storia della psichiatria di Parma, "Psicoterapia e Scienze Umane" (Milano), vol. XLVI, n. 4, ottobre-dicembre 2012, pp. 570-583.

Norme per i collaboratori

Comunicazioni

- Ogni comunicazione per la rivista deve essere inviata a:
AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica
presso la Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute
posta: ex monastero di Santa Caterina Vecchia,
strada Ponte d'Oddi, 13, 06125 Perugia (Italia)
telefono e fax: (+39) 075/41508
(+39) 075/5840814
e-mail: redazioneam@antropologiamedica.it
sito web: www.antropologiamedica.it

Invio dei contributi

- Il testo fornito dagli Autori deve essere di norma elaborato con programmi Word e giungere sia per e-mail all'indirizzo, *redazioneam@antropologiamedica.it*, sia per via postale in versione cartacea all'indirizzo della Fondazione Angelo Celli *ex monastero di Santa Caterina Vecchia, strada Ponte d'Oddi, 13, 06125 Perugia (Italia)*. Ogni cartella di stampa deve corrispondere a circa 2000 battute.
- Il testo fornito dall'Autore viene considerato definitivo e completo di ogni sua parte. La correzione delle bozze di stampa sarà effettuata dalla Redazione (salvo diverso accordo con l'Autore) e concernerà i soli errori di composizione.
- Al testo vanno aggiunti un *Riassunto* (abstract) di non più di 1500 battute nella lingua del testo (e la sua traduzione nelle altre lingue in cui i riassunti vengono pubblicati: italiano, francese, spagnolo, inglese) ed una *Scheda sull'Autore* (bio-bibliografica) tra le 1500 e le 3000 battute (corredata da luogo e data di nascita e da un recapito).
- Il nome (indicato per esteso) e il cognome dell'Autore, insieme alla sua attuale qualifica principale, vanno anche collocati sotto il titolo del contributo. Di seguito va indicato il suo indirizzo elettronico o postale.
- La Direzione della rivista, di intesa con il Comitato di redazione ed i Referees, può suggerire agli Autori possibili interventi sui testi dei contributi ed è comunque la sola responsabile per ogni decisione definitiva in merito alla loro accettazione. I contributi non pubblicati non verranno restituiti.

Convenzioni grafiche

- Si richiede agli Autori di adottare le convenzioni grafiche qui di seguito indicate.
- Per le denominazioni (sostantivi) dei gruppi etnico-culturali, linguistici, religiosi, politico-ideologici, va usata di norma la iniziale maiuscola (esempi: i Fenici, i Melanesiani, gli Europei, i Bororo [ma gli Indiani bororo o le comunità bororo], i Pentecostali).
- Per le denominazioni di istituzioni, enti, associazioni, società scientifiche e altre strutture collettive, va usata di norma la iniziale maiuscola solo per la prima parola (esempi: Società italiana di antropologia medica, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia)). Le relative sigle vanno invece date in maiuscoletto (esempio: SIAM) salvo nel caso in cui siano da tenere in conto anche eventuali articoli, congiunzioni o preposizioni (esempio: Comitato di redazione = CdR).
- Per le denominazioni di periodi storico-cronologici va usata l'iniziale maiuscola (esempi: il Rinascimento, il Medioevo, l'Ottocento, il Ventesimo secolo [oltreché, evidentemente, XX secolo]).
- I termini in dialetto o lingua straniera, ove non accolti nella lingua del testo, vanno posti in corsivo.
- I termini di cui si vuol segnalare l'utilizzo in una accezione particolare vanno posti tra virgolette in apice (" ").
- Le citazioni, isolate o meno dal corpo del testo, vanno poste tra virgolette caporali (« »). Le citazioni da testi in lingua straniera – che vanno comunque poste, come si è detto, tra virgolette caporali – possono essere mantenute nella lingua originale, fornendone in questo caso, almeno in nota, la traduzione italiana. Ove la citazione sia mantenuta nella lingua originale, la sua collocazione tra virgolette caporali esime dall'uso del corsivo.
- Le note, complessivamente precedute dall'indicazione *Note* e numerate in progressione, vanno fornite a fine testo (e non a pie' di pagina), prima dei *Riferimenti bibliografici* o di una vera e propria *Bibliografia*. I numeri d'ordine delle singole note, e gli stessi rimandi alle note nel testo dell'articolo, vanno posti in apice, in corpo minore, tra parentesi tonde (esempio: ⁽³⁾).

Normativa per i rinvii bibliografici nel testo e nelle note

- Nei richiami collocati nel testo oppure in nota con funzione di rinvio ai *Riferimenti bibliografici* o ad una vera e propria autonoma *Bibliografia*, si richiede che gli Autori adottino le convenzioni qui di seguito indicate.
- Fra parentesi tonde vanno inseriti cognome (maiuscoletto) e nome (puntato) dell'autore o curatore, la data di pubblicazione dell'opera e, nel caso di citazioni o riferimenti specifici, il numero della/e pagina/e preceduto dal segno grafico dei due punti e da uno spazio. Esempi: (DE MARTINO E. 1961) (DE MARTINO E. 1961: 18) (DE MARTINO E. 1961: 18-22).

- Per richiami relativi a più opere del medesimo autore pubblicate in anni diversi: (DE MARTINO E. 1949, 1950). Per richiami relativi a più opere del medesimo autore pubblicate nel medesimo anno: (DE MARTINO E. 1948a, 1948b).
- Per richiami ad opere pubblicate in più edizioni: l'anno dell'edizione utilizzata seguito, tra parentesi quadra, dall'anno della prima edizione (DE MARTINO E. 1973 [1948]). Per richiami ad opere pubblicate in traduzione: l'anno dell'edizione utilizzata (tradotta) seguito, tra parentesi quadra, dall'anno dell'edizione originale (NATHAN T. 1990 [1986]).
- Per richiami relativi ad opere di più autori: (GOOD B. - DELVECCHIO GOOD M.-J. 1993). Nel caso di più di tre autori, nel richiamo può essere indicato solo il primo autore seguito da *et al.* (CORIN E.E. *et al.*), mentre nei *Riferimenti bibliografici* e nella *Bibliografia* devono tutti comparire.
- Per richiami relativi a differenti opere di differenti autori: (DE NINO A. 1891; PITRÈ G. 1896; ZANETTI Z. 1892).
- Per richiami relativi ad opere predisposte da un curatore: (DE MARTINO E. cur. 1962). Da più curatori: (LANTERNARI V. - CIMINELLI M. L. curr. 1998).

Normativa per la costruzione e l'ordinamento delle informazioni nella bibliografia

- Nella costruzione dei *Riferimenti bibliografici* cui si rinvia dal testo del contributo o anche da una sua nota, si richiede che gli Autori forniscano almeno le informazioni previste dalla esemplificazione qui di seguito proposta.
 - Libri
 - DE MARTINO Ernesto (1948), *Il mondo magico*, Einaudi, Torino.
 - DE MARTINO Ernesto (1973 [1948]), *Il mondo magico*, III ediz., introduzione di Cesare CASES, Boringhieri, Torino [I ediz.: Einaudi, Torino, 1948].
 - DE NINO Antonio (1879-1897), *Usi e costumi abruzzesi*, 6 voll., Barbera, Firenze.
 - DE NINO Antonio (1891), *Usi e costumi abruzzesi*, 6 voll., vol. V. *Malattie e rimedii*, Barbera, Firenze.
 - DE NINO Antonio (1965 [1879-1897]), *Usi e costumi abruzzesi*, ristampa anastatica della I ediz., 6 voll., Leo S. Olschki Editore, Firenze [I ediz.: Barbera, Firenze, 1879-1897].
 - NATHAN Tobie (1990 [1986]), *La follia degli altri. Saggi di etnopsichiatria*, traduz. dal francese e cura di Mariella PANDOLFI, Ponte alle Grazie, s.l. [ediz. orig.: *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*, Dunod, Paris, 1986].
 - FRIGESSI CASTELNUOVO Delia - RISSO Michele (1982), *A mezza parete. Emigrazione, nostalgia, malattia mentale*, Einaudi, Torino.
 - CORIN Ellen E. - BIBEAU Gilles - MARTIN Jean-Claude - LAPLANTE Robert (1990), *Comprendre pour soigner autrement. Repère pour régionaliser les services de santé mentale*, Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal.
 - BASTANZI Giambattista (1888), *Le superstizioni delle Alpi Venete*, con una lettera aperta al prof. Paolo Mantegazza, Tipografia Luigi Zoppelli, Treviso / in particolare: *Superstizioni agricole*, pp. 141-146; *Superstizioni mediche (Superstizioni relative ai rimedii alle malattie e alle virtù curative di certe persone)*, pp. 163-189.

□ Opere collettive

- DE MARTINO Ernesto (curatore) (1962), *Magia e civiltà*, Garzanti, Milano.
- GALLI Pier Francesco (curatore) (1973), *Psicoterapia e scienze umane. Atti dell'VIII Congresso internazionale di psicoterapia (Milano, 25-29 agosto 1970)*, Feltrinelli, Milano.
- *Enciclopedia delle religioni* (1970-1976), 6 voll., Vallecchi, Firenze.
- MAUSS Marcel (1965 [1950]), *Teoria generale della magia e altri saggi*, avvertenza di Georges GURVITCH, introduzione di Claude LÉVI-STRAUSS (*Introduzione all'opera di Marcel Mauss*), traduz. dal francese di Franco ZANNINO, presentazione dell'edizione italiana di Ernesto DE MARTINO, Einaudi, Torino.

□ Contributi individuali entro opere collettive o entro collettanee di lavori del medesimo autore

- GOOD Byron - DELVECCHIO GOOD Mary-Jo (1981), *The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice*, pp. 165-196, in EISENBERG Leon - KLEINMAN Arthur (curatori), *The relevance of social science for medicine*, Reidel Publishing Company, Dordrecht.
- BELLUCCI Giuseppe (1912), *Sugli amuleti*, pp. 121-127, in SOCIETÀ DI ETNOGRAFIA ITALIANA, *Atti del Primo congresso di etnografia italiana. Roma, 19-24 ottobre 1911*, Unione Tipografica Cooperativa, Perugia.
- DI NOLA Alfonso M. (1972), *Malattia e guarigione*, coll. 2-15, 2 tavv. f.t., in *Enciclopedia delle religioni*, 6 voll., vol. IV, Vallecchi, Firenze.
- TAMBIAH Stanley Jeyaraja (1985), *A Thai cult of healing through meditation*, pp. 87-122, in TAMBIAH Stanley Jeyaraja, *Culture, thought, and social action. An anthropological perspective*, Harvard University Press, Cambridge (Massachusetts) - London [ediz. orig. del saggio: *The cosmological and performative significance of a Thai cult of healing through meditation*, "Culture, Medicine and Psychiatry", vol. I, 1977, pp. 97-132].

□ Opere collettive in periodici

- LÜTZENKIRCHEN Guglielmo (curatore) (1991), *Psichiatria, magia, medicina popolare. Atti del Convegno (Ferentino, 14-16 novembre 1991). Sezione demo-antropologica. I*, "Storia e Medicina Popolare", vol. IX, fasc. 2-3, maggio-dicembre 1991, pp. 58-213.

□ Contributi individuali entro opere collettive in periodici

- PRINCE Raymon (1982), *Shamans and endorphins: hypotheses for a synthesis*, pp. 409-423, in PRINCE Raymond (curatore), *Shamans and endorphins*, "Ethos. Journal of the Society for Psychological Anthropology", vol. 10, n. 4, inverno 1982.

□ Articoli in periodici

- DE MARTINO Ernesto (1956), *Crisi della presenza e reintegrazione religiosa*, "Aut-Aut", n. 31, 1956, pp. 17-38.
- DE MARTINO Ernesto (1949), *Intorno a una storia dal mondo popolare subalterno*, "Società", vol. V, n. 3, settembre 1949, pp. 411-435.
- BELLUCCI Giuseppe (1910), *La placenta nelle tradizioni italiane e nell'etnografia*, "Archivio per l'Antropologia e la Etnologia", vol. XL, fasc. 3-4, 1910, pp. 316-352.

- DE MARTINO Ernesto (1942-1946), *Percezione extrasensoriale e magismo etnologico*, “Studi e Materiali di Storia delle Religioni”, vol. XVIII, 1942, pp. 1-19, vol. XIX-XX, 1943-1946, pp. 31-84.
- MENÉNDEZ Eduardo L. (1985), *Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina*, “Nueva Antropología”, vol. VII, n. 28, ottobre 1985, pp. 11-27.
- Nota bene: le indicazioni dei luoghi di edizione, come peraltro quelle degli editori, vanno mantenute nella lingua originale. Vanno invece dati in italiano termini come: curatore / presentazione di ..., introduzione di ..., avvertenza di ..., postfazione di ... / traduz. dall'inglese di ... / ristampa, II ediz., III ediz. rivista e corretta, ediz. orig., / nuova serie, vol., fasc., n., ottobre-dicembre, estate.
- I *Riferimenti bibliografici* di fine contributo vanno organizzati per ordine alfabetico in relazione al cognome dell'autore o curatore.
 - Nel caso di più lavori di uno stesso autore o curatore pubblicati in anni diversi, i riferimenti vanno organizzati per ordine cronologico. Nel caso di più lavori di uno stesso autore o curatore pubblicati nel medesimo anno, i riferimenti vanno organizzati per ordine alfabetico (in base al titolo) e le date vanno contrassegnate con lettere minuscole progressive: esempio: (1990a) e (1990b).
 - Nel caso di un lavoro prodotto da più autori o curatori, i riferimenti vanno collocati *dopo* quelli in cui il primo autore compare da solo. Nel caso in cui il primo autore compaia in differenti lavori con differenti co-autori, la collocazione alfabetica terrà in conto ciascun insieme di co-autori (esempio: *prima* BIANCHI M. - ROSSI C., *poi* BIANCHI M. - ROSSI C. - NERI F. *e poi* BIANCHI M. - VERDI G.).
 - Nel caso in cui un autore risulti *anche* curatore di altro o altri lavori, questi ultimi vanno ordinati *dopo* quelli in cui egli è autore.

Altre norme bibliografiche

- Laddove i lavori indicati in una vera e propria *Bibliografia* – laddove cioè non costituiscano oggetto di rinvio dal testo o da una nota e non siano dunque *riferimenti bibliografici* – la indicazione relativa alla data di pubblicazione può essere data in questo caso entro parentesi, dopo quella dell'autore, o/e essere invece data dopo il luogo di edizione. Lo stesso vale nel caso di singole indicazioni bibliografiche isolate.
- Per i contributi destinati a rubriche come *Repertori* o *Osservatorio* – curati redazionalmente o direttamente commissionati a singoli collaboratori – possono volta a volta valere nella costituzione delle schede bibliografiche criteri integrativi finalizzati a fornire un maggior numero di informazioni relative alle pubblicazioni (ad esempio le pagine complessive del volume o la sua eventuale collocazione in una collana editoriale) ovvero altri criteri concernenti invece materiali diversi quali tesi di laurea o di dottorato oppure documenti filmici o videomagnetici. Tali criteri saranno comunicati per tempo ai singoli collaboratori cui il contributo viene richiesto.

Direttore responsabile

Tullio Seppilli

Direzione e Redazione

AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica

c/o Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute

ex Monastero di Santa Caterina Vecchia

strada Ponte d'Oddi, 13

06125 Perugia (Italia)

tel.e fax: (+39)075/41508e(+39)075/5840814

e-mail: redazioneam@antropologiamedica.it

Proprietà della testata

Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute

ex Monastero di Santa Caterina Vecchia

strada Ponte d'Oddi, 13

06125 Perugia (Italia)

tel.e fax: (+39)075/41508e(+39)075/5840814

e-mail: fondazionecelli@antropologiamedica.it

sito web: www.antropologiamedica.it

partita IVA: 01778080547

Editore

ARGO Editrice s.c.r.l.

via San Lazzaro, 8

73100 Lecce (Italia)

tel.: (+39) 0832/241595

fax: (+39) 0832/303630

e-mail: info@argoeeditrice.it

sito web: www.argoeeditrice.it

partita IVA: 02600260752

Stampa

Stabilimento Tipografico «Pliniana»

viale Francesco Nardi, 12

06016 Selci Lama (prov. di Perugia, Italia)

tel.: (+39) 075/8582115

fax: (+39) 075/8583932

e-mail: st.pliniana@libero.it

Promozione e distribuzione

PDE

Come acquisire AM

per abbonarsi o ricevere numeri arretrati rivolgersi a:

ARGO Editrice s.c.r.l.

via San Lazzaro, 8

73100 Lecce (Italia)

tel.: (+39) 0832/241595

fax: (+39) 0832/303630

e-mail: info@argoeeditrice.it

sito web: www.argoeeditrice.it

costo:

- abbonamento annata 2013: Italia e Paesi della Unione europea € 40,00
altri Paesi US\$ 45

Per i Soci SIAM il versamento della quota associativa annuale comprende il diritto a ricevere direttamente questa rivista



Finito di stampare nel mese di dicembre 2013
dallo Stabilimento Tipografico « Pliniana »
Viale F. Nardi, 12 – 06016 Selci-Lama (PG)
st.pliniana@libero.it

