

Pubblicazione realizzata con il contributo della



Regione Umbria



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

Antropologia medica e strategie per la salute

SECONDA PARTE

38
ottobre 2014



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 Pizza (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 Pizza, *coordinatore* (Università di Perugia) / Pino Schirripa (Sapienza Università di Roma)

Segreteria di redazione e editing: Maria Margherita Tinarelli (Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia)

Progetto grafico: Alberto Montanucci e Enrico Petrangeli (Orvieto)



Antropologia medica e strategie per la salute

Primo Convegno nazionale della Società italiana di antropologia medica
(Roma 21-23 febbraio 2013)

PRIMA PARTE (n. 37, aprile 2014)

<i>Ai nostri lettori</i>	9	Tullio Seppilli <i>Allegato: Programma del Convegno</i>
<i>Relazione introduttiva al Convegno</i>	17	Tullio Seppilli <i>Antropologia medica e strategie per la salute</i>
<i>Lectio magistralis</i>	33	Didier Fassin <i>Cinque tesi per un'antropologia medica critica</i>
<i>Relazioni di base</i>	51	Giovanni Pizza <i>Antropologia medica e governo dei corpi. Appunti per una prospettiva italiana</i>
	59	Pino Schirripa <i>Ineguaglianze in salute e forme di cittadinanza</i>
	81	Fabio Dei <i>Antropologia medica e pluralismo delle cure</i>
	105	Alessandro Lupo <i>Antropologia medica e umanizzazione delle cure</i>
	127	Ivo Quaranta <i>Antropologia medica e salute globale</i>
	147	Roberto Beneduce <i>Una "differenza intrattabile". Cedenze, metafore ed esperienza nella cura degli immigrati</i>
	191	Donatella Cozzi <i>Stato dell'antropologia medica nella didattica universitaria italiana</i>



Antropologia medica e strategie per la salute
Primo Convegno nazionale della Società italiana di antropologia medica
(Roma 21-23 febbraio 2013)

SECONDA PARTE

- Contributi*
- 227 Paola Falteri
Zeno Zanetti tra medicina e demoitria
- 247 Gianfranca Ranisio
Il percorso nascita: dalle medicine popolari a "Le culture del parto" (1985)
- 265 Miriam Castaldo
Tra frammentazioni, ruoli e politiche di cura: l'antropologo "medico" nel sistema sanitario pubblico e nei dispositivi di salute mentale
- 283 Anna Ciannameo
Da dimenticata a emergente: la malattia di Chagas, crocevia tra strategie sanitarie e politiche migratorie. Una rilettura etnografica
- 313 Alejandra Carreño-Calderón
Un luogo per la cultura: l'antropologia di fronte alla genitorialità degli altri
- 335 Fiorella Giacalone
Costruire il corpo del figlio. Madri arabe immigrate e figli maschi
- 357 Osvaldo Costantini
"I have not mental problems: I believe in Jesus Christ". Malattia mentale, certificati e status di rifugiato: il caso di un richiedente asilo eritreo pentecostale
- 375 Nicola De Martini Ugolotti - Andrea Fantino
Quando il corpo racconta l'indicibile: abuso di alcool, violenza e potere nella vicenda di Adam
- 397 Elisa Mencacci
Riparare storie. Istituzionalizzazione della richiesta d'asilo e questioni cliniche

-
- 415 Michelangelo Giampaoli
Progetti terapeutici e rapporti temporanei nella pratica del Centro de atenção psicossocial per alcool e drogas (CAPS-Ad) di Araraquara (Stato di São Paulo, Brasile)
- 437 Marzia Mauriello
In corpore trans. Dinamiche di inclusione/esclusione nel processo di medicalizzazione delle identità transgender: una ricerca etnografica nella città di Napoli
- 457 Chiara Moretti
Ricostruire un sapere: quando con SF si intende “solo fantasia” e “solo femminile”
- 473 Patrizia Quattrocchi - Miguel Güémez Pineda
Dalla tradizione all'innovazione: un contributo al miglioramento delle politiche sanitarie nello Stato di Yucatan (Messico)
- 501 Virginia De Silva
Ai ganiien non piacciono le iniezioni: concezioni locali e limiti della biomedicina a Wukro, Tigray (Nord-Etiopia)
- 519 Elisa Vasconi
La legittimazione della medicina tradizionale in Uganda. Pratiche terapeutiche, stregoneria e business
- 537 Erica Eugeni
Culture in sanità. Politiche e pratiche dell'accesso e delle presa in carico in un Distretto sanitario romano
- 555 Valentina Moro - Claudia Dall'Orta - Michele Scandola - Leonardo Piasere
La reinvenzione del quotidiano nelle persone con tetraplegia
- 581 Enzo Vinicio Alliegro
Sincretismi cognitivi e uso pubblico della scienza. Poetiche e politiche del rischio ambientale e della salute pubblica
- 599 Lorenzo Alunni
Le relazioni pericolose: salute e identificazione nei campi rom di Roma
- 615 Andrea F. Ravenda
“Ammalarsi di carbone”. Note etnografiche su salute e inquinamento industriale a Brindisi

OSSERVATORIO

635 *Indice*

637 *Panorami*

Leggere la salute globale nell'epoca della grande crisi [Massimiliano Minelli]

649 *Recensioni*

Roberta Sartor - Costanza Amici, *L'utile moltiplicazione degli enti* [Piero COPPO - Stefania CONSIGLIERE (curatori), *Rizomi greci*, Edizioni Colibrì, Milano, 2014, 188 pp. (Atti del Laboratorio Mappe, vol. I)], 649 / Massimiliano Minelli, *Il rovesciamento pratico. Storie di lotte e metamorfosi della psichiatria radicale in Italia* [John FOOT, *La "Repubblica dei matti". Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1978*, Feltrinelli, Milano, 2014, 378 pp.], 655 / Elisa Pasquarelli, *Esplorare un enigma. La malattia di Alzheimer tra dilemmi diagnostici, progetti di prevenzione e linee di ricerca nel campo della genetica* [Margaret LOCK, *The Alzheimer conundrum. Entanglements of dementia and aging*], 663 / Gianfranca Ranisio, *Antropologia del corpo e della riproduzione in due significativi contributi* [Irene MAFFI (curatrice), *Nascita*] / [Patrizia QUATTROCCHI, *Corpo, riproduzione e salute tra le donne maya dello Yucatan (Messico)*], 668 / Sergio Torsello, *Il "male di San Donato" nel Salento: un nuovo studio riapre la riflessione* [Donato MARGARITO, *La festa di San Donato: possessione e catarsi. Etnografia del morbus sacer*], 674 / Roberta Raffaetà, *Pazienti esperti, consenso informato e libertà di scelta: una nuova prospettiva* [Annemarie MOL, *The logic of care. Health and the problem of patient choice*], 677 / Roberta Pompili, *Dietro le emozioni* [Cristina PAPA, *Identità di genere e maternità. Una ricerca etnografica in Umbria*, Morlacchi Editore University Press, Perugia, 2013, 122 pp.], 684

691 *Schede di lettura*

Antropologia medica e strategie per la salute

Atti del Primo Convegno nazionale della
Società italiana di antropologia medica (SIAM)

(Roma 21-23 febbraio 2013)

SECONDA PARTE

*Zeno Zanetti tra medicina e demoiatría**

Paola Falteri

professore associato, docente di Antropologia culturale e Antropologia dell'educazione, Sezione antropologica del Dipartimento di Filosofia, scienze umane, sociali e della formazione, Università degli studi di Perugia
[paola.falteri@unipg.it]

La medicina delle nostre donne (ZANETTI Z., 1892 [ristampe anastatiche: 1978, 2011])⁽¹⁾ è il trattato di demoiatría regionale più ricco di documentazione accanto a quello di Pitré per la Sicilia (PITRÉ G., 1870-1913 [ma 1896], ristampa anastatica: 1978). Ne è autore un medico condotto perugino vissuto tra il 1859 e il 1928, annoverato da Tullio Seppilli (1996) tra i «padri fondatori» di quel che va oggi sotto il nome di antropologia medica, insieme all'eclettico Giuseppe Bellucci⁽²⁾ e, appunto, al grande demologo Giuseppe Pitré. In virtù della sua ponderosa opera, Zanetti occupa un posto di rilievo negli studi folclorici di fine Ottocento e costituisce un punto di riferimento imprescindibile per la storia della demoiatría. Egli non è tuttavia paragonabile a Bellucci e a Pitré né per la prolificità di scritture, né per l'intensità degli impegni istituzionali o per quella operosità ed abilità nella organizzazione della cultura in cui Pitré in particolare eccelleva.

Più giovane di Bellucci di quindici anni, Zanetti visse in Umbria nello stesso clima post-unitario, partecipando come lui dell'ambiente liberal-massonico, anche se nel modo sommesso che si addiceva al temperamento schivo di cui dette prova, e con un atteggiamento tendenzialmente critico, a quanto si può giudicare dall'ironia un po' disincantata che vena i suoi scritti, garbata ma a tratti caustica. Pensiamo ad esempio alla conferenza che tenne nel 1909 per raccogliere fondi destinati alle terre terremotate di Messina e Reggio, incarico che gli fu affidato perché era stato direttore della spedizione perugina della Croce Rossa nei luoghi della catastrofe. In quell'intervento pubblico non mancò naturalmente di parlare delle

* Testo definitivo del contributo presentato nella I Sessione parallela (*Storia e insegnamento dell'antropologia medica*) al 1° Convegno nazionale della SIAM, *Antropologia medica e strategie per la salute* (Roma 21-23 febbraio 2013).

condizioni drammatiche in cui versava la popolazione locale né di tessere le lodi del personale militare e sanitario che egli si trovò ad accompagnare ma, nonostante l'occasione celebrativa, ritenne di dilungarsi soprattutto sulle peripezie che il gruppo affrontò a causa delle disfunzioni organizzative, rendendole quasi comiche: ritardi di giorni nella partenza, mancanza di coordinamento, incertezza della destinazione e così via. L'oratore testimoniò, tra l'altro, come i contadini del luogo che furono feriti a un arto in seguito al sisma, fossero reticenti ad affidarsi al personale medico per paura di essere sottoposti a un'amputazione. In particolare aveva constatato che proprio a causa di questo timore non avevano utilizzato le prestazioni dell'efficientissimo ospedale da campo che gli inglesi avevano installato presso Reggio, dove i perugini erano andati a sostituirli. Neppure in quel caso gli sfuggì quella diversità popolare di approccio al male che aveva fatto oggetto di studio fin da quando era giovane medico condotto. Una diversità che gli sembrava rendere vane le risorse di una razionale scienza medica, anche quando si rendessero disponibili:

«quei campagnuoli – dice dei contadini calabresi – malgrado gli ottimi risultati della chirurgia inglese, [erano] così puerilmente spaventati di un possibile atto operativo, che una certa parte di essi preferivano per qualche tempo starsene a casa a far marcire le loro ferite piuttosto che scendere a curarle con metodi veramente razionali. Del resto, purtroppo quel che accade là accade tuttora nel nostro popolo che spesso trascura le sue ferite per timore del chirurgo» (ZANETTI Z. 1909: 30).

Fu medico dunque, cosa non rara tra i cultori di folclore del tempo (pensiamo a Pitré stesso) e la professione la esercitò davvero, sul campo, per così dire, quel 'campo' che per lui divenne anche etnografico. Nei primi anni operò nelle condotte della provincia di Perugia, in particolare nell'area di Umbertide e Città di Castello, a giudicare dal territorio più interessato dalle sue rilevazioni. Insegnò anche per anni all'Università come libero docente di ostetricia e ginecologia nella Scuola per levatrici, con un impegno scientifico e didattico documentato dai programmi che presentava ogni anno e dal dettagliato rendiconto dell'attività dei servizi ostetrico-pediatri dell'ospedale (ZANETTI Z. 1896). Produsse dei lavori di medicina, alcuni apparsi nel periodico dell'Accademia medico-chirurgica dell'Università di Perugia, tutti strettamente legati alla sua concreta attività professionale nelle condotte o presso l'Istituto ostetrico-pediatrico. Il primo articolo da lui pubblicato, ad esempio, riferisce del trattamento di una ferita infetta. Era un giovane medico di 23 anni, che teneva il suo interinato a Montegabbione nell'Orvietano, appena uscito dal biennio di specializzazione di Firenze dove era stato allievo di Paolo Mantegazza. Ed annota che sulla ferita in questione, proprio per questo forse infet-

tatasi, i soccorritori avevano applicato come emostatici fuliggine e ragnatele, rimedio a cui farà cenno anche nel trattato demoitrico (ZANETTI Z. 1882: 195).

Numerose anche le sue pubblicazioni di folclore, quasi regolarmente segnalate dal Pitre nella sua prestigiosa rivista "Archivio per lo Studio delle Tradizioni popolari" e nella monumentale *Bibliografia delle tradizioni popolari d'Italia* da lui curata (1894 [ristampa anastatica: 1965]). Gli articoli apparvero nelle riviste locali che in quel periodo fiorivano in Umbria, ma anche – in un caso – nella "Revue des Traditions Populaires", dove pubblicò una leggenda sull'origine del tuono e del lampo che aveva raccolto da una «colona» di Pierantonio, presso Umbertide (ZANETTI Z. 1887). Fu lui a suggerire l'apertura di una rubrica di *Usi e Tradizioni dell'Umbria* nel periodico "La Favilla", dove scrisse a più riprese nel 1887. Negli anni '90 segnala un paio di volte che il materiale proviene dal suo *Memoriale di un medico*. Possiamo dunque immaginare Zanetti che registra in un diario tutto ciò che osserva e ascolta nel territorio dove opera, non limitandosi alla medicina popolare, visto che i suoi contributi si occupano di narrativa, feste, riti del ciclo di vita. Ma negli archivi attentamente consultati da Trabalza (TRABALZA M.R. 1978) di quel taccuino di appunti non rimane traccia.

Non sappiamo perché la sua produzione folclorica, ricca nella gioventù e nella prima maturità, si interrompe negli ultimi venti anni della sua vita: può esser dipeso da questioni private – ad esempio di salute – o da quel disincanto, quel senso di impotenza che gli fa vedere nelle classi popolari un destino storico di arretratezza senza riscatto, contro il quale l'osservazione etnografica ed il suo interesse erudito, per quanto appassionato, non poteva nulla. A più riprese espresse cognizione e consapevolezza delle condizioni miserrime in cui vivevano i contadini, oltre ad una volontà sicuramente generosa di migliorarle con il suo operato professionale, ma non rinveniamo nessuna espressione di solidarietà che accorciasse le distanze, nessuna ottica di classe o chiave di lettura che denunciassero lo sfruttamento⁽³⁾. Inoltre, dopo la lusinghiera accoglienza tributata al suo trattato demoitrico, forse non fu sostenuto dagli stessi incoraggiamenti che lo avevano accompagnato fin dalla progettazione del testo, annunciata in un opuscolo edito in occasione delle nozze di un amico, secondo l'uso del tempo (ZANETTI Z. 1886). Lo definisce, con la sua consueta modestia, «saggio di un povero lavoro cui sono attorno da qualche tempo», ma suscitò ugualmente interesse, recensioni e segnalazioni. Pitre stesso, come Zanetti afferma nella lettera diretta a Mantegazza che premette al trattato, lo spinse a proseguire nell'impresa. In effetti, già quel breve saggio era

denso di informazioni, che tuttavia avevano una qualche organicità solo grazie all'artificio narrativo di una nonna che accudiva il nipotino ricorrendo alle pratiche tradizionali.

Zanetti nell'opuscolo parla della sua campagna etnografica come di un passatempo, un antidoto all'isolamento e alla noia a cui lo costringeva la permanenza nelle aree marginali delle condotte mediche. E indica come sue informatrici le donne anziane che aveva occasione di incontrare: appare un intervistatore così abile da raccogliere una mole di documentazione a lui stesso inattesa, lusingando con il suo interesse le vecchie che finivano per confidargli pratiche magiche che non avrebbero mai ammesso di conoscere e tanto meno esercitare davanti al proprio confessore.

«Relegato come sono in campagna, ho sempre tentato, per quanto ho potuto, di accomodarmi all'ambiente e di sfruttare tuttociò [sic] che questo ambiente può offrire a rendere meno monotona la vita. Così, non dilettrandomi punto la caccia, ho frugato negli usi e nelle scienze di questi buoni villani in cerca di antiche tradizioni, specie sulla medicina, di antiche leggende; e tanto il bottino, quanto il piacere avuto da tali ricerche è stato assai maggiore di quello che avrei pensato. Le buone vecchierelle sono state le fonti più ricche a cui ho attinte [sic]; da esse, lusingando un poco la loro vanità, ho avuto la rivelazione di segreti terapeutici strani che ad altri forse non avrebbero confidato, ha [sic] avuto confessioni di sortilegi esercitati che il loro penitenziero non ebbe mai. In tal modo mi fu facile porre insieme un numero infinito di credenze popolari sull'arte nostra non a tutti note, che ne destarono l'idea, forse non infelice, di ordinarle, raffrontarle e riunirle in un volume che non sarebbe inutile agli studiosi» (*ivi*).

È proprio pensando alle donne anziane che ipotizzava di dare al suo più ampio lavoro il titolo *La medicina delle nostre nonne*. Ormai alla vigilia della pubblicazione, l'annunciò di nuovo in una conferenza, dove mostra di essere ormai lontano dalle spigolature disorganiche: riporta la prima parte del futuro libro, dando conto in modo sistematico delle tipologie etiologiche e terapeutiche della medicina popolare. Si avvicina qua al titolo definitivo, di cui fornisce giustificazione: peraltro tenendosi quell'intervento l'8 marzo, sentiva doveroso motivare l'attribuzione di genere, da una parte insistendo sulla *pietas* che spingerebbe per natura le donne a prendersi cura dei sofferenti e dall'altro storicizzando in qualche misura la loro tendenza conservativa.

«Anche noi uomini possediamo le vostre stesse credenze, i vostri stessi pregiudizi e se voi ne avete assai più che noi ne abbiamo, ciò è solo perché le donne furono sempre più conservatrici degli uomini e perché a noi l'istruzione più vasta, la vita più pratica, i viaggi, la continua esperienza ce ne spogliano a poco a poco, benché mai completamente [...] Io che ho svelato le vostre colpe scientifiche, ho poi assunto la vostra difesa ed ho

invocato per voi le circostanze attenuanti dell'eredità e dell'incoscienza nell'opera vostra, provando così la mancanza di reato; quindi la stessa accusa vi assolve: e vi assolverà sempre, purché i vostri rimedi non siano nocivi per i poveri infermi, o signore gentili» (ZANETTI Z. 1891).

Ma poi nel testo della conferenza sembra ne faccia più nettamente una questione di classe sociale, indicando come depositarie delle credenze e delle pratiche di cui parla, «le popolane, le vecchiette, le ragazze del contado» e più puntualmente la «vostra serva, balia, colona, cuoca, nutrice, o lavandaia» e, unico esemplare maschile (il più umile possibile), «il vostro spazzaturajo».

Anche nel trattato si giustificherà, in nota, di assimilare «la medicina praticata dal popolo» alle «superstizioni possiedute dalle nostre donne ignoranti e colte»:

«Alle gentili lettrici le quali potessero adombrarsi del titolo del mio libro, dirò subito che lo prescelsi per il solo fatto che la donna, più conservatrice dell'uomo, più tardi di questo dimentica le antiche teorie, più tardi si spoglia delle false credenze e dei pregiudizi; e inoltre perché è la donna che si studia sempre di recare, in qualche modo, un sollievo a coloro che soffrono» (Zanetti Z. 1892: V).

E poi nel testo:

«Questa medicina, diremo così, fuori legge, tanto da noi persone dell'arte derisa ed avversata, questa medicina che la donna, sempre ministra di pietà e di amore, professa il più delle volte senza ombra di ciurmeria, ma solo mossa da quel desiderio di giovare, da quell'istinto di commiserazione che nella sua natura sono tanto potenti, non fu appresa sui libri. Essa è discesa fino a noi dalle avole nostre, di bocca in bocca e di generazione in generazione, insieme coi rispetti, gli stornelli, le fiabe, le canzoni del nostro popolo» (*ivi*: 4)

Del resto, pur per ragioni diverse da quelle addotte da Zanetti, è fondato sostenere che le donne abbiano un rapporto privilegiato con la gestione del corpo e della salute/malattia e che la medicina profana sia per lo più medicina domestica, che impegna appunto i soggetti femminili in un bricolage culturale, in una elaborazione di saperi e pratiche di provenienza diversa, che va dalla trasmissione tra generazioni di donne su cui Zanetti insiste, all'esperienza diretta pressoché quotidiana, fino – nei tempi attuali – alla mediazione del rapporto con gli operatori sanitari ed a quella con la divulgazione mediatica⁽⁴⁾.

L'anno precedente alla conferenza cui abbiamo accennato, Zanetti inviò il manoscritto del trattato al concorso che la Società italiana di antropologia ed etnologia aveva bandito allo scopo di promuovere una «Inchiesta sulle superstizioni in Italia». Il suo studio ottenne un premio in denaro «straor-

dinario», cioè appositamente istituito perché meritevole di riconoscimento nonostante l'ambito della ricerca fosse troppo specifico rispetto al tema proposto⁽⁵⁾. Il giudizio su *La medicina delle nostre donne*, reso noto nella rubrica *Rendiconti* dell'«Archivio per l'Antropologia e l'Etnologia», prestigiosa rivista della Società, è assai lusinghiero (Donati G. 1890): «lavoro che senza dubbio sarà modello difficilmente superabile e che costituisce un complesso in cui si rimane imbarazzati nel determinare quale sia il migliore degli elementi che lo compongono; ottima la divisione del materiale; perfetto il rigore di metodo»; si lodano inoltre la «fedeltà» delle descrizioni condotte «da osservatore arguto e sereno, le note erudite con opportuni richiami storici», la quantità delle informazioni raccolte.

Nella lettera a Mantegazza premessa nel testo a stampa, Zanetti si dice debitore a lui, suo maestro ai tempi della Facoltà di medicina a Firenze, del proprio interesse per gli studi folclorici, allora ancora così poco coltivati – scrive – da essere stato «più volte beffato sulla qualità delle mie ricerche giudicate affatto puerili». Informa anche che il piano di ricerca originario intendeva coprire l'intero territorio nazionale, ma che fu costretto ad accantonare quel progetto ambizioso perché non aveva ottenuto materiali sufficienti alla necessaria comparazione. La raccolta in realtà trova il suo maggior pregio proprio nell'essere limitata alla sola provincia perugina, poiché è il prodotto di una rilevazione diretta che non si avvale dei questionari epistolari allora ampiamente in uso, ma restituisce una documentazione di prima mano, entro lo scenario di una realtà contadina locale che metteva in atto le risorse empiriche o magico-simboliche di cui disponeva per combattere il male.

Il trattato dunque è omogeneo per ambito territoriale, anche se Zanetti, pur entro quell'area relativamente ristretta, non manca di segnalare i confini di diffusione di una pratica o le varianti che ha incontrato⁽⁶⁾. È omogeneo per le modalità della rilevazione, sempre condotta «in situazione», guardando o parlando con coloro che Zanetti incontrava da medico, pronto a tradurre le esperienze professionali nei termini dell'indagine folclorica: ricorrono nel testo espressioni – «ho visto», «mi hanno detto», «mi fu descritto» – che delineano la figura di un ricercatore attento ed avvertito. Ne risulta la costruzione di un corpus di sapere condiviso con cui concreti gruppi sociali affrontavano e gestivano condizioni di rischio, disagio, malattia.

Inoltre i criteri di ordinamento del materiale rispondono interamente ad una logica che oggi chiameremmo «emica»: Zanetti propone un'articolazione il più possibile rispondente alla topografia popolare del corpo, che

non riconosce come pertinente la divisione in organi nettamente distinti. Non sovrappone dunque classificazioni che sono estranee alla concezione subalterna, al contrario di Pitré che organizza la materia da un lato secondo la tripartizione canonica in anatomia, fisiologia e patologia, dall'altro secondo gli apparati del corpo umano in prospettiva medica. Il libro di Zanetti è diviso invece in due grandi parti, *Medicina interna* e *Medicina esterna*, seguendo l'orientamento della cultura tradizionale che in primo luogo distingue i mali sulla base tutta empirica della visibilità/invisibilità. Le patologie sono poi minutamente descritte secondo la concezione popolare, illustrata in apertura dei singoli capitoli. Ad esempio:

«Come per le malattie di core, il nostro popolo riunisce tutte le malattie di stomaco in una sola: e qualunque sia il sintomo che esso riferisce a questo viscere, si esprimerà costantemente col dire “mi sento male allo stomaco”. E dopo aver spiegato quale sia la visione di quest'organo – la sua posizione, il suo funzionamento, l'etiologia dei disturbi – specifica: «Il nostro colono chiamerà i dolori di stomaco “dolori di trippa”, ma un facchino della nostra città, se dirà “ho i dolori di trippa”, vorrà dire che ha dolori di ventre: perché nel nostro parlare “trippa” è sinonimo di ventre, benché il beccaio chiami “trippa, ventricello, centopelle”, lo stomaco dei ruminanti o del suino che pone in vendita» (Zanetti Z. 1892: 40-41).

Il lavoro sul linguaggio, qui accennato, è continuo: si riporta la nomenclatura dialettale degli organi, dei sintomi, delle patologie, un lessico con cui è possibile ricostruire l'immagine implicita del corpo e la spiegazione dei suoi mali. E costante è la ricerca di senso nella traduzione dal registro popolare a quello colto della scienza medica del tempo, che diventa anche procedura di comparazione con cui rilevare divergenze e somiglianze. Vediamo come sono introdotti i disturbi riconducibili al sangue:

«il sangue, invertendo il suo circolo, *rivulticandosi* (...) o riempiendosi di acrimonie (*acidi nel sangue*) produce alcune malattie della pelle. Congelandosi (da cui le espressioni *arresto di sangue*, *mi si è gelato*, *fermato il sangue*) produce l'amenorrea, la clorosi, i colori pallidi; ispessendosi (*sangue grosso*), è causa di dismenorrea, di dolori uterini; affluendo in un punto dell'organismo piuttostoché in un altro, produce *ingorghi* o congestioni [per cui] le nostre comari reclamano la sollecitudine del salasso; può infine determinare i suoi effetti dannosi (*effetti di sangue*) dando luogo al *colpo* apoplettico, alle congestioni al *capo*, alle oftalmie o *sangue agli occhi*» (ivi: 7-8).

Nel capitolo dedicato alla cura del bambino troviamo persino elencate in nota le voci più ricorrenti della parlata infantile da uno a tre anni (come *nenne* per latte o *cucco* per uovo).

Benché, come vedremo subito, Zanetti fosse profondamente convinto dell'estrema arretratezza della medicina del «popolo», sfuggì al rischio di darne un quadro statico e oleografico, di infarcire il testo di commenti

che – come allora era frequente – da un lato mettersero in ridicolo la stravaganza delle pratiche con toni divertiti e sprezzanti, oppure denunciassero la loro irrazionalità e rozzezza con toni cupi ed allarmati. Zanetti controlla insomma la tentazione di chiosare il materiale documentario con i suoi giudizi o interventi interpretativi: non vi rinuncia ma li concentra nel primo capitolo e nelle note.

La sua prospettiva è spiegata in modo conciso ed inequivoco all'inizio:

«[Il popolo] per le sue condizioni di mancato sviluppo intellettuale, non ci apparisce mai scienziato, giacché in fatto di nozioni positive esso conserva ma non crea. Quindi è che la sua scienza medica esso non può averla inventata, ma ricordata soltanto. I precetti che insegna ad altri, deve averli certamente ascoltati dalla bocca di un uomo dell'arte, chi sa in quale epoca e durante il dominio di chi sa quali teorie scientifiche [...] così, quando la scienza moderna sarà più diffusa, possiamo essere certi che anche questa sarà rammentata dal popolo, e che le nuove teorie faranno, alle nostre femminucce, dimenticare le antiche. Sicché nulla è totalmente immaginato [sic] nella medicina che io chiamo delle nostre donne [...] Questa medicina che in fondo, è la medicina di Icco di Taranto, di Rafis, di Averroe, di Moschione, di Paracelso, e di tanti altri sommi i quali ci precedettero nel tempio della dea Salute, e che solo il lungo uso di mani rozze ed inesperte ha reso lacera e sgualcita come un vecchio tessuto, perché vorremo noi completamente dispregiarla e non vorremo invece farne uso a ricostruire tanta parte della storia del pensiero umano?» (*ivi*: 4-5)

Qui due convinzioni si rafforzano reciprocamente: da un lato troviamo una ferma fiducia nella medicina scientifica e nella sua «impresa di conquista» (*ivi*: 5), l'assunzione del discorso medico sul corpo e sulla malattia a referente indiscusso, la centralità dell'intervento sanitario nei processi di modernizzazione. Dall'altro la medicina popolare appare un serbatoio di sopravvivenze dove si possono rintracciare le tracce dell'antica arte sanitaria, dalle quali provengono la dignità e l'importanza degli studi demoiatrici. È alle note a piè di pagina che viene affidato l'approccio antiquario: i continui raffronti con testi antichi di medicina, che mostrano peraltro la grande erudizione di Zanetti, riconducono la medicina popolare del contado perugino alla produzione colta delle epoche più diverse (greco-romane, arabe, medievali, cinque-seicentesche). Tali genealogie la rendono degna di attenzione come un fossile vivente: una simile chiave di lettura, per quanto raramente documentata con altrettanta precisione, era diffusa negli studi folclorici del tempo, d'impronta rigidamente evolutzionistica.

Ma proprio nelle note troviamo anche spunti sorprendenti che in parte contraddicono il quadro interpretativo di fondo secondo cui niente è prodotto dalle conoscenze empiriche né dall'immaginario del popolo: Zanetti

spesso si sofferma a segnalare credenze che gli sembrano «non errate», «non totalmente false» oppure corrette «pur senza saperlo». Allora «un concetto patologico popolare diventa un concetto severamente scientifico», come nel caso della «*caduta dello stomaco*» che per quadro sintomatico, etiologia e terapia corrisponde al «prolasso dei visceri, o enteroptosi» (ivi: 43). Ma ancor più stupisce che talvolta l'autore trovi in alcuni elementi folclorici delle anticipazioni dello sviluppo della conoscenza medica o delle intuizioni che gli paiono porre alla ricerca problemi irrisolti.

Ad esempio, nelle espressioni *mi si è stretto o allargato il core* che nel linguaggio comune stanno ad indicare una emozione dolorosa o piacevole, Zanetti vede suggerito il funzionamento del muscolo cardiaco in sistole e diastole e commenta: «non si direbbe che il popolo abbia prevenuto la scienza?» (ivi: 35, nota 2). Oppure, a proposito delle voglie materne che ci parlano del nesso strettissimo tra emozioni o desideri della madre e formazione del feto, scrive: «forse le nuove ricerche sul sistema nervoso centrale porteranno qualche luce su questo argomento» (ivi: 110, nota 2).

E ancora a proposito della convinzione che i porri possano essere *aggettati*, cioè trasmessi da una persona all'altra, egli si dice certo che «indagini accurate potrebbero dar ragione all'opinione popolare, dimostrando il carattere parassitario e contagioso delle verruche» (ivi: 224, nota 1)⁽⁷⁾.

Talvolta è nel testo stesso che stabilisce dei paralleli con la medicina colta:

«Tanti disturbi multiformi causati dall'utero, vanno tutti sotto il nome di *mal di matre* (matrice), *mal matrone*, e da quest'ultimo i nostri coloni credono da tempo che anche gli uomini possono esserne affetti, precorrendo inconsciamente con tale opinione le osservazioni di Charcot sull'isterismo maschile» (ivi: 82).

Benché Zanetti parli della medicina popolare come di un «tessuto lacerato e sgualcito», nel suo trattato – e non a caso lo abbiamo definito tale – essa si configura come un vero e proprio sistema, dotato di una propria coerenza. Questa immagine di organicità interna deriva da un altro aspetto notevolissimo del suo lavoro: l'importanza attribuita ai saperi etiologici e alla tecniche diagnostiche, messe ogni volta in stretta relazione con la terapia. Laddove altri folcloristi o medici dell'epoca nei loro repertori hanno frammentato credenze e pratiche isolandole da una concezione complessiva del corpo in cui trovavano fondamento empirico o simbolico, Zanetti ricostruisce sempre puntualmente questi nessi, evidenziando la logica sottesa a interventi *curativi* che altrimenti apparirebbero inspiegabili e del tutto stravaganti. Un solo esempio: nel trattato si registra che contro l'abbassamento di voce si usava tirare verso l'alto tre o quattro capelli che si trovassero al vertice della testa. Il motivo starebbe nel fatto che l'ugola

si credeva potesse calare e quindi dovesse essere risollevata agendo sulla capigliatura a cui si pensava fosse appesa (*ivi*: 183)⁽⁸⁾.

Agli agenti etiologici di natura demoiatrica Zanetti conferisce dunque grande rilievo e ne riassume le tipologie all'inizio. L'origine del male occupa un posto di primo piano nelle preoccupazioni della mentalità tradizionale:

«Al primo insorgere della malattia, ciò che subito i nostri coloni o le nostre donne si domandano, è sempre da che cosa essa *dipenda*. E se l'uomo dell'arte può e deve rimanere talvolta dubbioso sulla risposta da dare a questa interrogazione, l'uomo del popolo al contrario, ha tosto afferrato la causa del *male*, e saprà dirci colla massima persuasione, quali siano gli agenti che produssero le alterazioni presentate dall'infermo» (*ivi*: 6).

Ci siamo spesso chiesti se la medicina popolare tradizionale fosse da considerarsi un "sistema", rispondendo tendenzialmente in modo negativo, dato il suo carattere fortemente sincretico, disorganico, lontano da una elaborazione unitaria che fosse riconducibile a una logica interna. Davanti al lavoro di Zanetti c'è tuttavia da chiedersi se questa convinzione non dipenda dalla difficoltà di rintracciare le connessioni che legano le pratiche terapeutiche con la concezione del corpo e del suo funzionamento, con le categorie nosologiche e con la spiegazione delle cause del male. Pensiamo a quanto nella medicina popolare, come Zanetti non manca mai di far notare, le dimensioni etiologiche, diagnostiche, terapeutiche e preventive siano intrecciate: una stessa tecnica o una stessa sostanza possono essere variamente impiegate sia per evitare una malattia che per curarla, sia per individuarne l'origine o la natura, che per eliminarla.

Inoltre gli studi hanno nel tempo fatto notare come la medicina popolare tradizionale sia decisamente orientata in senso preventivo, soprattutto sul versante magico-simbolico: ne sono prova evidente l'utilizzo intensivo di amuleti. La medicina "ufficiale" non riconobbe mai tale propensione né la considerò una risorsa. Zanetti la mette invece in grande evidenza, soprattutto nella densissima parte che riguarda la gravidanza, il parto/nascita, le cure allevanti, lungo le quali la vita quotidiana appare tutta cadenzata dalle attenzioni rivolte a evitare l'insorgenza del male.

L'autore infine non trascura la tendenza alla pluralità dei ricorsi e degli itinerari terapeutici, che per lui è legata alla necessità di sconfiggere il male con qualsiasi mezzo, come quando – sostiene – in Babilonia il malato era esposto fuori di un tempio e per legge i viandanti erano tenuti a suggerire una cura.

«l'antica abitudine di chiedere consiglio al primo venuto sui propri mali, e quella di suggerire ciascuno il suo rimedio, si conserva ancora e giova

credere debba conservarsi fino a che il dolore strapperà un lamento e fino a che il fantasma della morte apparirà a minacciare la nostra esistenza. È certo che, malgrado il diffondersi dello scibile, il morbo sarà sempre una incognita spaventosa per il malato e che l'istinto della propria conservazione farà sempre accogliere, senza discuterlo, qualunque aiuto e da qualunque braccio prestato, nella lotta contro la potenza misteriosa del *male*; quindi non è da meravigliarsi se in alcuni casi saranno ugualmente accolti tanto la ricetta del clinico più illustre, quanto il rimedio consigliato dalla più ingenua femminuccia del volgo, ed anzi, il più delle volte, questo sarà ciecamente preferito a quella» (*ivi*: 3-4).

Ma c'è qualcosa che da *La medicina delle nostre donne* non è dato sapere: come Zanetti si rapportava alla sua utenza, come affrontava in concreto l'incontro/scontro tra la medicina ufficiale e quella praticata dal «popolo». In una fase in cui l'organizzazione sanitaria stava cominciando a diffondersi capillarmente nel territorio attraverso le condotte, ponendosi come nuovo soggetto di egemonia e di controllo sociale, sarebbe stato importante che il suo stesso operato professionale fosse incluso nell'etnografia. Ma non dicendo nulla di questo, l'autore ci impedisce di definire meglio, per quel periodo cruciale, la diversità storicamente determinata dei modi in cui le due «medicine» – per usare un'espressione semplificata – si spartivano e si contendevano le competenze. Zanetti non è interessato a ricomporre il suo strabismo tra sguardo medico e sguardo etnografico.

Nell'unico luogo in cui parla dell'impatto degli operatori ufficiali con quelli popolari, cambia di registro: il tono non è più da «osservatore arguto e sereno» come quello che gli attribuisce Donati nella motivazione del premio conferitogli, ma ricorre a una metafora quasi teatrale, costruendo un quadro drammatizzato. Nello scenario della malattia il medico si colloca al centro, ma la regia è affidata agli operatori «abusivi» che se ne stanno dietro le quinte, giudicando e filtrando le sue prescrizioni: solo quelle che appariranno coerenti alle loro credenze e pratiche, verranno approvate e seguite. Colui che dovrebbe giudicare l'adequatezza della cura, il medico «vero», è controllato a sua insaputa da quegli insospettati attori di cui ignora l'esistenza per la sua ingenua estraneità rispetto al contesto d'intervento.

«Come presso i selvaggi ad un medico bianco è preferito lo stregone, presso di noi all'uomo dell'arte è preferito un individuo che esercita le funzioni di medico abusivamente, ignaro di morbi e di rimedi, e che può appartenere indifferentemente ad un sesso od all'altro, può essere un conciaossa, una fattucchiera, un religioso, un mendicante, una *mammana*. Ciò accade non solo nel nostro contado, ma anche nella nostra città, e spesso alla visita del medico, si fa assistere *in incognito*, colui o colei che dovrà sanzionare o meno la prescrizione fatta al malato, secondo le proprie teorie e la propria

esperienza. Uscito il medico vero, se l'impressione prodotta da questo sul giudice maschio o femmina, fu buona; se le sue parole ebbero una certa assonanza coi termini tecnici errati appresi qua e là dal pretenzioso consulente, se la pratica manuale consigliata avrà una qualche relazione con altre pratiche superstiziose, se la pozione ordinata sia composta di erbe ben note, si è sicuri dell'appoggio morale dell'individuo misterioso. Ma se il medico avrà usato un linguaggio poco alla portata dell'intelligenza che si trovava a lui presente, se avrà consigliato medicine sconosciute o si sarà opposto ad una pratica sciocca già iniziata, può essere certo che il suo infermo non sarà trattato secondo le sue prescrizioni, ma secondo quelle del così detto *medicone o medicona*» (ivi: 11-12).

Di nuovo Zanetti si rivela qui gravato da un senso d'impotenza professionale, motivato dall'insidia incombente dei «praticoni», dalla mancata legittimazione del ruolo dell'operatore sanitario, dalle difficoltà del rapporto con i pazienti, derivante dall'estraneità del suo linguaggio e del suo sapere. La cultura popolare non gli appare come un vuoto di ignoranza ma come un serbatoio pieno di false credenze: la «battaglia» della scienza medica, per quanto incruenta, è difficile da combattere contro un nemico che si nasconde. In Zanetti non c'è ombra di critica verso i colleghi inconsapevoli della complessità dello scenario e della relazione terapeutica: essi sembrano piuttosto delle vittime. Ma, nello stesso tempo, si ventila implicitamente la prospettiva secondo cui la conoscenza della cultura profana sarebbe essenziale per l'efficacia dell'intervento dell'operatore. Zanetti non parlerà più nel testo di quest'ordine di problemi, privandoci appunto di una etnografia – stavolta della relazione medico-paziente, del rapporto tra pratica professionale e sapere diffuso – che avrebbe per noi grande rilevanza storica.

Tuttavia il trattato umbro continua ad essere un utile repertorio di saperi e pratiche dove, dopo più di un secolo di inediti cambiamenti, si possono trovare inattesi riscontri nelle testimonianze orali. Rilevammo le prime evidenze negli anni Ottanta (Bartoli P. - Falteri P. 1987) quando conducemmo una ricerca nell'area perugina del Lago Trasimeno, volta a ricostruire l'incontro/scontro tra medicina ufficiale e medicina popolare sul terreno delle prime fasi del ciclo di vita. Mentre per il periodo tra l'Unità e la Prima guerra mondiale attingemmo a dati dell'archivio locale, per l'epoca successiva siamo ricorsi a interviste con donne ed operatori sanitari che per la loro età potevano avere memoria degli anni che hanno preceduto l'ospedalizzazione generalizzata del parto, allorché si è avviata la disgregazione irreversibile del sapere femminile diffuso e della sua trasmissione. In seguito abbiamo raccolto sugli stessi temi, in varie zone dell'Umbria, un corpus consistente che attende un'elaborazione

complessiva e in cui sono continue le tracce di persistenze che richiamano puntualmente *La medicina delle nostre donne*⁽⁹⁾: al sobrio discorso del medico ottocentesco si accostano – quasi termine a termine – le vivaci testimonianze orali delle storie di maternità delle donne anziane. Non c'è qui lo spazio per darne saggio. Tuttavia è opportuno segnalare che la documentazione di Zanetti mantiene una sua vitalità, riflettendosi nelle narrazioni da noi raccolte. Il nostro interesse era volto a rilevare le esperienze antecedenti alla presa in carico integrale della madre e del bambino da parte dell'ostetricia-ginecologia per un verso e della pediatria per l'altro, per il particolare interesse storico-antropologico di tali specializzazioni mediche, in quanto sono state le prime a diffondersi in modo capillare, oltre ad essere implicate nella produzione di vita e nelle cure allevanti. E su questo versante il trattato di Zanetti è particolarmente ricco, anche se, appunto, non svela le dinamiche del contatto.

Note

⁽¹⁾ L'edizione originale, da tempo pressoché irreperibile, fu opportunamente ripubblicata in anastatica nel 1978 da Maria Raffaella Tralbalza, che vi premise un suo contributo d'impronta letteraria (*La malattia: un valore sostitutivo. Una conferma dalla Medicina delle nostre donne*, pp. 37-63), corredato da un'accuratissima documentazione archivistica e bibliografica che tutt'oggi appare esaustiva. Affidò inoltre un saggio introduttivo incentrato sul concetto di superstizione, ad Alberto M. Cirese (*Zanetti e la medicina popolare: questioni di ieri e di oggi*, pp. 11-35). Nel 2011 un'altra casa editrice folignate, Il Formichiere, ha reso disponibile una nuova ristampa anastatica dell'edizione originale.

⁽²⁾ Bellucci (1844-1921), docente di chimica organica e inorganica alla Università degli studi di Perugia, più volte rettore del locale Ateneo e preside della Facoltà di medicina e di farmacia, attivo partecipe della vita cittadina, fu tra l'altro appassionato ricercatore e studioso di tradizioni popolari. A lui si devono numerose opere demologiche e una ricchissima collezione di amuleti, oggi conservata nel Museo di archeologia di Perugia. Cfr. Seppilli T., cit. e Baronti G. (2008).

⁽³⁾ Perché non appaia anacronistica questa nostra notazione, pensiamo a Giuseppe Nicasi (1859-1915), un tifernate a Zanetti contemporaneo, che dette tutt'altra prova di impegno politico e civile. Facoltoso proprietario terriero, fu un acceso repubblicano e un appassionato democratico che ebbe sempre a cuore le condizioni dei suoi contadini, oltre a dar vita alla stampa progressista del suo territorio. È noto perché eletto sindaco nel 1889 grazie al successo elettorale della lista che aveva contribuito in modo decisivo a comporre, non esercitò la carica, rimanendo soltanto assessore, perché si rifiutò di giurare fedeltà al re. Si occupò di folklore, annotando in un taccuino le tradizioni della sua gente: gli appunti, ricchi anche di informazioni demoitriche, non sono stati dati alle stampe per le difficoltà ad avere a disposizione gli originali, necessari all'edizione critica. Nicasi pubblicò solo due lavori che sono tuttavia di un certo rilievo (1908 [1987], 1912).

⁽⁴⁾ È noto che le riviste femminili danno ampio spazio alle questioni di salute e che per la maggioranza è femminile il pubblico dei periodici di divulgazione sanitaria e pratiche salutari, alcuni dei quali sono peraltro specializzati nelle prime fasi del ciclo di vita. Inoltre sono numerosissimi i blog su questi temi frequentati da donne.

⁽⁵⁾ A Zanetti furono assegnate 100 lire. Il primo premio di 300 lire fu vinto da Caterina Pigorini Beri che aveva presentato al concorso un testo a stampa e un manoscritto, poi pubblicato dalla

Società, sulle superstizioni della montagna marchigiana (1889, 1890). Il secondo premio, consistente nella pubblicazione, andò a Paolo Riccardi (1890/1969).

⁽⁶⁾ Zanetti tende a individuare talvolta nella medicina popolare orientamenti di carattere generale che travalicano l'area da lui indagata, ma è attento a registrare la variabilità delle credenze e pratiche locali entro un territorio notevolmente vasto come quello che corrispondeva al *contado* di Perugia. Anche oggi, nelle nostre campagne di ricerca, si sono osservate differenze non irrilevanti – come del resto avviene per i dialetti – tra abitati di pianura, di collina e di montagna anche non distanti tra loro. Non condividiamo dunque il parere secondo cui l'indagine di Zanetti è rappresentativa dell'intera Umbria, come era convinto il sacerdote folclorista Alessio Mazzier (1952) per il fatto di aver trovato continue corrispondenze con il trattato del 1892 in una sua ricerca condotta nella campagna di Assisi, che era però compresa nell'ambito territoriale considerato da Zanetti.

⁽⁷⁾ Zanetti, pur ritenendo degna di attenzione l'ipotesi di una natura contagiosa dei porri, nella medicina popolare la vede collegata alla credenza che «l'invidia del bene altrui» sia capace di trasmettere il proprio male a qualcuno. Qui starebbe a suo parere la base della terapia per “trasferimento”, ampiamente attestata nella letteratura demoiatrica italiana, ma rilevata anche in quella di Francia e Québec (BARTOLI P. - FALTERI P. - LOUX F. - SAILLANT F. 1997). La pratica in questione prevede di contare le verruche toccandole con piccoli oggetti ad esse assimilabili (sassolini, ceci, piselli, grani di sale...) e di gettarli poi in strada avvolti in una stoffa o in una carta oppure deposti in una scatola. Il primo che li raccolga, si prenderà i porri liberandone chi ne era affetto. In realtà, la procedura non sembra riconducibile all'invidia. Dal canto suo, Paul Saintyves fu così interessato alle terapie contro i porri e in particolare alle modalità per “trasferimento”, che vi dedicò una monografia (1913). Il lavoro è notevole, aldilà della sua rassegna dei rimedi in area europea, perché porta prove, indicate come certe, dell'efficacia delle pratiche di tipo magico e, precorrendo i tempi, la spiega con meccanismi psicosomatici: l'attesa di guarigione produce una dinamica psichica che incide sulla fisiologia risolvendo il problema. Questa è la conclusione del libretto, intitolata alla *Théorie des modifications organiques d'origine suggestive*. Il limite sta nel fatto che riconduce genericamente tutto il processo, appunto, a «suggestione», senza interrogarsi sul significato dei contenuti simbolici e sulla cultura del corpo che vi è sottesa, strada che abbiamo invece cercato di percorrere nella ricerca comparativa sopra citata.

⁽⁸⁾ Zanetti non manca di specificare che ha cercato di ottenere informazioni più puntuali: «Quale sia l'ubicazione precisa di questi capelli cui sembra che l'ugola sia appesa come a fili, non saprei dire, e nessuna donna mi seppe mai precisare». E conclude limitandosi a riconoscere l'efficacia del rimedio: «ma le medicine tirano in su i capelli, l'ugola risale e ciò basti» (*ivi*: 183-184).

⁽⁹⁾ Ricordiamo a questo proposito il lavoro di Gianfranco Ranisio (1996) che ha indagato nell'area amalfitana mutamenti e permanenze nelle prime fasi del ciclo di vita rilevabili presso tre generazioni di donne appartenenti alla stessa famiglia. Anche nella sua ricerca emergono, pur nel quadro di processi complessivi di trasformazione, una serie di persistenze che tuttavia nel suo caso non possono essere comparate con un testo organico come quello di Zanetti.

Bibliografia

BARONTI Giancarlo (2008), *Tra bambini e acque sporche. Immersioni nella collezione di amuleti di Giuseppe Bellucci*, Morlacchi, Perugia (Itaca, 5).

BARTOLI Paolo - FALTERI Paola (1987), *La medicina popolare in Umbria dalla fine dell'800 ad oggi: permanenze e trasformazioni*, pp. 167-208, in PASTORE A. - SORCINELLI P. (curatori), *Sanità e società. Emilia Romagna, Marche, Umbria, Lazio. Secoli XVI-XX*, Casamassima, Udine.

BARTOLI Paolo - FALTERI Paola - LOUX Françoise - SAILLANT Francine (1997), “Non fissare il cielo stellato”. *Le verruche nella medicina popolare in Italia, Francia e Québec*, “AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica”, anno II, n. 3-4, ottobre 1997, pp. 103-144.

DONATI Girolamo (1890), *Rendiconti*, "Archivio per l'Antropologia e l'Etnologia", anno XX, n. 3, pp. 452-454.

NICASÌ Giuseppe (1908), *Dei segni numerici usati attualmente dai contadini della Valle di Morra nel territorio di Città di Castello*, "Bollettino della Regia Deputazione di Storia Patria per l'Umbria", anno XII, fasc. II / ristampa in GIACARDI L. - ROERO C.S. - TRABALZA M.R. (1987), *L'origine della numerazione romana. Un'ipotesi di Giuseppe Nicasi sul modo di contare dei contadini di Morra*, Edizioni dell'Arquata, Foligno.

NICASÌ Giuseppe (1912), *Le credenze religiose delle popolazioni rurali dell'alta valle del Tevere*, "Lares. Bulletino della Società di etnografia italiana", anno I, fasc. 2-3, 1912, pp. 137-176.

PIGORINI BERI Caterina (1889), *Costumi e superstizioni nell'Appennino marchigiano*, Lapi Tipografo Editore, Città di Castello.

PIGORINI BERI Caterina (1890), *Le superstizioni e i pregiudizi delle Marche appennine. Per rispondere all'inchiesta della Società Antropologica Italiana (Memoria presentata dalla Società Italiana di Antropologia)*, "Archivio per l'Antropologia e l'Etnologia", anno XX, n. 1, 1890, pp. 17-59.

PITRÈ Giuseppe (1894) *Bibliografia delle tradizioni popolari d'Italia*, Carlo Clausen, Torino - Palermo [ristampa anastatica: Casa del Libro, Cosenza, 1965].

PITRÈ Giuseppe (1896), *Medicina popolare siciliana*, Carlo Clausen, Torino - Palermo (Biblioteca delle tradizioni popolari siciliane, XIX) [ristampa anastatica: prefazione di G. RESTA, Il Vespro, Palermo, 1965].

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

PIZZA Giovanni (2012), *Medicina popolare: una riflessione*, pp. 181-204, in COZZI D. (curatrice), *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario*, Morlacchi, Perugia.

RANISIO Gianfranca (1996), *Venire al mondo. Credenze, pratiche e rituali del parto*, Meltemi, Roma.

RICCARDI PAOLO (1890), *Pregiudizi e superstizioni del popolo modenese. Contribuzioni alla Inchiesta intorno alle superstizioni e ai pregiudizi esistenti in Italia*, Società Tipografica Antica Tipografia Soliani, Modena [ristampa anastatica: Multigrafica, Roma, 1969].

SAINTYVES Paul (1913), *La guérison des verrues. De la magie médicale à la psychothérapie*, Librairie Critique Émile Nourry, Paris (Collection Science e magie, 1).

SEPPILLI Tullio (1996), *Presentazione a Giuseppe Bellucci, La placenta nelle tradizioni italiane e nell'etnografia*, "AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica", n. 1-2, ottobre 1996, pp. 287-289.

TRABALZA Maria Raffaella (1978), *La malattia: un valore sostitutivo. Una conferma dalla Medicina delle nostre donne*, pp. 37-63, in ZANETTI Z., *La medicina delle nostre donne (1892)*, a cura di TRABALZA M.R., Ediclio, Foligno, 1978.

ZANETTI Zeno (1882), *Azione dell'acido salicilico nell'infezione cadaverica*, "Rivista Italiana di Terapia e Igiene", vol. II, n. 1, gennaio 1882, pp. 14-18.

ZANETTI Zeno (1887), *Le tonnerre et les éclairs. Origine de le tonnerre et de l'éclair. Légende de l'Ombrie*, "Revue des Traditions Populaires", vol. II, n. 6, p. 269.

ZANETTI Zeno (1886), *Nonne e bambini (Nozze Paoletti - Lancetti)*, presso Vincenzo Santucci, s.l [ma Perugia].

ZANETTI Zeno (1891), *La medicina delle donne. Conferenza tenuta la sera dell'8 marzo 1891 al Circolo Mandolinisti in Perugia*, Tipografia Boncompagni, Perugia.

ZANETTI Zeno (1892), *La medicina delle nostre donne. Studio folklorico* premiato dalla Società italiana di antropologia, con una lettera di P. MANTEGAZZA, *La psicologia delle superstizioni*, S. Lapi Tipografo-Editore, Città di Castello, XX+271 pp. [ristampa anastatica: Il Formichiere, Foligno, 2011].

ZANETTI Zeno (1896), *Rendiconto del movimento clinico dell'Istituto ostetrico dell'Ambulatorio ostetrico-pediatrico e della Guardia ostetrica dell'Istituto durante l'anno scolastico 1895-1896 (15 settembre 1895 - 31 luglio 1896)*, Libera Università di Perugia, Scuola di Ostetricia per le Levatrici - prof. A. Giuseppe Madruzzo, Tipografia Umbra, Perugia, 36 pp.

ZANETTI Zeno (1909), *Il V Ospedale della Croce Rossa in Calabria*. Conferenza tenuta nella Sala dei Notari la sera del 21 febbraio 1909 dal dott. Zeno Zanetti Direttore a beneficio del fondo pel materiale di rifornimento, Unione Tipografica Cooperativa, Perugia, 36 pp.

ZANETTI Zeno (1978), *La medicina delle nostre donne (1892)*, a cura di TRABALZA M.R., con un saggio di CIRESE A.M., *Zanetti e la medicina popolare: questioni di ieri e di oggi*, Ediclio, Foligno.

Scheda sull'Autrice

Paola Falteri è professore associato presso la Sezione antropologica del Dipartimento di Filosofia, scienze umane, sociali e della formazione della Università degli studi di Perugia. Ha insegnato prima Antropologia culturale nella Facoltà di lettere e filosofia, poi Antropologia culturale e dell'educazione in vari corsi di laurea della Facoltà di scienze della formazione, oltre che in quello di Ostetricia della Facoltà di medicina e chirurgia. Si è occupata a lungo di demoiatría, nella prospettiva di rilevare – attraverso l'analisi della letteratura folclorica da un lato e l'indagine etnografica dall'altro – i processi di medicalizzazione e le forme dell'incontro/scontro tra organizzazione sanitaria e culture subalterne che li hanno storicamente accompagnati. In questo quadro ha privilegiato la ricerca sulle prime fasi del ciclo di vita e delle cure allevanti, dove l'antropologia medica si intreccia con quella dell'educazione, ulteriore disciplina settoriale a cui ha rivolto il suo interesse. Successivamente ha applicato un approccio simile alle storie di maternità delle migranti: un primo saggio di questa direzione di lavoro è comparso in "AM", vol. 17-18, ottobre 2004 (Paola FALTERI, *Umbilicals and baths, baby food and strollers: embodying hybrid cultures. Child care strategies and practices among African mothers in Perugia (Umbria)*, pp. 273-286). Di recente ha coordinato per la Regione Umbria una ricerca su *Maternità e cure allevanti: soggettività femminile e criticità delle prime fasi del corso di vita in donne autoctone e straniere*.

Riassunto

Zeno Zanetti tra medicina e demoiatría

Nel 1892 fu dato alle stampe un trattato sulla medicina popolare della provincia di Perugia, che aveva ricevuto un premio "straordinario" nel Concorso che la Società Italiana di Antropologia, Etnologia e Psicologia comparata aveva bandito per promuovere una "Inchiesta sulle superstizioni in Italia". Il ricorso ad un riconoscimento speciale era causato dai meriti che si ravvisavano nell'opera, anche se il suo ambito tematico non si estendeva – come previsto – al più vasto e generico campo dei "pregiudizi popolari". Ne era autore Zeno Zanetti, medico condotto appassionato cultore di studi folclorici. *La medicina delle nostre donne* occupa un posto di grande rilievo nella storia

della demoiatría, e dunque di quella che poi prenderà il nome di antropologia medica. Non solo la mole amplissima di documentazione è tuttora utile, ma è interessante la metodologia, che si avvale dell'osservazione e dell'ascolto, esercitati rigorosamente da Zanetti nel suo ruolo professionale, in una prospettiva che oggi definiremmo *emica*. Secondo le teorie evoluzionistiche del tempo, a parere di Zanetti *il popolo conserva ma non crea*: proprio da ciò deriverebbe la rilevanza storica di credenze e pratiche folcloriche riconducibili, come fossili viventi, alle medicine più antiche. Nello stesso tempo, contraddicendosi, l'autore esprime valutazioni che superano l'approccio antiquario e riconoscono un valore intrinseco alla cultura popolare: nelle note rintraccia non solo elementi rispondenti alle conoscenze scientifiche coeve, ma anche possibili ipotesi di ricerca medica in direzioni non ancora indagate. Inoltre l'attenzione di Zanetti per la fisiologia del corpo, le etiologie e le tecniche diagnostiche, configura la medicina popolare come un "sistema" dotato di una coerenza interna da altri demologi non riconosciuta. Manca invece una etnografia del rapporto medico-paziente e della sua pratica professionale, che avrebbe potuto dirci molto sull'incontro/scontro tra organizzazione sanitaria e classi subalterne alla fine del XIX secolo.

Parole chiave: studi folclorici della fine '800, medicina popolare e medicina 'ufficiale', etnografia.

Résumé

Zeno Zanetti entre la médecine et le folklore médicale

Le traité *La medicina delle nostre donne* (La médecine de nos femmes) sur la médecine traditionnelle de la province de Pérouse a été publié pour la première fois en 1892. Celui-ci avait reçu le prix «extraordinaire» de la Società Italiana di Antropologia, Etnologia e Psicologia comparata (Société Italienne d'Anthropologie, Ethnologie et Psychologie comparative) dans le cadre d'un concours organisé afin de promouvoir l'«Étude des superstitions en Italie». Cette reconnaissance spéciale était engendré par les mérites du travail, même si le champ d'application thématique ne s'étendait pas – comme prévu – au plus vaste et plus générale domaine des «préjugés populaires». L'auteur de cette œuvre était Zeno Zanetti, médecin généraliste passionné d'études folkloriques.

La medicina delle nostre donne occupe une place importante dans l'histoire des recherches sur la maladie et donc dans l'histoire de la discipline qui allait prendre le nom d'anthropologie médicale. Pas seulement la très grande quantité de documentation fait preuve d'être toujours essentiel, mais la méthodologie est vraiment captivante tout en utilisant les outils de l'observation et de l'écoute, exercés avec rigueur par Zanetti dans son rôle professionnel, dans une perspective qui nous appellerions aujourd'hui

perspective *émique*. D'après les théories évolutionnistes de l'époque et selon l'avis de Zanetti, *le peuple maintient mais ne crée pas*: d'ici en résulterait l'importance historique des croyances et des pratiques populaires liées aux médecines plus anciennes. Dans le même temps, l'auteur se contredit lui-même, tout en exprimant des évaluations qui dépassent l'approche antiquaire et reconnaissent une valeur intrinsèque à la culture populaire: dans les annotations, Zanetti montre non seulement des éléments répondant à la connaissance scientifique contemporaine, mais aussi des hypothèses de recherche in médecine à poursuivre dans des directions pas encore explorées. En outre, l'attention de Zanetti pour la physiologie du corps, les étiologies et les techniques de diagnostic, configure la médecine populaire comme un 'système' ayant une cohérence interne qui n'était pas reconnue par les autres chercheurs. Ce qui manque est une ethnographie de la relation médecin-patient et de sa pratique professionnelle, travail qui aurait pu nous informer sur la rencontre-affrontement entre l'organisation sanitaire et les classes subalternes à la fin du XIXe siècle.

Mots-clés: études folkloriques de la fin du XIX siècle, médecine populaire et médecine 'officielle', ethnographie.

Resumen

Zeno Zanetti entre la medicina convencional y la medicina popular

En 1892 se imprimió en la provincia de Perugia un tratado sobre la medicina popular, el cual ya había recibido un premio "extraordinario" en el Concurso celebrado por la Società Italiana di Antropologia, Etnologia e Psicologia comparata, (Sociedad Italiana de Antropología, Etnología y Psicología comparada) con el objetivo de promover la "Investigación de las supersticiones en Italia". La necesidad de un reconocimiento especial se debía a los méritos que ya se avizoraban en la obra, no obstante el ámbito temático no se extendiera – como estaba previsto – al más amplio y genérico campo de los "prejuicios populares". Su autor era Zeno Zanetti, médico de cabecera y gran aficionado a los estudios folclóricos. *La medicina de nuestras mujeres* ocupa un lugar de gran importancia en la historia de la investigación sanitaria en cuanto a medicina popular se refiere, y por ende, de la que se llamaría después, antropología médica. La inmensa cantidad de documentos no es sólo útil para nuestros tiempos, es también interesante por su metodología, que hace uso de la observación y la escucha, ejercidos rigurosamente por Zanetti en su rol profesional, en una perspectiva que hoy definiríamos *émic*. Según las teorías evolucionistas del tiempo, para Zanetti, *el pueblo conserva, pero no crea*: es propio de allí que derivaría la importancia histórica de las creencias y las prácticas folclóricas que se encuentran, como fósiles vivientes, en las medicinas más antiguas. Al mismo tiempo, el autor se contradice, expresa valoraciones que superan el enfoque arqueológico y reconocen el valor intrínseco de la cultura popular: en las

notas se encuentran no sólo elementos que responden a conocimientos científicos contemporáneos, sino también a posibles hipótesis de investigación in medicina en direcciones aún no exploradas. Además, la atención de Zanetti en la fisiología del cuerpo, las etiologías y las técnicas de diagnóstico, configura a la medicina popular como un “sistema” con una coherencia interna que hasta el momento no ha sido reconocida por otros expertos de demoiaatria. Sin embargo, falta una etnografía de relación entre el médico-paciente y su ejercicio profesional, la cual nos habría dado seguramente una mayor información sobre el encuentro/enfrentamiento entre las organizaciones sanitarias y las clases subalternas a finales del s. XIX.

Palabras claves: Zanetti, estudios folclóricos a finales del s. XIX, medicina popular y medicina ‘oficial’, etnografía.

Abstract

Zeno Zanetti: Between Conventional and Folk Medicine

La Medicina delle Nostre Donne (The Medicine of Our Women), a treatise on folk medicines of the Perugia province, was first published in 1892. The Società Italiana di Antropologia, Etnologia e Psicologia Comparata (Italian Society of Anthropology, Ethnology and Comparative Psychology) awarded it with a “special” prize within a competition organized to promote a “Survey on the superstitions in Italy”. This acknowledgement was largely due to the merits that were discernible within the work, even though its thematic field did not extend, as expected, to the larger and more general field of “popular prejudices”. Its author, Zeno Zanetti, was a municipal doctor and a folklore studies enthusiast.

La Medicina delle Nostre Donne occupies a prominent place in the history of health studies and consequently in the field that later will be named medical anthropology. Not only does the vast documentation of this work continue to be valuable nearly 125 years after its first publication, but the used methodologies are extremely interesting. Observation and listening tools rigorously utilized by Zanetti in his professional role, are what we would call the *emic* perspective today. In line with evolutionary theories of the time, and as stated by Zanetti *the people preserves, but does not create*. From this assertion we derive the historical significance of folkloric beliefs and practices related to the oldest medicines. At the same time, contradicting himself, the author expresses assessments that exceed the old approach and recognize an intrinsic value in popular culture; in the annotations he marks not only the elements corresponding to contemporary scientific knowledge, but also points out possible research hypotheses in medicine following directions not yet explored. Moreover, Zanetti’s interest in the physiology of the body, the etiologies and the diagnostic techniques, configures folk

medicine as a “system” with an internal consistency not recognized by other scientists. Nonetheless, there is a lack of ethnography of the doctor-patient relationship and of its professional practice that could have given us more information about the encounter-clash between the health organization and subaltern classes of the late nineteenth century.

Keywords: folklore studies of the late '800s, popular medicine and 'official' medicine, ethnography.

*Il percorso nascita: dalle medicine popolari a “Le culture del parto” (1985)**

Gianfranca Ranisio

professore straordinario, Dipartimento di scienze sociali, Università di Napoli Federico II
[ranisio@unina.it]

In questo intervento intendo delineare gli antecedenti e gli sviluppi di quel settore che costituisce oggi l'antropologia della riproduzione, ma che ha ampi precedenti nella storia degli studi demologici italiani, nei quali erano presenti saggi su quelli che erano definiti gli “usi natalizi”, termine in cui si comprendevano credenze e pratiche che si riferivano non solo alla nascita, ma anche alle fasi precedenti e successive al parto. Si tratta perciò di un settore che si è sviluppato a partire da quei vasti repertori che si sono costituiti nell'ambito degli studi delle medicine popolari nella seconda metà dell'Ottocento, periodo particolarmente importante per l'impulso che hanno avuto gli studi demologici in clima positivistico (ALLIEGRO E.V. 2011).

Data la vastità della tematica, delineerò alcune tappe storiche e alcune figure significative, facendo riferimento prevalentemente al territorio meridionale e cercando di individuare un filo conduttore che riunisca usanze e modelli diffusi e li contestualizzi, non solo tenendo conto delle impostazioni ideologiche di chi ha raccolto e documentato questo complesso di pratiche, ma anche della storia sanitaria del paese.

Come rileva Cosmacini, il secolo XIX appare come il secolo della sanità, durante il quale emerge la figura professionale del medico come apostolo laico; dalla seconda metà dell'Ottocento la biomedicina e i suoi professionisti acquisiscono legittimità e piena autocoscienza del proprio ruolo scientifico e politico, mentre maggiore attenzione viene rivolta alle

* Testo definitivo del contributo presentato nella I Sessione parallela (*Storia e insegnamento dell'antropologia medica*) al 1° Convegno nazionale della SIAM, *Antropologia medica e strategie per la salute* (Roma 21-23 febbraio 2013).

condizioni igienico-sanitarie⁽¹⁾ (COSMACINI G. 2008: 350; BARTOLI P. 1989: 28). A questo riconoscimento professionale si accompagna un'accanita battaglia di delegittimazione e criminalizzazione delle medicine diverse e un processo di unificazione di tutte le professioni sanitarie sotto il controllo della biomedicina (SEPPILLI T. 1996: 9).

Tra fine Ottocento e inizi Novecento l'ostetricia e la ginecologia diventano specializzazioni mediche progressivamente diffuse, assumendo la gravidanza e il parto sotto il proprio dominio della professione medica, in concomitanza con l'affermarsi del modello meccanicistico del corpo macchina. Negli Stati Uniti i medici ostetrici, già alla fine dell'Ottocento, riescono a far prevalere la propria visione della nascita, esautorando le ostetriche, mentre in Europa, pur con tutta una serie di differenze tra i vari paesi – si consideri ad esempio il caso dell'Olanda – l'autorità dei medici si impone intorno agli anni Trenta, quando l'ospedalizzazione del parto, limitata nell'Ottocento alle sole classi indigenti, si diffonde anche tra le donne delle classi medie (SHORTER E. 1988 [1982]; MAFFI I. 2010: 7; WERTZ R.W. - WERTZ D.C. 1977).

In Italia i tempi per l'ospedalizzazione del parto si riveleranno molto più lunghi, soprattutto nelle zone rurali interne e nel Meridione.

Nel quadro dell'interesse per le tradizioni popolari che si sviluppa nella seconda metà dell'Ottocento, particolarmente significativa è la figura di Giuseppe Pitрэ, il quale rappresenta in modo esemplare la figura del medico etnografo (COMELLES J.M. 1996; PIZZA G. 2005, 2011). Pitрэ dedica alla demoiatria l'opera *La Medicina popolare siciliana*, nella quale delinea una metodologia di classificazione che separa quanto è religioso e folclorico da quanto è medico, pur ritenendo difficoltoso nelle pratiche popolari distinguere «ciò che si considera come pregiudizio da ciò che è scienza, le pratiche di oggi dalle pratiche di ieri, quella che fu da quella che è superstizione» (1981: IX [1896]). Nel testo si sofferma su quegli eventi che richiedono l'intervento di un medico o di un terapeuta popolare, mentre non tratta del parto, pur descrivendo patologie collegate alle mestruazioni e all'allattamento. Eppure proprio questa lacuna in un'opera che si può considerare fondatrice dell'approccio alla medicina popolare, è significativa, perché rivelatrice del modo stesso di considerare il parto nella sua epoca. Infatti egli affronta questo argomento in altre tipologie di testo, in quelle raccolte che riportano usanze natalizie, nuziali e funebri, secondo lo schema introdotto da De Gubernatis e spesso seguito dai demologi in opuscoli o libri pubblicati in occasione di nozze o di nascite di figli di amici e colleghi. È possibile ritrovare molte informazioni su credenze,

pratiche e rituali relativi alla nascita in *Usi natalizi, nuziali e funebri del popolo siciliano*, dedicato nel 1879 a Cesare Federici, un amico medico, in occasione delle sue nozze. In questo scritto egli si sofferma sulle attenzioni rivolte alla donna durante la gravidanza, sull'atmosfera di mistero legato all'evento, circondato da credenze e tabù, e pone in evidenza la gestione femminile del parto.

«La donna comincia a *dugghiari*, cioè ad avere le doglie; e quando *li dogghi nforzanu*, si corre per la levatrice. Ella non sta molto a comparire perché un proverbio ammonisce di lasciare persino il fuoco acceso, per soccorrere la partoriente: *Lassa lu focu ardenti, E succurri la parturenti*. L'uso e la tradizione vogliono d'una certa età la levatrice, nella quale si cerca molta pratica, prudenza e calma [...] Essa è sempre preferita al medico; e lo fu anche nei secoli passati per certe operazioni pericolose di vita» (PITRÈ G. 1961: 21 [1879]).

Anche nell'opera successiva *Usi e costumi, credenze e pregiudizi del popolo siciliano* (1889) descrive il parto come un evento sociale circondato da pratiche e credenze magico-religiose che avevano finalità propiziatrici e protettive, allo scopo di tenere lontani dalla partoriente e dal neonato rischi di vario genere. Possiamo comunque arguire che nel periodo in cui scrive Pitрэ il parto è poco presente come problema medico e sanitario, ma viene ancora rappresentato come un evento "naturale", a gestione femminile, che, in quanto tale non rientra tra gli interventi sanitari.

Si può notare in lui una contraddizione personale tra il medico e il folklorista per le differenze di atteggiamento e di valutazione che possiamo cogliere quando descrive usanze e credenze relative alla salute e quando invece, mosso da curiosità intellettuale, riporta con attenzione canti, fiabe, aspetto che lo accomuna ad altri folkloristi del periodo (COMELLES J.M. 1996: 71).

Un approccio differente caratterizza invece Zanetti, anch'egli medico, il quale, ponendosi dal punto di vista degli utenti, dà una descrizione accurata della gravidanza e del parto con l'insieme delle credenze che l'accompagnano⁽²⁾:

«Il parto è la circostanza che permette alle nostre donne di mostrare tutta la loro scienza e tutte le loro risorse, sia in pro' della madre, sia in pro' del feto che verrà alla luce; e ciascuna di esse in tal caso fa a gara per porre a contributo la sua più o meno lunga esperienza» (ZANETTI Z. 1978: 120 [1892]).

Egli rivela anche che le levatrici patentate sono chiamate molto raramente e che il medico è escluso completamente dalla scena del parto, come aveva notato anche Pitрэ.

Un'altra figura rilevante di quel periodo è Giuseppe Bellucci, che non è un medico ma docente di chimica a Perugia, dove ricopre importanti incarichi accademici ed è un animatore della vita culturale e sociale della città. Egli, oltre alla vastissima collezione di amuleti che ha raccolto e al patrimonio di conoscenze sulle tradizioni popolari che ha prodotto (BARONTI G. 2008), ha registrato rituali e credenze collegate alla placenta, ricorrendo all'uso di informatori e compiendo una ricerca di ampiezza nazionale e non solo, dalla quale con ricchezza di materiali sottolinea come nella cultura popolare si stabilisca uno stretto legame tra il corpo materno e la placenta, tanto che molte delle usanze documentate devono garantire che le modalità di eliminazione di questa non abbiano conseguenze negative sulla puerpera, in particolare nella fase delicatissima dell'allattamento (BELLUCCI G. 1996 [1910]).

Tornando in contesto meridionale, interessante è la figura di Pasquarelli, che esercita la professione di medico condotto a Savoia ed ha quindi l'opportunità di raccogliere tra il 1890 e il 1920 usanze e saperi relativi alla gravidanza e al parto, soffermandosi sulle previsioni del sesso, sulle pratiche collegate alla placenta, sulle credenze nell'*affascino* e nel malocchio durante la prima infanzia, sull'uso preventivo degli amuleti (PASQUARELLI M. 1896, 1897). Ha contatti con Pitрэ e con i maggiori studiosi del momento e combina la passione del demologo con l'ottica positivista e la coscienza meridionalistica. Tuttavia questa sua impostazione scienziata lo allontana dalla posizione di altri medici etnografi, come Pitрэ e Finamore, che avevano usato una metodologia descrittiva, poiché egli vuole seguire un livello ideologico-interpretativo che deriva dall'antropologia fisica, dalla criminologia, dalla medicina sociale, con il proposito di delineare il profilo antropologico della sua regione (BRONZINI G.B. (cur.) 1987).

Con l'impostazione dei medici etnografi, può essere utile confrontare quella di un magistrato, Gaetano Amalfi, che a questo tema si avvicina essendo stato dolorosamente colpito a livello personale dalla morte della moglie e del figlio, in seguito al parto. Egli, in *La culla, il talamo, la tomba nel Napoletano* (1892), pone in evidenza come il parto possa essere un evento dalle conseguenze drammatiche, descrivendo, sulla scia di quanto avevano fatto prima di lui De Gubernatis e Pitрэ, usanze e credenze popolari e confrontandole con il materiale raccolto da autori napoletani che avevano scritto in vernacolo, come Basile, Del Tufo e Cortese. Nella parte sugli *Usi natalizi* non solo si sofferma sui pronostici intorno al sesso e sulle voglie, ma pone anche in evidenza come il parto sia un evento fortemente a rischio e per la madre e per il bambino, «momento solenne e talvolta ahimè fatale». Accenna alle doglie – affermando «tiriamo un

velo su questa scena dolorosa» – e si sofferma sulla figura della levatrice e sull'alta mortalità che accomuna le classi sociali: «E talvolta tutto è vano e la poverina soccombe e pure il neonato ed in una sol cassa vanno insieme al cimitero... Ma scacciamo questi tristi pensieri, e facciamo l'altra ipotesi!» (AMALFI G. 1892: 8). Il dolore personale e l'esperienza reale della mortalità da parto emergono così, al di là del tono descrittivo.

Nel periodo tra le due guerre la nascita e la maternità diventano temi forti della propaganda fascista, anzi sono alla base della politica demografica del regime, che si fonda su di un modello di femminilità improntato alla maternità. Infatti il fascismo promuove importanti iniziative rispetto alla salute materno-infantile con l'istituzione nel 1925 dell'ONMI (Opera nazionale maternità e infanzia), benché gli interventi non siano omogenei sul territorio nazionale, penalizzando le zone economicamente più svantaggiate (DE GRAZIA V. 2007 [1993]). Pertanto, la realizzazione degli obiettivi è in parte vanificata dal carattere volontaristico delle iniziative e dalla mancanza di interventi strutturali rispetto alle condizioni socio-economiche e di vita dei contadini del meridione e di altre zone rurali.

Alcune descrizioni di quel periodo pongono in evidenza una situazione in continuità con quella descritta a fine Ottocento; a titolo esemplificativo, ma anche per l'importanza e la vastità dei materiali raccolti, farò riferimento a due autori calabresi: Alessandro Adriano⁽³⁾ e Raffaele Lombardi Satriani, il primo medico, il secondo figura rilevante nel panorama demologico italiano che, con la sua vasta produzione che si protrae lungo le vicende del Novecento, ha raccolto materiali sui vari aspetti della vita dei contadini calabresi, sul modello di Pitrè.

Adriano, da medico che si occupa di medicina popolare, si sente attratto dalle pratiche – per lo più magiche – più lontane dalla biomedicina e si propone di ricercarne l'origine nei tempi più lontani. Già dai titoli dei capitoli traspare il suo atteggiamento di curiosità e insieme di sconcerto; egli, come Pitrè, annota che il medico viene chiamato quando gli altri rimedi sono falliti, presenta la scena del parto con accenti realistici, dai quali traspare comunque la sua concezione di medico, che vorrebbe che l'evento si svolgesse in un contesto sanitario. Così scrive:

«Avvicinandosi il parto, le contadine hanno cura di tenere sotto mano, fra tutto l'occorrente, una gallina nera, un piccolo cannello ed una bottiglia vuota od un orciuolo nuovo. Durante il periodo espulsivo del travaglio la partoriente vien tenuta sulle ginocchia da una donna robusta e ben piantata, che la sorregge, la incita, la conforta. Assiste la partoriente un'altra donna detta *majistra*, (maestra), ma che viceversa sa di ostetricia, come io di ebraico»⁽⁴⁾ (ADRIANO A. 1933: 107).

Egli è attento nel descrivere le varie credenze e i rituali, dalla presenza della “rosa di S. Anna” nella camera della partoriente, alla candela accesa dinanzi al quadro della santa, all’uso di far soffiare la puerpera dentro una bottiglia per facilitare l’espulsione della placenta. Ma il suo atteggiamento è quello di colui che non riconosce alcun valore al sapere empirico e, non riuscendo a sottrarsi dall’interpretare questa realtà attraverso le proprie categorie, considera la medicina popolare frutto di ignoranza e come tale da combattere.

Lombardi Satriani, in un capitolo di *Credenze popolari calabresi*, denominato *Ars salutaris*, si sofferma su pratiche preventive che rientrano in un orizzonte magico-religioso ma che sono accostate a componenti empiriche, e soprattutto sulla farmacopea contadina e sui frammenti della medicina antica rimasti nell’esperienza popolare⁽⁵⁾ (1916, 1951). Del parto pone in evidenza sia il contesto femminile, che il ricorso alle erbe: «Assistono al parto le comari, le quali per facilitare lo sgravio usano dare alle partorienti un decotto di capelvenere» (1951: 104).

Egli considera le conoscenze terapeutiche popolari basate sull’empirismo, sulle virtù medicinali di alcune erbe, di cui i contadini hanno l’opportunità di sperimentare l’efficacia, all’interno di pratiche «informate spesso a credenze e superstizioni». Attribuisce perciò molta importanza alle pratiche di fitoterapia, perché, come afferma Luigi M. Lombardi Satriani:

«l’immaginario delle classi subalterne è affollato da erbe che sono altamente rappresentative dei loro valori e dell’intenso lavoro attraverso il quale esse hanno reso la natura interlocutrice efficace delle loro domande, della loro inesausta fatica» (1990: 54).

Nel Secondo dopoguerra, mentre si continuano a registrare persistenze e continuità con questo sistema di credenze, nelle zone rurali, proprio a partire dagli anni Cinquanta, si introducono dei cambiamenti significativi nell’assistenza alla nascita. Le statistiche sanitarie presentano un paese in cui il divario tra nord e sud è molto accentuato, sia per l’alta mortalità infantile che per la carenza di assistenza sanitaria sul territorio. In particolare dati drammatici vengono presentati per regioni come la Basilicata (MAZZARONE R. 1956).

Di fronte agli alti tassi di mortalità materna, natale e perinatale riscontrabili soprattutto nelle regioni meridionali, nuove iniziative sono avviate in campo sanitario, che porteranno all’estendersi gradualmente dell’ospedalizzazione e del controllo medico su gravidanza e parto anche nel Mezzogiorno. I ricercatori che in quegli anni percorrono le campagne meridionali hanno ancora modo di registrare credenze e usanze simili a

quelle raccolte nei periodi precedenti. Sia de Martino che Bronzini, nelle loro indagini in Lucania, pongono in evidenza le condizioni di arretratezza socioeconomica, descrivendo un mondo contadino in cui pratiche, "superstizioni", magie si accompagnano a miseria e insicurezza sociale (BRONZINI G. 1964). Gli studiosi che operano in questo periodo dimostrano perciò tendenze e impostazioni differenti, oscillando tra l'approccio tradizionale che considera le usanze relative alla maternità come collegate alle credenze magico-religiose, e la denuncia delle condizioni di miseria "delle plebi rurali" (RANISIO G. 1991, 1998 [1996]). Emblematici i testi prodotti tra il Cinquanta e il Sessanta, e soprattutto l'opera di de Martino, che inquadra il tema del sistema etnonatale con accenti diversi dalla tradizione demologica a cui si erano conformati sino ad allora gli altri autori, collocandolo all'interno della "rappresentazione magica della malattia", ponendo in evidenza come, in un contesto di "miseria psicologica", siano incontrollabili i rischi a cui è soggetta la persona nelle fasi più critiche della vita, tra le quali, appunto, la nascita e la prima infanzia:

«Il destino del nascituro appare legato in mille guise a quello che la madre fa durante la gravidanza; e in mille guise essa deve controllare i suoi atti, non fare certe cose e farne certe altre, sempre nell'ordine delle associazioni magiche... Tutta un'altra serie di preoccupazioni magiche della madre concerne i rischi a cui il bambino è esposto subito dopo la nascita sino alla puerizia e oltre» (DE MARTINO E. 1995: 40-43 [1959]).

Tuttavia le campagne meridionali vivono un periodo di grandi trasformazioni e si spopolano per effetto delle migrazioni interne, motivate dalla ricerca di migliori condizioni di vita. Negli anni Sessanta-Settanta si impone con forza il tema della salute pubblica e si realizza l'ospedalizzazione del parto, che era stata auspicata da più parti come la soluzione per eliminare l'alta mortalità perinatale e le carenze igienico-sanitarie riscontrate sino ad allora (MAZZARONE R. 1956; BERLINGUER G. 1972).

La diffusione degli ospedali sul territorio nazionale, lo spostamento del luogo della nascita al di fuori del domicilio, l'istituzione poi del SSN sono tutti eventi importanti nella direzione di una maggiore accessibilità alla sanità⁽⁶⁾.

I progressi in campo medico permettono l'utilizzo di nuove tecnologie, la diffusione dell'assistenza e il perfezionamento degli interventi chirurgici, tra cui assume un notevole rilievo, come dimostrano le statistiche, il taglio cesareo: da un lato si riduce il rischio, ma dall'altro il concetto stesso di rischio è esteso a tutti i parti. Mentre in Italia arriva a compimento questo processo di ospedalizzazione dell'evento, negli Stati Uniti da più tempo la scienza medica si era assunta la gestione del parto ed è contro

di essa che si dirigono le nuove rivendicazioni introdotte dal movimento femminista, inaugurando a livello internazionale un approccio critico alla medicalizzazione. Gli anni Ottanta segnano la nascita di un dibattito nelle scienze sociali, per rivendicare l'importanza dei fattori sociali e psicologici rispetto a posizioni di riduttivismo biologico. I movimenti femministi denunciano la gestione maschile del parto e rivendicano il rispetto dei diritti delle donne, mentre le ostetriche denunciano la loro espulsione dalla scena dell'evento.

Sul versante antropologico il Convegno nazionale "Salute e malattia nella medicina tradizionale delle classi popolari italiane" tenutosi a Pesaro, nei giorni 15-18 dicembre 1983, rappresenta l'occasione per un bilancio e per un ripensamento critico non solo degli studi demoiatrici ma anche della stessa categoria di medicina popolare, e nello stesso tempo per l'apertura a nuove problematiche, con il rilancio della ricerca italiana nella direzione della costruzione di un'area di antropologia medica, in una prospettiva organica e unitaria (SEPPILLI T. 1983; DI NOLA A.M 1983)⁽⁷⁾.

Gli anni Ottanta sono significativi per una svolta sulla tematica della nascita, legata alle aperture internazionali e all'approccio interdisciplinare che, sulla scia delle rivendicazioni che provengono dai movimenti femministi, producono l'elaborazione di nuove riflessioni. Del dibattito di questo periodo troviamo riferimento nel testo *Le culture del parto*, che riporta gli atti del Convegno, organizzato nel gennaio 1985 a Milano⁽⁸⁾: è un momento importante per la riflessione su questa tematica, caratterizzato dalla presenza e la partecipazione di specialisti di discipline non mediche, in particolare donne, riunendo relatori/relatrici con esperienze e formazioni differenti. Tra i medici i partecipanti, soprattutto ginecologhe e ostetriche, avevano un approccio critico, in linea con le premesse del convegno, che aveva avuto un comitato scientifico interdisciplinare. Inoltre lo stesso titolo stava a indicare che si intendeva andare oltre gli aspetti biologici per considerare il parto come un evento biosociale, «cioè strutturato dalla biologia e dalla società in cui avviene» e biopolitico, secondo la prospettiva di Foucault. Perciò si intendeva da un lato rivalutare gli aspetti "naturali", rivisitando un immaginario femminile anche rimosso, dall'altro dar voce ai cambiamenti in atto e al delinearsi di modelli alternativi. Nella presentazione iniziale era esplicitata l'impostazione ideologica: scegliere di parlare di parto invece che di nascita, significava spostare l'attenzione dal bambino alla madre.

Negli atti i testi di Gélis e di Jordan sono particolarmente significativi e costituiscono un riferimento per avviare un dibattito in chiave storico-

antropologica e operare un confronto con quanto andavano elaborando il movimento delle donne e gli studi di genere. Questi interventi sottolineano che in culture differenti temporalmente e spazialmente l'evento nascita assumeva significati più ampi di quelli biologici, era connotato simbolicamente ed emergeva come un evento di cui era importante studiare le matrici socioculturali. Nei testi sono posti in evidenza i significati culturali e sociali del percorso nascita, anche attraverso il ricorso ad esempi storici o etnologici, dimostrando che nelle società del passato e anche nelle società non occidentali il parto fosse percepito come un evento fisiologico inerente la vita femminile, un evento a carattere familiare e sociale, che era legato a complessi rituali e chiamava in causa competenze e capacità femminili. Sia Jordan che Gélis sottolineano che nelle culture etnologiche e in quelle del nostro passato non c'era l'aspettativa che la vita dovesse essere immune da disagi e da dolori, tra i quali anche quelli del mettere al mondo, a differenza della società contemporanea, che vuole nascondere la sofferenza e la morte. Il parto era inoltre visto come momento ritualizzato di passaggio e di acquisizione di un nuovo status.

Jordan, che ritiene opportuno chiamare l'insieme del percorso come sistema natale, pone in evidenza le differenze interne ai paesi occidentali e tra questi e i paesi extraoccidentali. Si sofferma poi sulle donne dello Yucatan che partoriscono nella propria casa, assistite dalla famiglia e dalla levatrice, sottolineando come gran parte dell'impegno della levatrice e delle altre donne sia di sostegno psicologico, fisico ed emotivo. «Il dolore e la stanchezza sono visti come indizi di progresso, dal momento che il bambino, si dice, nasce proprio al centro del dolore» (JORDAN B. 1985: 50). A quel convegno partecipano molti degli esperti che sul tema avevano appena scritto o l'avrebbero fatto in seguito, avviando un confronto tra quante/i già operavano in questo settore e quanti/e a questo intendevano avvicinarsi avviando o promuovendo nuove ricerche. Può essere indicativo a tal proposito ripercorrere l'elenco degli autori/autrici del volume, perché rende efficacemente l'idea dell'interdisciplinarietà e dei punti di vista rappresentati⁽⁹⁾. Sul versante dell'antropologia italiana, il contributo di Maria Minicuci apre interessanti prospettive nel rapporto tra le credenze, i rituali del passato, collocabili in quell'ambito che era stato delle medicine popolari, e le trasformazioni riscontrabili nel presente, con l'intersecarsi dell'ospedalizzazione con il processo di medicalizzazione in atto. Ella rileva che le donne si sentivano più sicure ma, allo stesso tempo, più sole e più vulnerabili con il venir meno dei rituali e della dimensione corale.

Dagli Atti emerge come queste prospettive e la denuncia della medicalizzazione fossero condivise dal movimento delle ostetriche. Esse, infatti,

si trovavano in una situazione complessa: avevano acquisito la loro formazione nelle facoltà universitarie e si erano appropriate del linguaggio biomedico, tuttavia il loro ruolo era stato marginalizzato, anche a causa della forte dissimmetria che sussisteva nelle istituzioni sanitarie tra loro e i ginecologi. Rivendicavano una diversa considerazione del proprio ruolo denunciando che l'eccessiva medicalizzazione le aveva esautorate dalla scena del parto⁽¹⁰⁾ e, anche attraverso gli studi storici, erano interessate a porre in evidenza i percorsi e i processi attraverso i quali si era realizzata la trasformazione del parto da evento gestito all'interno di un contesto femminile, ad evento divenuto appannaggio della scienza medica e in particolare della corporazione dei ginecologi, in prevalenza di sesso maschile (PANCINO C. 1984; LANZARDO L. 1985).

Pochi giorni dopo, a Cagliari, il 29-30 gennaio, per iniziativa del Centro studi e documentazione sulla condizione femminile della Cooperativa "La Tarantola", si svolgeva il convegno "Il parto tra passato e presente: gesto e parola", anche questa volta coinvolgendo un pubblico vasto, in prevalenza femminile, composto da ginecologhe, ostetriche, assistenti sociali, operatrici sanitarie e culturali. È interessante notare come alcune delle relatrici siano presenti ad entrambi i convegni, come Brigitte Jordan, che in quell'occasione presentò e discusse un suo video realizzato in Messico, o come Franca Pizzini e Marina Sbisà. A queste si aggiungevano con i loro contributi Suzanne Houd, ostetrica presso il *Regional office for Europe* dell'Oms. di Copenhagen e Luisa Orrù, antropologa dell'Università di Cagliari. Anche in questo caso, a riprova dell'interesse che queste tematiche suscitavano, l'anno successivo furono pubblicati gli Atti che comprendevano, oltre alle relazioni, anche gli interventi delle operatrici dei consultori che riflettevano sulla loro esperienza, quelli delle ostetriche, delle donne impegnate in politica e nel Centro studi che aveva organizzato il convegno, e aspetto molto interessante, anche il dibattito che era seguito, documentando, perciò, il clima vivace entro cui si era svolto.

In seguito all'attenzione sollevata verso questo tema, negli anni successivi, il parto – e il sistema natale più in generale – sono stati oggetto di numerosi studi, sia nei due centri dove si erano svolti i Convegni, che altrove, connotandosi di significati pragmatici, simbolici e politici, e dando esito sia a lavori interdisciplinari, che a specifiche ricerche sul terreno (PIZZINI F. 1999; ORRÙ L. - PUTZOLU F. (curr.) 1993; PUTZOLU F. 2006; RANISIO 1998 [1996]).

In campo internazionale si è registrato un ampliamento degli orizzonti nel settore dell'antropologia della riproduzione, sia in contesti occiden-

tali che extraoccidentali. Particolare attenzione è stata rivolta al modo in cui le differenze etniche e di classe incidono sull'ambito riproduttivo, alla biomedicalizzazione e all'introduzione delle tecno-scienze in questo settore, alla genetica e alle nuove forme di tecnologia applicate al corpo femminile, discutendo del loro uso e abuso: in questa direzione l'antropologia medica si è incontrata con gli studi di scienza e tecnologia in campo sanitario e con gli *women's studies* (CLARKE A.E. *et al.* 2010; INHORN M.C. - WENTZELL E.A. (curr.) 2010; MARTIN E. 2012).

Anche in Italia la riflessione e la ricerca si sono andati articolando, interessandosi della salute riproduttiva nell'accezione più ampia, dalla medicalizzazione della fisiologia femminile, alle tecnologie riproduttive, alla contraccezione, all'aborto, all'attenzione alla nascita nei gruppi svantaggiati e in particolare tra le donne migranti.

Note

⁽¹⁾ Nel 1888 in Italia viene emanata la Legge per la tutela dell'igiene e della sanità pubblica.

⁽²⁾ Per una trattazione della figura di Zanetti e della metodologia da lui adottata cfr. Paola FALTERI 1989. ZANETTI dimostra interesse per questa tematica anche in un altro scritto *Nonne e bambini*, (1886), dedicato all'amico dottore Giuseppe Paoletti per le sue nozze con Maria Lancetti.

⁽³⁾ Egli dapprima era ispirato da ideali socialisti, poi fu attratto dai programmi fascisti. In quest'opera si augura che molte pratiche legate al passato scompaiano per effetto della nuova fase politica.

⁽⁴⁾ Se il bambino nasceva asfittico il becco della gallina veniva introdotto nell'ano del neonato e vi era tenuto dentro finché la gallina non moriva asfissata, mentre un'altra donna soffiava dentro il cannello in un orecchio del bambino. Per facilitare il secondamento la partoriente (che Adriano chiama "paziente") doveva soffiare dentro la bottiglia o l'orciuolo (ADRIANO A. 1933:108).

⁽⁵⁾ Egli rileva tutta una serie di pratiche, anche di carattere magico, quali l'usanza che la puerpera debba soffiare in una bottiglia vuota, per facilitare l'espulsione della placenta e che indossi un amuleto per il latte: la pietra di latte (cfr. LOMBARDI SATRIANI R. 1916, 1951).

⁽⁶⁾ Soltanto nel 1968 con la Legge Mariotti gli ospedali divengono Enti ospedalieri autonomi e nel 1978 l'assistenza sanitaria è estesa a tutti i cittadini, affermandosi così il concetto di salute come bene pubblico.

⁽⁷⁾ Nel campo degli studi antropologici, in quegli anni si svolgono ricerche promosse dall'Istituto di etnologia e antropologia dell'Università di Perugia diretto da Seppilli, tra cui i lavori di Paolo BARTOLI e Paola FALTERI (1983) e di Cristina PAPA (1982, 1990).

⁽⁸⁾ Il convegno si svolse dal 24 al 27 gennaio 1985 su iniziativa della provincia di Milano, con la collaborazione del GRIFF, Gruppo di ricerca sulla famiglia e la condizione femminile e del Dipartimento di sociologia dell'Università di Milano. Il comitato di consulenza scientifica era composto tra gli altri da Laura Balbo, Chiara Saraceno, Luigi M. Lombardi Satriani, Franco Della Peruta, Silvia Vegetti Finzi, mentre al gruppo di lavoro parteciparono tra gli altri Grazia Colombo, Anita Regalia, Franca Pizzini, Mariuccia Giacomini.

⁽⁹⁾ Il volume raccoglie gli scritti di Ann Oakley, Patrizia Romito, Caterina Arcidiacono, Jacques Gélis, Luisa Accati, Mariuccia Giacomini, Maria Minicuci, Maria Nadia Filippini, Brigitte Jor-

dan, Susanne Houd, Astrid Limburg, Beatrijs Smulders, Franca Pizzini, Laura Frontori, Cristina Riva Crugnola, Cristina Cacciari, Grazia Colombo, Marta Campiotti, Rossana Cavaglieri, Iain Chalmers, Anita Regalia, Paola Accardo, Giorgio Pardi, Silvia Vegetti Finzi, Franco Fornari.

⁽¹⁰⁾ Dopo il Convegno si costituì il primo “Gruppo di ostetriche per il parto attivo” e si creò un Coordinamento nazionale per il parto a casa.

Riferimenti bibliografici

AA. VV. (1985), *Le culture del parto*, Feltrinelli, Milano.

AA. VV. (1986), *Il parto tra passato e presente: gesto e parola. Atti del Convegno 29-30 gennaio 1985*, La Tarantola Edizioni, Cagliari.

ADRIANO Alessandro (1933), *Carmi, tradizioni e pregiudizi nella medicina popolare calabrese*, Pellegrini, Cosenza.

ALLIEGRO Enzo Vinicio (2011), *Antropologia italiana: storia e storiografia 1869-1975*, SEID Editori, Firenze.

AMALFI Gaetano (1892), *La culla, il talamo, la tomba nel napoletano*, Priore, Pompei (provincia di Napoli).

BARONTI Giancarlo (2008), *Tra bambini e acque sporche. Immersione nella collezione di amuleti di Giuseppe Bellucci*, Morlacchi, Perugia.

BARTOLI Paolo (1989), *La medicina popolare e la costruzione del sistema sanitario pubblico nello stato unitario italiano*, pp. 23-30, in SEPPILLI Tullio (curatore), *Medicine e magie*, Electa, Milano.

BARTOLI Paolo - FALTERI Paola (1983), *Il corpo conteso. Medicina “ufficiale” e medicina popolare a Magione*, “La Ricerca Folklorica”, n. 8, 1983, pp. 57-66.

BELLUCCI Giuseppe (1996 [1910]), *La placenta nelle tradizioni italiane e nell'etnografia*, “AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica”, n1-2, ottobre 1996, pp. 287-319 (1 ediz.: “Archivio per l'Antropologia e l'Etnologia”, vol. XL, fasc. 3-4, 1910, pp. 316-352).

BERLINGUER Giovanni (1972), *La strage degli innocenti*, La Nuova Italia, Firenze.

BRONZINI Giambattista (1964), *Vita tradizionale in Basilicata*, Montemurro, Matera.

BRONZINI Giambattista (curatore) (1987), *Medicina, magia e classi sociali nella Basilicata degli anni Venti. Scritti di un medico antropologo*, 2 voll., Congedo, Galatina (provincia di Lecce).

CHARUTY Giordana (1997), *L'invention de la médecine populaire*, “Gradhiva”, n. 22, 1997, pp. 45-57.

CLARKE Adele E. - MAMO Laura - FOSKET Jennifer R. - FISHMAN Jennifer R. - SHIM Janet K. (curatori) (2010), *Biomedicalization. Technoscience, health, and illness in the U.S.*, Duke University Press, Durham - London.

COMELLES José M. (1996), *Da superstizione a medicina popolare. La transizione da un concetto religioso a un concetto medico*, “AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica”, n. 1-2, ottobre 1996, pp. 57-87.

COSMACINI Giorgio (2008 [1997]), *L'arte lunga. Storia della medicina dall'antichità a oggi*, Laterza, Roma - Bari.

DE GRAZIA Victoria (2007 [1993]), *Le donne nel regime fascista*, Marsilio, Venezia.

DE MARTINO Ernesto (1995 [1959]), *Sud e magia*, Feltrinelli, Milano.

DI NOLA Alfonso M. (1983), *La medicina popolare: questioni di metodo*, “La Ricerca Folklorica”, n. 8, 1983, pp. 7-12.

FALTERI Paola (1989), *Medicina popolare / Umbria*, pp. 160-165, in SEPPILLI Tullio (curatore), *Medicine e magie*, Electa, Milano.

FINAMORE Gennaro (1974 [1894]), *Tradizioni popolari abruzzesi*, ristampa anastatica Forni, Bologna 1974 [1 ediz.: Clausen, Palermo 1894].

- GÉLIS Jacques (1984), *L'arbre et le fruit*, Fayard, Paris.
- GÉLIS Jacques (1985), *Il parto e l'evoluzione della coscienza del corpo nell'epoca moderna (XVI-XIX secolo)*, pp. 33-42, in AA.VV., *Le culture del parto* (1985), Feltrinelli, Milano.
- INHORN Marcia C. - WETZELL Emily A. (2012), *Medical anthropology at the intersections*, Duke University Press, Durham - London.
- JORDAN Brigitte (1984 [1978]), *La nascita in quattro culture*, Emme Edizioni, Milano (ediz. orig.: *Birth in four cultures. A crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*, Eden Press, Montreal, Canada).
- JORDAN B. (1985), *Sistemi natali ed etno-ostetricia: frammenti di una ricerca transculturale*, pp. 73-84, in AA.VV., *Le culture del parto*, Feltrinelli, Milano.
- LANZARDO Liliana (1985), *Il mestiere prezioso. Racconti di ostetriche*, Forma, Torino.
- LOMBARDI SATRIANI Luigi M. (1990), *L'erba della salute*, pp. 29-54, in DI ROSA Massimo (curatore), *Salute e malattia nelle classi subalterne del Mezzogiorno*, Guida, Napoli.
- LOMBARDI SATRIANI Raffaele (1916), *Ars salutaris*, “Rivista di Antropologia”, vol. 21, 1916, pp. 265-269.
- LOMBARDI SATRIANI Raffaele (1951), *Credenze popolari calabresi*, De Simone, Napoli.
- MAFFI Irene (curatore) (2010), *Introduzione a Nascita*, “Antropologia”, anno IX, n. 12, 2010, pp. 5-17.
- MARTIN Emily (2012), *Grafting together medical anthropology, feminism and technoscience*, pp. 23-40, in INHORN Marcia C. - WETZELL Emily A., *Medical anthropology at the intersections*, Duke University Press, Durham - London.
- MAZZARONE Rocco (1956), *Notizie sulle condizioni sanitarie della Basilicata*, “Nord e Sud”, vol. III, n. 22, 1956, pp. 83-95.
- MINICUCI Maria (1985), *Nascere e partorire tra passato e presente*, pp. 55-62, in AA. VV., *Le culture del parto*, Feltrinelli, Milano.
- ORRÙ Luisa - PUTZOLU Fulvia (curatori) (1993), *Il parto e la nascita in Sardegna. Tradizione, medicalizzazione, ospedalizzazione*, CUEC, Cagliari.
- PANCINO Claudia (1984), *Il bambino e l'acqua sporca. Storia dell'assistenza al parto dalle mammane alle ostetriche (secoli XVI-XIX)*, Franco Angeli, Milano.
- PAPA Cristina (1982), *L'attesa del parto: timori e desideri nei confronti del nascituro nella famiglia mezzadrile umbra del primo '900*, “Annali della Facoltà di Lettere e Filosofia. Università degli Studi di Perugia”, 1982, pp. 63-83.
- PAPA Cristina (1990), *Le 'fantasie' della gravidanza: tra medicina ufficiale e medicina popolare in Umbria*, “Storia e Medicina Popolare”, vol. VIII, fasc. 2-3, maggio 1990, pp. 121-140.
- PASQUARELLI Michele (1896-97), *Medicina popolare basiliatese*, “Archivio per lo Studio delle Tradizioni Popolari”, vol. XV, 1896, pp. 322-330 e pp. 494-504 / “Archivio per lo Studio delle Tradizioni Popolari”, vol. XVI, 1897, pp. 50-56.
- PITRÈ Giuseppe (1961 [1879]), *Usi e costumi del popolo siciliano*, Cappelli, Bologna [I ediz.: *Usi natalizi, nuziali e funebri del popolo siciliano*, Pedone Lauriel, Palermo, 1879].
- PITRÈ Giuseppe (1889), *Usi e costumi, credenze e pregiudizi del popolo siciliano*, Clausen, Palermo.
- PITRÈ Giuseppe (1981 [1896]), *Medicina popolare siciliana*, ristampa anastatica, Forni, Bologna [I ediz.: Clausen, Palermo, 1896].
- PIZZA Giovanni (2005), *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma.
- PIZZA Giovanni (2012), *Medicina popolare: una riflessione*, pp. 181-204, in COZZI Donatella (curatore), *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario*, Morlacchi, Perugia.
- PIZZINI Franca (1999), *Corpo medico e corpo femminile*, Franco Angeli, Milano.
- PUTZOLU Fulvia (2006), *Is levadoras. Levatrici della Sardegna tra Ottocento e Novecento*, CUEC, Cagliari.

RANISIO Gianfranca (1991), *Salute, malattie, terapie tradizionali e avvento del welfare State*, "Annali Istituto Cervi", n. 13, 1991, pp. 345-360.

RANISIO Gianfranca (1998 [1996]), *Venire al mondo. Credenze, pratiche, rituali del parto*, II ediz., Meltemi Roma.

SEPPILLI Tullio (1983), *La medicina popolare in Italia: avvio ad una nuova fase della ricerca e del dibattito*, "La Ricerca Folklorica", n. 8, 1983, pp. 3-6.

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.

SHORTER Edward (1988 [1982]), *Storia del corpo femminile*, traduz. dall'inglese di Mario Manzari e Laura Rodighero, Feltrinelli, Milano (ediz. orig.: *A history of women's bodies*, Basic Books, New York, 1982).

WERTZ Richard W. - WERTZ Dorothy C. (1977), *Lying in. A history of childbirth in America*, Yale University Press, Yale.

ZANETTI Zeno (1978 [1892]), *La medicina delle nostre donne*, nuova ediz. a cura di TRABALZA Maria Rosaria, con un saggio di A.M. CIRESE, Ediclio, Foligno 1978 (I ediz.: Lapi, Città di Castello, 1892).

ZANETTI Zeno (1886), *Nonne e bambini. Saggio di credenze popolari umbre*, Santucci, Perugia.

Scheda sull'Autore

Gianfranca Ranisio, nata a Sanremo (provincia di Imperia) il 16 dicembre 1950, è professore straordinario presso il Dipartimento di scienze sociali dell'Università 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 di Napoli Federico II.

È vicepresidente della Società italiana di antropologia medica (SIAM). Insegna Antropologia medica ed è coordinatrice dei Master socio-sanitari, istituiti presso il Dipartimento di scienze sociali dell'Università 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 Samnium 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 saggi e libri tra cui: *Venire al mondo. Pratiche, credenze e rituali del parto*, Meltemi, Roma, 1996, II ediz. 1998 / *Quando le donne hanno la luna. Credenze e tabù*, Baldini Castoldi Dalai, Milano 2006 / *Medici di famiglia, pazienti e pluralismo terapeutico* (curatela insieme con C. SIMONE) Samnium Medica, Telese, 2005 / (con C. SIMONE), *Oltre le convenzioni. La cooperazione di medicina generale nell'esperienza del Sannio campano*, CUES, Salerno 2010 / (con V. MAZZACANE), *La salute come bene comune nel welfare delle opportunità*, CUES Salerno, 2011 / *Culture della nascita. Orizzonti della maternità tra saperi e servizi*, Dante & Descartes, Napoli, 2012 (curatela).

Riassunto

Il percorso nascita dalle medicine popolari a “Le culture del parto” (1985)

In questo saggio si focalizza l'attenzione su quegli autori che si sono interessati del complesso di pratiche, usanze, rituali e comportamenti relativi alla nascita, tenendo conto di quella che è stata la storia sanitaria del paese. L'ottica positivistica costituisce il filtro ideologico per quanti si accostano alle medicine popolari tra la fine dell'Ottocento e gli inizi del Novecento, soprattutto quando si tratta di medici che documentano rituali e pratiche popolari collegate alla nascita ed è solo a partire dagli anni Cinquanta che si assiste a un cambiamento, sia a livello ideologico che nelle politiche sanitarie. I ricercatori del Secondo dopoguerra oscillano, infatti, tra l'approccio di chi documenta pratiche e usanze relative alla maternità e la denuncia delle condizioni di miseria delle classi contadine, come de Martino, che colloca la nascita e la prima infanzia nella rappresentazione magica della malattia. Gli anni Ottanta sono indicativi di una svolta, che è in linea con le aperture internazionali e con l'approccio interdisciplinare, sulla scia delle rivendicazioni che provengono dai movimenti femministi. Il Convegno *Le culture del parto*, organizzato nel gennaio 1985 a Milano, rappresenta un momento significativo delle riflessioni di questo periodo.

Parole chiave: nascita, parto, medici-etnografi, magia, ospedalizzazione.

Résumé

Le chemin de la naissance: de la médecine traditionnelle à “les cultures de l'accouchement” (1985)

Dans cet article, nous concentrons notre attention sur les auteurs qui s'intéressent à l'ensemble des pratiques, des coutumes, des rituels et des comportements liés à la

naissance, en tenant compte de ce qui a été l'histoire de la santé du pays. La perspective positiviste est le filtre idéologique pour ceux qui s'approchent de la médecine populaire à la fin du XIXe et début du XXe siècles, en particulier quand il s'agit de médecins qui documentent les rituels et les pratiques populaires liées à la naissance, ce n'est que depuis les années cinquante que nous assistons à un changement, dans les idéologiques et dans les politiques de la santé. Les chercheurs après la Seconde Guerre mondiale oscillent, en effet, entre le besoin de documenter les pratiques et coutumes liés à la maternité et la nécessité de dénoncer l'extrême pauvreté des classes paysannes, comme de Martino, qui place la naissance et la première enfance dans la représentation magique de la maladie. Les années quatre-vingt sont révélateurs d'un tournant, qui est en ligne avec une ouverture internationale et une approche interdisciplinaire dans le sillage des revendications qui viennent des mouvements féministes. La conférence *Les cultures de l'accouchement*, organisé en Janvier 1985 à Milan, représente un moment important de la réflexion de cette période.

Mots-clés: naissance, accouchement, médecins, ethnographes, magie, hospitalization.

Resumen

El camino de nacimiento: de la medicina popular a "Las culturas del parto" (1985)

En este artículo nos centramos nuestra atención en aquellos autores que estén interesados en el complejo de prácticas, costumbres, rituales y comportamientos relacionados con el nacimiento, teniendo en cuenta lo que ha sido la historia de salud del país.

La perspectiva positivista es el filtro ideológico para aquellos que se acercan a la medicina popular a finales del siglo XIX y principios del XX, sobre todo cuando se trata de médicos que documentan los rituales y prácticas populares relacionadas con el nacimiento, y es sólo a partir de los años cincuenta que estamos asistiendo a un cambio, tanto en la ideología como en las políticas de salud.

Los investigadores después de la Segunda Guerra Mundial oscilan, de hecho, entre el enfoque de documentar las prácticas y costumbres relacionadas con la maternidad y la denuncia de las condiciones de pobreza de las clases campesinas, como de Martino, que sitúa el nacimiento y la primera infancia en la representación mágica de la enfermedad. Los años ochenta son indicativos de un punto de inflexión, que está en línea con las aberturas internacionales e interdisciplinarias, en la estela de las reivindicaciones que provienen de los movimientos feministas. El Congreso *Las culturas del parto*, organizado en enero de 1985 en Milán, representa un momento importante de las reflexiones de este periodo.

Palabras clave: nacimiento, parto, médicos-etnógrafos, magia, hospitalización.

Abstract

The birth path: From folk medicine to “the cultures of childbirth” (1985)

This paper focuses on the authors interested in practices, customs, rituals and behaviors related to the birth, considering the long history of the national health. The positivist perspective is the ideological filter to approach to popular medicine by the most important part of the authors in the late Nineteenth and early Twentieth, especially if they were doctors focused on rituals and popular practices related to birth; just since the Fifties we have a change, both ideologically and in health national policies. After the Second World War, in fact, the researchers waver between the approach of documenting those practices and customs related to motherhood and denouncing the extreme poverty of the peasant classes, such as de Martino, which places the birth and early childhood in the magical representation of the disease. The Eighties are indicative of a turning point, in line with international and interdisciplinary approach inspired by the feminist movements. The conference Cultures of childbirth, organized on January 1985 in Milan, represents a very significant moment of this reflection.

Keywords: birth, childbirth, medical doctors-ethnographers, magic, hospitalization.

*Tra frammentazioni, ruoli e politiche di cura: l'antropologo "medico" nel sistema sanitario pubblico e nei dispositivi di salute mentale**⁽¹⁾

Miriam Castaldo

antropologa presso la Unità operativa semplice (Uos) di Salute mentale dell'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della povertà (INMP), Roma
[miriam.castaldo@gmail.com]

«Società e cultura modellano sia la disposizione alla morbilità psichica, come anche la modalità delle singole psichi. La anamnesi sociale e culturale è ovviamente indispensabile. La ricerca dei fenomeni psicopatologici nella società e nella storia, l'analisi della importanza della anormalità psichica per la società, per i fenomeni storici di massa, per la storia della cultura per le singole personalità storiche di rilievo, ecc. Questa ricerca ha un significato per la realistica comprensione della umanità nel suo complesso, ma anche per la psicopatologia in quanto indica l'importanza delle condizioni sociali, del ciclo culturale, delle situazioni per il tipo e la insorgenza della vita psichica abnorme»

(DE MARTINO ERNESTO, *La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali*, a cura di Clara GALLINI, Einaudi, Torino, 2002 [1977], cfr. p. 184)

Tra le effimere nicchie lavorative italiane dell'antropologia, la disciplina si inserisce negli interstizi del Servizio sanitario nazionale (SSN) collaborando al supporto psico-sociale delle persone emigrate dai propri contesti di origine e immigrate in Italia (SAYAD A. 2002), in dispositivi psicologico-clinici interdisciplinari cui partecipano professionalità socio-sanitarie quali: psicologi, psichiatri, mediatori culturali, assistenti sociali. L'antropologo attraverso l'ascolto, l'osservazione, la riflessione e un'etnografia critica partecipa a tali setting nel tentativo di indicare strategie adeguate nell'incontro tra cittadini migranti e le istituzioni di cura. Egli cerca di dare un senso alle "semantiche del male" (BENEDUCE R. 2007) attraverso cui vengono incorporate malattie e sofferenze (CSORDAS T.J. 1990), ai meccanismi, alle dimensioni storiche e sociali di produzione del disagio,

* Testo definitivo del contributo presentato nella III Sessione parallela (*Condizione migratoria e salute*) al 1° Convegno nazionale della SIAM, *Antropologia medica e strategie per la salute* (Roma 21-23 febbraio 2013).

alle trame della violenza entro le cui maglie rimangono impigliate e costrette le persone migranti. Ciò considerando non solo i vincoli culturali, ma il contesto, il potere della storia da un lato, le politiche economiche e sociali (povertà e ineguaglianza) che violano dignità, diritti e corpi di cittadini stranieri: donne, uomini e minori accompagnati e non, famiglie immigrate, richiedenti asilo soprattutto, che quotidianamente afferiscono presso l'Ssn portando manifestazioni di dolori "confusi" (FANON F. 2006) ed eterogenee domande di salute.

Questa importante risignificazione, ma anche decostruzione, dei territori, dei saperi e delle pratiche dell'antropologia avviene non senza contraddizioni e incertezze e non senza interrogarsi sulla seducente onnipotenza determinata dalle domande di "cura" da un lato e sulla sottile violenza, cui l'antropologo deve sovente sottrarsi, proveniente da banalizzanti e spesso imbarazzanti richieste socio-sanitarie di Culture *prêt à porter* (NATHAN T. 1990 [1986]) dall'altro. Esemplare, a proposito della semplificazione e volgarizzazione della "cultura" e del lavoro antropologico è la testimonianza di Unni Wikan che racconta come, in quanto specialista della cultura, viene spesso contattata da avvocati (oltre che da operatori sociali e insegnanti) che hanno a che fare con immigrati e rifugiati che le chiedono un intervento di questo tipo: «Ho questo cliente. Ha picchiato sua moglie (o ha ucciso un uomo o fatto qualcosa), ma io comprendo che è la sua cultura che [...] Potrebbe venire a testimoniare davanti alla corte in qualità di esperta e a difesa del mio cliente? Quando rispondo che non lo farò, che questa non è una questione che riguarda la cultura, l'avvocato subito procede: Ma pensa che si possa trovare qualcun'altro che possa dire che questa è la sua cultura? A questo punto la mia risposta è: Certamente!» (WIKAN U. 1999: 57).

Se questo territorio antropologico continua a rappresentare un ambito pionieristico, si sente quanto mai l'esigenza di un rigore metodologico condiviso. Tale rigore si ritiene necessario sia nei dispositivi dei quali l'antropologo partecipa con le persone frammentate dalla migrazione, dal dolore, dai vincoli recisi, dalle nostalgie e dalle memorie perse, sia nei confronti del proprio corpo, impoverito dall'assenza di un ruolo specifico, spesso di una professionalità.

Al fine di condividere, soprattutto problematizzare, questo campo di azione dell'antropologia medica (critica) direttamente connesso con la condizione dei cittadini migranti, con l'inadeguatezza e l'impreparazione dei dispositivi medico-diagnostici al confronto con altre concezioni morali e politiche della salute e dell'individuo, riporto il caso di una donna di origine congolese accolta e presa in cura da gennaio 2011 presso della

Uos⁽²⁾ di Salute mentale, dell'INMP (Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà) di Roma, in un setting composto, in questo specifico caso, da un'antropologa e da una psicologa.

La storia di Cecile (nome fittizio) e della sofferenza e malattia portate sotto forma di varie domande di aiuto, non segue la temporalità in cui lei stessa l'ha raccontata e in cui è stata raccolta nell'ambito dei colloqui psicologici, bensì è stata riorganizzata cronologicamente e qui succintamente, al fine di rendere comprensibile la successione degli incontri, le riflessioni e gli interventi effettuati dall'équipe. La storia è stata elaborata non senza essersi interrogati sull'aleatorietà del tempo etnografico, che inevitabilmente non risponde agli incontri realmente realizzati con Cecile in presenza della psicologa e non riporta l'eco di tutte le voci, le emozioni, i dubbi e le indicibilità. Nel fabbricare questo testo, nel riorganizzare appunti e riflessioni, ci si è interrogati sulla pertinenza delle interpretazioni messe in atto nei confronti delle persone per le quali si prende la parola e si è cercato di catturare nei racconti di Cecile un'ampia trama di variabili inerenti la sua interpretazione della sofferenza, che convocava conflitti e sospetti in seno alla famiglia di origine, oltre a numerosi altri aspetti non riportati in questa sede.

I colloqui si sono svolti una volta a settimana nell'arco di circa un anno e mezzo e Cecile vi ha partecipato in modo frammentato, alternando assenze e importanti ritardi, anche di molte ore. Essi sono stati spesso corredati da profondi e ostinati silenzi, da memorie di violenze, di povertà, di ineguaglianza, ma anche da numerose certificazioni psichiatriche e neurologiche che spargeva sul tavolo circolare dell'ambulatorio, rilasciate a seguito di visite, ricoveri e *day hospital*. Gli ultimi mesi dei nostri incontri sono invece stati scanditi da un'inaspettata e rigorosa puntualità.

Il registro linguistico utilizzato durante i colloqui è stato l'italiano poiché Cecile ha espressamente chiesto di non far intervenire un mediatore culturale. La richiesta è stata ampiamente accolta, considerando la sua padronanza della lingua italiana e soprattutto la necessità manifesta di non contattare persone provenienti dal suo stesso contesto.

Alla terapeuta principale si sono affiancati e alternati nel corso della terapia: una seconda psicologa, una mediatrice culturale algerina che ha accolto Cecile la prima volta che è arrivata in ambulatorio (e che ha partecipato solo a un incontro), un'antropologa (la sottoscritta). Tali professionalità non si sono mai sovrapposte l'una all'altra e il dispositivo è sempre stato composto da tre persone; disposizione che non è dipesa da

precise scelte epistemologiche, ma da contingenze organizzative. Cecile è stata inoltre presa in cura da uno psichiatra, da un neurologo e da un epatologo, quest'ultimo in merito all'epatite C da cui è affetta. Sottoposta a cicli di Interferon®, ma senza risultati, scappa dall'epatologo quando questi le propone un'ulteriore terapia farmacologica. Spaventata da un peggioramento della carica virale, riferisce di "sdoppiarsi" e di "uscire dal suo corpo", come se fosse al di fuori di lei.

Cecile è una donna originaria del Congo-Brazzaville, ha 40 anni, appartiene alla popolazione bakongo e la sua lingua madre è il *lingala*. All'età di 19 anni lascia la famiglia di origine per entrare in una congregazione religiosa cattolica. In quanto novizia, viene prima inviata in Costa D'Avorio e poco tempo dopo in Italia, a Roma, città in cui vive anche una sua sorella con suo figlio. Dopo circa due anni dal trasferimento a Roma, la famiglia la contatta per comunicarle che sua madre è gravemente malata. Cecile chiede alla madre superiora il permesso di raggiungerla in Congo, ma le verrà negato di allontanarsi dalla sede romana dell'ordine. Al rifiuto della Superiora, Cecile decide comunque di partire e oppone un atto di disobbedienza. Torna in Congo per alcuni mesi, fino al ristabilimento della madre, a seguito del quale torna a Roma. Qui racconta con profonda fatica la sorpresa nel vedersi estromessa dall'ordine religioso a causa dell'infrazione del voto di obbedienza. Resta allora priva di casa, di un luogo di riferimento, e chiede aiuto a sua sorella che, nonostante le difficoltà lavorative e la casa molto piccola, la ospita senza remore. Cecile comincia a lavorare come venditrice ambulante, contribuendo al suo mantenimento e a quello della famiglia in Congo. La convivenza con la sorella durerà circa un anno e poi andrà via di sua spontanea volontà perché racconta di aver avvertito in sé una profonda aggressività che non riusciva a gestire e della quale aveva molta paura; temeva concretamente di far del male a sé stessa, alla sorella e al nipotino.

Priva di alternative abitative, di lavoro, di documenti Cecile cade velocemente in una condizione di estrema povertà e trova alloggio presso uno dei centri di accoglienza notturna del Comune di Roma.

A novembre del 2011, la psicologa che seguiva Cecile da circa 10 mesi mi ha chiesto di entrare nel dispositivo per aiutarla a comprendere, interpretare e spiegare i significati di quei dolori e di quelle domande "spesso incomprensibili" che Cecile portava e che attribuiva al mondo invisibile, più precisamente prima a una possessione, poi a una stregoneria che qualcuno stava mettendo in atto in Congo con il fine di ucciderla.

Sin dal nostro primo incontro mi ha colpita profondamente l'apatia di Cecile che mi è arrivata in tutta la sua (im)potenza. Una costante di nu-

merosi colloqui sono stati lo sguardo fisso, marmoreo, sul pavimento, un corpo imponente che sembrava sparire dentro abiti molto larghi e una sorta di cantilena attraverso la quale spiegava il suo dolore, enumerava le patologie che l'affliggevano e i farmaci che era costretta a prendere. Sembrava un *corpo demolito*, riprendendo una espressione di Marcelo e Maren VIÑAR (1993).

Nel corso di numerosi incontri, sulla base di interventi strutturati, indago sulla narrazione inerente il percorso di emigrazione da novizia, sul contesto socio-culturale, storico e politico di nascita e di crescita, sulla biografia (sia attraverso la storia raccolta durante il colloqui, sia attraverso un'attenta analisi etnografica); contemporaneamente sul processo di immigrazione e sulla condizione di feroce povertà romana. Analizzo poi le maglie socioculturali soggettive e collettive, i legami con il gruppo, con la storia, con i poteri del mondo visibile e invisibile narrati da Cecile. Solo allora penso di poter analizzare il valore e le conseguenze dell'infrazione che riferisce di aver messo in atto verso la comunità religiosa di cui faceva parte e sembrano emergere due punti su cui focalizzare la mia analisi: la perdita reiterata dell'appartenenza (abbandona la famiglia per entrare nell'ordine religioso, ma da questo viene espulsa quando ha bisogno di tornare alla sua famiglia) e l'evento malattia (l'epatite). Il primo è determinato dall'infrazione di una norma, il secondo viene sentito come una punizione.

Il corpo di Cecile, prima regolato e disciplinato (FOUCAULT M. 1999 [1976]) dall'ordine religioso diviene *indocile*⁽³⁾ e acquisisce un'altra forma solo apparentemente senza regole, non sottoposta a nessun ordine sociale. Il suo appare un corpo scandaloso, in attesa di collocazione in un nuovo ordine classificatorio per essere delimitato e arginato. Sembra che trovi nella nosologia biomedica l'ordine nel quale inserirsi e attraverso il quale acquisire un nuovo significato e status: sarà dunque una donna *homeless* con un'epatite C. Proprio l'epatite sembra diventare il significante nel quale riversare il significato del suo dolore, ma la causa della malattia resta ambigua per lei, soprattutto ambigua è la trasmissione del virus tramite il contagio che riferisce essere relativo a una sua infrazione dell'ordine morale e religioso.

Se il senso biologico che il medico ha attribuito all'evento malattia sembra rispondere in un primo momento alla necessità di senso di Cecile esso non lo esaurisce, poiché veicola anche un altro contenuto, quello della cronicità, che per Cecile equivale a inguaribilità, a pena perpetua per il peccato commesso (lei parla di peccato), la cui evidenza è oggi – e resterà per sempre a causa della cronicità – la malattia.

Nonostante l'attivazione di vari interventi sanitari, la sua salute continuava a dare importanti segni di peggioramento: la «grande confusione in testa», la memoria frammentata, il timore della pazzia e il profondo senso di morte, sono culminate in un'aggressione alla sua assistente sociale con un coltello da cucina: «Non mi chiamava mai, non mi voleva ascoltare, ero disperata; io mi sento disperata. L'ho fatto anche all'ambasciata [...] mi sono anche spogliata nuda. Ho pregato Dio di liberarmi da chi si stava inserendo nella mia mente che mi diceva di tagliarmi con un coltello».

A seguito di quest'evento, Cécile per la prima volta parla di possessione (la nomina in italiano), di qualcuno che l'ha portata a compiere quel gesto (uno *ndoki*), di una forza che l'ha indotta e guidata verso tale disperazione; inoltre riferisce di voler cercare un sacerdote esorcista per essere liberata⁽⁴⁾.

Questo qualcuno è identificato da Cecile in un "diavolo": «Prima mi spingeva a fare quelle cose sessuali ... ora mi chiede di tagliarmi sulla pancia, mi taglio e mi lavo la faccia con il sangue, mi spinge anche ad andare in giro nuda». Il *diavolo* le impedisce di lavorare, perché diceva ai datori di lavoro di non assumerla; l'ha costretta a lasciare casa di sua sorella, dove viveva; le ha imposto di farsi del male e la sta conducendo alla pazzia: la vuole morta.

Ho analizzato l'idioma della possessione portato da Cecile sia nella dimensione delle rappresentazioni socio-culturali da lei veicolate, sia alla luce dell'interazione di questi fattori con l'esperienza migratoria, con le forze socio-economiche e politiche in Italia, con quella violenza "invisibile" (BOURGOIS P. 2009) cui soggiaceva (si pensi la vita in strada, all'esclusione sociale, alla pressoché totale assenza di diritti), fattori questi che hanno contribuito alla creazione di tale sofferenza. Ciò con il fine di comprendere la grammatica dei sintomi a cui Cecile faceva riferimento e non rifarsi alla sola interpretazione psicologica e psichiatrica e ai rispettivi comuni denominatori, non in grado di cogliere la complessità degli eterogenei tratti della possessione congolese. In tal senso, il rischio era quello di analizzare questo fenomeno solo come una pratica tradizionale, ignorandone invece il valore in quanto «pratica transizionale (tra culture, fra mondi, fra appartenenze, fra gruppi, fra forme e discorsi di potere, fra diverse antropologie)» (BENEDUCE R. 2002: 27).

Chi era questo diavolo? Da dove veniva? Che forma aveva? Perché la perseguitava? Chi lo ha inviato? Cosa voleva da lei? In quali momenti del giorno e/o della notte si manifestava? Come si manifestava? Tutte domande che hanno trovato spazio nel linguaggio dei colloqui settimanali

e che riuscivo a porle esaminando le eterogenee costruzioni identitarie di questo diavolo.

Abbiamo agito una negoziazione del senso della sua sofferenza e parafrasando NATHAN (1997), ci siamo incontrati a metà strada tra le logiche culturali di Cecile e le nostre, costruendo un terreno epistemologico sul quale muoverci insieme. E lei ce lo rimanda: «perché qui a Roma i medici non mi ascoltano e pensano che sono pazza».

Durante gli incontri, che salta comunque frequentemente, Cecile racconta questa possessione e mi dà modo di esplorarne le modalità di incorporazione. In un colloquio ci racconta di aver finalmente visto chi si trova dentro di lei guardandosi allo specchio: una presenza che si è manifestata in una metà del suo viso. Si tratta di un uomo, un frate, dello spirito di un frate della Costa D'Avorio: «Mi parla nella pancia ... mi sento una forza grande, una voce ... la sento nella notte, a volte la sento anche di giorno, ma di notte ... sento che mi spinge a fare tante cose».

L'identità di questo frate è sconosciuta, ma Cecile riferisce essere entrato dentro di lei mentre si trovava in Costa D'Avorio con la sua congregazione religiosa. È avvenuto una sera quando, prendendo una scorciatoia per tornare in convento, è passata per un cimitero. Lo sa, dice, perché l'ha sentito entrare dentro di sé, nella testa e nei reni. Lo spirito del frate entra ed esce da queste due zone di effrazione: «Lui di notte esce dal mio corpo e poi ritorna da qui» (indica i luoghi del corpo menzionati).

Con il fine di dare un senso al dolore di Cecile, e di entrare in contatto con il fenomeno della possessione da lei portato, decidiamo di contattare la sfera religiosa che per lei è dotata di significato. Inoltre tentiamo di comprendere le iscrizioni e le rappresentazioni del mondo invisibile che agiscono nel e sul suo corpo e mente: la malattia sopraggiunta a causa di un peccato che ha commesso; la possessione agita da un frate della Costa D'Avorio.

Cecile riferisce il desiderio di cercare un sacerdote esorcista, cattolico, che possa cercare di liberarla da questa presenza che stava modificando il suo corpo e che lo abitava. Insieme alla psicologa riflettiamo sulla necessità di evocare le "logiche dell'invisibile" e di accogliere la proposta di questo rituale terapeutico per il quale sembrava chiederci un consenso. Andrà dunque da un sacerdote, tuttavia tale intervento non si concluderà con l'esito auspicato da Cecile, poiché egli, dopo aver indagato su di lei i segni della possessione, conclude che Cecile non è abitata da spiriti o entità, tanto meno da parte di un frate, e che la sua sofferenza non è inerente ai campi di azione della religione cattolica, bensì della psichiatria.

Il sacerdote esorcista nel definire ciò che non è di sua competenza, rimanda la possessione di Cecile all'unico ambito in cui tali codici possono allora, a suo dire, inserirsi: la pazzia. Come a significare: se la possessione non è inerente alla sfera cattolica, allora si tratta di follia. Utilizza un linguaggio medico ed effettua un invio psichiatrico, per significare ciò che non può spiegare: una possessione da entità appartenenti ad altre sfere religiose, soprattutto non monoteiste.

Ma ciò sembra non turbare Cecile.

Il riconoscimento del "senso del male" (AUGÈ M. - HERZLICH C. *curr.* 1986) che la affligge messo in atto attraverso il tentativo di negoziare i diversi registri, quello culturale-religioso e quello psicologico, ci ha rese ai suoi occhi in grado di accogliere e gestire la sofferenza e la confusione. Probabilmente anche riconoscere in lei degli strumenti, delle competenze per *curarsi* è stato importante.

Abbiamo dato ascolto e abbiamo evocato il linguaggio del suo dolore, ma come evidenzia Beneduce, che di seguito parafrasa: «adottare tali linguaggi non significa crederci, bensì fornire un contenitore pertinente a quelle idee, angosce, immagini (BENEDEUCE R. 2007: 287)». Tuttavia, "spiegare" questa sofferenza nei colloqui clinici, non sembrava sufficiente; anche perché da quell'episodio Cecile non ha più parlato del frate della Costa d'Avorio che la abitava. Cosa stava cambiando?

A distanza di molti mesi Cecile continua a peggiorare e a mancare agli appuntamenti dei colloqui, presentandosi in orari non concordati che rendono impossibile seguirla e sostenerla adeguatamente. È sempre più sofferente, triste e profondamente malinconica. Parla di numerosi dolori, di mal di testa, di confusioni, di memorie perse. «Ho molta confusione, come se nel cervello mi avessero cancellato tutto. Con la testa c'è qualcosa che non va; c'è qualcosa che non va bene, sto diventando pazza. Ho paura di morire, sento come se fossi un'altra Cecile ... non sono io».

Riferisce delle paralisi che le bloccano le braccia e le gambe. Porta dei sogni ricorrenti in cui «un'iniezione (le) mette la malattia» e ha timore possa essere una punizione che qualcuno le sta inviando. «C'è qualcuno che mi sta mandando il malocchio perché io avevo un buon futuro perché avrei potuto far del bene alle persone. Nello specchio qualcuno può guardare il futuro delle persone e se hanno un buon futuro gli si può fare il malocchio».

Ho cercato allora di approfondire, attraverso delle specifiche domande, sulla possibilità di difendersi da questa malattia e su chi poteva averla

causata/mandata. Non senza titubare a lungo, decido di chiederle direttamente se pensa si tratti di un "male inviato", di una "malattia inviata da qualcuno" che intenzionalmente può voler farle del male. E chiedo chi è.

Cecile ci stupisce e non si scompone di fronte alla domanda posta: risponde che si tratta senza dubbio di una malattia che qualcuno le sta mandando. Riferisce che chiederà aiuto a sua madre che conosce un sacerdote congolese che "vede"; la madre gli mostrerà una foto di Cecile affinché possa capire chi le può aver fatto del male e come poterla aiutare.

Al colloquio successivo è puntuale e continua da dove si era interrotta. Il sacerdote è stato contattato da sua madre e ha pregato guardando la sua foto. Ha visto che la sua malattia è stata pronunciata nel mondo delle tenebre e che sotto il suo letto era situata la "pentola delle streghe", evidenza di una stregoneria. Cecile ha parlato telefonicamente con il sacerdote che le ha detto di chiedere aiuto lei stessa allo Spirito Santo e che doveva esplicitare di rinunciare a Satana prima di cominciare la preghiera. Le ha inoltre detto che a breve sarebbe venuto a Roma e che le avrebbe portato dei rimedi.

«Sono entrata nella preghiera e ho detto allo Spirito Santo di mostrarmi chi mi aveva fatto del male; poi sono andata a dormire e ho sognato me e mia sorella che andavamo da mio padre e gli chiedevo: perché mi hai fatto questo? E lui mi diceva: perché devi morire. Allora mio padre ha aperto la bocca e mi ha mozzicato la testa; la mia testa era tutta nella sua bocca; mi sta mangiando. Gli sono usciti i denti come i cani, allora io ho alzato la mano e ho detto: nel nome di Gesù Cristo ... e mi sono svegliata e avevo le vertigini. Ho scoperto la verità, che mio padre è *strego* (e io non lo sapevo neanche; ma neanche mia madre lo sapeva, lo ha scoperto tramite il prete. Il prete ha visto che mio padre di notte diventa il diavolo; di notte diventa un serpente e mi mette il veleno ... lui vuole la mia morte. La notte divento un tavolo, hanno mangiato su di me perché hanno scelto me.

Questo prete mi aiuterà e io devo inviargli 50 euro per la protezione che mi invierà. Tramite il suo aiuto mi farà uscire il veleno nel sangue di Cristo. Io ho un dono che Gesù mi ha mostrato e riguarda me e le altre persone».

Altre volte mi è capitato di aver a che fare con persone provenienti soprattutto dal Congo che facevano riferimento alla stregoneria che "mangia" le persone, parti delle persone, per ucciderle. L'assenza di un mediatore culturale e la volontà di Cecile di parlare italiano, lingua che tuttavia veicola molto bene, rende ulteriormente difficile la comprensione di questo concetto. Cecile enuncia in italiano il termine "mangiare" e ciò sembra solo apparentemente rendere semplice ciò che invece denota una notevole complessità: l'atto del mangiare come atto che va ben oltre l'ingestione

di alimenti ai fini della nutrizione, un atto di stregoneria. Lei stessa, a seguito delle mie numerose domande intorno a questo fenomeno, ha riferito che non c'è un altro termine per designare l'essere mangiati dalla stregoneria o il mangiare alimenti, si tratta della stessa parola utilizzata per designare entrambi le azioni, senza che ciò implichi confusione alcuna: entrambi costituiscono la realtà. Riferisce Nathan che «quando si tratta di stregoneria, “mangiare” rimanda sempre a “mangiare di notte”, in cui la notte non è solo riferita all'ora in cui si svolge l'azione evocata, ma alla parte invisibile dell'attività umana» (2003: 52).

Nella semantica della stregoneria portata da Cecile, lei stessa ci racconta che mangiare le persone significa privarle del loro spirito e in questa accezione, il pasto cannibalesco della sua testa assume un significato più chiaro. Lei avrebbe potuto “fare del bene”, avrebbe avuto un “buon futuro”, lei era “una donna intelligente”. Cecile, porta con sé i vincoli e gli oneri del paese di origine a cui è stata costretta a sottrarsi suo malgrado, ma ai quali deve tornare. Tali legami la richiamano alle attività che non ha avuto la possibilità di compiere. Aveva un dono che non ha potuto utilizzare e si è ammalata gravemente sia a causa delle stregonerie inviate e messe in atto dal padre-stregone che la stava lentamente uccidendo, sia perché riferisce che a causa di tali attacchi, non ha potuto accettare il dono avuto dalla nascita.

Cecile ci spiega gli oggetti della stregoneria che sono carichi di potere:

«[Mio padre] ha preso una pentola [contenitore utilizzato ai fini della stregoneria nel contesto in oggetto] e ci ha messo dentro tutto: capelli e unghie mie.

Il prete mi ha detto che quando vuoi uccidere qualcuno lo cucini.

Mia madre quando ha trovato la pentola sotto il mio letto l'ha accusato [mio padre] e gli ha detto: “noi ci siamo sposati di giorno, non di notte” [la notte suggella i matrimoni tra streghe e stregoni, spiega Cecile].

Mio padre voleva uccidere noi figli per non lasciarci a mia madre, l'ha fatto perché ha visto che sarebbe morto presto; l'ha fatto per gelosia, ma per colpire lei, non noi.

In Congo se qualcuno ti fa male lo puoi e lo devi ammazzare; le streghe si devono ammazzare in Congo, i crimini così si puniscono, non è come in Italia.

Mia madre ora dorme separata da mio padre, lei non sapeva di essersi sposata con uno strego.

Loro, gli stregoni, mangiano le persone a Natale e Pasqua soprattutto le persone che potrebbero fare del bene.

Lo scorso anno ero seduta e ho visto un serpente grigio e nero, noi diciamo *esprit de control*; ora so che quel serpente era mio padre, mentre

prima pensavo che fosse uno stregone che mi volesse fare del male, uno stregone che aveva mandato il serpente per controllarmi. Io l'ho ucciso e gli ho detto "vai a dire a chi ti ha mandato che ti ho ucciso e di non mandarmi più nessuno".

Ma mi ha comunque mandato qualcun altro, un rospo, che ho ucciso».

Cecile ci chiede di non lasciarla sola, "scoperta" fino all'incontro con il sacerdote che sarebbe venuto a Roma cinque giorni dopo. Ci chiede incontrarla più volte in una settimana per proteggerla, finché non avverrà l'incontro, da quegli spiriti che vanno a controllarla e che la perseguitano per conto di suo padre-stregone.

La rivediamo dopo circa due settimane dall'incontro con il sacerdote e l'immagine che Cecile ci rimanda ci stupisce profondamente. È irri-conoscibile. Indossa un vestito congolese colorato, degli orecchini, altri monili; ha lasciato i panni di *homeless* e gli occhi semi chiusi, le mani nelle mani, la confusione e lo sguardo in terra sotto il tavolo del nostro ambulatorio.

Il sacerdote congolese le ha consegnato le terapie di cui ci aveva parlato. Con un sorriso prende dallo zaino un paio di bustine di plastica in cui custodisce oli e sali.

Il primo flacone che ci mostra e spiega è un olio per il "diavolo", *Devil casting oil*, che ci spiega, va passato su tutto il corpo della persona che sta male e ha una doppia azione: da un lato cura chi ha subito il male, dall'altro fa tornare il male a chi l'ha inviato. Ha cominciato a usarlo due settimane fa, la mattina e la sera su tutto il corpo e anche sui capelli.

Ci mostra poi un sacchetto con quella che ci descrive come "polvere di spirito" che ha il fine di fermare gli spiriti di Satana. Il contenuto del sacchetto sembra per l'appunto una polvere che, riferisce Cecile, va mischiata con acqua e "sale di San Michele Arcangelo". Questo sale a cui si riferisce è contenuto in un altro contenitore di plastica trasparente che ci mostra affermando: «Il sale, dice è per *desenvoutement*, per la maledizione, così diciamo noi».

Nell'etichetta della "Polvere di spirito" appare:

Contre les esprit malé.

Pour éliminer l'oppression de le ments de Satan.

Pour nous libérer des liens de Satan.

L'ultimo rimedio che ci mostra e spiega Cecile, è un "olio della fortuna" per proteggersi. Il trattamento, riferisce, sarà lento, ma già ne percepisce i benefici. Il sacerdote riferisce aver detto che lei stessa vedrà la differenza

e che uscirà di nuovo la sua identità. Racconta che il padre sta male e che Dio l'ha punito.

«Ora lui ha una ferita sulla gamba che gli sta diventando profonda. Io non lo sento più ora e mia madre si è separata da lui, in casa.

Abbiamo scoperto che anche mia sorella era attaccata e che si sta difendendo come me. Quando mia sorella era incinta, prima di partorire, lui voleva prendere il bambino nella pancia, prendere il suo spirito così quando esce è già morto. È la stregoneria, in Congo è così».

Cerco di “prendere” e “comprendere”, come suggerito da Simona TALIANI (2006), le parole di Cecile, ciò che lei *crede* intorno alla stregoneria, alla sua stregoneria: all'attacco paterno subito da lei e da sua sorella, ma anche a cosa si cela tra le trame di questa violenza familiare, a quali logiche di accordi e conflitti, e anche di segreti, soggiace.

Racconta che si tratta di *sorcellerie* che toglie l'identità e che dà un'identità di un'altra persona; «è quello che è successo a me. Mio padre è associato ad altre streghe e mi ha voluto togliere l'*etoile* (la stella), quella di essere intelligente, socievole e di aiutare gli altri. Questo era il mio progetto, ma lui ha cercato di farmi diventare stupida e di non farmi più avere la mia stella, la mia fortuna».

Indago su come si recupera la stella persa. Cecile riferisce che per recuperarla prega il salmo 91 del Vecchio Testamento⁽⁵⁾ che le ha evocato protezione soprattutto notturna, quando riferisce i maggiori attacchi stregoneschi e quando il sonno la rende più vulnerabile ad essi.

Cecile riferisce l'eziologia dell'attacco stregonesco da parte del padre. Lei avrebbe avuto un “buon futuro” che a sua volta avrebbe rappresentato un'importante eredità per sua madre. Per tale ragione il padre-stregone le ha sottratto l'identità e l'ha data a un'altra donna, mentre a Cecile è rimasta una maschera quella che ha portato finora e che attraverso l'intervento del sacerdote sta togliendo. Interessante è soffermarsi su un aspetto: solo dopo averle chiesto chi pensava le stesse facendo del male, Cecile pensa di poter contattare sua madre per chiederle aiuto. Il riconoscimento delle sue competenze, delle sue conoscenze (solo tu puoi sapere cosa è accaduto) datole attraverso una domanda che ho impiegato molto a pronunciare per timore dell'indicibilità, sembra aver creato uno spazio per delle possibilità di azione.

«Il prete nello specchio [durante la diagnosi effettuata per lei in Congo] ha visto che sarei diventata una persona importante e mio padre non voleva lasciare questa importante eredità a mia madre.

Ha preso la mia identità e l'ha data a un'altra donna, ma io tramite queste cure me la sto riprendendo. Io porto un'identità che non è mia, porto una

maschera. L'identità con cui mi ha cambiato la mia è quella della *famme de nuit* [donna della notte: strega] ecco perché non mi potevo sposare.

Lui faceva *l'encantaciòn*. Dice il mio nome, invoca il mio spirito e dice: Cecile sarà stupida tutta la vita" e butta il mio nome nella spazzatura e dice: Cecile sarà così.

Lui si vuole riconciliare, ma io gli ho detto che lui deve rendere conto a Dio, non a me.

Prego poi rinuncio perché le streghe mettono i timbri sulle persone per poterle seguire e identificare; io ce l'ho dietro [la schiena] 666.

Rinuncio al legame che mi hanno messo a me e dico: Tu M.F. [iniziali del nome e cognome del padre] che sei associato alla stregoneria [...] io ti mando via. Tu spirito che mi vieni a disturbare, io ti mando via; così dice il prete che devo pregare con la rabbia.

Questo prete cerca anche nelle case e trova le pentole delle streghe. Lui le prende e le porta in chiesa, poi le brucia. Loro [le streghe, gli stregoni] mettono dentro anche la carne umana, a volte il tuo nome e tappano, le tappano [le pentole], così tu sei costretta là».

Riflettendo sull'intervento del sacerdote, esso si inserisce in un preciso sistema eziologico-terapeutico locale, ricolloca le aggressioni stregonesche e i suoi rituali, i suoi oggetti, le sue parole, nel più ampio quadro simbolico del mondo magico-religioso al quale afferisce Cecile. L'identità di Cecile, l'identità congolese, bakongo, di suora e dei voti, dei culti religiosi, di figlia, era stata rubata, le era stata interdetta e inaccessibile così come il suo destino di benefattrice, di "persona importante". Il sacerdote riporta tutto al passato, agli spettri e alla storia della sua famiglia, ai vincoli comunitari, in Congo, lo contestualizza e attribuisce un nome alla sua malattia e una cura che viene da lontano nella quale Cecile sembra ritrovare la sua memoria socio-culturale, la sua stella e il suo spirito mangiato:

«Adesso mio padre non può più venire; prima ci metteva 5 minuti dal Congo a qui. Ora viene, ma non mi trova più. Prima lo vedevo in faccia e pensavo che le streghe gli avessero messo la maschera di mio padre per farmi del male, non pensavo fosse lui. Ora per difendermi lascio un bicchiere bianco con l'acqua sotto il letto e le streghe quando vengono a trovarmi non mi vedono ... vedono solo il mare».

Note

⁽¹⁾ Il caso di Cecile è stato elaborato da un'équipe che ha visto coinvolti psicologo e antropologo in occasione della realizzazione del progetto Safya: Progetto Pilota per la sperimentazione del Modello socio-sanitario multidisciplinare e transculturale dei fattori socio-sanitari rilevanti e prevalenti nella popolazione senza dimora secondo la classificazione Ethos. Il progetto, realizzato dall'INMP (Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il

contrasto delle malattie della povertà) e dalla FIO.PSD (Federazione italiana organismi e persone senza dimora), realizzato negli anni 2011-2012 ha avuto il fine di sperimentare in Europa e in Italia l'attività clinica transculturale messa in atto presso l'INMP di Roma. Questo obiettivo è stato posto in essere con l'Ospedale Galliera di Genova, il *St. Mungo's. Opening doors for homeless people* di Londra, il *SundhedsTeam. Health Team for Homeless* di Copenaghen. Nell'ambito della pubblicazione CASTALDO M. - FILONI A. - PUNZI I., (a cura di) (2014) *Safya. Un approccio transdisciplinare alla salute degli homeless in Europa*, Franco Angeli, Milano, è incluso il caso di Cecile qui testualizzato, tuttavia più esteso poiché prevede anche il contributo della psicologa non riportato in questa sede.

(2) Unità Operativa Semplice.

(3) Prendo in prestito quest'espressione da BENEDEUCE R. (2010) che e a sua volta fa riferimento al concetto di "corpi docili", Foucault.

(4) Importante a questo riguardo è non considerare tali concetti come assoluti e generici, ma come simboli plastici di universi locali che ne costruiscono il senso e il decorso, la forma e la gravità, la causa e i sistemi di cura. Ciò conduce a dover interrogare le categorie della persona che ne riferisce il significato, interpretarle e in ultimo agire negoziando con la persona delle strategie di intervento. In tal senso, è necessario un decentramento: lasciare il proprio centro per indirizzarsi verso il centro dell'altro (MORO M.R. - DE LA NOË Q. - MOUCHENIK Y. - BAUBET T. 2009).

(5) Chi abita al riparo dell'Altissimo passerà la notte all'ombra dell'Onnipotente. Io dico al Signore: "Mio rifugio e mia fortezza, mio Dio in cui confido". Egli ti libererà dal laccio del cacciatore, dalla peste che distrugge. Ti coprirà con le sue penne, sotto le sue ali troverai rifugio; la sua fedeltà ti sarà scudo e corazza. Non temerai il terrore della notte, né la freccia che vola di giorno, la peste che vaga nelle tenebre, lo sterminio che devasta a mezzogiorno.

Riferimenti bibliografici

AGAMBEN Giorgio (2005 [1998]), *Homo sacer. Il potere sovrano e la nuda vita* Piccola Biblioteca Einaudi, Torino [ediz. orig.: *Homo Sacer. Sovereign Power and Bare Life*, Stanford University Press, Stanford, 1998].

AUGÉ Marc - HERZLICH Claudine (1986 [1984]), *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia*, Il Saggiatore, Milano [ediz. orig.: *Le Sens du Mal. anthropologie, histoire et sociologie de la maladie*, Éditions des Archives Contemporaines, Paris, 1984].

BENEDEUCE Roberto (2007), *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra storia, dominio e cultura*, Carocci, Roma.

BENEDEUCE Roberto (2011), *Corpi e saperi indocili. Guarigione, stregoneria e potere in Camerun*, Bollati Boringhieri, Torino.

BENEDEUCE Roberto (2002), *Trance e possessione in Africa. Corpo, mimesi e storia*, Bollati Boringhieri, Torino.

BOURGOIS Philippe (2009), *Recognizing invisible violence*, pp. 17-40 in RYLKO-BAUER Barbara, WHITEFORD Linda e FARMER Paul, (curatori), *Global Health in Times of Violence*, School of Advanced, Santa Fe.

CSORDAS Thomas J. (1990), *Embodiment as a paradigm for anthropology*, "Ethos", n. 18, pp. 5-47.

FANON FANON (2006), *Scritti politici, Vol. 1. Per la rivoluzione africana*, Derive Approdi, Roma.

FASSIN Didier (2001), *Un double peine: la condition sociale de l'immigré malade du sida*, "L'Homme", n. 160, 2001, pp. 137-162.

FASSIN Didier (2000), *Politique du vivant et politiques de la vie. Pour une anthropologie de la santé*, "Anthropologie et sociétés", n. 24, 2000, pp. 95-116.

FARMER Paul (2004), *An Anthropology of Structural Violence*, "Current Anthropology", n. 45, vol. 3, 2004, pp. 305-325.

FOUCAULT Michel (2006 [1975]), *Sorvegliare e Punire*, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *Surveiller et punir: Naissance de la prison*, Editions Gallimard, Paris, 1975].

FOUCAULT Michel (1999 [1976]), *La volontà di sapere*, Feltrinelli, Milano [ediz. orig.: *La volonté de savoir*, Gallimard, Paris, 1976].

NATHAN Tobie (2003 [2001]), *Non siamo soli al mondo*, Torino, Bollati Boringhieri [ediz. orig.: *Nous ne sommes pas seuls au monde*, Le Seuil, Paris, 2001].

NATHAN Tobie (1997 [1994]), *La influenza que cura*, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires [ediz. orig.: *L'Influence qui guérit*, Odile Jacob, Paris, 1994].

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*, Paris, Dunod, 1986].

MORO Marie Rose - DE LA NOË Quiterie - MOUCHENIK Yoram - BAUBET Thierry (curatori) (2009 [2004]), *Manuale di psichiatria transculturale. Dalla clinica alla società*, Franco Angeli, Milano [ediz. orig.: *Manuel de psychiatrie transculturelle. Travail clinique, travail social, La pensée sauvage*, Grenoble, 2004].

SAYAD ABELMALEK (2002), *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

TALIANI Simona - VECCHIANO Francesco (2006), *Altri corpi. Antropologia ed etnopsicologia della migrazione*, Edizioni Unicopli, Milano.

VIÑAR Marcelo - VIÑAR Maren (1993), *Fracturas de memoria*, Trilce, Uruguay.

WIKAN Unni (1999), "Culture: a new concept of race", *Social Anthropology*, n. 7, 1999, pp. 57-64.

Scheda sull'Autrice

Miriam Castaldo, nata a Roma il 16 luglio 1973, antropologa laureata presso l'Università degli studi di Roma "La Sapienza". Effettua gli studi di *posgrado* a Città del Messico realizzando una Maestria e un Phd entrambi in Antropologia medica presso l'Istituto de investigaciones antropológicas (IIA) della Universidad nacional autónoma de México (UNAM).

Risiede dal 1999 al 2006 negli Stati Uniti Messicani realizzando ricerche sulla costruzione e rappresentazione socio-culturale dei disturbi/malattie mentali, sul *susto*, nonché sul sistema eziologico-terapeutico tra la popolazione nahua di due comunità dello Stato di Puebla (Messico) e in altri contesti latinoamericani sui sistemi medici "tradizionali". Dal 2006 al 2008 realizza ricerche etnografiche in Algeria nei campi profughi Saharawi e in Libano nei campi profughi palestinesi.

È Autrice di pubblicazioni edite su riviste scientifiche nazionali e internazionali.

Dal 2008 lavora presso l'INMP (Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà), nell'ambito della Uos di salute mentale, in un dispositivo clinico transdisciplinare composto da antropologi, psicologi, neuropsichiatra infantile e mediatori culturali, il cui fine è l'accoglienza

e la presa in cura della popolazione autoctona e della popolazione emigrata dai propri contesti di origine e immigrata in Italia.

Pubblicazioni

(2004) *En torno al concepto de migración y remesas. Presencia, ausencia y apariencia*, in SUÁREZ Blanca - ZAPATA MARTELO Emma, *Remesas. Milagros y mucho más cumplen las mujeres indígenas y campesinas*, México (DF), Grupo Interdisciplinario sobre Mujer, Trabajo y Pobreza, (GIMTRAP), México, DF vol. II, pp. 219-256 (serie PEMSA, 6).

(2004) *Locura y migración. El caso de una comunidad nahua de Puebla*, "Anuario 2002", Centros de Estudios Superiores de México y Mesoamérica, Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, San Cristobal de las Casas, 2004, pp. 183-200.

(2004), *Susto o espanto. En torno a la complejidad del fenómeno*, "Dimensión Antropológica", México (DF), anno 11, vol. 32, settembre-dicembre 2004, pp. 29-67.

(2011) *Tra cause, omertà e cecità: le povertà romane*, pp. 35-48, in MORRONE Aldo - REYNAUDO Monica, (curatori) *Impoverimento e povertà. Percorsi di vita e servizi a Roma e Torino*, Gruppo Abele Edizioni, Torino.

(curatrice) (2013) *La mujer saharawi en la cultura y en la sociedad*, Unión Nacional Mujeres Saharawi [UNMS] - Centro Regionale di Intervento per la Cooperazione [CRIC].

(2013) *L'interazione medico paziente: tra senso, biopotere, cura e guarigione*, "Salute e Società" (Franco Angeli, Milano), anno XII, n. 1, 2013 (fascicolo a cura di ORLETTI Franca - FATIGANTE Marilena, *La sfida della multiculturalità nell'interazione medico-paziente*), pp. 164-172 (pubblicato anche in inglese: *Doctor-patient interaction: meaning, bio-power, healing and cure*, "Salute e Società" anno XII, n. 1, 2013 (fascicolo a cura di ORLETTI Franca - FATIGANTE Marilena, *Doctor-patient interaction and the challenge of multi-culturality*, pp. 182-191)

in collaborazione con FILONI Anna - PUNZI Ignazio (curatori) (2014) *Safya. Un approccio transdisciplinare alla salute degli homeless in Europa*, Franco Angeli, Milano.

Riassunto

Tra frammentazioni, ruoli e politiche di cura: l'antropologo "medico" nel sistema sanitario pubblico e nei dispositivi di salute mentale

L'antropologo che opera in dispositivi clinici transdisciplinari è volto a esplorare le grammatiche della sofferenza portate presso i servizi sanitari dalle popolazioni emigrate ed immigrate. Egli è chiamato a intervenire attivamente nel processo di cura con tali popolazioni che, lontano dai contesti di origine, ma in continuo dialogo con

gli stessi, portano complesse domande di aiuto. Non senza ambiguità, l'antropologo agisce nel controverso e sempre più spesso inagibile territorio sanitario insieme allo psicologo e sovente al mediatore linguistico-culturale, per interpretare i linguaggi e le eterogenee logiche della malattia e del disagio; (ac)coglierne i sintomi e le metafore attraverso cui si costruiscono e rappresentano.

Parole chiave: antropologia medica, stregoneria, possessione.

Résumé

Entre fragmentations, rôles et politiques de soin: l'anthropologue "médicale" à l'intérieur du système de santé publique et dans les dispositifs de santé mentale

L'anthropologue qui travaille dans des dispositifs cliniques transdisciplinaires a l'objectif de sonder la grammaire de la souffrance que les populations émigrées et immigrées portent aux services. Il intervient activement dans le processus de soin de ces populations qui sont loin de leurs pays d'origine mais qui sont en communication continue avec eux et qui présentent des demandes d'aide complexes. Bien qu'avec des ambiguïtés, l'anthropologue agit dans le domaine de la santé, controversé et le plus souvent impraticable, avec le psychologue, et fréquemment avec le médiateur linguistique et culturel, pour interpréter les langages et les différentes logiques de la maladie ainsi que du mal-être; en (ac)cueillant et en comprenant les symptômes et les métaphores par lesquels ils se construisent et s'expriment.

Mots clés: anthropologie médicale, sorcellerie, possession.

Resumen

Entre fragmentaciones, roles y políticas de cura: el antropólogo "médico" en el sistema sanitario público y en los dispositivos de salud mental

El antropólogo que trabaja en los dispositivos clínicos transdisciplinarios tiene el objetivo de explorar las gramáticas de los sufrimientos llevados por las poblaciones emigradas e inmigradas hacia los servicios sanitarios. El antropólogo es llamado a intervenir activamente en el proceso de cura con estas poblaciones, que se encuentran lejos de sus contextos de origen, pero en un incesante diálogo con éstos, y que llevan demandas de ayuda complejas. Tomando en cuenta las ambigüedades, él actúa en el controvertido y siempre más inagible territorio sanitario junto con el psicólogo y a menudo con el mediador lingüístico-cultural, con el fin de interpretar los lenguajes y las heterogéneas lógicas de la enfermedad y del sufrimiento. Asimismo, tiene el

fin de acoger los síntomas y las metáforas a través de las cuales estas poblaciones se construyen y representan.

Palabras claves: antropología médica, hechicería, posesión.

Abstract

Dealing-confronting with fragmentation, roles and healthcare policies: the “medical” anthropologist in the public healthcare system and in mental health institutions

The anthropologist's activity within trans-disciplinary clinical settings is aimed at investigating different scenarios of suffering, presented by emigrant and immigrant populations in the public healthcare facilities. The anthropologist is called to actively intervene in the care process of these populations who, far from their original contexts, but in constant dialogue with them, set forth complex requests for help. Not without ambiguity, the anthropologist acts within the controversial and increasingly less practicable healthcare system, along with the psychologist and often with the aid of the cultural and linguistic mediator, to interpret the different expressions and logics of illness and discomfort, and to understand and contain the symptoms and metaphors that represent and shape the illness itself.

Keywords: medical anthropology, witchcraft, possession.

*Da dimenticata a emergente:
la malattia di Chagas, crocevia tra strategie
sanitarie e politiche migratorie.
Una rilettura etnografica**

Anna Ciannameo

dottoranda di ricerca, Alma Mater Studiorum Università di Bologna
[anna.ciannameo2@unibo.it]

*«La differenza tra "partecipazione"
e mera "consultazione"
sta nella capacità di assumere nella carne
– di 'soffrire' –
le risposte dei nostri interlocutori,
anche quelle
che avrebbero voluto o saputo darci,
senza riuscirci»*

(Ricardo Burg Ceccim)

Questo scritto è tratto da una storia di vita raccolta durante la mia ricerca di dottorato nell'ambito di un'indagine più ampia, condotta a partire dal 2010, con i colleghi del Centro studi e ricerche in Salute internazionale e interculturale dell'Università di Bologna⁽¹⁾. La ricerca ha avuto luogo principalmente a Bologna, con uno sguardo comparativo attento alla contestualizzazione del medesimo fenomeno in altre città italiane e nella regione spagnola della Cataluña. I miei principali interlocutori sono stati persone provenienti da zone diverse dell'America Latina, tra cui malati, ma anche medici e infermieri italiani e spagnoli, cittadini, membri di associazioni, responsabili politici. Tale lavoro mi ha permesso di delineare, sia pur parzialmente, le modalità di gestione della malattia di Chagas in un contesto di immigrazione e di tracciare alcune peculiarità della migrazione attuale da certe aree latinoamericane.

Dimenticanze

La Malattia di Chagas è un'infezione endemica nella vasta zona del continente americano compresa tra gli Stati Uniti meridionali e la Patagonia e interessa 8-10 milioni di persone. Può rimanere asintomatica per decine

* Testo definitivo del contributo presentato nella III Sessione parallela (*Condizione migratoria e salute*) al 1° Convegno nazionale della SIAM, *Antropologia medica e strategie per la salute* (Roma 21-23 febbraio 2013).

di anni e manifestarsi, nel 30% dei casi, con patologie cardiache, gastrointestinali o, più raramente, neurologiche. In America Latina si trasmette principalmente per via vettoriale (attraverso il contatto con un insetto), mentre altre forme di trasmissione (tramite sangue e organi infetti o in forma congenita da madre a figlio) sono epidemiologicamente significative anche in contesti non endemici.

L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) la include tra le *infezioni tropicali dimenticate*; dimenticate in termini di investimenti economici, ricerca, interesse da parte delle istituzioni sanitarie. Tali patologie sono fortemente connesse alla povertà, all'emarginazione sociale, allo svantaggio economico, alla stigmatizzazione (WHO 2010a).

Per diversi decenni la malattia di Chagas non è stata considerata prioritaria nelle agende della Sanità pubblica di molti Paesi latinoamericani, con l'effetto di escludere da diagnosi e presa in carico gran parte della popolazione potenzialmente interessata.

Tuttavia, negli ultimi 10-15 anni, in concomitanza con l'incremento dei flussi migratori transnazionali, si è assistito a un crescente interesse da parte della comunità scientifica europea che ha riconfigurato il fenomeno come "emergente" anche in Italia, secondo Paese europeo, dopo la Spagna, sia per numero di migranti latinoamericani, sia per numero stimato di Chagas-positivi.

Emerge immediatamente come la condizione socio-economica sia un fattore determinante della distribuzione dell'infezione (FARMER P. 1999, BREILH J. 2002) così come dei lacci che tengono insieme *dimenticanza* ed *emergenza*.

Risuonano, in tal senso, alcuni degli argomenti utilizzati dall'antropologo e medico francese Didier Fassin nell'interpretare l'Aids come *esperienza storica*: come «una condizione sociale nel senso che essa non è solamente una malattia che unisce gli esseri umani nella stessa sofferenza, ma anche un'afflizione che li divide dal punto di vista dell'esposizione al rischio e dell'accesso ai trattamenti, della capacità di fargli fronte o di morire degnamente. La distribuzione delle ricchezze, la circolazione delle persone, lo statuto delle donne, le politiche sanitarie e sociali, la mobilitazione delle associazioni e dei professionisti, sono tutti elementi di differenziazione dello spazio sociale dell'epidemia, dei fattori di disparità tra gli individui» (FASSIN D. 2010: 112).

In accordo con questo registro, propongo di riconfigurare la stessa esperienza della malattia di Chagas entro la più ampia e variegata esperienza della migrazione da alcune aree dell'America Latina, nell'attuale scenario

storico-economico italiano; una migrazione principalmente economica, femminile, di frequente vincolata ad attività lavorative di “badantato” e cura degli anziani, oltre che a condizioni di vita caratterizzate da complesse necessità di salute.

In tale contesto i percorsi di cura appaiono spesso volte frammentati e contrassegnati da zone grigie di varia natura; da inadeguatezze nella qualità e nella quantità delle prestazioni; da ritardi nell’intercettazione di traumi e problematiche sanitarie acute; da limiti nella fruizione dei trattamenti per le patologie croniche; da scarsità di opzioni di cura per il disagio psichico, indispensabili a fronte delle ansie, delle fatiche, delle sofferenze che certe condizioni esistenziali portano in seno.

Inoltre, le ambiguità giuridiche relative alla condizione di (ir)regolarità, caratterizzanti l’odierno contesto storico-economico e lavorativo, minano quella pretesa di equità di soluzioni all’interno di un Sistema sanitario nazionale (formalmente) universalistico (CASTAÑEDA H. 2009; DI GIROLAMO C. *et al.* 2011; WILLEN S. *et al.* 2011).

(Ri)posizionarsi. Tra soggetto e mondo: una storia

L’ambito delle storie di vita⁽²⁾ rappresenta uno dei terreni di lavoro a me più prossimi, poiché ritengo rappresentino un potente dispositivo in grado di far luce sulle modalità con cui le macro-dinamiche storiche, economiche e politiche si inscrivono nelle esistenze soggettive, ridisegnandone i corpi.

La narrazione è una «esecuzione di tipo estetico che fa un lavoro sociale» (GARRO L. - MATTINGLY C. 2000: 19); «un modo di dare ordine all’esperienza, di costruire la realtà» (BRUNER J. 1986: 11). Lungi dal rappresentare una azione “semplice”, la narrazione coinvolge aspetti complessi dell’esistenza quali il prendere decisioni, orientare azioni future, vivere una vita.

La tradizione antropologica ha ampiamente enfatizzato come – mediante processi legati a doppio filo – da un lato la narrazione dell’esperienza di malattia “operi” a un livello individuale e si riveli strumentale alla guarigione, permettendo di conferire significati all’imprevisto; di rilocalizzare eventi e discorsi entro un contesto nuovamente ordinato; di restaurare la frantumazione autobiografica prodotta dalla crisi (GARRO L. 1992; WILLIAMS G. 1984). Dall’altro come le esperienze personali e i vissuti biografici si muovano attraverso sentieri storicamente, socialmente, politicamente tracciati, e conferiscano alle loro narrazioni un potenziale illuminante

rispetto a ideologie e pratiche, relazioni e logiche, che fondano i mondi in cui i soggetti esperiscono la propria afflizione (QUARANTA I. 1999; FASSIN D. *et al.* 2008). La narrazione permette dunque di investigare la vita sociale come uno scenario in cui si muovono protagonisti differentemente posizionati e caratterizzati da voci morali diverse, rivelando aspetti fondamentali sulla struttura di tale scenario e sulle relazioni che li coinvolgono (OCHS E. - CAPPS L. 1996).

Tra le tante, ho scelto questa storia perché la considero particolarmente significativa nel dischiudere il mondo sociale in cui prende forma.

Sono profondamente consapevole del fatto che in una storia di vita ci sia «molto di più della narrazione in quanto tale, non tanto e non solamente perché ci troviamo di fronte a frammenti, pettegolezzi, gesti, silenzi, balbettii, ma perché esistono [...] parti che possono essere trascritte, schematizzate, classificate e tradotte ma ci sono ugualmente zone porose che è complicato ordinare e oggettivizzare, che sono parte della cultura entro la quale agiscono» (FRANCESCHI Z. 2012: 8).

In tal senso, contributi significativi che guardano al *corpo* come produttore e trasmettitore di sapere, e che considerano la natura incorporata delle narrazioni, suggeriscono di non assumere il linguaggio come sola via di accesso alla conoscenza culturale, per evitare di cadere nell'errore di ridurre i significati al *mero* testo o di rendere legittime le esperienze solo quando narrate, a scapito di quelle vissute (QUARANTA I. 1999; RADLEY A. - BILLING M. 1996).

Perché Rosa Maria ⁽³⁾

Nel corso di questi anni, nello svolgersi della ricerca, ho conosciuto molte persone; tanti potenziali “testimoni”, molti dei quali portatori di esperienze di vita dense di elementi significativi. Tutti avrebbero potuto contribuire – e hanno contribuito – a quello “sguardo sulla realtà” che lentamente sono andata costruendo. Solo alcuni però hanno colto un senso peculiare nell'incontro – nel nostro incontro – e lo hanno cercato, alimentato, sofferto, sostenuto.

Rosa Maria è una di loro. Lei non ha voluto raccontarmi la sua storia. Ha voluto piuttosto che la ripercorressimo e la ricostruissimo insieme.

«C'è una grande differenza tra il ricordare da sola e il ricordare con te. Farlo insieme è protettivo». È stata proprio la ricerca di un modo “protetto/protettivo” per far affiorare i suoi (e i miei) vissuti, che ha fatto sì che questa storia prendesse forma.

La condivisione crea un terreno inter-soggettivo che traccia orizzonti di senso all'interno dei quali i singoli eventi non sono evocati fine a se stessi; al contrario, il costante rimando dialogico agli scopi condivisi della ricostruzione permette di non “trasbordare” in materiale che potrebbe rivelarsi insostenibile per l'animo e per la carne.

Quegli scopi, per me e Rosa Maria, sono stati piuttosto espliciti fin da subito, anche se poi, nel corso degli incontri, sono andati via via rimodellandosi.

Ci siamo viste per la prima volta in ospedale; era riuscita a intercettare, grazie a una nostra collaboratrice, il primo servizio di diagnosi e cura per la Malattia di Chagas⁽⁴⁾ della nostra Regione e aveva richiesto il test.

È emerso poi che avesse già avuto a che fare, molti anni addietro, con questa infezione, lasciandola però svanire in un qualche angolo remoto della sua memoria.

Rosa Maria era alla ricerca delle cause della sua afflizione; un'afflizione densa, stratificata, che permea il corpo, la mente, lo spirito. Cercava delle risposte innanzitutto cliniche.

Le sue necessità socio-sanitarie erano al cuore dei miei interessi scientifici, nel tentativo di comprendere quale fosse il “terreno” biografico, sanitario, politico in cui la sua esperienza di malattia prendeva forma.

Contemporaneamente tornavo a chiedermi quali fossero le modalità che un antropologo utilizza per affrontare la sofferenza, e se sarei stata in grado di ascoltarla, comprenderla, scriverla, rappresentarla.

Sono questi nodi centrali, al cuore di una riflessione sulla professione antropologica: fare etnografia in uno spazio liminale, tra “dentro e fuori” il servizio sanitario; su questioni che coinvolgono principalmente persone che hanno sperimentato la migrazione; in un'esposizione continua – di corpo e di cuore – a contagi di infezioni e di dolori, di timori e di pianti, di progetti di vita in bilico e sogni disattesi, di nostalgie onnipervasive. E di dubbi, rispetto ai quali si veste un ruolo che manca di pragmaticità clinica.

Eppure, in quello spazio, si sono costruite relazioni produttive e analisi interessanti.

Rosa Maria – come alcune altre preziose testimoni – ha di frequente enfatizzato che a sostegno dei nostri confronti c'era una lingua vicina, la mia, uno spagnolo appreso al di là dell'oceano, in Argentina; la pelle “tostadita”, la mia, scuretta, e ricordi affini⁽⁵⁾, i miei, di gente di campo,

di abitazioni coi tetti di rami, di insetti fastidiosi che pungevano di notte: un corpo e un ruolo poco definiti, i miei, che in quello scenario di corpi e ruoli rigidamente definiti, hanno prodotto vicinanza.

Dal canto mio, quello che ho fin da subito apprezzato di Rosa Maria è stato il suo non volersi “risparmiare” nel faticoso esercizio della memoria: la volontà intima con cui narra, soffre, si ferma, riflette, lascia, ripensa, riprende; il non volersi esimere da quella «complessa, dolorosa e costante *operosità emozionale* che l’incontro comporta» (FRANCESCHI Z. 2012: 7).

Rosa Maria ha 52 anni e si sente vecchia. È nata nella provincia del Chaco, nel nord Argentina, zona che, al pari di molte aree rurali in America Latina, è ancora notevolmente endemica per la malattia di Chagas.

Quando Rosa Maria parla della sua salute, ritorna continuamente a un momento preciso della sua infanzia: un giorno entrambi i genitori morirono in un incidente stradale e lei venne affidata a degli zii paterni che vivevano nel “monte” (nella selva) in una casa infestata da quelle cimici che, evidentemente, le trasmisero il parassita.

Gli zii la trovarono così denutrita che non aveva i denti, e la costrinsero a camminare per ore, pur di andare a fare delle iniezioni dolorosissime che l'avrebbero rimessa in forze.

Rosa Maria crebbe nella miseria, lavorando nei campi e con gli animali, senza mai andare a scuola.

Crebbe bella. E appena possibile decise di migrare a Buenos Aires; fare di quella bellezza un lavoro (fu una modella, nella televisione e al circo) e finalmente, di sera, riuscire a studiare per prendere un diploma.

Dal matrimonio con un ragazzo che faceva il poliziotto nacque una bambina che morì subito dopo il parto a causa di una cardiomiopatia congenita, probabilmente causata dal Chagas.

L'infezione le venne diagnosticata durante la gravidanza ma Rosa Maria se ne dimenticò immediatamente: senza sintomi né segni sul corpo, non era tra le priorità di una esistenza fin troppo complicata.

Il dolore la fece tracollare quando a causa di quel lavoro da poliziotto, scelto non per degli ideali ma per la necessità di uno stipendio sicuro, suo marito venne brutalmente ammazzato da una banda di malviventi. Allora, non restandole alcun altro vincolo familiare, Rosa Maria decise di raccogliere i suoi risparmi e migrare per l'Italia.

La ricostruzione, sia pur molto superficiale, delle percezioni sulle attuali migrazioni dall'America Latina in Emilia-Romagna ha rilevato una tendenza diffusa a livello locale, tra migranti e non, a semplificare tali migrazioni bi-polarizzandole in due gruppi apparentemente omogenei: coloro che provengono da zone andine, mossi da necessità lavorative, che attraverso il ricongiungimento familiare ricompongono nuclei parentali antecedenti la migrazione, che sperimentano minore integrazione e

maggiori difficoltà di esistenza; e coloro che sono migrati per lo più per ragioni di insicurezza da Paesi “più europei”, che si sentono più affini socio-culturalmente agli italiani e che sposano italiani, cosa che conferisce loro uno status che garantisce una migliore integrazione e un più facile accesso alle risorse sanitarie e sociali.

La storia di Rosa Maria è testimonianza di come tali categorizzazioni abbiano confini profondamente labili, e come tali gruppi, nelle pratiche e nelle circostanze di vita, siano tutt'altro che omogenei.

Di frequente Rosa Maria ribadisce che non è migrata per ragioni economiche; che non è come gli “altri immigrati”, che giungono da Perù, Ecuador, Bolivia; quegli immigrati che testimoniano condizioni di vita estremamente faticose come lavoro nero, disoccupazione, sfruttamento, sensazione di solitudine e di nostalgia, reti sociali fragili, sofferenza psicologica. Donne, spesso sole, che lavorano come badanti e che si percepiscono come «schiave», mentalmente e corporalmente lacerate. O uomini, generalmente coinvolti in occupazioni fisicamente debilitanti come manodopera non qualificata.

No, Rosa Maria si percepisce parte di quel ristretto gruppo di persone provenienti da Argentina, Brasile, Cile, migrate per ragioni politiche e di sicurezza dalla città; più colte e integrate, quelle «che possono sposare italiani» e che prendono immediatamente le distanze dal Chagas, condizione che invece evoca povertà, ignoranza, origine rurale (CIANNAMEO A. 2012, CIANNAMEO A. - DI GIROLAMO C. 2012).

Quel che è interessante è che mentre i latino-americani si percepiscono come una presenza significativa crescente – cosa per altro dimostrata dai dati demografici (CARITAS-MIGRANTES 2009, 2012) – allo sguardo locale tale presenza sembra quasi invisibile, probabilmente perché essi rappresentano una minoranza rispetto ad altri gruppi di migrazione⁽⁶⁾, o forse perché – vicini per lingua e per religione – sono meno associati a quegli stereotipi di “alterità”, “illegalità”, “criminalità”, generalmente applicati agli immigrati.

I medesimi stereotipi prodotti dalla società di approdo paiono agire sull'immaginario dei migranti ed essere da loro riprodotti. E accade di frequente che chi arriva dall'America Latina voglia dipingere un'immagine “non-problematica” di sé e della propria condizione, finendo per alimentare quella scarsa visibilità che, in alcuni casi, non permette agli sguardi locali di intercettare bisogni e problematiche peculiari.

Una invisibilità che, per questa e per altre ragioni, pare permeare tutta la vita di Rosa Maria, la sua presenza, il suo corpo.

«Le mie braccine, le mie ossicine, la mia pancina ... non ci sono più ... scompaio e nessuno se ne accorge».

Oramai non tenta neanche più di contattare i servizi sanitari telefonicamente, perché dice, «non mi sentono».

Non che ci siano problemi di voce o di udito, di lingua o comprensione ma ... non la sentono.

La sua bellezza, minata dal tempo e dalla fatica, è un elemento centrale dei suoi discorsi e dei suoi ricordi. Tempo addietro aveva scelto di farsi impiantare delle protesi mammarie che in seguito le causarono un'infezione molto grave al punto che, nel 2010, si vide costretta a una mastectomia totale.

Da quell'intervento che l'ha segnata di cicatrici deturpanti, estese, dolorose – rubandole la femminilità, suo «unico tesoro» – Rosa Maria vaga senza sosta, come un fantasma silenzioso tra quei servizi.

Vaga portando con sé una pila di numerosi referti: “cefalea”, “cardialgia”, “problemi alla cervicale”, “ernia lombare”, “occlusione intestinale”, “gastrite cronica”, “affaticamento”, “astenia agli arti”, “sbalzi pressori”, “insonnia”, “depressione nevrotica”; il risultato di qualcosa che non ha funzionato, accumulandosi negli anni, nella relazione – fatta di incomprensioni e di fratture – tra Rosa Maria e i servizi sanitari. Vaga con una pila di carte che non riescono a spiegarle la ragione delle sue sofferenze.

Allo sguardo del sistema sanitario, Rosa Maria è uno di quei pazienti che pecca di “iper-ricorso”: la sua continua e poco “ordinata” richiesta di soccorso dovuta a una mancanza di risolutività da parte dei servizi rappresenta un notevole dispendio di risorse.

Lo sguardo con cui la biomedicina guarda al corpo di Rosa Maria, attraverso uno scomporre in “parti”, in organi, in rapporti lineari di causa/effetto, non riesce a darle delle risposte efficaci.

L'antropologia come disciplina ha ampiamente problematizzato i limiti di un approccio alla malattia intesa solo nei termini di *disease*, con cui ci si riferisce a un'interpretazione clinica, nei termini di un'alterazione nella struttura o nel funzionamento dell'organismo; come una deviazione da parametri numerici di riferimento che tracciano oggettivamente una linea di demarcazione tra quel che è normale e quel che è patologico. Tali limiti si fanno evidenti in questa storia. «Rosa Maria – dice uno dei medici che ha provato a raccogliere la sua storia clinica – è uno di quei pazienti con cui non si arriverà da nessuna parte. È bene che si faccia vedere da uno psicologo». Quando non si riesce a tracciare delle correlazioni tra cause eziologiche e sintomi, si inizia a ipotizzare una sofferenza psicologica e a pensare a una medicalizzazione che operi in tal senso. È sempre più frequente che categorie come quella di *depressione* vengano utilizzate per

definire forme di malessere che fanno capo a cause complesse di cui i servizi non riescono a farsi carico e rispetto alle quali la soluzione più immediata sembra aderire a un inquadramento di tipo psico-patologico (MARTÍNEZ HERNÁNDEZ A. 2007). Le medesime categorie agiscono sui pazienti; vengono incorporate e spesso riutilizzate per dare una cornice alle proprie sensazioni. Numerosi sono coloro che mi hanno parlato di ansia, stress, depressione e che consumavano abitualmente calmanti, ansiolitici, antidepressivi. È ipotizzabile che certe forme di disagio psico-emotivo siano correlate a difficoltà di vita che hanno radici complesse da un punto di vista socio-economico e che la loro diffusione tra gli immigrati sia proporzionale al fatto che essi siano sovra-rappresentati tra coloro che vivono in una condizione di svantaggio socio-economico attualmente nel nostro contesto.

Tuttavia Rosa Maria non accetta questa rilettura. Non si piega a una sorta di “lessico del trauma” con cui la sofferenza viene patologizzata. «Non sono matta. Per favore, non mi mandate dallo psicologo. Io il male ce l’ho nel corpo». Rosa Maria è alla ricerca di una legittimazione “somatica”. La denuncia del suo malessere appare uno strumento di negoziazione; uno strumento per poter comunicare il suo *stare-nel-mondo* come *donna-malata* che in quanto tale ha bisogno di ascolto, di dedizione, di cura.

Rosa Maria non riesce più a lavorare, a sollevare quell’anziana signora di novanta anni, malata di Alzheimer, a cui presta assistenza. Teme che non potendo più sostenere il gravoso lavoro, presto verrà licenziata.

Nonostante la donna abbia un marito italiano (matrimonio finito troppo presto a causa delle violenze alcoliche di lui) e abbia dei figli italiani, non è riuscita ad avere un documento di permanenza definitivo, oscillando continuamente tra la condizione di regolarità e irregolarità.

Il Sistema sanitario nazionale garantisce a chi non è regolarmente presente in Italia solo cure “urgenti ed essenziali”, categorie i cui confini e limiti sfumano in funzione delle diverse visioni politico-strategiche regionali e aziendali, spesso anche a discrezione del singolo operatore.

Le restrizioni burocratiche sui diritti alle prestazioni sanitarie sono percepite dai testimoni latinoamericani come la principale barriera di accesso alla salute.

C’è inoltre da dire che l’attuale clima politico e sociale italiano genera paura e insicurezza (specie se si è privi di documenti) nell’utilizzare ogni servizio pubblico, e non è insolito che le persone preferiscano evitare “fino all’ultimo” di “andare dal dottore” per paura di ripercussioni di altra natura.

Così oggi, pur avendo un permesso di soggiorno valido, vincolato al lavoro, Rosa Maria è completamente confusa su quello a cui può o non può accedere, e finisce per spendere tutti i suoi risparmi in visite mediche private, incoerenti tra loro e confondenti.

Poi, un giorno, è “ri-emerso” il Chagas, quando nel suo “pellegrinare” Rosa Maria ha intercettato uno dei pochi centri ospedalieri in Italia attualmente in grado di diagnosticare e trattare l’infezione.

Il Chagas riemerge anche nei suoi ricordi. E se da una parte le dà sollievo l’idea di aver individuato una possibile causa per i suoi mali, dall’altro quei ricordi amplificano i suoi timori: «[...] dicevano che il Chagas ti può ammazzare in ogni momento».

Rosa Maria inizia a raccontarsi con i suoi interlocutori in ospedale, in un turbinio di sintomi e sensazioni, ma il Chagas torna immediatamente a dissolversi in mezzo a tutte quelle manifestazioni patologiche che – le dicono i medici – «non hanno niente a che fare».

La “complessità” – di salute e di esistenza – di cui Rosa Maria è portatrice non trova spazio dentro a un dispositivo ospedaliero organizzato intorno a un’idea cristallizzata di *utente* cui fornire risposte *standardizzate* entro una competitiva logica di *aziendalizzazione*, attenta all’efficienza più che alla propria utilità sociale (STEFANINI A. 1997). Un dispositivo talmente incentrato su segni e sintomi iper-specifici da lasciarsi sfuggire una visione, anche clinica, d’insieme o manifestazioni non standardizzabili, di cui spesso il paziente migrante è portatore. Un dispositivo in cui l’efficacia sembra essere misurata/misurabile nello spazio limitato del ricovero, senza grande consapevolezza di quelle condizioni di vita che con molta probabilità riattiveranno le cause del malessere una volta fuori dall’ospedale.

Infezioni tra cura e controllo

L’analisi delle politiche internazionali (WHO 2010b) ha evidenziato come la risposta al Chagas, così come ad altre infezioni (BROWN P. 2013)⁽⁷⁾, adottati nella maggior parte dei casi un approccio verticale, orientato a controllare il rischio di trasmissione di una *infezione-correlata-alla-migrazione*.

Un approccio di questa natura, *centrato sulla patologia*, oltre ad apparire inadeguato nel proteggere la salute – individuale e collettiva –, può rivelarsi pericoloso, se utilizzato come misura di controllo piuttosto che come una strategia di promozione di salute e benessere.

La storia ci insegna a riguardo come la gestione delle malattie trasmissibili abbia prodotto, in tempi diversi, espulsioni forzate di vettori sospetti,

classi di untori, quarantene, screening alle frontiere o prima dell'arrivo nel paese di approdo.

Il Chagas, in tal senso, rappresenta solo uno dei casi “recenti” di una lunga tradizione di “minacce” che la sanità pubblica europea ha connesso agli spostamenti degli individui.

Diciamo pure che in seno alle dinamiche contemporanee della globalizzazione, la migrazione emerge sempre di più come una crescente componente strutturale nei confronti della quale le politiche sanitarie di mero contenimento, di mera sorveglianza, sono destinate a diventare sempre più costose e inefficaci (DI GIROLAMO C. *et al.* 2011).

Le politiche veicolano visioni. E se in Italia, rispetto al Chagas, ancora mancano delle linee guida nazionali (diagnosi e cura avvengono solo in alcuni centri ospedalieri perlopiù di medicina tropicale), ci sono Paesi che praticano una forma di controllo “inclusivo”, mediante lo screening e il trattamento dell'infezione come parte dell'offerta del sistema sanitario, e altri che hanno optato per strategie di protezione della popolazione locale (ad es. con l'esclusione da trasfusioni di sangue e trapianti di organo), senza un chiaro intento di presa in carico sanitaria dei potenziali ammalati di Chagas, che spesso volte, essendo la patologia frequentemente asintomatica, viaggiano senza essere consapevoli della propria condizione di malattia.

Queste considerazioni di carattere generale ci permettono di riconsiderare criticamente paradigmi come quelli di *controllo* e di *rischio* (MUGNAINI F. 2010) e strategie che, incapaci di intercettare e prendere in carico i determinanti più ampi di salute e di malattia, e di dare asilo ai bisogni percepiti dalla gente, manifestano tutti i loro limiti intrinseci di fronte a condizioni sanitarie complesse, che hanno cause molteplici e radici socio-economiche, culturali e politiche esplicite.

Vero è che la letteratura antropologica ed epidemiologico-sociale ha da tempo enfatizzato come la precarietà delle condizioni di vita rappresenti di per sé un fattore di scarsa interazione – in termini di quantità e qualità – con il sistema sanitario, e che questo non rappresenti affatto un problema specifico della popolazione migrante, quanto piuttosto degli individui vulnerabili, maggiormente svantaggiati socio-economicamente, di cui tuttavia i migranti rappresentano una parte sostanziale, a causa dell'attuale modalità di gestione politica della migrazione, piena di falle e di contraddizioni (DI GIROLAMO C. *et al.* 2011).

Sono infatti numerosi i contributi che, nell'analizzare le strategie di “governo” dei fenomeni migratori, esplicitano come nei confronti di chi

non viene considerato pienamente cittadino, non venga assunta piena responsabilità sociale.

Fanno da sfondo i paradigmi di *biopotere* (FOUCAULT M. 1976, 2003), *biopolitica* (AGAMBEN G. 1995; FASSIN D. 2000; RABINOW P. 1992; ROSE N. 2006) e *biocittadinanza* (PANDOLFI M. 2005), insieme alle riflessioni contemporanee sulle *retoriche emergenziali* (FASSIN D. 2001) che con frequenza orientano dispositivi sanitari che si limitano a tamponare i sintomi di corpi (solo) quando soffrono visibilmente – o producono pericolo – senza farsi carico delle cause e delle responsabilità strutturali.

«La gestione avviene in modo molto variegato, più per tentativi che in base a una politica strutturata, individuando di volta in volta delle priorità, delle *emergenze*, che improvvisamente svaniscono e si rivelano essere dei problemi secondari di fronte all'emergere di problemi di altro tipo» (funzionario, Agenzia sanitaria e sociale regionale, 61 anni, intervista del marzo 2012).

Tornando alla nostra infezione, nonostante tale retorica emergenziale ben si sposi con la nuova ed emergente attenzione internazionale – tanto in termini di interesse scientifico che di popolarità nelle riviste mediche più autorevoli – per la malattia di Chagas, tale attenzione sembra non scalfire quella molteplice dimenticanza che, ancora oggi, in America Latina, in Europa o in altri contesti di immigrazione, posiziona gli ammalati di Chagas negli spazi più vulnerabili della società, negando spesso loro dei diritti fondamentali.

Il Chagas è asintomatico per cui poco prioritario rispetto ad altre urgenze di salute e di vita; è “scarsamente contagioso” per la popolazione di accoglienza e dunque non prioritario per le agende politiche; è tipico di una popolazione invisibile, che spesso non arriva ai servizi: l'emergenzialità si stempera aprendo alla *dimenticanza* di sempre.

Rosa Maria, dopo aver ricevuto un test dal risultato positivo e aver fatto alcune indagini cardiologiche, è stata lasciata ai suoi pensieri e al suo silenzio.

Verrà ricontattata dai sanitari quando riusciranno a reperire dall'Oms una terapia antiparassitaria che scarseggia in Italia.

Intanto, dicono, «è bene che si faccia vedere da uno psicologo perché è uno di quei pazienti per cui, è chiaro, proprio non si arriverà da nessuna parte».

La malattia, un evento biografico

«Stiamo mettendo in ordine tante cose: le carte, la vita». Di fatto ogni nostro incontro è stato scandito dall'analisi di un referto che ha aperto al racconto di un preciso momento di vita.

Rosa Maria è progressivamente diventata sempre più insofferente nei confronti di pratiche invasive. Di fatto rifiuta spesso di aderire a indicazioni che percepisce troppo “forti”. Emerge come spesso sia mancata una qualche negoziazione tra i professionisti sanitari e Rosa Maria rispetto alle possibilità diagnostiche e terapeutiche più appropriate, concretamente percorribili per lei. Lei si blocca, rifiuta e poi riparte alla ricerca di un'altra soluzione, fino a quando, rilevando un nuovo ostacolo, cambia nuovamente itinerario ritrovandosi in un altro “punto” del sistema sanitario.

I problemi gastro-intestinali, per esempio, non erano mai stati indagati fino in fondo. In passato aveva interrotto una colonscopia per svenimento durante una visita e non ha più voluto sottoporsi a nessun altro esame. Intanto però continua a lamentare forti disagi e a richiedere aiuto. «Mentre stavo per svenire [durante la colonscopia] ho sentito che stavo morendo. Ero lì sul lettino, lucida, ma non potevo parlare. Ho pensato ai miei figli. Loro non hanno nient'altro che me. È facile morire, sai? E loro, come farebbero?»

La stanchezza, la debolezza agli arti è stata correlata in più occasioni all'ernia lombare. «Dovrei operarmi, mi hanno detto. Ma io sento che non ce la faccio. E se poi non riesco più ad alzarmi? A camminare? Non sono riusciti a dirmi quanto tempo devo aspettare [decorso post-operatorio]. È la mia colonna [vertebrale] che sorregge la famiglia. Ora lavoro con una nonnina [assistenza anziani] che devo sollevare, lavare. Sento che non ce la faccio. Ma mi permette di guadagnare 600 euro al mese con cui viviamo. Allora mi hanno detto di fare esercizio. Ma con il petto così operato, non mi prendono nelle palestre normali; dicono di andare da un riabilitatore, che costa troppo, per me».

Ogni volta il discorso volge al tema dell'intervento ai seni. Se da un lato è costantemente in cerca di aiuto, dall'altro Rosa Maria prova a evitare in ogni modo che qualcuno veda il suo corpo, ciò vale anche per gli operatori sanitari. Le stesse indagini cardiologiche realizzate per escludere manifestazioni patologiche connesse al Chagas, sono state vissute da Rosa Maria in modo molto problematico. Provava vergogna mentre si spogliava davanti al cardiologo; ha tolto gli abiti lentamente, come se avessero il peso di un macigno. Si è distesa. Il suo corpo mi è apparso realmente trasfigurato. Prima ancora che il medico appoggiasse l'eco-cardiografo, ho visto scendere delle lacrime. Ho avuto poi modo di capire che ogni visita medica venga vissuta da Rosa Maria come una violazione, come l'infrazione di una barriera labile di pudore, di protezione. Le lacrime hanno preso a scorrere prima e non si sono fermate poi, perché le cicatrici erano così doloranti che Rosa Maria sussultava a ogni movimento del medico.

«Non ti preoccupare per me», mi ripete ogni volta che ci troviamo di fronte a del materiale doloroso. «Fa male ma sono felice perché adesso credo di aver trovato la causa». Rosa Maria si riferisce al Chagas. È con-

vinta di aver finalmente trovato il bandolo della matassa. In realtà nel suo racconto, in un turbinio di sintomi e sensazioni, il Chagas si dissolve immediatamente in mezzo a tutta una serie di manifestazioni patologiche; manifestazioni che – come già emerso – allo sguardo medico appaiono sconnesse.

Sgretolarsi. Il corpo come misura del mondo

Provo a tornare numerose volte, con Rosa Maria, su alcune immagini che riaffiorano prepotentemente nei suoi racconti; immagini vincolate a un corpo che si sgretola e che alimentano un senso onnipervasivo di vulnerabilità. Rosa Maria ha due figli. Il maggiore, nato in Argentina, ha 25 anni e sta per sposarsi. Il matrimonio si festeggerà in Sicilia; Rosa Maria dovrà affrontare il viaggio, in agosto, in un mese caldo, che «toglie le forze». «La mia presenza di madre sarà una cosa valida per lui quel giorno, perché sono l'unico genitore. Io lo devo rappresentare». Rosa Maria si riferisce a una rappresentazione storica, identitaria. È lei ad avere memoria e a poter dare testimonianza della storia familiare. «Devo essere all'altezza e ho paura. Non mi è rimasto più niente da offrire a questo figlio; né a lui né a quello minore che ha 19 anni e quest'anno vuole iscriversi all'Università. [...] Ho paura perché mi può succedere qualsiasi cosa. Ho paura di andare in mezzo a tante persone che non conosco; in mezzo a delle strade che non ho mai visto. Ho paura di fare le scale, di cadere, che mi si rompano le gambe. O di non farcela per il dolore». Il dolore di Rosa Maria, al pari dei suoi timori, inficia la possibilità di lavorare, di scegliere, di autodeterminarsi; impedisce le azioni e monopolizza i pensieri (LE BRETON D. 2007). Nel suo racconto i puntelli, le forze su cui fonda la sua *presenza* (DE MARTINO E. 1948) evocano delle risorse – sovrapponendo diversi piani – che sono corporee, emotive, affettive, materiali.

Dopo un lavoro di ricostruzione biografica durato oltre un anno, solo di recente Rosa Maria lascia emergere un evento che ha turbato la sua vita non troppo tempo addietro; un evento che ha deturpato la sua esistenza e che lei nasconde nell'intimità al pari del suo corpo trasfigurato.

Era il maggio del 2012. Rosa Maria lavorava come assistente per una signora anziana che abitava in un altro comune, a 25 km da casa sua. Per quanto fosse faticoso, era contenta di riuscire ad accumulare un numero consistente di ore di lavoro che le consentiva, mensilmente, di occuparsi dei suoi figli. «Il piccolo sta crescendo; vuol fare la patente ... sai, ha tutti quei bisogni che hanno i ragazzi della sua età. Ha sofferto molto nella sua vita e per me è importante far sì che non si senta troppo diverso dagli altri».

Rosa Maria come ogni sera prese la macchina, nel cui acquisto aveva investito parte dei suoi risparmi proprio per essere autonoma negli spostamenti lavorativi. E da Crevalcore, dove abita, raggiunse Finale Emilia. La serata trascorse serena. Come ogni notte, mise a letto la “nonnina” e si addormentò anche lei, sulla poltrona accanto alla signora. Ricorda di essersi svegliata di soprassalto, per un boato, «un urlo che sembrava arrivare dalle viscere della terra. Il terremoto». La casa venne giù, a pezzi. Lei si trovò paralizzata; vinta dallo spavento e dalla sensazione di non sapere come accudire la nonna. Mentre la casa si sgretolava, Rosa Maria ebbe l'impressione di andare in frantumi, nel corpo, nel cuore. Improvvisamente comprese «tutta insieme» la sua profonda vulnerabilità. Si sentì «piccina, con le sue gambine», in uno smarrimento simile a quello percepito alla morte di suo padre, e poi di suo marito. Era distante da casa, dai suoi figli; quei i figli a cui lei sola aveva la responsabilità di badare. Il terremoto distrusse completamente sia la casa della signora sia la casa di Rosa Maria, lasciando bloccata nel cortile dell'abitazione dove lavorava anche la macchina che non è stato possibile recuperare per mesi. «Quella notte fu lunghissima, non la dimenticherò mai».

«Mentre la nonnina veniva accompagnata in una residenza per anziani, Rosa Maria e suo figlio minore vennero sistemati in una tendopoli. Non essendoci più una donna da badare, Rosa Maria restò contemporaneamente senza casa e senza lavoro. Tutta la mia vita – la nostra vita – è andata in frantumi in un attimo. Pensa che negli anni passati, mentre il mio ex-marito sperperava tutti i nostri soldi di notte, al bar, io ho faticato per anni solo per pagare il mutuo e avere una casa per me e i miei figli. Ero riuscita da poco a comprare una cucina nuova. Avevo scelto i mobili con cura, mese per mese, anno per anno, mettendo da parte ogni moneta per poter avere una vita dignitosa. Avevo fatto la panettiera, la parrucchiera, la badante, la venditrice di prodotti porta a porta; non mi ero mai arresa. Ma non è valso a nulla. In una notte ho perso tutto».

«Ero da un mese nella tenda, con un caldo infernale quando è arrivata la psicologa. Ero arrabbiata e preoccupata. Tu sai che io ho un sistema immunitario molto debole, e vivere lì con tutta quella gente e quella sporcizia mi faceva andare fuori di testa, mi potevano attaccare qualsiasi cosa. La psicologa mi ha detto: Mi dispiace ... succede questo, succede quello ... e mi dà una pastiglia. Ma cosa vuoi che mi soluzioni questa pasticca? Me lo dici te, io che cosa ci faccio con la pasticca? Con il mio corpicino, avevo paura di prendermi quelle cose inutili, che tanto poi finisce l'effetto e il cervello torna allo stesso punto di prima!».

«In quanto terremotata, dopo circa un mese e mezzo mi hanno dato la precedenza per accedere a un lavoro di tre settimane, al mare, come accompagnatrice di una signora che doveva fare la dialisi. È stato il lavoro più difficile della mia vita. Lasciare di nuovo i miei figli soli di notte. E poi la signora in ospedale, che non poteva mangiare niente, che piangeva ... non riuscivo a sopportare tutta quella sofferenza. Lì ho capito che il mio corpo si era rotto definitivamente».

Questo è accaduto l'estate scorsa. Con gli ultimi risparmi Rosa Maria è riuscita ad affittare un appartamento dove però non ci sono i mobili. Era così fiera della sua cucina che insieme a tutte le altre cose è rimasta – probabilmente intatta – nella casa, ma è irrecuperabile, così come tutti gli altri mobili. In alcuni momenti ha pensato di provare a entrare tra le macerie, di notte, per cercare di recuperare qualcosa ma sente che è troppo pericoloso. «Cuciniamo ancora con un fornellino da campeggio. So che ci sono dei posti dove ti aiutano; dove si possono recuperare delle cose usate». Ma Rosa Maria non vuole. Rifiuta l'idea di doversi «mortificare. Io sono una persona per bene, che ha sempre vissuto per bene. Aspetterò fino a quando potrò avere una cucina per bene». Avverte il fardello di un senso di dignità che non le permette di accettare quanto la quotidianità sia cambiata.

«Ho bisogno di parlare con qualcuno, perché io, veramente, non sto bene. E faccio uno sforzo enorme in casa per non farlo vedere a mio figlio. Questo mi fa soffrire tanto. Ogni mattina mi alzo e lotto. Contro una forza che mi costringe sempre a dormire. E dormo, e dormo, e dormo. Se riesco a lavare i piatti, poi non riesco a stendere i panni. E dormo. Non è da me di dormire tanto, capisci? Tutti mi dicono subito che sono un po' esaurita, che sono da manicomio. Ma invece sono le mie braccine ... le mie ossicine ... la mia pancina. Tu che cosa pensi?».

Il senso terapeutico della narrazione

La narrazione è qui interpretata come uno strumento umano essenziale per dare significato all'esperienza; come una pratica inter-soggettiva *intenzionale* (FABIETTI U. 2001) che coinvolge – nella parola come nell'ascolto – due interlocutori in un processo di mediazione tra il proprio mondo interiore e l'universo collettivo in cui il racconto biografico viene prodotto (MATTINGLY C. - GARRO L. 2000). Il significato che si attribuisce a una trama riflette le attese e i pensieri che sorgono dalla partecipazione a un determinato mondo sociale e morale. Una configurazione di questo tipo presuppone un processo di costruzione della *soggettività* (FASSIN D. *et al.* 2008) che fa della narrazione un atto politico perché permette, attraverso una nuova ricerca di senso, di ricollocare la propria micro-storia all'interno della macro-storia nella cui cornice le logiche di mercato, le norme istituzionali, gli eventi politici, i canoni estetici definiscono il rapporto tra corpo e soggettività (BIEHL J. *et al.* 2009).

L'antropologia problematizza in maniera peculiare le narrazioni prodotte nel corso di un'esperienza di sofferenza, rappresentando degli espedienti utilizzati dagli individui per tentare di ricostruire il mondo che quella sofferenza ha frantumato. Tali rituali vengono messi in atto proprio attraverso la riformulazione della propria storia.

La malattia rappresenta una di quelle circostanze di sofferenza in cui l'esercizio narrativo si rivela essere particolarmente produttivo in quanto riesce a contribuire alla guarigione, a sua volta configurata nei termini di quella che LÉVI-STRAUSS (1996) definisce «efficacia simbolica» che «rende accettabile alla mente dolori che il corpo si rifiuta di tollerare». L'efficacia sta nel fornire strumenti che permettono di esprimere certe percezioni attraverso una riorganizzazione del proprio vissuto, specie ove le cause eziologiche attribuite dalla biomedicina si rivelano insufficienti, richiedendo una ricerca consapevole con cui manipolare e legittimare significati e simboli proprio nel contesto in cui le concrete azioni rituali si verificano (PIZZA G. 2005: 211).

«Uno degli obiettivi centrali», suggerisce GOOD (1999: 197), «è simbolizzare la fonte della sofferenza, trovare un'“immagine” intorno a cui possa prendere forma una narrazione». Ciò permette di elaborare strategie per dare al dolore un nome; di cercarne le cause; di comprenderne i significati; quando mancano, di inventarne di nuovi. È la capacità descrittiva del linguaggio a essere quindi riabilitata, mentre si costruisce – attraverso il racconto – una trama spazio-temporale ordinata in cui risistemare i singoli eventi biografici. In tal senso, il resoconto di Rosa Maria permette di rilevare come dietro a un dato somatico; dietro alla descrizione di un sintomo, ci sia del materiale sociale – sotto forma di metafore – che può essere indagato in chiave ermeneutica con lo scopo di comprendere la relazione di reciprocità che lega soggetto e mondo (GOOD B. - DEL VECCHIO GOOD M. 1981).

QUARANTA (1999, 2012) enfatizza come se da un lato la malattia rappresenta una circostanza critica che mina i significati personali e collettivi, dall'altro sia proprio durante la malattia che è possibile produrre dei dispositivi narrativi attraverso cui formulare quel *sapere della crisi* necessario alla rielaborazione della propria sofferenza e alla ricomposizione di quel mondo-della-vita che il dolore ha frantumato. Offrendo dunque la possibilità di riposizionarsi come soggetti (WILLIAMS G. 1984), di elaborare saperi nuovi e promuovere nuove pratiche, la narrazione assume efficacia terapeutica.

Ciò è tanto più rilevante quanto più il soggetto che soffre, al pari di Rosa Maria, non riesce a trovare delle modalità per rendere manifeste le sue circostanze di vita. In tal senso, così come SCARRY (1990:23) evidenzia, «l'unico segno esteriore dell'esperienza interiore del dolore è il resoconto orale del paziente: ignorarne la voce significa ignorare l'evento corporeo, ignorare il paziente, la persona che soffre [...] la voce umana non solo merita fiducia ma è capace di rivelare con precisione gli aspetti più refrattari della realtà materiale».

Ricostruire. Il Chagas al di là del Chagas

«Quando mi scende la pressione, mi batte il cuore in testa. È come un filo elettrico che mi corre nella fronte. Mi sento in disordine totale, è tutto fuori posto. Quando si abbassa la pressione mi viene freddo, anche quando fa caldo. C'è qualcosa che non funziona nel mio corpo. È il Chagas? Vorrei saperlo. Questa è una malattia che mi sta mangiando piano piano. Che cos'è che possiamo fare».

Per Rosa Maria il Chagas ha avuto una duplice funzione, nel senso che da una parte è stato assunto come oggetto – da conoscere, analizzare, interpretare – con lo scopo di capire le possibili ripercussioni nella sua vita; dall'altra è diventato un terreno negoziale a partire dal quale esplicitare una più ampia serie di percezioni e bisogni. GOOD (1999) ha ampiamente enfatizzato come il riuscire a dare un nome alla propria afflizione, classificandola all'interno di una categoria diagnostica, permetta al paziente di intravedere un possibile percorso di guarigione.

QUARANTA (2012) rileva come la malattia, in quanto crisi del corpo, rappresenti una crisi del processo implicito di produzione di significati. È frequente infatti che chi è malato, sollecitato sulla propria condizione, non abbia – inizialmente – significati da condividere e rimanga in silenzio. In tal senso, un approccio narrativo può rivelarsi efficace nel promuovere una ricerca congiunta – tra terapeuta/etnografo e paziente – di significati nuovi che contemplino insieme il decorso organico della patologia; l'impatto nella vita del malato e della sua rete socio-familiare; i 'desiderata' inerenti le modalità con cui affrontare il percorso di cura. Di fatto un approccio di questo tipo contribuisce a facilitare il paziente nell'esplorazione della propria condizione e nella ricostruzione di nuove prospettive esistenziali, riconoscendo un *diritto al significato*; ai propri, rinnovati significati. Ciò permette di ripensare l'efficacia terapeutica come una nuova modalità, di sensi e di pratiche, per stare al mondo.

Questa configurazione consente di riformulare il concetto stesso di *cura* che – quando non imbrigliato in una lettura che lo riduce al solo trattamento psichico e fisico della patologia intesa in chiave meramente organica – ci permette di accogliere la sollecitazione di PIZZA (2005: 236) secondo il quale, da un punto di vista antropologico «ogni gesto, fosse anche una parola, o uno sguardo, o un sorriso rivolto alla persona sofferente, o un pensiero, un atto di volontà [...] può avere un'efficacia di cura sullo stato di dolore e di sofferenza: il paziente non è mai "incurabile", è più semplicemente "lasciato solo", e ciò non è segno di un' "incurabilità" ma di un' "incuria"».

Gli incontri con Rosa Maria e i confronti sul Chagas in quanto categoria patologica hanno richiesto un'attenzione costante alla rassicurazione, cercando di mediare tra la necessità di realizzare delle indagini diagnostiche e le modalità che Rosa Maria avrebbe accettato. Non sono state effettuate, per esempio, gastro o colonscopia, trovando delle soluzioni meno invasive. Fortunatamente l'infezione non aveva manifestazioni cliniche gravi, in modo da poter escludere la necessità immediata di intervenire chirurgicamente a livello dell'intestino. Neanche da un punto di vista cardiologico erano presenti segni rilevanti.

Rosa Maria manifestava, a ogni visita andata a buon fine, delle reazioni ambivalenti; se da un lato era alleggerita dall'idea di star bene, dall'altro appariva delusa in quanto era esplicitamente alla ricerca di un segno tangibile della sua condizione. Abbiamo discusso a lungo dei bisogni di salute da lei percepiti che chiaramente non erano tutti vincolati all'infezione: la stanchezza; il dolore; l'idea di "meritare" un lavoro più consona al suo corpo malato, continuando lei a fare da badante a una signora che faticava a sollevare, spostare, gestire.

Dal racconto di Rosa Maria è emerso anche il desiderio di provare a richiedere un'invalidità civile all'Istituto nazionale di previdenza sociale (INPS), cosa che il suo medico di base non aveva mai considerato, ritenendo che l'intervento ai seni non avesse inficiato la sua autonomia, e che la donna potesse piuttosto richiedere un'esenzione per indigenza. Inoltre ogni volta che lei provava a formulare questa richiesta, lui rispondeva che piuttosto avrebbe potuto aiutarla per ottenere un sostegno psicologico. Questo tipo d'impostazione alimentava un rifiuto netto da parte di Rosa Maria, che non era alla ricerca di uno stratagemma per evitare di pagare le prestazioni, oltre al fatto di amplificare in lei la sensazione di subire la negazione di un diritto, connessa alla mancata legittimazione del suo malessere fisico. Con il gruppo di ricerca si è così ipotizzato di mediare con il medico di base e di valutare la possibilità di richiedere un'esenzione per patologia, essendo il Chagas una malattia cronica. Questo processo ha richiesto un monitoraggio costante di tutti i referti specialistici che venivano emessi, nell'ambito dello studio, sulla malattia di Rosa Maria, emergendo di frequente come questi fossero redatti senza pensare alle interpretazioni o agli utilizzi che ne potevano derivare. Nel nostro caso, per esempio, in cartella clinica era esplicitato che la paziente si rifiutava di eseguire approfondimenti diagnostici (una gastroscopia). Uno sguardo attento al bisogno di vedersi riconoscere l'invalidità ha colto che un referto di quel tipo avrebbe potuto complicare l'iter burocratico, andando a evocare un quadro diagnostico non completo oltre a una sorta di re-

sponsabilità negativa della paziente nel percorso di cura. Il referto è stato quindi modificato dopo aver promosso una riflessione interna al gruppo di ricerca sulla rilevanza di certe pratiche, apparentemente semplici, che possono avere invece un peso enorme. Rosa Maria, infatti, sollevava l'argomento dell'invalidità ogni volta con grandissima enfasi, percepita da noi come una modalità di rivendicazione; una sorta di risarcimento "spirituale" per tutto quello che aveva sofferto, iniziando a piangere, a singhiozzare ogni volta che veniva fuori il discorso. In effetti si è riflettuto sul fatto che la dichiarazione dell'INPS potesse avere un risvolto pratico, tangibile oltre che simbolico, anche solo dandole una testimonianza scritta della necessità di negoziare, nel suo lavoro come assistente, dei momenti di riposo. Le maggiori preoccupazioni di Rosa Maria riguardavano per l'appunto il fatto di non essere creduta quando affermava di sentirsi stremata e di doversi fermare per un attimo, temendo di essere licenziata e di mettere a rischio, di conseguenza, anche il suo permesso di soggiorno. Secondo BENEDEUCE (2006: 39-40), «abbiamo una differenza di sapere tra il soggetto dell'esperienza (un'esperienza invisibile) e il soggetto supposto-sapere, che non riesce a vedere, trovare la lesione e tanto meno ascoltare quell'esperienza. [...]. Quello che riuscirà a guadagnare sarà al più una diagnosi ambigua dove psico-somatico, funzionale, immaginario, sembrano termini quasi sovrapponibili. [...] E se l'oggettività gioca un ruolo decisivo (esami, visite ecc.), ebbene questa finisce per ritorcersi contro (non c'è niente). Ma l'immigrato [...] è il suo dolore [...]. La sua sofferenza si ribella alla diagnosi che la clinica vorrebbe attribuirgli: quel dolore, quell'esperienza, ricevono un senso inadeguato, la sua condizione rischia di rimanere inascoltata, senza alcun 'trattamento' [...]. Rivendicatore, nevrotico, frustrato, simulatore, paranoico, imbroglione: quante volte queste espressioni risuonano contro i migranti che vogliono far riconoscere il loro dolore, contro comportamenti che sono descritti e interpretati senza alcuna dettagliata considerazione per il contesto sociale in cui si sono sviluppati. [...] Se l'*homo medicus* prende corpo in luogo di quello *oeconomicus*, è allora perché questo è l'unico spazio che rimane spesso all'immigrato per ottenere un riconoscimento».

Nguyen utilizza il concetto di *cittadinanza terapeutica* per riferire proprio questo tipo di interazione con i servizi sanitari, un'interazione simbolica da parte di soggetti che, all'interno di scenari politici in cui lo Stato garantisce solo un accesso parziale al diritto, si ritrovano a percorrere l'unica via possibile, che pare essere vincola esclusivamente a una mediazione della condizione biologica. «Pertanto la cittadinanza terapeutica è funzione del modo in cui gli afflitti plasmano se stessi come soggetti (bio)politici nella

ricerca terapeutica» (NGUYEN 2006: 85) e contemporaneamente è indice della progressiva erosione di molti spazi della vita civile (FASSIN D. 2006). Il corpo pare essere simultaneamente oggetto di sapere e strumento di intervento.

Per l'appunto, dopo un processo durato diversi mesi, Rosa Maria ha ricevuto sia l'esenzione per patologia cronica sia un'invalidità del 50%. Ciò non prevede forme di sostegno economico ma la possibilità di accesso ad alcune terapie riabilitative gratuite; l'iscrizione a una categoria "protetta" che riceve alcune facilitazioni nella ricerca di un lavoro appropriato alle proprie condizioni fisiche; l'accesso ad attività formative e soprattutto, cosa essenziale per Rosa Maria, una testimonianza tangibile del suo stato di salute che le permette una differente negoziazione del suo ruolo nel mondo.

Oggi Rosa Maria ha ripreso a lavorare come badante. Il lavoro le sembra meno faticoso e il dolore più sopportabile anche perché, quando è stanca, è ora legittimata a chiedere un momento di riposo. Comincia inoltre «ad arrivare qualche soldino» legato al terremoto.

Grazie alla certificazione di disabilità, ha avuto accesso a un corso gratuito di informatica di cui è molto soddisfatta, perché sta imparando qualcosa di nuovo che le lascia sperare che «prima o poi potrà cambiare vita».

Ora che è tutto un po' più chiaro, Rosa Maria ha deciso di provare a condividere parte della "storia" con i due figli, raccontando alcuni eventi del passato che non era mai riuscita a tirare fuori, e a raccontarsi, in quanto madre e donna che – nonostante le sue "imperfezioni" – non si arrende all'idea di una vita migliore. Anche in questo caso la ricostruzione è partita dal Chagas, quando Rosa Maria ha trovato il coraggio di parlarne con i figli e chiedere loro di fare il test.

Il figlio minore, a scuola, ha scritto una tesina sulla famiglia, raccontando le sue fatiche nel rapportarsi a un mondo che spesso percepisce come un "mucchio", rispetto al quale si sente diverso. Ma ha anche scritto che non ha paura di quella diversità e che ha voglia di impegnarsi per diventare una persona "per bene", così come gli ha «insegnato la mamma».

Alla luce di questi molteplici riconoscimenti che la fanno sentire lucida, attendibile, protetta, *presente*, Rosa Maria ha accettato anche di intraprendere un percorso di sostegno psicologico.

Dalla storia allo spazio sociale. Una questione politica

La storia di Rosa Maria è testimonianza della necessità di intendere la salute come la possibilità di accedere alle risorse che garantiscono la qualità della vita; deve pertanto essere riconfigurata nel suo rapporto con la giustizia sociale (PIZZA G. 2012).

La sua storia permette inoltre di cogliere come – attraverso la capacità di avvicinarsi il più possibile all’esperienza del soggetto – l’etnografia possa fornire alla Sanità Pubblica *materiale* prezioso che contribuisca a far luce su questioni che sarebbero altrimenti non accessibili allo sguardo dell’epidemiologia classica.

Il lavoro quotidiano all’interno del Centro studi e ricerche in salute internazionale e interculturale (Csi) tenta in tal senso di promuovere un’alleanza disciplinare tra medicina e antropologia medica.

Utilizzando i paradigmi della Salute Globale (QUARANTA I. 2013)⁽⁸⁾ e della Medicina Sociale / Salute Collettiva di matrice latinoamericana (IRIART C. *et. al* 2002; BREILH J. 2008), attraverso attività di ricerca-formazione-intervento, si tenta di restituire centralità al soggetto, alle sue percezioni, alle sue necessità.

Consentire agli individui, in particolar modo a quelli più vulnerabili, di *partecipare* alle decisioni relative al miglioramento delle proprie condizioni di vita, promuove visioni più eque; pratiche più efficaci; interventi più adeguati ai contesti in cui si realizzano; servizi più aperti e integrati; in ultima analisi, soggetti più “sani”.

Al cuore di questa cornice si posiziona l’impegno scientifico e politico di difendere il diritto alla salute e all’assistenza sanitaria attraverso la promozione di tutti i diritti umani connessi.

In tal senso muove la sperimentazione di approcci socio-sanitari innovativi, che vogliano essere capaci di superare i confini disciplinari e di colmare quel divario profondo, ancora esistente, tra i servizi sanitari e le comunità; tra le istituzioni e il mondo sociale che gli individui abitano.

Ringrazio

Chiara Di GIROLAMO per i costanti confronti, in ogni fase della ricerca, oltre che per l’accurata revisione di questo contributo.

Note

⁽¹⁾ Il Centro studi e ricerche in salute internazionale e interculturale (Csi) nasce nell’Università di Bologna come spazio di elaborazione e trasformazione sociale. Dal 2006 svolge molteplici attività nel campo della ricerca-formazione-intervento in salute. A tale scopo utilizza un approccio trans-disciplinare e multi-metodologico, avvalendosi del contributo sia delle scienze sociali e umane sia di quelle naturali e biomediche, con un rapporto privilegiato con l’antropologia medica. Dal mio punto di vista il Csi è una meravigliosa quanto faticosa “sperimentazione”. Meravigliosa per i peculiari sguardi sul mondo; i sensi, i significati e le pratiche costruiti in maniera collettiva. Faticosa per l’esercizio costante del confronto, oltre che per la quotidiana, laboriosa ricerca di

sostenibilità dentro e fuori all'Accademia. La modalità di lavoro trasversale dei singoli ricercatori sulle diverse attività del gruppo ha fatto sì che tutti contribuissero e “contaminassero” in qualche modo l'indagine a cui si fa riferimento in questo scritto. Tuttavia, nello specifico, i dati sono stati raccolti, selezionati, riflettuti insieme a Chiara Di Girolamo, Brigida Marta, parzialmente con Marianna Parisotto, medici specializzandi in Igiene e medicina preventiva presso l'Università di Bologna e a Francesca Cacciato, dottoranda di ricerca in Psicologia, antropologia e scienze cognitive presso l'Università di Genova. Alla interpretazione dei dati ha contribuito in modo prezioso anche la collega antropologa Brunella Tortoreto. Maggiori informazioni sul Centro alla pagina: <http://www.csiunibo.org/>.

⁽²⁾ Sulle storie di vita e sulla metodologia (auto)biografica segnalo il bel volume (a cura di Zelda A. FRANCESCHI), dedicato a questo tema, di “Antropologia” (Ledizioni, Milano) diretta da Ugo Fabietti, anno XI, n. 14, 2012.

⁽³⁾ Per garantire l'anonimato la mia interlocutrice ha scelto un nuovo nome, per lei significativo.

⁽⁴⁾ Il progetto “*La malattia di Chagas in un paese non endemico: il contesto bolognese. Screening sierologico e analisi multidisciplinare della malattia e del fenomeno migratorio*” (settembre 2010 - luglio 2013) è stato realizzato in collaborazione tra l'Azienda ospedaliera universitaria Sant'Orsola - Malpighi e il Centro di salute internazionale. Tale progetto ha rappresentato terreno parziale della mia indagine di campo.

⁽⁵⁾ Faccio riferimento alle mie precedenti esperienze di ricerca realizzate in alcune aree rurali della regione del Chaco argentino e a Buenos Aires.

⁽⁶⁾ I latinoamericani rappresentano circa il 10% della popolazione immigrata sia in Emilia Romagna che in Italia (ISTAT 2010).

⁽⁷⁾ BROWN Peter, *The 21st century resurrection of disease eradication. Can anthropology provide constructive criticism?*, intervento orale nella Conferenza internazionale “Encounters and Engagements: creating new agendas for Medical Anthropology” (Tarragona 14 giugno 2013).

⁽⁸⁾ QUARANTA Ivo, *Antropologia medica e politiche di salute globale*, intervento orale nel 1° Convegno nazionale della Società italiana di antropologia medica (SIAM) (Roma 21-23 febbraio 2013).

Bibliografia

□ Libri

- AGAMBEN G. (2005), *Homo Sacer. Il potere sovrano e la nuda vita*, Einaudi, Torino.
- BREILH Jaime (2003), *Epidemiologia critica: Ciencia emancipadora e interculturalidad*, Lugar Editorial, Buenos Aires.
- BRIGGS Charles L., MANTINI-BRIGGS Clara (2003), *Stories in the Time of Cholera*, University of California Press, Berkeley.
- DE MARTINO E. (1948), *Il mondo magico: prolegomeni a una storia del magismo*, Einaudi, Torino.
- FABIETTI Ugo (2001), *Antropologia culturale: l'esperienza e l'interpretazione*, Laterza, Roma.
- FARMER Paul (1999), *Infections and Inequalities. The modern Plagues*, University of California Press, Berkeley.
- FOUCAULT Michel (1998 [1976]), *The History of Sexuality Vol.1: The Will to Knowledge*, Penguin, London.
- FOUCAULT Michel (2003), *Lecture 11*, 17 March 1976, pp. 239-264 in *Society Must Be Defended: Lectures at the College de France*, Picador Press, Paris.
- GOOD Byron (1999), *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Einaudi, Torino.
- LE BRETON David (2007), *Antropologia del dolore*, Meltemi, Roma.

- LÉVI-STRAUSS Claude [1949] (1996), *L'efficacia simbolica*, pp. 210-229 in *Antropologia strutturale*, il Saggiatore, Milano.
- MATTINGLY Cheryl, GARRO Linda (2000), *Narrative and the cultural construction of illness and healing*, University of California Press, Berkeley.
- PIZZA Giovanni (2005), *Antropologia medica. Saperi pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma.
- ROSE Nicolas (2006), *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-first Century*. Princeton University Press, Princeton, NJ.
- SCARRY Elaine (1990), *La sofferenza del corpo. La distruzione e la costruzione del mondo*, Il Mulino, Bologna.

□ Opere collettive

- AA.VV. (2011), *Special Issue on Chagas Disease*, Eurosurveillance, Volume 16, Issue 37, 15 September 2011.
- AA.VV. (2009), *Dossier statistico Immigrazione Caritas-Migrantes*, 19° Rapporto.
- AA.VV. (2012), *Dossier statistico Immigrazione Caritas-Migrantes*, 22° Rapporto.
- PIZZA Giovanni (2012), *Antropologia medica e diritto alla salute. Dinamiche politiche e disuguaglianze socioeconomiche*, pp. 8-9, Atti del Workshop "Medicina e Dintorni. Antropologia, Etica, Storia, Filosofia e Comunicazione", Bologna 11-12 Maggio 2012.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2010a) *Chagas disease (American trypanosomiasis)*, Fact sheet N°340, Geneva.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2010b) *Control and prevention of Chagas disease in Europe*. Report of a WHO Informal Consultation (jointly organized by WHO headquarters and the WHO Regional Office for Europe), Geneva.

□ Contributi individuali entro opere collettive o entro collettanee di lavori del medesimo autore

- BRICEÑO-LEÓN Roberto (1993) *Social Aspects of Chagas Disease. Knowledge, Power and Practice*, pp. 287-300, in LINDENBAUM Shirley, LOCK Margareth (curatori) *Knowledge, Power and Practice: The Anthropology of Medicine and Every-Day Life*, University of California Press, Berkeley.
- BROWN Peter J., ARMELAGOS George J., MAES Kenneth (2011) *Humans in a world of microbes: the anthropology of infectious disease*, pp. 253-272, in SINGER Merill, ERICKSON Pamela (curatori), *A companion to medical anthropology*, Blackwell Publishing, UK.
- FASSIN Didier (2006), *Un ethos compassionevole. La sofferenza come linguaggio, l'ascolto come politica*, pp. 93-111, in Quaranta I. (2006b) (a cura) *Annuario di Antropologia: Sofferenza sociale*, vol. 8, Meltemi, Roma.
- FASSIN Didier (2010) *Antropologia e salute pubblica. Comprendere l'inintelligibilità dell'Aids in Sud Africa*, pp. 105-125, in PELLECCIA Umberto, ZANOTELLI Francesco (curatori), *La cura e il potere. Salute globale, saperi antropologici, azioni di cooperazione sanitaria transnazionale*, Ed.it, Firenze.
- GARRO Linda (1992) *Chronic Illness and the Construction of Narratives. In Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective*, pp. 100-137 in DEL VECCHIO GOOD Mary Jane, BRODWIN Paul, GOOD Byron, KLEINMAN Arthur (editori), *Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective*, University of California Press, Berkeley.
- GOOD Byron, DEL VECCHIO-GOOD Mary Jane (1981), *The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice*, in Eisenberg L., Kleinman A. (1981) (curatori), pp. 165-196, *The relevance of social science for medicine*, D. Reidel, Dordrecht.
- MUGNAINI Fabio (2010), *Corpi migranti: un dialogo tra istituzioni, associazionismo e antropologi sul diritto alla salute e sulle esperienze di cura in contesti di migrazione*, pp. 215-239, in PELLECCIA Umberto, ZANOTELLI Francesco (curatori), *La cura e il potere. Salute globale, saperi antropologici, azioni di cooperazione sanitaria transnazionale*, Ed.it, Firenze.

- NGUYEN Vin Kim (2006), *Attivismo, farmaci antiretrovirali e riplasmazione del sé come forma di cittadinanza biopolitica*, pp. 71-92, in Quaranta I. (2006) (a cura) *Annuario di Antropologia: Sofferenza sociale*, vol. 8, Meltemi, Roma.
- PANDOLFI M. (2005), *Sovranità mobile e derive umanitarie: emergenza, urgenza, ingerenza*, pp. 151-185, in MALIGHETTI R. (curatore), *Oltre lo sviluppo. Le prospettive dell'antropologia*, Meltemi, Roma, 2005.
- RABINOW P. (1992) *Artificiality and enlightenment: from sociobiology to biosociality*, pp. 234-252, in Crary J., KWINTER S. (editori) *Zone 6: Incorporations*, Zone Books, New York.
- ROSE Nicolas, NOVAS Carlos (2005), *Biological citizenship*, pp. 439-463, in ONG Aihwa, COLLIER Stephen (editori), *Global Assemblages. Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*, Blackwell, Oxford.

□ Articoli in periodici

- BENEDEUCE Roberto (2006), *Dolore. Per un'etnografia del confine*, in In-Oltre, 9. *Democrazia* (2006), Jaca Book.
- BIEHL João, MORAN-THOMAS Amy (2009), *Symptom: Subjectivities, Social Ills, Technologies*, pp. 267-288, "Annual Review of Anthropology", vol. 38.
- BREILH Jaime (2008), *Latin American critical ('Social') epidemiology: new settings for an old dream*, pp. 745-750, "International Journal of Epidemiology", 2008, 37.
- BRICEÑO-LEÓN Roberto, MÉNDEZ GALVÁN Jorge (2007) *The social determinants of Chagas disease and the transformations of Latin America*, "Memorias do instituto Oswaldo Cruz", 102 (supl. 1): 109-112, Rio de Janeiro, Ottobre 2007.
- CASTAÑEDA Heide (2009), *Illegality as Risk Factor: A Survey of Unauthorized Migrant Patients in a Berlin Clinic*, "Social Science & Medicine" 68(8): 1552-1560.
- CIANNAMEO Anna (2012) *Storie di vita, racconti di malattia e migrazione. I simboli, le ragioni, i sintomi del Mal de Chagas nella periferia di Buenos Aires*, pp. 147-179, in FRANCESCHI Zelda (curatrice) *Annuario di Antropologia Storie di vita/Autobiografie N.14*, Ledizioni, Milano.
- CIANNAMEO Anna, DI GIROLAMO Chiara (2012) *Corpo, società, politica: la malattia di Chagas a Buenos Aires. Un'indagine congiunta tra antropologia medica e salute pubblica*, pp. 275-287, "THULE. Rivista italiana di studi americanistici", 2012, XI.
- DI GIROLAMO Chiara, BODINI Chiara, MARTA Brigida L., CIANNAMEO Anna, CACCIATORE Francesca, (2011), *Chagas disease at the crossroad of international migration and public health policies: why a national screening might not be enough*, pp. Aa.Vv. "Special Issue on Chagas Disease", Eurosurveillance, Volume 16, Issue 37, 15 September 2011.
- FASSIN Didier (2000), *Entre politiques du vivant et politiques de la vie. Pour une anthropologie de la santé*, "Anthropologie et sociétés" 24,1.
- FASSIN Didier (2001), *The biopolitics of otherness: undocumented foreigners and racial discrimination in French public debate*, pp. 3-7, "Anthropology Today" 17(1).
- FASSIN Didier, LE MARCIS Frédéric, LETHATA Todd (2008), *Life & times of Magda A. Telling a story of violence in South Africa*, pp. 225-246, "Current Anthropology", vol. 49(2).
- IRIART Celia, WAITZKIN Howard, BREILH Jaime, ESTRADA Alfredo, MERHY Emerson (2002), *Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos*, pp. 128-136, "Revista Panamericana de Salud Pública" 2002; 12(2).
- MARTÍNEZ HERNÁNDEZ Angel (2007), *El nuevo mercado de las aflicciones. Fetichismos y artes de persuasión en el consumo de antidepresivos*, pp. 77-92, "Silenos", 1.
- OCHS Elinor, CAPPS Lisa (1996), *Narrating the self*, pp. 19-43, "Annual Review of Anthropology", 25.
- QUARANTA Ivo (1999), *Costruzione e negoziazione sociale di una sindrome: un'indagine antropologica sul contenzioso intorno alla CFS nel Regno Unito*, pp. 129-172, "AM-Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica", vol. 7/8.

- QUARANTA IVO (2012), *La trasformazione dell'esperienza. Antropologia e processi di cura*, *Antropologia e Teatro*, 3 (2012), pp. 1-31.
- RADLEY Alan, BILLING Michael (1996), *Accounts of health and illness: dilemmas and representations*, pp. 220-240, "Sociology of Health & Illness" vol. 18.
- STEFANINI Angelo (1997), *The hospital as an enterprise: management strategies*, pp. 278-283, "Tropical Medicine and International Health", volume 2 no. 3, march 1997.
- WILLEN Sarah S., MULLIGAN Jessica, CASTAÑEDA Heide (2011) *Take A Stand Commentary: How Can Medical Anthropologists Contribute to Contemporary Conversations on "Illegal" Im/migration and Health?* "Medical Anthropology Quarterly" 25(3): 331-356.
- WILLIAMS Gareth (1984), *The genesis of chronic illness: Narrative reconstruction*, in *Sociology of Health & Illness*, 6(2): 175-200.

Scheda sull'Autore

Anna Ciannameo si è laureata in Antropologia culturale ed etnologia all'Università degli studi di Bologna. A partire dal 2005 ha condotto ricerche sul terreno in Argentina con il gruppo aborigeno Wichí della regione del Chaco e in alcune aree periferiche della città di Buenos Aires, occupandosi di biografie ed esperienze soggettive di malattia e di migrazione. In particolare si è interrogata sulle connessioni tra disuguaglianze sociali, malattie "dimenticate" e processi rilevanti (cittadinanza, diritto, lavoro (in)formale, stigmatizzazione, emarginazione, discriminazione) che si configurano come determinanti storico-economici e socio-politici di salute. Attualmente è impegnata in un Dottorato di ricerca in co-tutela rispettivamente in "Science, technology and humanities" presso l'Università di Bologna e in "Antropologia" presso l'Università Rovira i Virgili di Tarragona con una tesi sulla costruzione biomedica e sociopolitica della Malattia di Chagas in contesti di immigrazione come l'Italia. I suoi principali ambiti di interesse sono l'antropologia medica, le metodologie di ricerca qualitativa in salute, la partecipazione in salute, le infezioni tropicali dimenticate, il rapporto tra l'elaborazione culturale della malattia e la gestione delle politiche sanitarie. È inoltre titolare di un assegno di ricerca presso il Centro studi e ricerche in salute internazionale e interculturale (Csi), centro nato nel 2006 nell'Università di Bologna, che svolge attività di ricerca-formazione-intervento in *salute globale*, integrando le prospettive teorico-metodologiche disciplinari della medicina, della salute pubblica, dell'antropologia medica, delle scienze sociali e politiche, del diritto.

Tra i suoi contributi:

- *Storie di vita, racconti di malattia e migrazione. I simboli, le ragioni, i sintomi del Mal de Chagas nella periferia di Buenos Aires*, in FRANCESCHI Z.A. (curatrice) "Annuario di Antropologia" (Ledizioni, Milano), n. 14, 2012 (Storie di vita/Autobiografie), pp. 147-179
- in collaborazione con DI GIROLAMO Chiara, *Corpo, società, politica: la malattia di Chagas a Buenos Aires. Un'indagine congiunta tra antropologia medica e salute pubblica*, "THULE. Rivista italiana di studi americanistica", vol. XI, 2012, pp. 275-287.

Riassunto

Da dimenticata a emergente: la malattia di Chagas, crocevia tra strategie sanitarie e politiche migratorie. Una rilettura etnografica

Annoverata dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) tra le *infezioni tropicali dimenticate*, per decenni la Malattia di Chagas non è stata considerata prioritaria nelle agende della Sanità pubblica di molti paesi endemici dell'America Latina, con l'effetto di escludere da diagnosi e presa in carico gran parte della popolazione potenzialmente interessata. Tuttavia, negli ultimi 10 anni, in concomitanza con l'incremento dei flussi migratori transnazionali, si è assistito a un crescente interesse da parte della comunità scientifica europea che ha riconfigurato il fenomeno come "emergente". Tale congiuntura solleva, in un Paese di immigrazione come l'Italia, questioni cruciali che evocano la complessità dei processi di salute e malattia in relazione ai percorsi migratori: quali gli attori coinvolti nella ridefinizione dell'infezione e con che prospettive? Quali le tipologie di intervento e con che ricadute? Si è in grado di rilevare e prendere in carico i bisogni sanitari percepiti dalla popolazione e di agire sulla "dimenticanza", attraverso una reale promozione della salute dei "dimenticati"? A partire da una storia di vita raccolta in seno a un'indagine etnografica, il presente contributo offre riflessioni significative che tentano di integrare prospettive disciplinari a cavallo tra l'Antropologia medica e la Salute globale.

Parole chiave: antropologia medica, migrazione, America Latina, Malattia di Chagas.

Résumé

De négligée à émergente: la Maladie de Chagas au croisement entre stratégies sanitaires et politiques migratoires. Une relecture ethnographique

Considérée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme l'une des maladies tropicales négligées, la Maladie de Chagas n'est pas rentrée dans l'agenda de la Santé publique de beaucoup des pays endémiques de l'Amérique latine pendant des décennies, en excluant ainsi la majorité des populations potentiellement affectées des possibilités de diagnostic et de prise en charge. Néanmoins, au cours des dix dernières années, à l'heure même où les flux migratoires transnationaux sont augmentés, la communauté scientifique européenne a montré un intérêt grandissant croissant envers ce phénomène qui a été au fur et à mesure érigé au rang d'«émergent». Dans un pays d'immigration comme l'Italie, cette conjonction soulève des enjeux majeurs qui montrent la complexité des processus de santé et de maladie s'articulant avec les trajectoires migratoires: qui sont les acteurs impliqués dans la redéfinition de l'infection et avec quelles perspectives? Quelles sont les typologies d'intervention et quels sont leurs effets? Peut-on relever et prendre en charge les besoins sanitaires perçus

par les populations et agir sur l'«oubli», à travers une promotion réelle de la santé des «oubliés»? À partir d'une histoire de vie recueillie au cours d'une enquête ethnographique, cette contribution propose des pistes de réflexion qui essayent d'articuler des approches d'Anthropologie médicale avec ceux de la Santé globale.

Mots-clés: anthropologie médicale, migration, Amérique Latine, Maladie de Chagas.

Resumen

De olvidada a emergente: la enfermedad de Chagas, dilema por la estrategia sanitaria y la política migratoria. Una relectura etnográfica

Incluidas por la Organización mundial de la salud (Oms) entre las *infecciones tropicales olvidadas*, la enfermedad de Chagas no ha sido considerada por décadas una prioridad en la agenda sanitaria de muchos países de América Latina. Esto ha tenido como efecto la exclusión, en términos de diagnóstico y atención, de gran parte de la población potencialmente afectada. Todavía, en los últimos diez años, con relación al incremento de los flujos migratorios internacionales, hemos asistido a un interés creciente por parte de la comunidad científica europea que ha reconsiderado el fenómeno como “emergente”. Esta coyuntura implica, en un país como Italia, cuestiones cruciales sobre la complejidad de los procesos de salud y enfermedad en relación con los flujos migratorios. ¿Quiénes son los actores implicados en la definición de infección y con qué prospectiva? ¿Cuáles son las estrategias de intervención y con qué probabilidad de recaída? ¿Pueden revelar las necesidades sanitarias de la población y actuar sobre su “olvido”, a través de una verdadera promoción de la salud de los “olvidados”?

Partiendo de una historia de vida recogida a través de una indagación etnográfica, la presente contribución ofrece reflexiones significativas que intentan integrar la perspectiva disciplinaria a caballo entre la Antropología médica y la Salud global.

Palabras clave: antropología médica, migración, América Latina, Enfermedad de Chagas.

Abstract

From neglected to emergent: Chagas disease at the crossroad of public health strategies and migration policies. An ethnographic perspective

Listed by the World health organization (WHO) among the Neglected Tropical Diseases, Chagas disease has been long forgotten in the public health agenda of many endemic Latin American countries preventing potentially infected people from accessing diagnosis and health care.

In the last decade, the growing migration flows turned the disease into an 'emergent' topic in the scientific debate, particularly in Europe.

In Italy, the emergence of such a disease poses key questions related to the complexity that informs the construction of concepts such as health and illness at the crossroad of migration processes: who plays a role in shaping the disease representation and in determining its relative importance among other international public health priorities? What are the prevention and control measures adopted and their impact on people's health? Is it possible to address neglected diseases through an active promotion of the neglected populations' health? Moving from a life history collected within an ethnographic research, the present contribution proposes suggestions that move from theoretical and methodological approaches of both Global health and Medical anthropology.

Keywords: medical anthropology, migration, Latin America, Chagas disease.

*Un luogo per la cultura: l'antropologia di fronte alla genitorialità degli altri**

Alejandra Carreño-Calderón

dottore di ricerca in Antropologia, etnologia e studi culturali nella Università degli studi di Siena, assegnista di ricerca nel Dipartimento cultura, politica e società della Università degli studi di Torino
[carrenoalejandra@gmail.com]

*“El mundo será testigo
Que he’i de pagar esta falta”*
(Violeta Parra, *Versos por la niña muerta*)

Introduzione: maternità sulle frontiere

Alla fine del secolo scorso Homi Bhabha iniziava il suo saggio intitolato *I luoghi della cultura* affermando in modo schietto: «La metafora dei nostri tempi è il voler situare il problema della cultura nel regno dell'oltre» (BHABHA H. 2006 [1994]: 11). Con questa presa di posizione, l'autore rileva che giunti ai margini del secolo, l'esteso utilizzo del termine “post” – postmodernismo, postcolonialismo, ecc. – è metafora della sensazione di vivere in quelli che lui chiama «i confini del presente» (BHABHA H. 2006 [1994]: 11). Quell'oltre nel quale si suole situare il problema della cultura, segna una distanza spaziale e temporale produttrice di differenze che ostacolano la possibilità di comprendere il presente come qualcosa di più che un momento di rottura. Ed è in questo senso che gli studi che hanno adottato il prefisso “post” ci invitano a interrogare i fatti del contemporaneo come un luogo «espanso ed eccentrico di esperienza e potenziamento», un luogo «bisognoso di una revisione radicale del senso della comunità umana» (BHABHA H. 2006 [1994]: 16).

Nonostante l'appello di Bhabha possa sembrare alquanto generico, in questo articolo tenterò di mostrare come le sue implicazioni tocchino

* Testo definitivo del contributo presentato nella III Sessione parallela (*Condizione migratoria e salute*) al 1° Convegno nazionale della SIAM, *Antropologia medica e strategie per la salute* (Roma 21-23 febbraio 2013).

quelli che a mio avviso dovrebbero essere gli interessi dell'antropologia medica. Ciò, nella misura in cui costituiscono un invito a superare i confini del comparativismo etnologico per assumere una posizione consapevole che la differenza tra un'antropologia del qui e un'antropologia dell'altrove è insostenibile una volta che la «revisione radicale del senso della comunità umana» riconduce alla globalità di quello che potremmo chiamare "condizione postcoloniale", nel senso che lo stesso autore dà al termine⁽¹⁾.

La maggior lucidità riguardo ai vincoli tra le vite e i paesaggi nei quali si svolge la ricerca etnografica e i regimi globali di conoscenza e di potere che sottendono le società che li producono, viene ripresa solo in tempi recenti nell'ambito dell'antropologia medica. In questi lavori, anziché aderire a una corrente di studi, l'uso del termine postcoloniale si riferisce al legame storico di violenza e di appropriazione ereditato da strutture istituzionali globali e legittimato da alcuni paradigmi scientifici ancora in vigore (GOOD B. *et. al.* 2008: 1-42). Alla luce di queste premesse, presentare due casi provenienti da contesti diversi – le strade della città di Torino e i villaggi dell'altopiano aymara nel confine tra il Perù, il Cile e la Bolivia – rappresenta un invito a interrogarci sul ruolo dell'antropologia medica all'interno di istituzioni che, nonostante la distanza, riproducono pratiche e premesse simili nel momento in cui devono valutare "la genitorialità degli altri".

I materiali che presenterò provengono da due casi incontrati in campi diversi che hanno fatto emergere punti di convergenza sui quali mi sembrava impossibile tacere. Si tratta di due donne che, sebbene abbiano vissuto percorsi molto differenti, condividono il bisogno di migrare, realizzando quello che Michel AGIER (2011) chiama un'esperienza cosmopolita, che espone la propria soggettività a un incontro, non sempre sereno, con il mondo degli altri. Queste donne, cosmopolite e migranti, si sono spostate una dal villaggio aymara di Alcerreca verso la città di Arica nel nord del Cile e l'altra dalla campagna di Benin city alle strade di Torino, entrambe spinte dal desiderio di trovare nuove possibilità lavorative. Benché sembrino lontani, i loro percorsi migratori sono emblema della condizione di frontiera nella quale sempre più spesso si costruiscono le soggettività nel mondo post-coloniale⁽²⁾. Ed è in questa situazione di confine tra il mondo di appartenenza e quello di arrivo che entrambe le donne, un po' per scelta o un po' per caso, hanno vissuto l'esperienza della maternità.

Tuttavia, non è la loro genitorialità vissuta in condizione migratoria quello che di più avvicina le storie di queste donne, ma il fatto di aver conosciuto da vicino l'agire di istituzioni che nel linguaggio foucaultiano possiamo chiamare dispositivi disciplinari (FOUCAULT M. 1976, 1998

[1969]), rappresentanti del potere giudiziario e psichiatrico che hanno come compito principale la tutela dell'infanzia. I servizi sociali, i servizi di salute mentale e i tribunali dei minori cileni per un caso e quelli italiani per l'altro, hanno avuto come compito la valutazione delle capacità genitoriali di queste donne, organizzando un insieme di pratiche e discorsi dediti a comprendere la loro idoneità a svolgere il ruolo di madre come è giusto che sia "nell'interesse superiore del minore"⁽³⁾. In questo processo le istituzioni hanno messo in discussione concetti che stanno al cuore dell'antropologia medica e di quella dell'infanzia: i ruoli genitoriali, lo sviluppo dei bambini, l'universalità delle pratiche di *maternage*, la nozione di maltrattamento, di gioco, di accudimento, di cura ecc. Questi richiami ci obbligano in quanto antropologi a mettere in discussione l'uso stesso del concetto di cultura all'interno di istituzioni pensate allo stesso tempo al sostegno e alla valutazione della genitorialità.

A partire da quelli che potremmo considerare gesti tanto "violenti" quanto "intimi" e "quotidiani" come una lite di coppia o il coinvolgimento dei bambini nei lavori di pastorizia, Miracle e Fausta⁽⁴⁾ hanno dovuto fare fronte alla messa in dubbio della loro capacità di essere madri da parte delle istituzioni che regolano le norme della genitorialità nei posti dove hanno deciso di migrare. L'incontro di entrambe le donne con la burocrazia dei servizi sociali e dei tribunali si è tradotto in lunghi percorsi di valutazione delle loro capacità genitoriali, che nel primo caso hanno dato luogo a diversi episodi di allontanamento delle figlie e a procedure per stabilire la loro adottabilità e nel secondo ad una condanna penale di dodici anni per abbandono di minore in luogo solitario, oltre alla perdita della patria potestà sulla bambina più piccola.

Benché si possano considerare vittime di un sistema istituzionale che sembra sempre rivolgersi contro le forme di soggettività "altre" (FANON F. 2000 [1961]), Miracle e Fausta sono anche testimoni di quello che succede nel momento in cui i discorsi sui quali si basano i tribunali, vengono costruiti all'interno di modelli di multiculturalità nei quali la differenza culturale è considerata un argomento problematico. In questi modelli, la strategia utilizzata per scongiurare la sua problematicità è stata fare uso di figure come quella dei mediatori o dei consulenti etnoclinici. Emarginata dalla discussione che dà luogo al discorso delle istituzioni, l'antropologia stenta ancora a fornire qualcosa in più che dati etnografici che decostruiscono la pretesa universalità della genitorialità, senza riuscire a prendere una posizione nel delicato compito di partecipare alla costruzione dei "discorsi di verità" che sono basilari al funzionamento del potere (FOUCAULT M. 2004 [1971]).

Storie lontane e conflitti vicini

Miracle e Fausta hanno seguito percorsi migratori molto diversi: la prima è arrivata in Italia durante gli anni '90, alla ricerca di nuove possibilità economiche per sé e per la sua famiglia⁽⁵⁾, mentre la seconda ha realizzato i noti spostamenti translocali che caratterizzano il suo popolo, svolgendo lavori di pastorizia sull'altopiano delle Ande cilene, lavori di agricoltura nelle valli dell'entroterra e lavori di servizio domestico in città costiere come quella di Arica, dove è stata processata (GUNDERMANN H. 2001; GUNDERMANN H. - GONZALEZ H. 2009).

Miracle è seguita, tra altre istituzioni, dal Centro Frantz Fanon, dove ho avuto accesso alla sua cartella clinica. Il suo caso è stato preso in carico dal centro nel 2008⁽⁶⁾, momento nel quale sono accaduti i fatti che hanno segnato il destino della sua maternità. Eppure, la sua storia risale alla fine degli anni novanta, quando la giovane donna ha deciso di partire in Italia alla ricerca di quello che doveva essere un lavoro come *colf*. Diversamente da quanto si aspettava, una volta arrivata in Italia Miracle è stata inserita nel giro di prostituzione che caratterizza la migrazione di una parte delle donne nigeriane nel contesto europeo. Il lavoro nelle strade è diventato talmente violento che nel 1998 decide di iniziare un percorso di allontanamento, accettando gli aiuti che alcune istituzioni ecclesiastiche e del privato sociale le hanno messo a disposizione. Il suo percorso di uscita riscuote un successo che poche volte è stato riscontrato tra ragazze nella sua stessa condizione. In un breve periodo Miracle riesce a ottenere una casa popolare e mantiene il lavoro che le è stato offerto dai servizi sociali. In questo modo, riesce a soddisfare i bisogni di una donna responsabile tanto della piccola famiglia che si è creata in Italia quanto di quella rimasta in Nigeria, formata da un figlio di quindici anni e dalla nonna che lo accudisce.

Nel momento in cui sono accaduti i fatti che hanno messo in questione la sua maternità, Miracle tentava di ricostruire la sua vita di coppia dopo le dolorose esperienze che aveva vissuto dal punto di vista affettivo e sessuale mentre era stata inserita nella tratta. Nel farlo, aveva deciso di accettare la proposta di convivenza che aveva fatto il suo compagno nigeriano, padre della seconda delle figlie e di una terza che era allora in arrivo. Purtroppo, le violenze e le aggressioni vicendevoli sono diventate sempre più frequenti, fino al punto da fare intervenire i servizi sociali. Alla luce della gravità dei fatti e temendo per l'integrità delle bambine, i servizi hanno deciso di proporre a Miracle l'ingresso presso una comunità religiosa, con il proposito di darle sostegno durante la gravidanza che era ancora in corso.

La permanenza in comunità è durata molto più tempo di quanto Miracle avesse mai immaginato. Fiduciosa sulla possibilità di tornare al più presto alla vita autonoma che aveva faticato a raggiungere, nel vedere prolungarsi i giorni e l'attesa per tornare a casa, la donna istaura un rapporto conflittuale con gli operatori, i quali iniziano a percepire nei suoi atteggiamenti caratteristiche improprie di quella che dovrebbe essere una buona madre: «trascura le figlie su un profilo emotivo», sembra incapace di gestire la sua aggressività, come si evince dal fatto che «urla come una strega» e impone alle figlie di pettinarsi con le treccine, quello che una psicologa considererà «una vera e propria tortura per le bambine». Miracle sbaglia da tutti i punti di vista: è eccessivamente «richiedente nel confronto degli operatori», «critica il cibo che le viene preparato», «crea tensioni all'interno della comunità con le altre donne nigeriane», diventa violenta e urla anche in presenza delle figlie e si presenta nei luoghi neutri⁽⁷⁾, «abile su un profilo di gestione pratica ma anaffettiva». A partire da queste osservazioni, si inizia un percorso di valutazione delle capacità genitoriali di Miracle che si prolunga per più di quattro anni, periodo nel quale le figlie vengono allontanate dalla madre, separate tra di sé e portate da famiglie affidatarie che aumentano l'ambivalenza delle relazioni all'interno del nucleo familiare. Miracle fa di tutto per riconquistare la fiducia degli operatori e delle stesse bambine che dimostrano in diversi modi di soffrire la situazione creata allo scopo di tutelarle, ma sembra sbagliare continuamente. Così, durante più di tre anni il Tribunale per i minori di Torino accoglie le relazioni che i diversi servizi emettono a partire dalla valutazione del rapporto tra Miracle e le bambine. Il coinvolgimento di un dispositivo etnopsichiatrico dopo una forte crisi della donna è pensato a sostenerla psicologicamente in un momento di particolare sofferenza⁽⁸⁾. Nel caso di Miracle, i mediatori culturali non sono stati quasi coinvolti per il rifiuto che la stessa donna faceva di essi e tale atteggiamento è stato varie volte considerato un'ulteriore resistenza a collaborare con i servizi. Di conseguenza, in varie fasi del processo l'avvio dell'adottabilità delle bambine sembrava l'ipotesi più probabile, alla luce dell'impossibilità di «giustificare culturalmente», la sua incapacità di essere una buona madre agli occhi delle istituzioni che la seguivano⁽⁹⁾.

Molto lontana dall'Italia, la storia di Fausta inizia anch'essa con un caso drammatico accaduto durante l'anno 2007. All'alba del 23 luglio, Fausta porta al pascolo il gregge caricando suo figlio sulla schiena come sono solite fare le donne aymara. I due – madre e figlio – sono le uniche persone presenti nel sobborgo che ha conosciuto un'intensa migrazione verso le città cilene di Arica ed Iquique. Mentre tornano, Fausta si rende conto che

due lama sono rimasti indietro e decide di andare a recuperarli, lasciando il bimbo da solo dal momento che è stanco di camminare e bisogna fare in fretta in modo da rientrare prima del calare del sole. Al suo ritorno la donna non trova più il figlio dove l'ha lasciato, sicché si incammina lungo la strada di casa, con la speranza che il fanciullo abbia fatto la stessa cosa. Ma Domingo non ricompare. La mamma lo cerca per buona parte della notte e del giorno seguente, consapevole che le temperature invernali mettono in serio pericolo la sopravvivenza del bimbo. Dopo un'intera giornata di ricerca nei paraggi che lei ben conosce, è solo alla sera che Fausta si reca al villaggio più vicino cercando aiuto. Dopo avere incontrato il maestro di scuola per spiegargli i fatti accaduti, lui la convince a rivolgersi alla polizia, dove viene registrata la scomparsa del bimbo e iniziano le operazioni di ricerca. Prima di proseguire, è importante fare attenzione ai passaggi che precedono la segnalazione dei fatti alla polizia, visto che il ritardo della madre a denunciare la sparizione del figlio è stata varie volte utilizzata durante il processo come prova della sua intenzionalità di lasciare morire il bambino. Fausta prova a cercare il figlio da sola e dopo quasi un'intera giornata decide rivolgersi a una delle poche persone di cui si fida nei solitari dintorni, ossia il maestro di scuola. Quest'uomo, che doveva essere il padrino nella cerimonia del taglio di capelli con cui Fausta aspettava di potere "battezzare" il piccolo⁽¹⁰⁾, l'ha convinta a richiedere l'aiuto della polizia, nonostante la donna fosse riluttante. Questo perché nella zona andino-cilena la figura del *carabinero* è altamente legata al recente processo di "*chilenización*" dell'altopiano, avviato dopo la violenta annessione di territori che in precedenza appartenevano al Perù e la Bolivia⁽¹¹⁾. Così, la figura del carabiniere di frontiera è ambivalente agli occhi delle comunità indigene che hanno subito tale processo, perché da una parte rappresenta lo Stato cileno, con la sua capacità d'investimento e di assistenza in un territorio desolato, ma dall'altra ritrae l'intenzionale politica di eliminazione del fattore indigeno nella zona, che fino alla fine del XX secolo era considerato straniero e perciò perseguitato e criminalizzato nelle sue espressioni più intime. In più, non sono poche le denunce che le attuali organizzazioni indigene sporgono contro gli abusi di potere commessi da parte dei carabinieri presenti nei villaggi aymara, abusi che nel caso delle donne si traducono in violenze sessuali. Anche se non esplicitati, questi sospetti reciproci configurano un non detto durante tutto il processo di Fausta, nel quale la versione dei poliziotti è servita a costruire buona parte della "verità" dell'abbandono che avrebbe realizzato la giovane donna.

Infatti, secondo la deposizione di più di un carabiniere, all'inizio Fausta prova a segnalare il punto dove ha lasciato il bambino ma pare non riu-

scirvi, si perde, cambia continuamente direzione. Col passare del tempo, dà versioni contraddittorie, confessa di averlo ucciso lei stessa e inizia a coinvolgere altre persone nei fatti. Queste contraddizioni, oltre alla «mancanza di normali emozioni per una madre che ha perso un figlio»⁽¹²⁾, scatenano il sospetto tra gli agenti e la donna viene riportata alla città di Arica con l'accusa di abbandono di minori in luogo solitario.

Fausta è entrata in carcere poco dopo che accadessero i fatti ed è rimasta in prigione preventiva finché il ritrovamento del corpo di Domingo ha permesso di avviare finalmente la sua procedura, solo nell'anno 2010. Durante questa lunga attesa di tre anni è stato realizzato un secondo processo riguardante la tutela di sua figlia minore. Poco prima che si recasse a lavorare sull'altopiano con il piccolo Domingo, Fausta aveva dato alla luce segretamente una terza bambina, prodotto di un rapporto incestuoso. Nella disperazione di dovere continuare a lavorare nonostante la recente gravidanza, la donna ha chiesto a suo fratello e padre della bambina, di prendersi cura di lei per il periodo che doveva passare sull'altopiano. In questi giorni lui, senza sapere come gestire la neonata, ha deciso di cercare aiuto in una fondazione privata che, per quanto gli hanno detto, si dedicava alla cura di bambini in situazione vulnerabile. Ritenendosi incapace di curare adeguatamente la bambina, l'uomo ha pensato di lasciarla lì per il periodo in cui Fausta sarebbe stata lontana, in modo da poter lui stesso riprendere i suoi lavori nell'agricoltura. Così, gli operatori della sopracitata fondazione hanno ricevuto dal fratello di Fausta una neonata senza nessun documento d'identità, senza nessun registro di vaccini né di controlli medici e senza un'origine chiara. Questi segnali sono bastati per considerarla rapidamente una bambina abbandonata, suscettibile di essere data in adozione. Dopo essersene presi cura per alcuni mesi e alla luce dell'assenza dei genitori che non rispondevano alle convocazioni dei giudici, i servizi hanno avviato un procedimento per valutare l'adottabilità della minore che è stata approvata mentre Fausta era in carcere. L'impossibilità di visitare la figlia a causa dello stato di privazione di libertà non è stata un'attenuante durante il processo. Anzi, la sua mancanza, così come quella del resto della famiglia, non hanno fatto altro che confermare ai giudici che la bambina non aveva nessuno in grado di prendersi cura di lei. Il reato di abbandono di minori che teneva in prigione a Fausta è stato ulteriore prova della "incapacità genitoriale" della donna e il processo per l'adozione di sua figlia minore è durato solo 28 minuti⁽¹³⁾. In quell'occasione l'avvocata del *Servicio nacional de menores*⁽¹⁴⁾ ha indicato: «nessuno assicura che la disgrazia che ha portato alla morte di Domingo a causa dell'abbandono di sua madre e l'incesto tra fratelli dal quale è stata

concepita, non ricapitino a questa piccola bambina. La morte di suo fratello palesa che i suoi genitori non sono adatti alla tutela dei loro figli nel superiore interesse dei minori, come indicato dai diritti del fanciullo»⁽¹⁵⁾.

Scrivere la cultura

Le storie di Fausta e Miracle sono storie di maternità vissute in condizioni molto conflittuali: sono storie di rapporti parentali lacerati, di legami fratturati dalla migrazione e non solo. Violenze di coppia, incesto, prostituzione, abbandoni, comunità frammentate, sono i testimoni di forme di violenza che circolano dalle dimensioni “strutturali” (FARMER P. 2004), prodotte dalla palese condizione di subalternità nella quale si trovano entrambe le donne, alle dimensioni più intime della loro vita, come è la stessa maternità e la gestione della loro sessualità. Tuttavia, sono vari gli studi che da altre prospettive hanno avvertito l'importanza di pensare la violenza intima e domestica, dalla quale nascono i conflitti di queste madri, con una maggiore lucidità sulle trasformazioni che la modernità ha prodotto tra la sfera pubblica e la sfera privata: «la distinzione tra la sfera pubblica e quella privata [...] corrisponde alla distinzione fra cose che dovrebbero essere mostrate e cose che dovrebbero essere nascoste, che nell'età moderna subisce un'inversione per cui si scopre come sia ricca e multiforme la sfera di ciò che è nascosto nelle condizioni dell'interiorità» (FREUD S. 1919: 86; ARENDT H. 1958: 52 cit. in BHABHA H. 2006 [1994]: 23). Da questa prospettiva i conflitti dai quali partono le valutazioni delle capacità genitoriali di entrambe le donne possono essere situati in quello che lo stesso Bhabha chiama l'estraneità del domestico, momenti che «ri-conducono le ambivalenze traumatiche di una storia personale, psichica, alle più ampie scissioni dell'esistenza politica»⁽¹⁶⁾.

Di conseguenza, da un punto di vista antropologico la maternità di entrambe queste donne, rappresenta un'esperienza che richiede di mettere a confronto i nostri discorsi sulla cultura con le ambivalenze traumatiche, psichiche e le scissioni dell'esistenza politica che senz'altro sono presenti in entrambe le vicende. Tuttavia questo confronto, a cavallo tra il politico e lo psichico, non è stato realizzato in nessuno dei casi e di conseguenza, i discorsi sulla cultura evocati in entrambi i processi non sono bastati come argomento agli avvocati difensori, né considerati particolarmente rilevanti da parte dei servizi e dei giudici. Al contrario, tribunali cileni e italiani hanno considerato che né la cultura di appartenenza né le condizioni che configurano la maternità di entrambe le donne siano alibi sufficienti

per giustificare gli errori che “oggettivamente” hanno commesso e che confermano la loro incapacità di accudire i propri figli. Così, più che di una questione di diritto transculturale, che non si è posta come tema tra le istituzioni coinvolte, ritengo che la nostra domanda in quanto antropologi, debba fermarsi su un livello ancora precedente, e cioè sul ruolo che ha avuto la cultura nei documenti che hanno costruito la verità sull’adeguatezza di Miracle e Fausta a essere mamme dei propri figli.

Se a questo punto riprendiamo la lezione di Michel Foucault sulla dimensione scritturale dei discorsi di verità di cui si avvalgono i dispositivi disciplinari (FOUCAULT M. 2004 [1971]), diventa importante fare delle sentenze giuridiche, delle cartelle cliniche, delle relazioni emesse dai servizi, tanto quanto della testimonianza dei soggetti coinvolti nei casi, materiale di analisi per un discorso antropologico sull’uso della cultura in questo tipo di vicende. La mancanza di questo tipo di approcci ci interroga: fino a che punto l’antropologia può partecipare ai “discorsi di verità” che costruiscono le istituzioni? perché in quanto antropologi siamo assenti dalla scrittura degli “archivi del presente”, anche nel momento in cui essi parlano di cultura? Perché quest’assenza vale ancora di più quando si tratta dell’analisi dell’intimità dei soggetti: delle forme di accudimento, di gestione del corpo, della cura dei figli?

Vari contributi dell’antropologia politica e di quella della migrazione coincidono nell’idea che i materiali scritturali siano un registro dal quale è possibile osservare la logica dei “regimi di cura” (TICKTIN M. 2011) nei quali sono immersi soggetti come Miracle e Fausta. Dal momento in cui queste donne sono soggetti “inclassificabili”, poiché migranti situate nei margini della cittadinanza (BENEDUCE R. - TALIANI S. 2013), i loro comportamenti innescano diverse strategie di classificazione reperibili solo nella scrittura burocratica che osserva, descrive, identifica e giudica le loro maternità. Questo meccanismo classificatorio è localizzabile proprio negli archivi che poche volte suscitano l’attenzione di noi antropologi e che poche coinvolgono la nostra voce, se non “per sbaglio” (ROSALDO R. 2001), come quando succede che un medico o una psicologa “autorizzati a scrivere”, abbiano anche una formazione antropologica. Eppure, all’interno di questi archivi, si trova la descrizione della vita quotidiana dei soggetti in un registro che potremmo chiamare persino “etnografico”, dal momento in cui la genitorialità si riporta nei suoi gesti più intimi: si osservano i modi di vestire i bambini, di curarli, di pulirli, di rispondere ai loro bisogni, di esprimergli affetto, di disciplinarli, ecc. In più, in ognuno degli incontri che queste donne fanno con i diversi soggetti incaricati alla loro valutazione, vengono indagati i diversi passaggi delle loro biografie:

si descrivono le condizioni della loro gravidanza, della loro vita di coppia, della loro sessualità, della loro migrazione, delle loro vicende economiche e dei loro progetti futuri. Tuttavia, questi materiali, lungi da essere utilizzati come dati qualitativi per “comprendere” i comportamenti dei soggetti accusati, una volta interpretati dalle scienze che producono i regimi di verità, diventano prove scritturali di una genitorialità anormale, trascurante e rischiosa per i loro figli. Così, tramite la messa all’opera di un infinito circuito burocratico di classificazione dei dati, a partire da queste osservazioni, le donne sono state individuate come vere e proprie *outsiders* (HERZFELD M. 1992) degli Stati che le hanno viste arrivare: incapaci di crescere i propri bambini.

È evidente che la partecipazione dell’antropologia a questo tipo di discorsi trova un limite nel “pensiero” stesso delle istituzioni (DOUGLAS M. 1990), che non prevedono la partecipazione né dei nostri dati, né dei nostri colleghi nel comprendere situazioni che parlano costantemente di quello che dovrebbe essere il cardine del nostro lavoro: il rapporto tra soggetti e cultura. Tuttavia, a mio avviso non sono solo le istituzioni a emarginare una vera e propria voce antropologica all’interno dei discorsi di verità. Nel perpetuare una divisione tra l’antropologia del qui e dell’altrove, abbiamo ridotto il nostro ruolo a comparare i “modelli occidentali” di genitorialità con quegli che raccogliamo a partire dell’esperienza etnografica “altrove”: quella che ci permette di dire “in Africa si fa così” o “i popoli indigeni sulle Ande fanno così”. Questo limite, erede di un comparativismo etnologico alquanto ancorato alle nostre radici, ci obbliga a ridurre la nostra capacità di azione a quelli che potrebbero essere “atti di testimonianza” nei quali, in particolar modo dalla nascita dell’antropologia medica critica (AMC) (SINGER M. 1990; SEPPILLI T. - OTEGUI R. 2005), è stato possibile rilevare la responsabilità del dispositivo biomedico nella riproduzione dei rapporti di dominazione che situano queste donne in una continua posizione di “anormalità”. Ad esempio, il lavoro di Nancy SCHEPER-HUGHES (1992) è eloquente su questo passaggio in quanto ci ha permesso di discutere i profili persino distruttivi di ogni forma di maternità. Tuttavia, i suoi dati sulle altre forme di amore materno o sulla discutibile nozione di istinto materno, risultano “deboli” all’interno dei discorsi delle istituzioni, poiché situati in spazi troppo lontani dalla realtà che vivono Miracle e Fausta, che non avrebbero avuto nessun motivo per “lasciare andare” i propri figli. Se dati come questi vengono ignorati dalle istituzioni poiché testimoni di tempi e paraggi troppo lontani: che tipo di cultura viene invece permessa nei processi e perché la si può evocare e interpretare senza l’aiuto dell’antropologia?

Antropologie in esilio: madri senza cultura

I punti di convergenza tra i casi di Miracle e Fausta sono numerosi, così come cospicue sono le similitudini tra i modi di agire dei servizi italiani e quelli cileni. In entrambi i casi esiste cognizione, tra gli esperti, dell'origine culturale diversa delle donne e del percorso migratorio che hanno intrapreso. Mentre nel caso di Miracle i tribunali e servizi prevedono, se necessario, l'azione di mediatori culturali e l'aiuto di un esperto etnoclinico; la retorica multiculturalista di uno Stato come il Cile (BOCCARA G. 2007) ha permesso di portare per prima volta nei tribunali i mediatori aymara con il compito di giustificare "culturalmente" la condotta di Fausta.

Miracle non ha voluto l'intervento di mediatori culturali e questa scelta viene sottolineata, ad esempio, in una delle relazioni realizzata dalla psicologa del Servizio di Neuropsichiatria Infantile. Alla luce delle osservazioni che la fanno pensare che due delle figlie abbiano sviluppato un disturbo dell'attaccamento a partire dai meccanismi colpevolizzanti messi in moto dalla madre, provati da un test proiettivo applicato alle bambine, la psicologa indica che Miracle non ha accolto altro che le dimensioni materiali dell'aiuto che le offrivano in comunità. Lì, a dir della dottoressa, gli operatori notavano una differenza tra l'atteggiamento di Miracle e quello di altre donne nigeriane, ritenendo quello della prima particolarmente aggressivo e colpevolizzante, che spinge «troppo verso l'autonomia delle bambine». Questo ha confermato alla dottoressa che i meccanismi messi in atto dalla donna non avessero a che fare con una questione culturale, perché: «La comunità era formata nella conoscenza della cultura nigeriana, e comunque all'epoca la signora rifiutò l'intervento del mediatore culturale proposto dal servizio sociale»⁽¹⁷⁾. Comunità "specializzata" nella cultura nigeriana, per la consistente presenza di donne di quest'origine al suo interno e rifiuto del mediatore culturale da parte della paziente, sono stati gli argomenti della psicologa per svalutare il luogo della cultura nei comportamenti materni di Miracle e per giustificare l'uso di test proiettivi calibrati esclusivamente su popolazione europea, con bambine di origine nigeriana. I risultati di tali test, applicati durante l'intera valutazione del nucleo familiare, confermano l'ipotesi guida dei Servizi di Neuropsichiatria Infantile, e cioè che una madre trascurante crescerà figlie sofferenti, ammalati ad esempio con disturbi dell'attaccamento, i cui primi sintomi sono visibili nelle bambine di Miracle⁽¹⁸⁾.

D'altro canto, le relazioni redatte dal Centro Frantz Fanon si esprimono, tra vari altri temi, sulla capacità di Miracle di stabilire un rapporto educativo con le bambine orientato dal contesto culturale di provenienza. Dalla

letteratura etnopsicologica riportata nei documenti, si rileva la pertinenza della cura che la donna dà alle bambine, che prevede precise manipolazioni del corpo, dei vestiti e dei capelli, inscindibili della trasmissione di affetti, amore e sicurezza, così come le radici storiche e culturali dell'importanza che la madre dà allo sviluppo di autonomia nelle bambine, che devono al più presto "imparare a essere forti". Stessa cosa riguardo alla voluta assenza della mediazione culturale: Miracle, come tante altre donne nigeriane, non accetta la presenza di una connazionale all'interno dei colloqui, perché è ancora sospesa nel meccanismo di funzionamento di un sistema che prevede una serie di rapporti ambivalenti con la comunità di origine. Terrori invisibili, minacce, debiti economici e morali possono tormentare in particolare modo a coloro che hanno scelto di "uscire" dal circuito della prostituzione senza rispettare i suoi tempi e le gerarchie interne. Di conseguenza, esporre la propria vita e le proprie fragilità davanti a una figura estranea ma vicina come quella del mediatore culturale, può rappresentare una terribile minaccia da evitare, come ha richiesto Miracle, nella configurazione del setting etnoclinico. Eppure, questi argomenti vengono contrastati incessantemente dai servizi che insistono sulla pericolosità di trovare alibi culturali per ogni condotta della donna.

Così, nella cartella di Miracle si costata una vera e propria lotta epistemologica innescata dal momento in cui i servizi insistono nell'esistenza di tratti della maternità che non dipendono dalla cultura. A loro avviso Miracle è una madre carente di dolcezza, incapace di prendersi cura sul piano relazionale delle loro figlie, che limita l'interazione con loro a una questione fisica o materiale, che maltratta le proprie figlie col suo «tono di voce forte e aggressivo» e che «spaventa e colpevolizza». Lo scontro tra discorsi sulla maternità di Miracle è tale da creare gravi conflitti tra i servizi coinvolti. Alcuni di essi considerano la prospettiva etnopsicologica portata dal Centro Fanon «quella di un consulente tecnico di parte», accusatorio e denigrante nel confronto di operatori che hanno avuto «la giusta considerazione degli elementi culturali coinvolti nel caso»⁽¹⁹⁾.

Nel caso di Fausta la "giusta considerazione" della cultura è un tema alquanto conflittuale. Nel certificare l'abbandono del figlio, la versione accusatoria ha tentato in ogni modo di scindere il vincolo tra maternità e cultura, riducendo l'importanza dell'ultima nei fatti che hanno portato alla perdita del bambino. Ad esempio, nei risultati dei test proiettivi⁽²⁰⁾ Fausta compare come una donna dotata di personalità piatta, inabile a esprimere la disperazione propria di una madre che ha perso un figlio, poco collaborativa e silenziosa. In assenza di una controparte con formazione etnopsicologica, il professionista che ha applicato tali test si è

limitato a considerare davanti al giudice che questi sono «validi per tutte le culture» e che nella sua vasta esperienza di lavoro con popolazione aymara, è solito utilizzare «test liberi dal linguaggio, ossia test basati su disegni» perché quando una persona «viene da un altro paese, da un'altra etnia o ha un *basso livello culturale*, è giusto utilizzare test di ragionamento astratto che *non vengano modificati dalla cultura*»⁽²¹⁾. Dunque, secondo lo psicologo, liberando i test dalla loro dimensione linguistica, li liberiamo anche delle influenze culturali. Così, l'uso di test basati su disegni risolve velocemente il problema comunicativo tanto con persone «straniere», di «altre etnie» *oppure* di «basso livello culturale», affermando implicitamente l'assurda analogia tra chi non è madrelingua spagnolo («lo straniero» come può essere un francese in viaggio sull'altopiano), chi appartiene a un'altra etnia («un Aymara», in senso generico) e chi ha una bassa alfabetizzazione o formazione scolastica (per esempio un camionista che lavora sull'altopiano). Così, il problema sulla cultura nei test proiettivi viene brutalmente cancellato tramite la semplice sostituzione della scrittura con i disegni, in un gesto che dimostra l'ambiguità del concetto stesso di cultura evocato dalle istituzioni che costruiscono la verità sulla colpa di Fausta.

Liberi dal problema della cultura, la decisione della donna di partorire a casa, di lasciare una neonata nelle mani del fratello, di badare a un gregge con un bambino di tre anni, di non rivolgersi immediatamente ai carabinieri e di preferire «salvare la vita di una bestia invece di badare quella del proprio figlio» come proclama la sentenza, possono considerarsi comportamenti «oggettivamente» trascuranti che non trovano giustificazione nella cultura della donna. In più, durante il secondo processo, e tentando di rispettare i precetti della Convenzione ILO 169 [International Labour Organization) che prevedono l'obbligo degli Stati di considerare il diritto consuetudinario dei popoli indigeni, il tribunale ha accettato di coinvolgere la figura dei mediatori culturali, che sono stati individuati come persone «esperte» della cultura aymara. Un insegnante di lingua aymara e un'anziana signora rispettata dalle organizzazioni indigene di Arica, sono stati improvvisamente investiti del ruolo di mediazione e hanno portato una versione della cultura andina alquanto statica e generica. Infatti, testimoniare che il lavoro di pastorizia prevede l'inserimento dei bambini fin da piccoli, che la tradizione aymara prescrive un atteggiamento pauroso e chiuso per la donna davanti all'autorità maschile e che l'altopiano non è un luogo pericoloso per un popolo che abita lì da secoli, non sono stati argomenti convincenti per i giudici. Anzi, il pubblico ministero ha replicato alla versione portata dai mediatori dicendo che Fausta non era una «povera donna vittima, isolata nel suo villaggio indigeno, ignorante

delle leggi cilene e paurosa delle autorità maschili», ma che era una donna autonoma, sessualmente libera⁽²²⁾ e consapevole dei propri diritti come lavoratrice e la prova è che «era riuscita persino ad avviare una denuncia contro un datore di lavoro che non l'aveva pagata, in anni precedenti». Di conseguenza i giudici hanno considerato che le prove riportate dai mediatori culturali non avevano abbastanza spessore scientifico ed erano anch'esse troppo “di parte” perché basate su esperienze personali di soggetti «poco qualificati», inadeguati a partecipare dei discorsi di verità intrecciati dalle scienze.

La cultura a quale fine?

Le storie che ho qui riferito vorrebbero portarci a una riflessione sull'urgenza di fare dei nostri prodotti etnografici, qualcosa in più che atti di testimonianza: argomenti troppo “deboli” o troppo “di parte” davanti a tribunali che, in quanto istituzioni totali e totalizzanti, hanno bisogno di quello che in termini filosofici potremmo chiamare un pensiero forte (VATTIMO G. - ROVATTI P. 2010 [1983]). Nell'impadronirsi del discorso dominante, imbevute da questo pensiero forte, scienze quali la psicologia e la medicina, si manifestano con quella «forza dolce e insidiosamente universale» che consente di ignorare che la volontà di verità è un «prodigioso macchinario destinato ad escludere» (FOUCAULT M. 2004 [1971]: 10). Come abbiamo visto, tali esclusioni riguardano non solo soggetti come Miracle e Fausta, ma anche discipline come l'antropologia che con le sue “verità deboli” fugge dalla costruzione del discorso creato all'interno di questi spazi disciplinari.

Nell'interrogarci sul come partecipare a questi discorsi senza perdere la ricchezza di un “pensiero debole”, abituato a decostruire le categorie e criticare gli universali, incontriamo lavori significativi che da anni parlano del bisogno di realizzare scelte di posizionamento all'interno dei conflitti sorti nei campi di ricerca (BRIN HYATT S. - LYON-CALLO V. 2003; MANZ B. 1995, tra altri). Tuttavia, la stessa Nancy Scheper Hughes ha evidenziato quanto sia complesso dalla posizione dell'antropologo “fare la cosa giusta” (ROBINS S. - SCHEPER HUGHES N. 1996), per rispondere al richiamo lanciato da quella che viene conosciuta come antropologia *comprometida*, *engagé*, militante, attivista, ecc. Questi approcci sono senz'altro risposte accattivanti al bisogno di porre i nostri dati e il nostro lavoro a disposizione di cosiddetti “subalterni”, che però non esauriscono le domande che i casi qui riportati lasciano aperte. Anzi, ritengo che questa risposta

al posizionamento del discorso antropologico contro le istituzioni rischia di formalizzare l'analogia tra l'antropologo e il "consulente di parte", situazione che emargina ancora una volta il discorso antropologico. A mio avviso, né gli atti di testimonianza del comparativismo etnologico, né la critica dell'antropologia impegnata sono in grado di toccare quello che è il problema centrale dell'uso della cultura nei discorsi che abbiamo qui evocato e cioè quello di intendere la cultura come una giustificazione, un alibi al comportamento – spesso confuso e contraddittorio – “dei vinti”. Più che giustificati da un punto di vista culturale, i gesti – trascuranti, sofferenti, disperati, inspiegabili – che hanno commesso queste donne nel confronto dei loro figli e che le hanno portate a rischiare di perderli, devono essere compresi e interpretati da un apparato teorico e metodologico multidisciplinare, nel quale l'antropologia possa dare un contributo specifico, allo scopo di ricostruire i diversi piani sui quali si gioca la genitorialità, quella nostra come quella degli altri.

Per dare forma a un simile contributo abbiamo bisogno di osservare le radici storiche e politiche che potrebbero sottostare agli atti che hanno commesso Miracle e Fausta. Tali radici vanno osservate alla luce di uno sguardo sulla cultura che contempli tanto lo sforzo di teorizzazione che ha permesso all'antropologia medica di arrivare ai profili “distruttivi” della genitorialità (ORTIGUES C. - ORTIGUES E. 1993; BONNET D. 1995; SCHEPER HUGHES 1992), quanto i particolari itinerari biografici che posizionano a entrambe le donne come soggetti di frontiera, inclassificabili dentro le strette categorie che differenziano una buona o una cattiva genitorialità, un percorso migratorio fallito o di successo o una soggettività egemone o subalterna.

Dobbiamo ricordare che finché si trattava di comprendere i modelli di accudimento presenti nelle lontane Trobriand, o nei poverissimi quartieri di Alto Cruzeiro, gesti “scandalosi” come quelli di “lasciare morire” i bambini che non si possono sfamare o che hanno “scelto di tornare al mondo degli antenati” dal quale non si sono mai veramente svincolati, la cultura e il relativismo giocavano un ruolo centrale, senza il quale tali atteggiamenti risultavano inammissibili. Tuttavia, come abbiamo visto in queste vicende non si tratta di donne povere della campagna nigeriana o dell'altopiano aymara, ma di donne lavoratrici che sono tanto legate a quei mondi quanto alle dinamiche socioeconomiche delle società ospiti. Sulla trasformazione culturale della loro genitorialità, che si svolge nel cuore delle grandi città europee e latinoamericane, abbiamo ancora detto molto poco. Nonostante questo silenzio, i casi di Fausta e Miracle ci ricordano che le nuove forme di riproduzione della violenza hanno luogo

all'interno di dispositivi propri delle democrazie contemporanee quali i tribunali di giustizia e i servizi sociali. Ed è perciò che l'antropologia non può più limitarsi a «relegare la cultura nel regno dell'oltre», riprendendo a Bhabha, dal momento in cui quello che è diventato un vero e proprio oggetto di disputa tra i poteri che creano i discorsi, è l'oggetto stesso della nostra disciplina e l'uso che scienze come la medicina e la psicologia fanno di essa.

Benché da vari anni gli antropologi abbiano ammesso l'impossibilità di fare fronte alle trasformazioni del mondo contemporaneo con un concetto di cultura essenzialista, rigido e statico, una sorta di gabbia che imprigiona ai soggetti (COMAROFF J. - COMAROFF J. 1992), questa versione della cultura è l'unica ammissibile nei discorsi delle istituzioni. Queste, facilmente ne fanno a meno perché troppo "debole" in confronto al discorso di scienze che sostengono l'esistenza di aspetti della maternità che possono considerarsi privi di contaminazioni culturali. Sembra che, nel concentrarci sui nostri propri limiti di produzione di categorie "forti", nello spostare faticosamente il nostro sguardo verso la cultura delle città che abitiamo tutti i giorni, abbiamo trascurato il dominio del nostro sapere consentendo un uso pubblico del concetto di cultura intesa come l'alibi disperato al quale si rivolgono immigrati e indigeni qualora la loro "incapacità" genitoriale rischi di essere "scientificamente" provata.

Le complessità riportate dalle storie di Fausta e Miracle ricordano, invece, che l'antropologia è in grado di fare tutt'altro che una difesa culturalista in questi contesti: la nostra consapevolezza sulle pretese di verità che sorreggono le scienze totalizzanti, anziché motivo del nostro (auto) esilio dalle istituzioni, dovrebbe comportare una risorsa per trasformare le loro logiche interne. Dobbiamo, però, innanzitutto accettare che queste donne non sono a priori né buone né cattive madri e che partecipare alla loro "valutazione", rappresenta una scelta coraggiosa di posizionamento che implica trasferire il discorso sulla cultura "dal regno dell'oltre" all'interno delle istituzioni, accettando la dose di potere e di responsabilità che si prende tra le mani quando si è qualcosa in più che testimoni.

Note

⁽¹⁾ Scrive Bhabha «La condizione postcoloniale è un salutare monito sui rapporti ancora neo-coloniali che si sono riprodotti *nel* nuovo ordine mondiale e *con* la divisione del lavoro su scala plurinazionale: questa prospettiva consente di rendere più autentiche le storie di sfruttamento e l'evolversi di strategie di resistenza». (BHABHA H. 2006 [1994]:18-19).

(2) Michel Agier (2011) riconosce in queste figure cosmopolite una capacità "anticipatrice", poiché esse scorgono i limiti del modello dello Stato-Nazione e della nozione di cittadinanza occidentale. I casi che riferirò in questa sede in quanto casi di genitori migranti, rilevano anch'essi i limiti epistemologici delle scienze che si rivolgono alla loro valutazione e i limiti politici delle istituzioni che hanno l'incarico di giudicarli.

(3) Uso la frase nel senso che essa ha preso a partire dalla Dichiarazione internazionale dei diritti del fanciullo (UNESCO).

(4) Con lo scopo di tutelare l'anonimato delle protagoniste e nel rispetto della legge sulla privacy che protegge il materiale clinico e giudiziario dal quale provengono alcuni dati, i nomi e i riferimenti personali delle protagoniste sono stati cambiati. Queste modifiche non alterano la veridicità delle vicende narrate né dei discorsi delle istituzioni citati testualmente dalle fonti. Le citazioni appartengono nel caso di Miracle, ai documenti rilasciati dai servizi e alle relazioni realizzate dal Centro Frantz Fanon, presenti nella cartella clinica della paziente. Nel caso di Fausta, le citazioni appartengono ai processi giudiziari che ha affrontato la donna per la scomparsa del figlio (Trib. *Juicio Oral en lo Penal*, Arica. 15 aprile, 2010. N. RUC 0710014873-5) e per la procedura di adottabilità della figlia minore, (Trib. *Juicio Oral en lo Penal*, Arica. N. RIP A16, 2007), entrambi documenti inediti.

(5) Per approfondire la situazione delle giovani donne nigeriane in Italia e le conseguenze psichiche dei circuiti di violenza nelle quali si inseriscono, vedi: (TALIANI S. 2012), tra gli altri.

(6) Occorre precisare che attualmente svolgo un assegno di ricerca all'interno del Dipartimento cultura, politica e società dell'Università di Torino, che prevede la partecipazione all'interno di alcune delle attività del Centro Frantz Fanon, dove sono venuta a conoscenza di vari casi simili a quello di Miracle. In più durante il lavoro sul campo realizzato all'interno del Dottorato in Antropologia dell'Università di Siena, ho avuto modo di conoscere e seguire da vicino il caso di Fausta.

(7) I luoghi cosiddetti "neutri", nei quali si ricreano le condizioni per l'interazione genitore(i)-bambino, sono nati con l'idea di sostenere la genitorialità di chi doveva essere valutato. Tuttavia attualmente sono diventati spazi dedicati esclusivamente alla valutazione psico-educativa dell'adulto di riferimento e del bambino, realizzata spesso da parte di educatori con scarsa formazione sugli aspetti transculturali dell'infanzia (FLORIO A. 2010).

(8) Il primo contatto con il Centro Fanon accade dopo il ricovero nel Pronto Soccorso di un ospedale di Torino, dove la donna fu portata dopo la crisi vissuta nel momento dell'allontanamento delle figlie.

(9) Il caso non è ancora chiuso, ma l'adottabilità delle bambine è stata sospesa.

(10) Il taglio di capelli dei bambini aymara è una delle cerimonie più diffuse del mondo andino, pensata a segnalare ritualmente il loro inserimento definitivo nella comunità. Il rito consiste in una festa dove amici e parenti pagano con soldi o beni ogni ciuffo di capello tagliato al bambino. L'eliminazione dei resti corporei della sua vita intrauterina è pensata a svincolare definitivamente al bebè dallo stato liminare in cui si trova nei primi anni di vita. Con la cerimonia del taglio dei capelli si aspetta che il bambino inizi a parlare con chiarezza e a camminare con stabilità, due segnali importanti del suo "essere umano". Ci sono famiglie in cui si aspetta a questa cerimonia, festeggiata tra i 0 e i 24 mesi di vita, per dare il nome definitivo al bambino (PLATT T. 2002; DE SUREMAIN C. in BONNET D. - POURCHEZ L. 2007: 81-98).

(11) In particolare, la località dove sono accaduti i fatti apparteneva al Perù fino alla fine della Guerra del Pacifico (1897).

(12) Dichiarazione di un carabiniere durante il processo.

(13) Trib. *Juicio Oral en lo Penal*, Arica. N. RIP A16, 2007, inedita.

(14) Istituzione dello Stato cileno, tenuta alla tutela dei minori.

(15) *Ibidem*

(16) Non a caso Bhabha conia questo concetto basato sull'analisi dell'opera *Amatissima* di Tony Morrison (MORRISON T. 1997 [1987]), che non è altro che la storia di un tragico infanticidio nel

quale quell'atteggiamento "perturbante" delle madri africane che "lasciano morire" i propri bambini, ritorna con disperata ostinazione nella vita di una ex-schiava afroamericana (ORTIGUES C. - ORTIGUES E. 1993).

(17) Relazione del 7 ottobre 2010.

(18) Ad esempio, sul supposto disturbo delle bambine rilevato dai test proiettivi si riferisce: «nei test proiettivi svolti emerge un vissuto molto ambivalente rispetto alla figura materna, che risulta in parte affettiva ed accudente in parte lontana e assente, in parte punitiva o mostruosa, *una strega*» (*corsivo mio*, relazione dell'8 maggio 2009).

(19) Relazione del 15 ottobre 2010, *corsivo mio*.

(20) Per una critica all'utilizzo dei test proiettivi in persone segnate dall'esperienza migratoria vedi: (TALIANI S. - VACCHIANO F. 2006) e la precoce critica di FANON (1956) all'utilizzo del TAT tra le donne musulmane realizzato insieme a Geronimi (FANON F. in BENEDEUCE R. 2011).

(21) Trib. *Juicio Oral en lo Penal*, Arica. 15 aprile, 2010. N. RUC 0710014873-5, *corsivo mio*.

(22) Non potendoci dilungare in questa sede, è importante menzionare che buona parte dei sospetti che fanno scattare la valutazione delle capacità genitoriali di entrambe le donne si fondano in osservazioni che riguardano la loro sessualità e i loro rapporti sentimentali. Elementi che diventano centrali se si pensa che è stato il loro corpo – stuprato, prostituito, venduto, amato o desiderato – a essere definitorio nella posizione di subalternità che Miracle e Fausta occupano all'interno della società che li valuta. Nel caso di Fausta, le dichiarazioni di vari camionisti che l'hanno conosciuta mentre lavorava in un ristorante della strada Visviri-Arica, oltre a quelle dei carabinieri che l'hanno interrogata dopo la scomparsa del figlio, hanno creato l'immagine di una "prostituta". A questa immagine riferisce la perito quando parla di una "donna sessualmente libera", trascurando con tale appellativo la storia di abusi sessuali e di stupri che la donna ha subito fin dall'infanzia.

Bibliografia

AGIER Michel (2011), *Le couloir des exilés*, Éditions Le Croquant, Paris.

BENEDEUCE Roberto (2011), *Decolonizzare la follia. Scritti sulla psichiatria coloniale di Frantz Fanon*, Ombre Corte, Milano.

BENEDEUCE Roberto - TALIANI Simona (2013), *Les archives introuvables. Technologie de la citoyenneté, bureaucratie et migration*, in HIBOU Beatrice (curatrice), *La bureaucratisation néolibérale*, La Découverte, Paris.

BHABHA Homie (2006 [1994]), *I luoghi della cultura*, Meltemi, Roma.

BOCCARA Guillaume (2007), *Etnogubernamentalidad. La formación del campo de salud intercultural en Chile*, "Chungara", vol. XXXIX, n. 2, 2007, pp. 185-207.

BONNET Doris (1997), *Autorisés à mourir ou la notion de négligence sociale: le cas de l'enfant malnutri en Afrique de l'Ouest*, "Cahier de Marjovia", n. 4, 1997, pp. 43-49.

BRIN HYATT Susan - LYON-CALLO Vincent (2003), *Anthropology and political engagement*, "Urban Anthropology and Studies of Cultural Systems and World Economic Development", vol. XXXIII, n. 2, 2003, pp. 133-146.

CLIFFORD James - MARCUS George (curatori) (1997 [1986]), *Scrivere le culture: poetiche e politiche in etnografia*, Meltemi, Roma.

COMAROFF John - COMAROFF Jean (1992), *Ethnography and the historical imagination*, Westview Press, Boulder.

DE CERTEAU Michel (2005), *La scrittura dell'altro*, Raffaello Cortina, Milano.

- DE SUREMAIN Charles-Edouard (2007), *Au fil de la faja. Enrouler et dérouler la vie en Bolivie*, pp. 81-98, in BONNET Doris - POURCHEZ Laurence (curatori), *Du soin au rite dans l'enfance*, Eres, Paris.
- DOUGLAS Mary (1990 [1986]), *Come pensano le istituzioni*, Il Mulino, Bologna.
- FARMER Paul (2004), *An anthropology of structural violence*, "Current Anthropology", vol. XLV, n. 3, 2004, pp. 305-325.
- FANON Frantz (2000 [1968]), *I dannati della terra*, Edizioni di Comunità, Torino.
- FLORIO Anna (2010) *Scegliere il male minore. Operatori alle prese con la valutazione delle capacità genitoriali nelle famiglie immigrate. Un'indagine etnografica tra aperture e resistenze dei servizi*, tesi non pubblicata, Università degli studi di Torino, Torino.
- FOUCAULT Michel (1976 [1975]), *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Einaudi, Torino.
- FOUCAULT Michel (1998 [1969]), *La nascita della clinica. Un'archeologia dello sguardo medico*, Einaudi, Torino.
- FOUCAULT Michel (2004 [1971]), *L'ordine del discorso e altri interventi*, Einaudi, Torino.
- GOOD BYTON - DEL VECCHIO GOOD Mary Joe - HYDE Sandra - PINTO Sarah (2008), *Postcolonial disorders*, University of California Press, Berkeley.
- GUNDERMANN Hans (2001), *Procesos regionales y poblaciones indígenas en el norte de Chile. Un esquema de análisis con base en la continuidad y los cambios de la comunidad andina*, "Estudios Atacameños", n. 21, 2001, pp. 89-112.
- GUNDERMANN Hans - GONZALEZ Hector (2009), *Sociedades indígenas y conocimiento antropológico. Aymaras y atacameños de los siglos XIX y XX*, "Chungara", vol. XLI, n. 1, 2009, pp. 113-164.
- HERZFELD Michael (1992) *The social production of indifference: exploring the symbolic roots of western bureaucracy*, University of Chicago Press, Chicago - London.
- MANZ Beatriz (1995), *Reflexions on Antropología Comprometida. Conversations with Ricardo Falla*, pp. 261-265, in *Fieldwork under fire: contemporary studies of violence and survival*, University of California Press, Berkeley.
- MORRISON Toni (1997), *Beloved*, Vintage, London.
- ORTIGUES Cecile - ORTIGUES Edmond (1993), *Pourquoi ces mères indifférentes? Ou comment faire la partie du culturel? "Psychopathologie africaine"*, vol. XXV, n. 1, 1993, pp. 5-31.
- PLATT Tristan (2002), *El feto agresivo. Parto, formación de la persona y mito-historia en los Andes*, "Estudios Atacameños", n. 22, 2002, pp. 127-155.
- ROBINS Steven - SCHEPER HUGHES Nancy (1996), *On the Call for a Militant Anthropology. The complexity of "Doing the Right Thing"*, "Current anthropology", vol. XXXVII, n. 2, 1996, pp. 341-346.
- ROSALDO Renato (2001), *Cultura e verità. Rifare l'analisi sociale*, Meltemi, Roma.
- SCHEPER HUGHES Nancy (1992), *Death without weeping. The violence in every day life in Brazil*, California University Press, Berkeley.
- SEPPILLI Tullio - OTEGUI Rosario (2005), *Antropología médica crítica, presentación*, "Revista de Antropología Social" n. 14, 2005, pp. 7-13.
- SINGER Merrill (1990), *Reinventando la antropología médica: hacia un realineamiento crítico*, "Social Science & Medicine", vol. 30, n. 2, 1990, pp. 179-187.
- TALIANI Simona (2012), *Coercion, fetishes and suffering in the daily lives of young Nigerian women in Italy*, "Africa", n. 82, 2012, pp. 579-608.
- TALIANI Simona - VACCHIANO Francesco (2006), *Altri corpi. Antropologia ed etnopsicologia della migrazione*, Unicopli, Milano.
- TICKTIN Miriam (2011), *Casualties of care. Immigration and the politics of humanitarianism in France*, University of California Press, Berkeley.
- VATTIMO Gianni - ROVATTI Pier Aldo (2010 [1983]), *Il pensiero debole*, Feltrinelli, Milano.

Scheda sull'Autrice

Alejandra Carreño Calderón è nata a Santiago del Cile l'anno 1983. Laureata in antropologia sociale nell'Universidad de Chile, si è interessata agli argomenti concernenti l'antropologia medica a partire della sua ricerca per la tesi di laurea specialistica svolta nella regione Huasteca del centro-est del Messico. Grazie alla collaborazione del Colegio de San Luis Potosi e il Centro de Estudios de Genero dell'Universidad de Chile, l'Autrice ha sviluppato una ricerca sugli usi e significati terapeutici dell'acqua tra i Teneek, Nahua e Otomì abitanti della zona di Tancanhuitz de Santos. Quest'esperienza ha dato luogo alla realizzazione di successive attività di ricerca sulla salute dei popoli indigeni cileni – dei Mapuche e degli Aymara – adottando un approccio critico dei programmi di salute interculturale diffusi in tutto il continente, a cavallo tra l'antropologia politica e quella dello Stato. Nel 2007 l'Autrice si trasferisce in Italia, dove si specializza in etnopsichiatria seguendo il Master di Etnopsichiatria ed etnomedicina dell'Università degli studi di Genova. All'interno di questo percorso l'Autrice svolge attività di ricerca e di mediazione culturale nel Centro scuola e nuova cultura del Comune di Genova, dedicato alla promozione di interventi per l'educazione e la formazione interculturale. Nel corso del 2009, l'Autrice inizia il Dottorato di ricerca in Antropologia, etnologia e studi culturali all'Università degli studi di Siena, dove svolge un lavoro di taglio antropologico/etnopsichiatrico sulla sofferenza psichica dei migranti indigeni aymara del Nord del Cile, incentrandosi nell'analisi degli alti tassi di schizofrenia tra la popolazione andina che frequenta i centri di Salute mental e psiquiatria comunitaria della città di Arica, nel confine tra il Perù e il Cile. L'Autrice ha successivamente conseguito nel corso dell'anno 2013, il Dottorato di ricerca ed attualmente assegnista di ricerca del Dipartimento cultura, politica e società dell'Università degli studi di Torino dove realizza attività di ricerca nell'ambito dell'etnopsichiatria italiana e all'interno del Centro "Frantz Fanon", dedicato all'attenzione psicologica di migranti, rifugiati e vittime di tortura.

Riassunto

Un luogo per la cultura: l'antropologia di fronte alla genitorialità degli altri

Che luogo ha la cultura nel momento in cui viene valutata la capacità genitoriale dei migranti? Che interesse ha mostrato l'antropologia per i documenti scritti grazie ai quali scienze come la medicina e la psichiatria costruiscono i "discorsi di verità" a partire dai quali i destini di genitori e figli sono trasformati irrimediabilmente dalle istituzioni giuridiche del paese ospite? In base a due casi di donne migranti in diverse parti del mondo che hanno dovuto fare fronte a processi di valutazione delle loro capacità genitoriale, l'articolo si interroga sul ruolo dell'antropologia in generale e

di quella medica in particolare nel delicato compito di dare un luogo alla cultura dentro gli spazi di potere nei quali si dibattono modelli di maternità attraversati dalle trasformazioni del mondo post-coloniale.

Parole chiave: genitorialità, maternità, migrazione, infanzia, capacità genitoriali.

Resumen

Un lugar para la cultura: la antropología frente a “otras” paternidades

¿Qué lugar adopta la cultura en el momento en que se evalúa la capacidad de ser padres y madres de familias migrantes? ¿Qué interés tiene la antropología por los documentos escritos en los que ciencias como la medicina y la psiquiatría construyen los “discursos de verdad” a partir de los cuales el destino de padres e hijos es transformado irremediabilmente por las instituciones jurídicas del país de acogida? A partir de los casos de dos mujeres migrantes en distintas partes del mundo que han debido enfrentar procesos de evaluación de su idoneidad para ser madres, el artículo se interroga sobre el rol de la antropología en general y de aquella médica en particular, en la delicada tarea de dar un lugar a la cultura dentro de los espacios de poder en los que se debaten modelos de maternidad permanentemente atravesados por las transformaciones de un mundo post-colonial.

Palabras clave: paternidad, maternidad, migración, infancia, competencias parentales.

Résumé

Un lieu pour la culture: l'anthropologie face à la parentalité des autres

Quelle place la culture occupe-t-elle quand on évalue les habiletés parentales des migrants? Quelle contribution l'anthropologie a-t-elle donnée à l'analyse des documents à travers lesquels la science médicale et la psychiatrie ont construit des “discours de vérité” (Foucault 2004 [1972]) qui ont irrémédiablement transformé les destins des parents migrants et de leurs enfants dans le Pays d'accueil? En me basant sur les cas des deux femmes migrantes dans deux contextes différents, ma contribution s'interroge sur le rôle de l'anthropologie en général – et notamment de l'anthropologie médicale – dans sa tâche délicate d'insérer la culture au sein des espaces du pouvoir où plusieurs formes de maternité cohabitent – et se heurtent –, toutes traversées par les transformations typiques du monde post-colonial.

Mots clés: parentalité, maternité, migration, enfance, habiletés parentales.

Abstract

A place for culture: anthropology facing m(other)hood

How to locate the question of culture in the assessment of parental skills among immigrated families? Which interest has anthropology for written documents where sciences as medicine and psychiatry develop the “discourses of truth” (Foucault 2004 [1972]) that transform destinies of parents and kids? Based in two cases of immigrated women who have been exposed to parenting skills assessments by juridical institutions, the article discusses the role of anthropology in the process of give a place to the Culture inside of fields of power where patterns of motherhood are crossed by post-colonial transformations.

Keyword: parenthood, motherhood, migration, parental skills.

Costruire il corpo del figlio.

*Madri arabe immigrate e figli maschi**

Fiorella Giacalone

professore associato di Antropologia socioculturale, Dipartimento di Scienze politiche,
Università degli studi di Perugia
[fiogiacalone@yahoo.it]

1. Essere madri di figlio nella cultura arabo-islamica

L'Islam accorda alle madri uno statuto particolare, poiché morire di parto è l'equivalente del *jihad*, testimonianza di fede (*shahîdât*). Con il parto esse mettono al mondo altri membri della *umma*, la comunità dei credenti. Negli *hadith* è scritto: "il paradiso è sotto i talloni delle madri" (*al jannatu tah'ta aqdâmil ummahâti*) (BOUHDIBA 2005: 255).

Yamina Fekkar, un'ostetrica algerina esplicita il potere religioso della maternità, dell'offerta di sé in nome della fede come *jihad*⁽¹⁾: «C'est le *jihad* de la femme. Evoquer le *jihad* pendant des couches, c'est dans la plupart des cas stimuler l'endurance et le courage de la femme la plus craintive. Cette offrande de soi au nom de la foi est en Islam ce qui donne à l'être, même pusillanime, le sentiment de dépasser les limites de soi pour accéder à la miséricorde divine» (FEKKAR 1983: 282).

La donna è riconosciuta pienamente madre quando partorisce un figlio maschio. In tal senso è rispettata nella famiglia del marito e le è garantita un'assistenza in vecchiaia: i figli appartengono alle madri. Il legame con le figlie è forte, ma le madri sanno che queste se ne andranno, "come le rondini sul tetto che vanno a fecondare la famiglia di altri" (LACOSTE DUJARDIN 1985, 93). Il bambino è per la madre il figlio atteso, sperato, ciò che rende durevole la maternità stessa. Molto più del matrimonio, che può terminare (per divorzio o ripudio, secondo le legislazioni) la

* Testo definitivo del contributo presentato nella III Sessione parallela (*Condizione migratoria e salute*) al 1° Convegno nazionale della SIAM, *Antropologia medica e strategie per la salute* (Roma 21-23 febbraio 2013).

nascita di un figlio costituisce la stabilità affettiva, lo statuto possibile e desiderabile (*eadem*, 86-87). Se i mariti cambiano, i figli restano, in società nelle quali la donna eredita un ottavo dei beni del marito, mentre i figli maschi il doppio delle figlie femmine. Nella *Moudawana* marocchina (Codice dello Statuto personale) ad esempio, si distinguono infatti due tipi di eredi, gli *al-tasab*, i parenti agnati che ricevono il doppio della donna, ed eredi *al-fard*, che ricevono una quota fissa in relazione alla vicinanza della relazione di parentela (metà, un quarto, un ottavo): la moglie del defunto ricade nella categoria degli eredi *al-fard* (Rycz 1987). La *Moudawana* è stata modificata nel 2004 dal re Mohammad VI, in seguito a forti pressioni dei movimenti femminili, che chiedevano un cambiamento sostanziale nelle relazioni matrimoniali, per una maggiore equità della donna nei confronti del marito. La riforma è una mediazione tra le regole della *shari'a* (legge islamica) contenute nel Corano (*Sura II, IV e LXV*), e le richieste delle diverse associazioni delle donne. La *Moudawana* riformata ha eliminato la figura del tutore o *wayli* (padre o fratello) al momento del contratto matrimoniale, ha limitato fortemente la poliginia, il divorzio diventa un diritto per la donna, viene mantenuto il ripudio, ma il marito deve pagare una quota alla moglie e pensare al mantenimento dei figli. Il testo però ha lasciato invariato il tema della trasmissione dei beni: la moglie del defunto riceve un ottavo dei beni del marito e le figlie femmine la metà di ciò che spetta ai fratelli, poiché la discendenza agnatica rimane quella privilegiata: l'unica variazione prevede la possibilità delle nipoti di ereditare beni del nonno materno, da cui prima erano escluse. Nel 2006 viene modificata anche la legge sulla cittadinanza, che consente finalmente alla donna di trasmettere la propria cittadinanza ai figli (prima impossibile, anche in caso di padre legalmente riconosciuto), cittadinanza prima trasmissibile solo dai padri⁽²⁾. Inoltre la legislazione marocchina riconosce ancora solo i figli legittimi nati all'interno del matrimonio e riconosciuti dal padre, poiché all'Islam è estraneo il concetto di filiazione naturale: il figlio legittimo è "*inserito nella parentela del padre e lo segue nella religione; hanno diritti ereditari reciproci* (art. 145 *Mudaw.*). Inoltre la madre non può accedere alla tutela legale sui figli minori se non in assenza del padre (perché deceduto o per sua incapacità giuridica). In caso di divorzio il padre resta sempre il tutore legale dei figli, anche se questi vivono con la madre (art. 231). La sua applicazione in Italia presenta varie difficoltà, sia per la diversità del codice rispetto all'Italia, sia per la scarsa conoscenza del testo da parte delle donne e il rifiuto dei mariti di corrispondere quanto dovuto all'atto del divorzio, come risulta da una ricerca svolta in Piemonte (EL OUAFI 2008)⁽³⁾.

La psichiatra Garnero avanza l'ipotesi che il legame tra madre e figlio è così importante per la madre, per il potere traslato che lui le trasmette, che difficilmente rinuncia a lui: «le sex du petit garçon appartient-il à l'enfant ou bien plutôt à sa mère?» (1982: 93). Domanda complessa quella che si pone la psichiatra: il sesso del figlio appartiene a lui o piuttosto a sua madre? Nel figlio la madre riversa la sua possibilità di potere sociale, in società nelle quali esiste ancora la disparità sociale tra i generi. Nell'Islam vi è un vero e proprio culto della madre e contemporaneamente una negazione del valore delle donne: «una società *androlatrica* finisce per sancire la negazione della donna [...] La misoginia che permea la società relega la donna al solo ruolo materno e tramite questo instaura un autentico reame delle madri» (BOUHDIBA 2005: 250-251). Anche Lacoste-Dujardin sottolinea come la relazione madre-figlio sia l'unica coppia eterosessuale veramente stabile e durevole, di fronte alla possibilità del divorzio: «mère et fils constituent le seul couple hétérosexuel véritablement uni e stable dans cette société patrilinéaire et patriarcale» (LACOSTE-DUJARDIN 1985: 116).

Nel corso delle mie ricerche ho conosciuto tante donne maghrebine (in Italia e in Marocco), già madri prima dell'emigrazione, o diventate tali in Italia; spesso ho riscontrato in loro l'inquietudine a essere madri solo di figlie e il desiderio di diventare *umm al walad* (madri di figlio)⁽⁴⁾. Le madri proteggono i loro bambini/e con ogni sorta di amuleti e versetti coranici e sono orgogliose di mostrare il loro maschietto e di difendere la sessualità del figlio (GIACALONE 2002, 2008).

Nelle mie ricerche ho cercato d'indagare anche la relazione madre-figlia, per coglierne la dimensione di complicità. Nella dimensione dell'emigrazione, le differenze generazionali appaiono marcate: se le madri sembrano maggiormente legate alle regole familiari tradizionali, le giovani studiano, lavorano, chiedono maggiore autonomia nel tempo libero. Le madri investono molto nel futuro delle figlie: vogliono che studino, che siano indipendenti, in una sorta di riscatto intergenerazionale rispetto alla loro difficoltà di trovare lavoro, in Maghreb come in Italia. Le tante mediatrici sanitarie che collaborano con le ASL sono donne laureate, decise ad affermarsi come intellettuali, alla pari delle donne occidentali. Molte di loro sono single o separate, poiché, a loro avviso, non è facile trovare un connazionale che accetti la loro condizione di professioniste che lavorano spesso con altri uomini. Emerge così che nell'emigrazione gli uomini cerchino di sposare, prevalentemente, donne scelte dalle madri e portate in Italia dopo il matrimonio, piuttosto che sposare connazionali immigrate da anni. Quanto alle seconde generazioni, le giovani maroc-

chine, le ventenni cresciute in Italia, che studiano o lavorano, si sentono del tutto simili alle loro coetanee italiane: nonostante questo, ribadiscono come l'educazione impartita loro sia diversa da quella dei loro fratelli, in particolare nella scelta del partner: il rischio prevalente per i genitori è infatti la perdita di autorità e di controllo sui figli, in un contesto di profonda trasformazione della famiglia (GIACALONE 2011)⁽⁵⁾.

Le madri immigrate si presentano e vogliono essere considerate, negli ospedali e nei servizi socio-sanitari, donne moderne, anche se (a volte inconsapevolmente) tracciano dei confini tra tradizione e modernità. La modernità è la biomedicina cosmopolita, il parto ospedalizzato, le cure pediatriche, la vita urbana, il passeggino piuttosto che la fascia per il *baby carrying*, ma rimane il richiamo alle madri distanti, a saperi sedimentati o dimenticati, a bisogni inespressi sul senso della propria maternità. Nel complesso delle pratiche di *maternage* poste in atto, (nella mancanza di una rete di sostegno femminile, particolarmente importante nel luogo d'origine), cercano percorsi individuali per attuare un lavoro di *rielaborazione culturale* su quello che considerano irrinunciabile, o per *ricontestualizzare* e *risemantizzare* modelli e saperi considerati tradizionali (FALTERI - GIACALONE 2005: 24).

2. Costruire e plasmare il corpo del figlio

I percorsi di maternità sono definiti da tre livelli, profondamente interconnessi.

L'ambito medico-specialistico. Nelle società arabe il modello biomedico è prevalente e le tradizioni locali sono considerate, specie dalla classe medio-alta, superstizioni di cui liberarsi. Le donne di città preferiscono partorire nelle cliniche private, perché le considerano migliori degli ospedali, ma in Italia apprezzano la sanità pubblica.

L'ambito religioso. I figli sono generati perché entrino a far parte della *umma*; del resto dalla stessa radice araba deriva *umm* [madre], *umma* [comunità], *imam* [colui che dirige la preghiera]. Il Corano stabilisce i tempi dell'allattamento, che può durare fino a due anni (*Sura II: 233*), le modalità dell'inculturazione religiosa, come l'*adhan* [invito alla preghiera] sussurrato all'orecchio destro dopo la nascita⁽⁶⁾, il rito della circoncisione [*khitan*]. Se questi sono gli obblighi della religione ufficiale, nelle dinamiche familiari incontriamo anche pratiche simboliche meno ortodosse, ma molto diffuse, come l'uso della mano di Fatima come amuleto e una copia del Corano sotto al letto del neonato. Tali amuleti ricordano l'uso, nelle

tradizioni italiane, dei “brevi”, piccoli sacchetti con all’interno santini e foglie d’ulivo, posti al collo dei neonati (ZANETTI 1978).

L’ambito familiare e parentale. La maternità dà potere alle donne sposate nella famiglia del marito. Nelle culture arabe esiste una concezione della persona, non in termini individualistici, ma in rapporto alla rete di relazioni in cui è inserita (familiare, parentale, clanica ecc.), tanto da parlare di *cittadinanza relazionale* (SALIH 2008). Persino la giustizia è pensata in termini contestuali e relativistici, in un sistema di responsabilità reciproche e interdipendenti tra i soggetti (PARISI 2007). La nascita di un bambino viene festeggiata con l’uccisione di un vitello o con montone, in una grande festa, in Italia come nel paese d’origine.

«Per mio figlio i miei genitori hanno fatto una grande festa per il settimo giorno in Marocco. Mio padre ha ucciso un vitello per la festa, abbiamo fatto i dolci, i *tajin* col pollo. Ho fatto i vestiti, ho messo l’*harmel* contro il malocchio sul braccio, un braccialetto con i semi della *sanui*, [nigella sativa] una moneta d’argento di tanti anni fa, bucata per metterla nel braccialetto. La moneta fa bene al bimbo, lo salva contro il malocchio. Gli ho messo la *mano di Fatima* sopra la testa, legata ai capelli, perché è la mano di Dio che protegge. Poi ho messo un Corano vicino al bambino nel lettino» (Nisa, 42 anni, intervista del 2005).

La festa fatta per il figlio di Nisa è particolarmente indicativa dell’importanza del figlio maschio, anche fuori dal matrimonio. Il bambino infatti è il frutto di una lunga relazione avuta da Nisa con un connazionale in Italia, che ha poi sposato una donna conosciuta in Marocco durante un viaggio di vacanza. Così lui ha lasciato Nisa, che era incinta, per sposare la giovane vergine scelta da sua madre. Nisa ha partorito a Perugia in ospedale, senza nessun parente che la sostenesse; per questo ha poi portato il figlio in Marocco, che viene ora educato dai nonni. Sono loro ad aver organizzato la festa per il piccolo Akim: il che dimostra il ruolo della discendenza maschile per un nonno e il potere delle madre nella scelta della sposa del figlio.

I vissuti della maternità risentono, anche nelle donne delle classi agiate, dei condizionamenti legati a questi tre livelli, sia nella costruzione della propria soggettività, sia nei condizionamenti della rete familiare, sia nel ruolo che svolge la religione nelle relazioni di coppia e sociali.

La maternità è un’esperienza, in primo luogo, corporea, che si esprime in un radicale cambiamento delle sensazioni e delle emozioni, in relazione all’immaginario del corpo del figlio, prima pensato, poi “costruito”, infine partorito nella sua carnale definizione. Nel corpo si iscrive il sapere medico prevalente, l’ordine sociale interiorizzato, l’adeguarsi ad un mo-

dello normativo condiviso, la propria immagine di madre e l'accettazione familiare. Il corpo femminile è definito come il luogo in cui l'embrione, formato dallo sperma [*nufâtâ*], considerato fonte di vita, viene trasformato in carne [*lahm*] in una sorta di processo di "cottura" che ha luogo nel ventre femminile: l'apporto dello sperma nei primi mesi di gestazione contribuisce a formare il feto (*Corano, Sura XXIII: 12-14*; GOOD, 1999: 174).

Il bambino appartiene alla genealogia agnatica, poiché il figlio eredita i beni del padre, da cui riceve il nome e l'insegnamento religioso. La "fabbricazione" del bambino è dunque data dallo sperma e dal liquido femminile, poi dal latte materno, che deriva in parte anche dallo sperma trasformato. Proprio per queste connessioni, se una donna rimane incinta, non può più allattare, dato che feto e latte sono in connessione (FORTIER 1999: 95). Non a caso la Hérítier sostiene che il latte è "sostanza che crea parentela" nel mondo arabo, poiché collegato, pur se indirettamente, con lo sperma maschile e dunque con la discendenza patrilineare (HÉRITIER 1996).

Il sangue è prodotto dal fegato, considerato nell'Islam l'organo più importante, come lo è il cuore in occidente, ed è associato al rapporto madre/figli. Il fegato contribuisce alla costruzione del sangue ed è strettamente legato alla funzione materna, dato che la vena *Kiveris*, che hanno solo le donne, (come ricorda la Scuola salernitana) collega il fegato sia all'utero che al seno, mettendo in relazione il sangue al latte (Parisi 2007: 157). Non è un caso che le madri marocchine chiamino il proprio figlio *kubidî* o *kubida* [*kebdî* in dialetto], "fegatino mio", ad indicare il legame viscerale della madre con il figlio. Tale espressione affettuosa si trova anche nelle canzoni d'amore, poiché il fegato è legato all'amore passionale, come lo è il cuore in occidente. Il fegato è un organo delicato, che va protetto, così concentra su di sé molte qualità e può esprimere metafore. Perciò viene associato a figli da proteggere, che si amano in maniera viscerale: si proteggono i figli come il proprio sangue.

«Usiamo l'espressione *kubida* per parlare in maniera affettuosa dei figli, come vezzeggiativo, ma in berbero si dice anche "il fegato è matto" per dire che bisogna proteggere i figli che hanno più bisogno, quelli che creano problemi, il punto debole della madre» (Salima, mediatrice sanitaria, intervista del 2007).

La madre costruisce il corpo del figlio attraverso ciò che mangia, poiché "carne crea carne". L'alimentazione serve a generare la persona: la carne animale a rigenerare carne umana. Benkheira precisa come il mangiare, nella cultura maghrebina, sia elemento distruttore della natura; per questo esistono modalità precise di come e cosa si deve mangiare. Nell'Islam le vittime rituali sono animali domestici, che non appartengono alla sfera

selvatica, perché questi sono pericolosi per gli uomini. Perciò sacrificare un animale domestico (vitello, capra, agnello) è quasi sacrificare un membro del gruppo, poiché divide lo spazio umano. Mangiare la carne è elemento di distruzione e per questo consumarla prevede vincoli, tabù, modalità nel consumo, ma diventa anche creatrice di legami sociali e religiosi (BENKHEIRA 1999; BONTE 1999). Le prescrizioni e i tabù alimentari, tanto precisi nel Corano (*Sura V: 3*), servono a distinguere non solo le carni lecite [*halal*] da quelle proibite [*haram*], ma anche a separare la vita dalla morte. Nell'Islam si fa divieto di mangiare cadaveri di animali morti (perciò vanno uccisi con un colpo secco, a cui segue la fuoriuscita di sangue); perciò i rituali di macellazione servono a separare vita e morte e rendere possibile la consumazione della carne animale.

Infine, sempre nell'ottica della costruzione del corpo del bambino, una tecnica corporea diffusa nel *maternage* delle donne arabo-islamiche è quella del massaggio infantile, praticato nei primi mesi dopo la nascita. L'idea di fondo è che il corpo del neonato non sia completo, che abbia bisogno di una "plasmazione" che modelli, raddrizzi, tonifichi. Il corpo può dunque essere ridefinito, marcando le differenze sessuali, poiché il massaggio praticato sul corpo dei maschietti prevede una maggiore attenzione alla sfera genitale e alla tonificazione generale, quella delle bambine ai fianchi e alle gambe.

«[I massaggi] si fanno con l'olio d'oliva, si fa scaldare con foglie d'henné verde, poi si fanno i massaggi sul corpo, sul braccio, gli fanno la ginnastica. Io avevo paura a farlo. Si comincia dai piedini, poi si fanno piegare il piede destro con il braccio sinistro, sulla schiena. Lo fanno per sette volte, finché quasi arriva il piedino alla manina, poi si fa un telo bianco e lo fasciano. Poi lo prendono per i piedi e lo fanno dondolare, per far arrivare il sangue alla testa» (Karima, 35 anni, intervista del 2005).

Dunque il corpo dei bambini viene prodotto prima dallo sperma e dall'ovulo, il fegato produce il sangue, viene poi costruito attraverso il cibo assunto in gravidanza e dall'allattamento; infine modellato dal massaggio. Si tratta di una plasmazione materica, di cui la madre è protagonista: "un corpo reso dalle mani della madre flessibile e consapevole dei suoi confini è un corpo "localizzato" che può sostenere la sfida della precarietà" (FALTERI 2005: 25).

3. Karima e Nissan, Kadija e Hamsa, Salima e Ali

Le tre storie su cui mi soffermo in questa sede sono di donne conosciute durante una ricerca nel 2005-2006 sulle cure di *maternage* nella migrazione:

tre donne diverse nei percorsi di maternità, ma unite dalla comune ricerca di una risemantizzazione del loro ruolo di madri e di tutela del figlio maschio. Sono donne diverse per provenienza (Marocco, Libia, Irak), per scolarizzazione (Kadija è architetto, Karima ha fatto le scuole medie, Salima ha una bassa scolarità), per consapevolezza di sé. Pur essendo musulmane, provengono da dimensioni giuridiche e culturali, da modi di vivere la loro dimensione di genere differentemente. Ciò che le accomuna, nella diversità dei percorsi di salute, è il loro profondo coinvolgimento rispetto al loro ruolo di madri di figlio, come hanno più volte espresso⁽⁷⁾.

Karima è una donna marocchina di 35 anni venuta per ricongiungimento familiare con il marito già presente in Umbria, dove lavora come cuoco. Figlia di un'ostetrica e appartenente ad una famiglia di marabutti, si rende conto che l'Italia è diversa e solo per alcuni aspetti cerca di far buon uso delle conoscenze erboristiche familiari. Appena arrivata, comincia a trovare difficoltà con il cibo italiano: il latte ha un altro gusto, la carne non le piace perché si sente il sapore del sangue (non è *halal*). Denutrita, viene ricoverata in ospedale, dove, per le incomprensioni dovute alla lingua (parla solo francese), il suo stato di salute viene imputato alla malaria e curata conseguentemente. Uscita dall'ospedale, decide che deve imparare a consumare cibo italiano: mangia insalate e formaggi, mai usati in Marocco. Scopre di essere incinta del suo primo figlio e inizia, su consiglio del medico, a consumare carne macellata in Italia. Dopo il parto, è colpita da ipogalattia e nutre il neonato con il latte artificiale. Segue alla lettera le indicazioni del pediatra, anche per lo svezzamento e inserisce il bambino al nido a 15 mesi, dove le educatrici lo lodano per il suo mangiare italiano. Non riesce a chiedere consigli a sua madre, perché vive in un posto privo di telefono pubblico, così continua ad affidarsi ai servizi. Quando porta il bambino in Marocco, dato che questi è abituato alla cucina italiana, viaggia con la pasta e il parmigiano: la madre e la suocera disapprovano che il nipote non mangi né couscous né altri piatti marocchini: le dicono: «*questo bambino come crescerà, a biscottini nel biberon?*». Con la seconda gravidanza Karima ha una bambina, che abitua anche al cibo marocchino, ma di Assan, lei dice: «*è nato italiano e mangia italiano*».

«Adesso non mangia le nostre cose, non gli piace la carne col *tajin* [carni e verdure cotte in un tegame di terracotta] preferisce la pasta, anche perché a scuola mangia italiano. Quest'estate sono tornata e dovevo preparare la pasta per lui. La mamma si lamentava: – perché non l'hai abituato? Non può mangiare con noi – Dovevo cucinare per lui solo, e portare il parmigiano dappertutto, dalla casa della suocera, della mamma, della cognata. Se c'è la carne, non mangia *tajin*, e il couscous con i ceci senza carne. Mangia le fette di pollo, le polpettine, l'hamburger, la carne cotta

alla marocchina non gli piace [...] I miei figli sono nati qui, se li porto di lì ormai non caverò niente. Senza figli, è impossibile che uno torni lì, ormai questo [paese] è per loro».

Il racconto di Karima è incentrato sul cibo: il cibo italiano da lei prima rifiutato, poi accettato, diventa il nutrimento per costruire il corpo del piccolo Assan: carne italiana durante la gravidanza e formaggi, latte artificiale, pasta per il piccolo a casa e all'asilo, rifiuto della carne cucinata nei *tajin* di terracotta. Se carne crea carne, se l'alimentazione, come detto, serve a generare e rigenerare l'essere umano, è evidente che Assan è stato costruito da cibo italiano. Nato così, il cibo continua ad essere tramite del suo riconoscimento sociale; per questo le educatrici lo apprezzano. Al contrario le madri marocchine (cognata, nonna, suocera), non lo riconoscono come marocchino: non può mangiare con loro. La fatica che ha compiuto Karima, per il suo adeguarsi ad un modello di vita e di alimentazione italiano, le ha fatto costruire e plasmare un figlio dell'emigrazione, un figlio delle polpette e non del *tajin*, perché il suo è un viaggio di sola andata.

Kadija è un'architetto di 27 anni, venuta in Italia con il marito per specializzarsi. È una libica osservante, porta il velo quando esce e crede nelle pratiche magico-terapeutiche tradizionali, che non considera in conflitto con la religione. Partorisce Hamsa all'ospedale di Perugia, ma ha problemi con il piccolo sin dalla nascita. Non riesce ad allattarlo (ha il capezzolo piatto); il cordone ombelicale del piccolo non cade se non dopo molti giorni, il bambino vomita. Allora telefona alla madre che le consiglia dei decotti per le coliche gassose, il fieno greco per l'allattamento, i massaggi sul corpo del piccolo: il bambino porta, legato ad un braccialetto, la mano di Fatima.

Qualche mese dopo il bambino sembra colpito da ernia inguinale, che può renderlo impotente. Le cure del pediatra non sortiscono alcun effetto, così segue il consiglio della madre e torna in Libia per andare da una famosa guaritrice. Lei dà il responso: il bambino è stato contaminato da un uccello blu [*nahaga*] attraverso i vestitini stesi di notte all'aperto. L'uccello esce solo di sera, sente l'odore del bambino e "riversa il male" sugli abitini bagnati. Per guarire il piccolo, è necessario prendere il grasso dal collo dell'uccello e farci un impacco sul corpo di Hamsa, per tre volte, ogni tre giorni. Dopo questa cura, il bambino guarisce. Nulla verrà raccontato al pediatra italiano.

«Esce solo la sera e questo uccello sente l'odore del bambino da lontanissimo, dei vestiti del bambino, quindi se magari sono appesi arriva questo uccello dopo il tramonto. E dice che butta giù delle cose sui vestiti del bambino e se una mamma mette casualmente questi vestiti il bambino starà

male poi [...] Per curarlo lo stesso rimedio è preso dall'uccello, dal grasso che ha sul collo, ma il rimedio varia se è maschio o femmina. Ogni tre giorni lo portavo dalla guaritrice, lei lo massaggiava con delle cose. Dopo tre giorni è passato» (Kadija).

Il racconto ricorda la nostre credenze sulle streghe che colpiscono i vestiti dei bambini di notte, o il vento notturno che li fa ammalare di ernia, come ricordano Zanetti e Pitre⁽⁸⁾.

Kadija si è fatta parte attiva delle scelte terapeutiche per suo figlio, privilegiando i saperi tradizionali alla pediatria occidentale, risultata inefficace di fronte alla malattia. Una malattia, a metà tra infezione e frattura, che rischia di compromettere la vita sessuale di suo figlio. Attraverso la cura, lei percorre un itinerario terapeutico che lo ridefinisce sessualmente, togliendogli il male che lo ha minato. Il racconto è di un universo al femminile che si fa carico del problema di salute del piccolo: lei, la madre, la guaritrice, sono tutte coprotagoniste di un'operazione di riplasmazione del corpo del piccolo, della sua guarigione e della sua ricomposizione sessuale.

La storia di Salima ed Ali è particolarmente complessa, anche perché non ho avuto l'opportunità di seguirla in tutte le sue fasi. Salima, una donna di circa 30 anni, viene in Italia dall'Irak con il figlio, il piccolo Ali di 5 anni, nel 2005 per un progetto di cooperazione sanitaria della Regione dell'Umbria, d'intesa con la Croce Rossa Italiana. Il bambino deve essere curato per ipospadia con criptorchidismo: Ali ha un pene di piccole dimensioni, e i testicoli non sono scesi nello scroto. Viene chiamata una mediatrice marocchina (non ce n'è una irakena), per consentire un dialogo tra la madre e gli operatori sanitari, ma sin dall'inizio sembra che Salima abbia poca voglia di parlare della patologia del figlio. Viene ospitata al Centro accoglienza immigrati del Comune, dove vive da islamica osservante, tanto da tenere con sé una copia del Corano e portare sempre l'*hijab*, il velo. Il suo livello d'istruzione è basso, si sente sola, ed ha lasciato a casa il marito.

«La madre è molto preoccupata per Ali. Lei e il figlio non hanno con loro niente altro che i vestiti che indossano. La donna si sente sola, sperduta in un paese dove noi donne parliamo ad alta voce, ci presentiamo sempre ben truccate e non dimostriamo alcun timore o soggezione nei confronti degli uomini» (Salima, mediatrice sanitaria marocchina)⁽⁹⁾.

Quello che la mediatrice sottolinea è il fatto che la donna proviene da una realtà rurale, dove le donne non sono abituate a decidere, e deve farsi tradurre da una mediatrice marocchina (con il suo stesso nome), laureata e molto "moderna" nell'abbigliamento e nei comportamenti. Perciò

la donna, lontana dal suo Paese e dalla sua famiglia, si trova di fronte a donne, (compresa la mediatrice), che si considerano pari agli uomini con cui lavorano.

Nel centro d'accoglienza Salima fa amicizia solo con uomini, tutti musulmani che si offrono di accompagnarla in ospedale, di tradurle documenti o dialoghi: si capisce che ha bisogno di una figura maschile, che ha una scarsa autonomia personale.

Purtroppo la patologia di Ali è più grave di ciò che appare, è sempre più chiaro che Ali è una bambina e che appartiene al cariotipo femminile: si tratta dunque di togliere ciò che di maschile è presente nel suo corpo per darle una definizione sessuale più precisa. Di fronte alla notizia, certamente sconvolgente, Salima sembra reagire con distacco, dichiarando che «*Ali deve rimanere un maschio*», poiché sarebbe impensabile rientrare nel paese con un sesso diverso, dove «*non sarebbe accettato da nessuno*». Da quel momento lei diventa inquieta: chiede soldi per poter parlare al telefono con il marito della situazione del figlio/a, comincia a frequentare alcuni giovani musulmani che le portano vestiti e regali, comincia a truccarsi e a desiderare di vestirsi come le italiane. Dopo alcuni mesi, scoppia una lite in ospedale tra lei e una donna tunisina che assiste suo figlio, nel letto accanto ad Ali: la donna ha scoperto che Salima ha una relazione con il marito, il che conferma il netto cambiamento della donna (ZENZERI 2012: 91).

I medici intanto vorrebbero asportare il piccolo pene e l'unico testicolo, per far sviluppare l'utero (ha in abbozzo gli organi genitali maschili e femminili), per poi farle una cura ormonale, ma la madre si rifiuta categoricamente. Di fronte a questa decisione, i medici asportano la parte femminile del bambino. Successivamente Ali viene ricoverato al Bambin Gesù di Roma, per completare le cure ormonali che deve affrontare, anche perché la madre non è più gestibile: trascura Ali, ha una storia con un giovane tunisino con cui ha un figlio, Omar. Gli anni sono passati, Ali ormai è entrato nell'adolescenza, assume atteggiamenti e comportamenti femminili e deve essere sostenuto sul piano psicologico a Neurologia psichiatrica. I due non sono più tornati in Irak.

Possiamo spiegarci il comportamento di Salima solo se lo inquadrriamo in un'ottica che pone al centro il potere della virilità. Dio, secondo il Corano, ha creato l'uomo e la donna, che sono differenti e complementari. A questa dualità sessuale, corrisponde, in maniera naturale, un ruolo specifico per ciascun sesso. Dio ha fatto l'uomo maschile e attivo, la donna femminile e passiva: è questa l'essenza e la condizione della complementarità.

Dalle origini, la donna è per l'uomo e viceversa: questo ha creato, nelle società islamiche, gruppi di uomini e gruppi di donne che hanno modi di vita e spazi sociali distinti. Esistono spazi pubblici interdetti alle donne e luoghi solo femminili; è difficile, se non impossibile, mischiare generi e luoghi (COURTRAY 1998: 109). Le categorizzazioni, nell'Islam, sono fonte di ordine e di regola; funzionano nel cibo come nelle distinzioni tra i generi. Chi viola l'ordine dato da Dio crea disordine e anarchia. Il sistema delle rappresentazioni adegua il sesso al ruolo; chi inverte ruoli e generi mette in discussione il piano divino (*ibidem*: 110). Il Corano, esplicitamente, condanna la sodomia, ricordando la punizione degli abitanti di Sodoma e Gomorra. Lot dice al popolo: «*Vi accostaste con desiderio agli uomini piuttosto che alle donne. Sì, siete un popolo di trasgressori [...] Facemmo piovere su di loro una pioggia di pietre. Guarda cosa è avvenuto ai perversi*» (VII: 81-84).

La sessualità, nella cultura araba, è considerata normale se è tra eterosessuali; l'omosessualità, il transessualismo e l'ermafroditismo sono argomenti tabù nel quotidiano, anche se presenti nella vita sociale. Chebel parla del *murūwwa*, l'uomo virile, dal temperamento forte, che è uno dei cardini dell'etica araba, quella stessa etica che mette al bando la componente omosessuale, il *mūkhannat*, l'effeminato (CHEBEL 1989: 62).

In Irak in particolare l'omosessualità e il transessualismo sono considerati un reato punibile con la morte: nel 2005 nascono, ispirati dalla *fatwa* dello Ayatollah Alì al-Sistani, delle squadre che controllano e arrestano omosessuali e prostitute. I miliziani del leader sciita Moqtada al Sadr [l'esercito del Mahadi] sono autorizzati a compiere bliz anti-gay: sono controllati anche gli uomini non sposati e vengono arrestati se accusati di omosessualità: si calcola che negli ultimi anni ne siano stati uccisi circa 700.

Giorgio Vercellin ha indagato più a fondo la concezione dell'omosessualità, condannata dagli *ulema* in quanto considerata un sovvertimento dell'ordine del mondo, basato sulla distinzione tra i generi e la gerarchia dei sessi. Al tempo stesso riporta la ricerca dell'antropologa Unni Wikan secondo cui in Oman esisterebbero tre generi: uomini, donne e *khanith*, transessuali maschili (termine che deriva dalla stessa radice *khnth* da cui deriva anche *mūkhannat*, l'effeminato). Si ritiene infatti che mentre le donne possono avere un solo sesso, gli uomini possono assumere un genere sessuale a loro scelta, che dipende dalle relazioni e non dalla anatomia. Questo terzo sesso è posto a protezione delle donne, dato che questi diventano oggetto di attenzione sessuali dei giovani. L'ermafrodito è in ogni caso una condizione biologica che pone questioni anche sul piano legale, per l'identità giuridica e sociale (WIKAN 1977, in VERCELLIN 2000: 195-196)⁽¹⁰⁾.

Courtray, che ha svolto una interessante ricerca sull'omosessualità nel mondo arabo, parla anche del vissuto dei soggetti, della reazione delle famiglie. Un atteggiamento diffuso è quello del senso di colpa nel percepirsi diversi, che porta come conseguenza il cercare rifugio nella religione. Ma esiste anche la reazione opposta, quella del rigetto dell'Islam; se Dio ha sbagliato, facendo un errore nella creazione, se la religione rifiuta i corpi ibridi anche se esistono, per potersi accettare, si può rompere con l'Islam (COURTRAY 1998: 114).

Un figlio dal sesso indefinibile non può trovare posto in una società dalle categorie, sessuali e sociali marcate; non può trovare lavoro né trovare complicità se non con altri come lui. A me sembra che Salima abbia fatto la scelta di restare in Italia per salvare il figlio dalla ignominia e dal rischio di essere arrestato che avrebbe avuto nel suo Paese, ma sembra anche aver rotto con l'Islam, con le sue rigide regole sociali e il ruolo assegnato alle donne. Nella sua gerarchia di valori, da donna cresciuta in una società androcentrica, non ha trovato posto l'idea di fare di Alì una ragazza forse meno infelice di un maschio a metà.

Non possiamo valutare come abbia funzionato la mediazione interculturale, se la traduzione abbia dato senso alla comprensione profonda del contenuto, se la solitudine e il marito lontano abbiano prodotto in lei una scelta irreversibile e così penalizzante per il figlio. Certo è che la messa in discussione del genere del figlio ha innescato in lei una trasformazione radicale: Salima ha cercato anche lei una nuova identità. La sfera sessuale diventa il centro del cambiamento di vita per entrambi; lei ha fallito come madre perché non è stata capace di costruire un figlio compiutamente maschile; non può riportare un ibrido, un portatore di disordine, dal marito. Forse anche per questo cerca una nuova maternità, per generare un figlio dal sesso definito. L'impressione è che i servizi si siano occupati più del figlio che della madre, più della componente organica che dei risvolti psico-culturali che entrambi hanno dovuto affrontare: forse hanno sottovalutato l'impatto emotivo che ha su una madre arabo-islamica l'aver partorito un ermafrodita, fuori dalle categorie accettabili.

4. Dare al male un significato culturale

Come ricordano, tra altre, SHEPER-HUGHES e LOCK (1987) il corpo materno è snodo simbolico tra l'individuale, il sociale, il politico, poiché in esso si realizza l'intersezione tra l'esperienza soggettiva del proprio corpo, costruttore e generatore di vita, e le pressioni culturali e religiose che legittimano saperi, ruoli e comportamenti.

Ogni donna, mentre aspetta suo figlio, teme che possa non essere completo, che il corpo del bimbo sia mancante, parziale, impreciso. Ciò che ogni madre spera è di creare il figlio perfetto, perché ogni mancanza è sentita come responsabilità, come perdita, come personale incapacità. Di fronte al controllo sociale da sempre operato sul loro corpo, specie nella sfera genitale e riproduttrice (come ricordava Foucault), le donne cercano strategie per rispondere al bisogno di partorire il figlio perfetto. Anche le donne arabe immigrate cercano un modello biomedico, ma devono fare i conti con modelli sociali e ruoli di genere, con aspettative socio-familiari molto alte.

I diversi percorsi posti in atto rispetto ai problemi (il cibo, l'ernia, il sesso impreciso) sono tentativi di ridefinire il corpo del proprio figlio, secondo le loro specifiche competenze e mettendo in atto forme di potere, individuando strategie per controllarne la crescita e dirigerne la salute. Nel disagio della migrazione, le donne scelgono strade diverse. Karima costruisce, attraverso l'alimentazione, il corpo italiano di Assan. Lei stessa, nella sua storia personale, esprime una protesta attraverso il rifiuto del cibo: la sua denutrizione è una protesta contro la migrazione. Per questo l'integrazione del figlio passa per una risemantizzazione dello stesso cibo prima da lei rifiutato.

Per Kadijja si tratta di dare un senso culturale alla malattia del figlio, contro il rischio di una sessualità dimezzata. La pratica simbolica messa in atto dalla guaritrice rimette a posto l'ordine dei corpi e delle relazioni. Contro il sortilegio, si affida alla guaritrice per combattere il male, per la salute del bambino: del resto Kadija è solita praticare, nella sua quotidianità, cerimoniali contro *jinn* [gli spiriti che possiedono le persone, come indicato nel Corano: *Sura LXXII*] e contro il malocchio.

Salima vede, attraverso un viaggio della speranza della cooperazione sanitaria, la possibilità di salvare il figlio; ma la realtà è peggiore della speranza e le viene messo in crisi il suo orizzonte di senso proprio in quanto madre. Questa imprecisione, questa imperfezione destina il ragazzo ad una vita di marginale (compreso il rischio di morire), nel suo paese d'origine, più di quanto non possa accadere in Italia. Il suo rifiuto di accettare il genere femminile del figlio, il suo non ascoltare medici e mediatori può essere letto come resistenza ad una realtà che non è capace di gestire e di affrontare, di una resistenza alla lettura biomedica del sesso del figlio. La loro è una storia di dipendenza reciproca, di un ordine culturale che non riescono a spezzare. Il potere sociale sul corpo, le sue regole, sono più forti della possibilità di modificarlo, anche se lei sembra punirsi attraverso una sessualità disinvolta.

I servizi hanno offerto, dove possibile, accoglienza, ma anche hanno messo in luce la difficoltà di comunicare con mondi altri, più distanti della lingua. La traduzione dall'arabo all'italiano non significa anche comprendere quali rappresentazioni e valori sociali ci siano dietro mondi culturali distanti, quali rifiuti o accettazioni comporti. Il corpo del figlio deve corrispondere ad un immaginario sociale, che marchia l'omosessualità, l'ermafroditismo e l'impotenza maschile. Le rappresentazioni personali del proprio figlio si scontrano con quelle delle educatrici, dei medici, dei mediatori, degli operatori sanitari, in un confronto che apre nuove domande e offre risposte disomogenee.

I servizi danno spazio alla dimensione organica, alle possibili forme strutturali di accoglienza, molto meno al significato culturale che ogni madre attribuisce alla salute/malattia del proprio figlio, quel figlio da cui dipende il proprio ruolo *posizionale e gerarchico* nella scala sociale. È evidente come i simboli corporei siano dispositivi per la definizione del corpo stesso, di come l'ordine sociale marchi gli individui e le identità.

«È attraverso questo processo di incorporazione che l'ordine sociale assume le vesti della naturalezza e della necessità, portandoci a ritenere il nostro particolare modo di intendere le cose come l'unico possibile e giusto. D'altro lato, però, è in quanto corpi culturalmente informati che percepiamo il mondo, interpretandolo percettivamente prima ancora di renderlo oggetto di una riflessione esplicita [...] La cultura, allora, viene ad essere ripensata come processo intersoggettivo di produzione pratica di significati, attraverso cui, processualmente, poniamo mano alla costruzione della realtà, e alla qualificazione dell'esperienza che ne abbiamo, all'interno di un orizzonte storico di saperi e di pratiche» (QUARANTA - RICCA 2012: 34-35).

L'esperienza costruisce i soggetti, le pratiche e i discorsi definiscono la malattia e i suoi possibili percorsi di cura, ma il significato rimane soggettivo.

Se il male/malattia/disturbo mina gli assunti sulla propria identità di madre, cambia anche il senso del rapporto con i figli e con il contesto relazionale. Nell'esperienza migratoria ogni madre produce un suo significato alla malattia, una sua narrazione che definisce il valore dell'esperienza materna. La malattia deve trovare un significato; se non lo si trova, non si riesce a dare valore alle azioni e si cerca una soluzione soggettiva, simbolicamente centrata. L'azione medica partecipa dei processi di produzione simbolica e di produzione di senso nell'operare le scelte delle madri, perché si mettono in moto dei conflitti che vanno rinegoziati e ridiscussi. Per questo si parla della necessità di un'etica relazionale che coinvolga gli operatori rispetto alla ricostruzione del senso che l'utente dà al suo

malessere, per un orizzonte di senso culturalmente segnato: perché ci sia un diritto al significato (QUARANTA 2012: 37; GADOW 1980).

Ognuna di queste madri ha scelto un percorso di costruzione del corpo del figlio, ha dato un'interpretazione al disagio e alla malattia, scegliendo percorsi terapeutici secondo il senso culturale che al male viene attribuito. Poiché esiste una stretta relazione tra la propria identità di madre e quella del figlio maschio, il disagio del di lui corpo diventa specchio del disagio di lei, il che impone strategie differenti nella vita privata come nei servizi socio-sanitari. Ognuna, a modo suo, esprime disagio, rifiuto, cambiamento, secondo la propria storia personale e familiare, all'interno della rete di relazioni sociali che definiscono l'identità femminile. Sono tutte possibili (a volte drammatiche) risposte di una maternità migrante.

Note

⁽¹⁾ La parola *jihad* in arabo ha più di un significato: in senso stretto indica lo sforzo sulla via di Dio [*jihad fi sabil Allāh*] o di autoperfezionamento, un dovere che ogni musulmano dovrebbe compiere. In un'accezione giuridica, indica la lotta contro gli infedeli, che dovrebbe essere tradotta più come "guerra legale" che come "santa"; nel Corano infatti ha più il senso dello sforzo che della guerra in senso stretto (CAMPANINI 2005, 170-172). Gli *hadīth* sono dei racconti, relativi ad detti o atti compiuti dal profeta; il loro insieme costituisce la *sunnah*, vale a dire la tradizione e la consuetudine normativa riferita a Muhammad. Sono fonti per le scienze giuridiche e religiose: ne esistono infatti numerose raccolte, di cui gli studiosi musulmani hanno valutato l'attendibilità e la veridicità (CAMPANINI 2005, 170-172, 130-131). Un'altra lettura del termine *jihad* viene utilizzato da una Amina Waudud, docente di studi islamici presso la Virginia Commonwealth University fino al 2007, che ha portato avanti una lettura del ruolo della donna nel Corano, rileggendo il testo da una prospettiva di genere, diventando una delle principali interpreti della teologia femminile islamica. In questa direzione, ha scritto un testo, che pone al centro il concetto di *gender jihad*, intesa come sforzo esteriore di lotta contro il patriarcato per stabilire l'uguaglianza di genere nella pratica musulmana (WAUDUD 2006).

⁽²⁾ Il cambiamento del diritto di famiglia e il dibattito che ha portato alla sua attuazione rappresentano una conquista dei movimenti femminili in Marocco, come l'AMDF (*Association marocaine des droits des femmes*) e della LDDF (*Ligue des droits de femmes*) che hanno manifestato per l'uguaglianza tra i sessi, anche dopo una prima riforma del codice, avvenuta nel 1993, ad opera di Hassan II, che non aveva soddisfatto le loro richieste. Un'altra conquista della legge riguarda il diritto della donna con bambini piccoli di conservare il domicilio coniugale, che prima poteva rimanere senza casa, e la possibilità di chiedere il divorzio anche da parte della donna. Nonostante le modifiche apportate, i principi che regolano la famiglia sono quelli della complementarietà, che garantisce l'armonia delle relazioni uomo-donna. In quest'ottica le regole dell'eredità privilegiano i gruppi di discendenza maschile rispetto all'uguaglianza di genere (SALIH 2008; CASTELLACCIO 2012; GIACALONE 2012a). L'applicazione della *Moudawana* è ancora parziale, perché l'analfabetismo femminile nelle campagne è ancora molto alto: i limiti all'applicazione della legge sono sottolineati sia da movimenti femminili come l'*Association Démocratique des Femmes marocaines*, che da studi di settore (NACIRI 2008; ESSALI, 2009). Nelle coppie miste italo-marocchine, la questione dell'eredità coinvolge in maniera diversa uomini e donne, per via dei diversi statuti giuridici, così "in una famiglia con madre italiana e padre marocchino, i figli e il coniuge italiano si troveranno ad avere uguali diritti sui beni di famiglia che si trovano in Italia e ad avere dei diritti

differenziati sulla base del genere per i beni che si trovano sul territorio marocchino”, creando una dimensione di *internormatività giuridica* (PARISI 2007: 193).

⁽³⁾ In Marocco le associazioni delle donne (come l'*Association démocratique de femmes du Maroc* e l'associazione *Bouregreg*) svolgono un grande lavoro d'informazione e di traduzione nelle lingue berbere, specie nelle zone rurali dove le donne sono analfabete o parlano *amazigh* (il testo è in arabo classico). La difficoltà nella sua applicazione è anche dovuta al fatto che i giudici in gran parte sono uomini, spesso conservatori. Nell'applicazione della legge in Italia, la ricerca svolta in Piemonte conferma le difficoltà della sua applicazione, specie per quanto riguarda la *kafala*, la protezione dei minori, per il rifiuto dei mariti di corrispondere i beni dovuti dopo il divorzio. Tra i casi riportati vi è anche quello di una donna a cui è stato rifiutata la tutela dei beni del marito, a causa dell'incapacità d'intendere dell'uomo, perché la legge prevede che la tutela deve essere data prioritariamente al padre del marito o al fratello: le regole della patrilinearità sono ancora forti (EL OUAFI 2008: 57).

⁽⁴⁾ Nei Uffici di cittadinanza di Perugia non è usuale incontrare donne maghrebine che chiedono contributi economici per il sostegno della famiglia: a volte hanno già due o tre figlie, ma intraprendono una nuova gravidanza (nonostante le difficoltà economiche) per avere il figlio maschio. Si legga, a tal proposito, il bel romanzo di BEN JELLOUN, *Creatura di sabbia*, nel quale la settima figlia di una coppia viene cresciuta e creduta da tutti un maschio, per volontà del padre. Ho svolto una prima ricerca sulle donne marocchine immigrate nel 2000-2001 finanziata dalla Regione dell'Umbria e da me diretta; poi in occasione di una ricerca promossa e finanziata dal CNR: “*Aspetti cognitivi e comunicativi della convivenza multiculturale in Italia: i bambini stranieri tra famiglia e strutture educative*”, coordinata da T. Musatti e condotta in tre città (Milano, Roma, Perugia) nel 2005; infine, per una ricerca finanziata dalla Regione dell'Umbria: “*Maternità e cure allevanti: soggettività femminile e criticità delle prime fasi del corso di vita in donne autoctone e straniere*”, coordinato da P. Falteri con la mia collaborazione, nel 2009-2010 (GIACALONE 2002, 2008).

⁽⁵⁾ Sul tema della relazione madre-figlia nella cultura marocchina ho svolto ricerche specifiche, cercando di rilevare come nella migrazione in Italia si creano forme di rifunzionalizzazione e di risemantizzazione del loro ruolo di madri. La presenza di una forte comunità maghrebina in Umbria (marocchini, tunisini) crea forme di controllo sociale molto forte nei confronti delle adolescenti, che vedono la loro libertà limitata rispetto a quella dei fratelli: si sentono più autonome ma incontrano più difficoltà nel processo di costruzione identitaria (GIACALONE 2012b). Paradossalmente, noto come le famiglie in Marocco stiano cambiando in senso occidentale più che in Italia, dove permane un controllo familiare marcato. E' altrettanto vero che le madri investono sul futuro attese e aspettative, e che le figlie trovano nelle madri il punto di riferimento, in quanto i padri sono spesso assenti per lavoro: «*Forse è più difficile in Marocco, perché qui la figlia è più attaccata alla sua religione e alla sua cultura, ritorna alle sue origini, mentre adesso, quando vado in Marocco, le ragazze sono come qui. Si vestono allo stesso modo e si comportano uguale. Quando vado in Marocco sono più preoccupata per loro [...] A me fa più paura lì che qui*» (Fatima, 40 anni, dicembre 2013) (NEJJARI 2013: 40).

⁽⁶⁾ L'*adhan* è l'invito alla preghiera, le frasi iniziali delle cinque preghiere quotidiane. Sussurrarle all'orecchio del neonato significa introdurlo nell'ambito della religione, a ricordo del profeta Muhammad che ascoltò all'orecchio i versetti proferiti dall'arcangelo Gabriele. Il lato destro è notoriamente il lato sacro, il lato maschile, in molte società, come tanti antropologi hanno dimostrato. Ricordo che anche Maria di Nazareth, nella tradizione cristiana, durante l'Annunciazione di Gabriele, riceve lo spirito santo che entra in lei attraverso l'orecchio destro.

⁽⁷⁾ Non è possibile in questa sede entrare dettagliatamente nell'articolazione della ricerca e dei suoi risultati, in particolare per quanto attiene ai percorsi sanitari delle diverse protagoniste. Rimando a GIACALONE 2008; ZENZERI 2012.

⁽⁸⁾ «[Le streghe] le quali, avendo trovato i pannolini del bimbo posti ad asciugare fuori di casa, dopo l'Avemaria, vi hanno urinato sopra per far dispetto alla madre; ragione per cui le nutrici devono guardarsi dal tenere le fasce o altra biancheria sulle siepi o sui muriccioli, al calar della notte» (ZANETTI Z., *La medicina delle nostre donne* (1892), Foligno, Ediclio, 1978, p. 160); «Se i bambini fanno i loro bisogni corporali fuori di casa, e stanno accoccolati per terra mentre spira

il vento, si può prolassare l'intestino retto, o venir fuori un'ernia, solo che il vento entri in bocca in quell'istante» (PITRÉ 1978: 146). Per le pratiche relative alla cura dell'ernia inguinale e alla credenza del *malo viento* in Basilicata, si veda SPERA 2012).

⁽⁹⁾ Il codice di famiglia irakeno ha una storia che risente delle diverse stagioni politiche dell'area. Nel 1959 viene ratificato il Diritto di famiglia più avanzato del mondo arabo, che rende la poligamia difficile, che vieta il ripudio e vede il diritto di custodia del figlio per la madre. Nel 1990, dopo la disastrosa fine della guerra con l'Iran, Saddam Hussein avvia una islamizzazione dell'Irak, introducendo un emendamento che permetteva l'impunità per il delitto d'onore (sia da parte dei mariti che dei fratelli) (art. 111) e autorizzava i mariti a picchiare le mogli a scopo educativo (art. 45). Nel dicembre del 2003 il leader del Supremo Consiglio per la rivoluzione islamica, l'Ayatollah Abdel Aziz al Akim, ha abrogato il Codice del 1959 per riportare il diritto di famiglia ai principi religiosi, fortemente penalizzanti per le donne (FONTANA 2004).

⁽¹⁰⁾ Interessante il dibattito riportato da VERCELLIN sul tema e la ricchezza dei contributi scientifici sul tema. Si veda tutto il capitolo, pp. 183-197. Sulla tematica della mascolinità e dell'omosessualità in Marocco, si veda DIALMY 2010.

Riferimenti bibliografici

- BEN JELLOUN T. (1987 [1985]), *Creatura di sabbia*, Torino, Einaudi (ediz. orig.: *L'enfant de sable*, Paris, 1985).
- BENKHEIRA M.H. (1999), *Les fonctions rituelles de la viande dans le monde islamisé*, "L'Homme", n. 152, 1999, pp. 89-114.
- BONTE P. (1999), *Le sacrifice animal*, "La Ricerca Folklorica", n. 40, 1999, pp. 79-90.
- BOUHIDIBA A. (2005 [1975]), *La sessualità nell'Islam*, Bruno Mondadori, Milano, (ediz. orig.: *La sexualité en Islam*, Presses Universitaires de France, Paris, 1975).
- CAMPANINI M. (2005) (curatore), *Dizionario dell'Islam*, Rizzoli, Milano.
- CASTELLACCIO R. (2012), *Donne e diritto di famiglia in Marocco. Una riflessione storico-antropologica*, Il Cerchio, Firenze.
- CHEBEL M. (1989 [1988]), *La cultura dell'harem. Erotismo e sessualità nel Maghreb*, Leonardo, Milano (ediz. orig.: *L'esprit de sérail. Perversion et marginalités sexuelles au Maghreb*, Lieu Commun, Paris, 1988).
- COURTRAY F. (1998), *La loi du silence. De l'homosexualité en milieu urbain au Maroc*, "Gradhiva. Revue d'anthropologie et d'histoire des arts", n. 23, 1998, (*Anthropologie des sexes*), pp. 109-120.
- DIALMY A. (2010), *Critique de la masculinité au Maroc*, Saad Warzazi, Rabat.
- EL KHAYAT R. (2009 [2001]), *Cittadine del Mediterraneo. Il Marocco delle donne*, Castelvevchi, Roma (ediz. orig.: 2001).
- EL OUAFI N. (2008), *Dal Marocco all'Italia: l'applicazione della Moudawana in Piemonte. Rapporto di ricerca*, Alma Terra, Torino ("Quaderni di Paralleli").
- ESSILI K. (2009), *La femme marocaine entre la réalisation de soi et le retour à l'unité! Á tel point le nouveau code de la famille a répondu aux attentes de la famille marocaine?*, "Voci", n. VI, 2009, pp. 128-140.
- FALTERI P. - GIACALONE F. (2005), *Crescere altrove. Pratiche e strategie di cura tra le madri africane e arabe a Perugia*, "Percorsi Umbri", n. 2, 2005, pp. 19-32.
- FEKKAR Y. (1983), *Mettre au monde ou le Jihad des femmes*, "Peuples Méditerranéens", n. 22-23, 1983, pp. 281-285.
- FONTANA T. (2004), *Iraq: la questione del diritto di famiglia*, "Mappamondo", marzo 2004, pp. 4-6.
- FORTIER C. (1999), *Fisiologia della filiazione e della parentela di latte nell'Islam malekita e nella società maura di Mauritania*, "La Ricerca Folklorica", n. 40, 1999, pp. 91-104.

- GADOV S. - SPIKE S.F. (1980) (curatori), *Nursing. Images and ideas*, Springer, New York.
- GARNERO S. (1982), *Essai d'approche des relations precoces mère-enfant de la naissance à dix-huit mois en milieu culturel algérois* [mémoire de spécialisation en psychiatrie, Université de Paris - Val de Marne].
- GIACALONE F. (2002), *Marocchini tra due culture. Un'indagine etnografica sull'immigrazione*, Franco Angeli, Milano.
- GIACALONE F. (2007), *Bismillah. Saperi e pratiche del corpo nella tradizione marocchina*, Gramma, Perugia.
- GIACALONE F. (2008), *Les savoirs du corps entre Islam et services. La vie quotidienne des mères maghrébines*, pp. 217-262, in *Une crèche pour apprendre à vivre ensemble*, Erès, Ramonville Saint-Agne.
- GIACALONE F. (2012a), *Il difficile viaggio nei diritti delle donne marocchine*, pp. 7-20, in CASTELLACCIO R., *Donne e diritto di famiglia in Marocco*, Il Cerchio, Firenze.
- GIACALONE F. (2012b), *Les enfants d'immigrés en Ombrie: milieu urbain et pratiques religieuses des jeunes musulmans*, "Migrations Société", vol. 24, n. 141-142, 2012, pp. 171-196.
- GOOD B.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, 1994).
- HÉRITIER F. (1996), *Maschile e femminile: il pensiero della differenza*, Laterza, Roma - Bari.
- HÉRITIER F. (2004), *Dissolvere la gerarchia. Maschile/Femminile. II*, Cortina, Milano (ediz. orig.: *Masculin/Féminin. II*, Odile Jacob, Paris).
- Il Corano (1994), PICCARDO H.R. (a cura di), *Unione delle Comunità ed Organizzazioni Islamiche in Italia* [Ucon], Newton Compton, Roma.
- LACOSTE DUJARDIN C. (1985), *Des mères contre les femmes. Maternité et patriarcat au Maghreb*, La Découverte, Paris.
- Moudawana, Legge n. 70, 2003 (2006), in R. ALUFFI BECK PECCOZ (curatrice) *Persone famiglia diritti. Riforme legislative nell'Africa Mediterranea con appendice legislativa. Atti del Convegno (Torino 26 maggio 2006)*, Giappichelli, Torino.
- NACIRI R. (2008), *Les droits des femmes. Code de famille, trois ans d'application, bilan et contraintes*, Faculté de Sciences Juridiques Économiques et Sociales, Oujda (Série Colloques et Séminaires).
- NEJJARI K. (2013), *Migrazioni, genere e generazioni: il rapporto madre-figlia nella comunità marocchina della Valtiberina* [Tesi di laurea, Dipartimento di scienze politiche, Università degli studi di Perugia, anno accademico 2012/2013].
- PARISI R. (2007), *Attraversare confini, ricostruire appartenenze. Un'etnografia delle coppie italo-marocchine*, Aquilegia, Milano.
- PITRÉ G. (1978 [1896]), *Medicina popolare siciliana*, Il Vespro, Palermo.
- QUARANTA I. - RICCA M. (2012), *Malati fuori luogo. Medicina interculturale*, Raffaello Cortina, Milano.
- RYCX J.F. (1987), *Règles islamiques et droit positif en matière de successions: Présentation générale*, pp. 19-42, in GAST M. (curatore), *Héritier en pays musulman. Habus, lait vivant, manyahauli*, Ed. CNRS, Paris.
- SALIH R. (2008), *Musulmane rivelate*, Carocci, Roma.
- SCHEPER-HUGHES N. - LOCK M. (1987), *The mindful body. A Prolegomenon to future work in medical anthropology*, "Medical Anthropology Quarterly", vol. 1, n. 1, marzo 1987, pp. 6-41.
- SCHEPER-HUGHES N. (2000 [1994]), *Il sapere incorporato: pensare con il corpo attraverso un'antropologia medica critica*, pp. 281-297, in BOROFKY R. (curatore), *L'antropologia culturale oggi*, Meltemi, Roma (ediz. orig.: *Assessing Cultural Anthropology*, McGraw Hill, New York, 1994).
- SPERA V. (2012), *Il fiato sonoro e il fischio che cura. Uso rituale e ludico dei fischietti in terracotta*, pp. 23-57, in: FOSCA L., *Il sole e il soffio. Soffio del rito. soffio del riso*, Museo Dinamico del Laterizio e delle Terrecotte di Marsciano - NCT Global Media, Perugia.
- VERCELLIN G. (2000), *Tra veli e turbanti. Rituali sociali e vita privata nei mondi dell'Islam*, Marsilio, Venezia.

- WIKAN U. (1977), *Man becomes woman. Transsexualism in Oman as a key to gender role*, "Man. Journal of the Royal anthropological institute", nuova serie, vol. 12, n. 2, 1977, pp. 304-319.
- WAUDUD A. (2006), *Inside the gender Jihad. Women's reform in Islam*, Oneworld Publications, Oxford.
- ZANETTI Z. (1978 [1892]), *La medicina delle nostre donne*, Ediclio, Foligno.
- ZENZERI M. (2012), *Servizi in ascolto. Mediazione culturale in Europa e una proposta per l'Umbria* [Tesi di laurea magistrale, Facoltà di scienze politiche, anno accademico 2011/2012].

Scheda sull'Autrice

Fiorella Giacalone è professore associato di Antropologia socioculturale presso il Dipartimento di scienze politiche, Università degli studi di Perugia. Da anni compie ricerche sull'immigrazione maghrebina, sui percorsi di maternità di donne italiane e arabe, sulle seconde generazioni in Umbria. Ha svolto anche una ricerca nel sud del Marocco sulla farmacopea tradizionale. Ha svolto seminari nelle università di Florianópolis (Brasile), Marrakech (Marocco), Valladolid (Spagna), al Collège de France (Parigi). Tra le sue ultime pubblicazioni: *Bismillah. Saperi e pratiche del corpo nella tradizione marocchina*, 2007; (con Paola FALTERI), *Migranti involontari. Giovani stranieri tra percorsi urbani e aule scolastiche*, 2011; *Il difficile viaggio nei diritti delle donne marocchine*, 2012; *Impronte divine. Il corpo femminile tra maternità e santità*, 2012.

Riassunto

Costruire il corpo del figlio. Madri arabe immigrate e figli maschi

Le donne maghrebine hanno ancora un grande ascendenza sui figli maschi, che si accompagna a intense cure di maternage. La nascita di un figlio dà alle donne stabilità affettiva, potere familiare e uno status sociale riconosciuto. Le madri investono risorse affettive ed energia per avere figli maschi sani e virili, e combattono ciò che ostacola questo obiettivo, anche se la condizione femminile, in particolare delle donne marocchine, è cambiata nel tempo.

Il saggio riporta la storia di tre donne, coinvolte, in modi diversi, nella "costruzione" del corpo del figlio nella migrazione in Italia attraverso l'alimentazione, la cura del corpo e la definizione sessuale. Karima, Kadja e Salima offrono una loro personale interpretazione al loro ruolo di madre, cercando di dare un significato culturale alla malattia e ai percorsi d'integrazione. Rappresentano possibili e drammatiche risposte di una maternità migrante.

Parole chiave: madri arabe, madri immigrate, generi e generazioni, Islam e sessualità, Moudawana.

Résumé

Construire le corps de fils. Mères immigrées arabes et leurs fils

Les femmes arabes ont un grand pouvoir sur leurs fils, pouvoir qui exercent avec différentes forme de maternage. La naissance d'un enfant donne aux femmes la stabilité émotionnelle, la puissance de la famille et un statut social reconnu. Les mères investent des ressources et de l'énergie émotionnelle pour avoir des fils sains et virils, et luttent contre ce qui entrave cet objectif, même aujourd'hui dans les pays arabes. L'essai raconte l'histoire de trois femmes arabes impliquées, de différentes manières, dans la «construction» du corps de leur fils dans la migration en l'Italie, par la nutrition, le soins du corps et la définition sexuelle. Karima, Kadija et Salima proposent leur propre interprétation du rôle maternelle, en essayant de donner un sens culturel aux parcours d'intégration. Elles sont possibles et dramatiques réponses à une maternité migrante.

Monts clés: mères arabes, les mères immigrantes, les genres et les générations, l'Islam et la sexualité, Moudawana.

Resumen

Construyendo el cuerpo de el hijo. Madres inmigrantes árabes y sus hijos

Las mujeres maghrebina tienen mucho poder sobre sus hijos, quienes ejercen en cualquier forma de la maternidad. Es el nacimiento de un niño que da a las mujeres la estabilidad social, el poder de la familia y un estatuto reconocido en sociedades. Las madres invierten recursos y energía emocional para tener hijos sanos y viriles, y luchan contra lo que dificulta este objetivo. El ensayo narra la historia de tres mujeres árabes, que participan, de manera diferente, en la “construcción” del cuerpo de su hijo en la migración en Italia, través de la nutrición, el cuidado del cuerpo y la definición sexual.

Karima, Kadija y Salima ofrecen su propia interpretación de su papel de madre, tratando de dar sentido cultural a las vías de integración. Son respuestas dramáticas y posible a la maternidad en la migración.

Palabras clave: madres árabes, las madres inmigrantes, géneros y generaciones, el Islam y la sexualidad, Moudawana.

Abstract

Building the body of son. Arab immigrant mothers and their sons

Arab women have great power over their sons, with any form of mothering.

The birth of a child gives women emotional stability, family power and a recognized status in society. The mothers invest resources and emotional energy to have healthy sons and manly, and fight what hinders this goal. The essay tells the story of three Arab mothers, involved, in different ways, in the “construction” of the body of his son in the migration to Italy, through nutrition, body care and sexual definition. Karima, Kadija and Salima offer their own interpretation of their role as a mother, trying to give meaning to the illness and cultural integration paths. They are dramatic and possible answers to a migrant maternity.

Keywords: Arab mothers, immigrant mothers, genres and generations, Islam and sexuality, Moudawana.

*“I have not mental problems:
I believe in Jesus Christ”.*

*Malattia mentale, certificati e status di rifugiato:
il caso di un richiedente asilo eritreo pentecostale*

Osvaldo Costantini

dottorando in Etnologia ed etno-antropologia, Sapienza Università di Roma

Introduzione

Il presente lavoro è parte della mia ricerca di dottorato sulle chiese pentecostali eritree ed etiopiche a Roma, e si fonda su circa diciotto mesi di ricerca sul campo. Il movimento pentecostale è una branca del cristianesimo che si è sviluppata a partire dagli inizi del Novecento, al cui interno vengono enfatizzati il ruolo dello spirito santo che opera nel fedele, al quale dona i carismi (doni dello spirito), e la conversione come momento di rinascita⁽¹⁾ dell'individuo in totale discontinuità con il passato (MEYER B. 1998).

In questo specifico contesto analizzerò l'incontro tra una terapeuta specializzata nel lavoro con i migranti, ed un richiedente asilo eritreo di fede pentecostale, che contesta i termini con cui il rapporto viene impostato ed abbandona il percorso terapeutico.

Non avendo assistito al setting, ricostruisco gli eventi attraverso le narrazioni del richiedente e quelle della terapeuta, cercando di comprendere entro che termini i due agiscono, quali sono le loro interpretazioni degli eventi e quali sono le condizioni che strutturano la relazione. In particolare darò poi rilievo, nella parte finale, alla narrazione del richiedente asilo per mostrare quali sono, secondo me, per lui le poste in gioco dell'incontro terapeutico e del riconoscimento del diritto di asilo.

Lo scopo finale è quello di evidenziare come le poste in gioco si esprimano nella divergenza tra la lettura religiosa e quella clinica. In particolare, ciò che mi interessa qui evidenziare sono le modalità e i termini con cui il richiedente asilo in questione sfugge, più o meno consapevolmente, alla riduzione del rifugiato a “pura vittima” e come, a partire da questa

relazione, si possa riflettere su alcuni più generali processi in atto nel campo dell'asilo politico. L'articolo è organizzato in tre parti: nella prima espongo la biografia del richiedente asilo, contestualizzandola nei processi storici e politici che riguardano l'Eritrea e le sue migrazioni; nella seconda narro gli eventi dell'incontro terapeutico, cercando di mostrare come entrambi i soggetti agiscono entro diversi sistemi di senso; nell'ultima parte, a partire delle motivazioni date dal richiedente asilo alle sue scelte, propongo una riflessione sulle modalità con le quali si viene riconosciuti come rifugiati in relazione ad alcune dinamiche in atto nel campo del riconoscimento dell'asilo politico.

1. *Biniam e l'Eritrea*

Biniam appartiene alla generazione di Eritrei che, in tigrino, viene definita *warsay* (eredità/ereditiero) ed è costituita dai giovani nati immediatamente prima dell'indipendenza del 1991, o a ridosso di essa.

L'eredità consiste in ciò che la generazione precedente – gli *y'kealo* (lett. = colui che può) – ha ottenuto nel “tempo della lotta” (*Gezie Qalsi*). Si tratta, cioè, dell'indipendenza, raggiunta con una guerra trentennale (1961-1991) per la liberazione del paese dall'Etiopia, alla quale era stata annessa nel 1952 (CALCHI NOVATI G. 1994).

L'indipendenza produce soltanto un breve periodo di tranquillità politica, poiché nel 1998 esplode un nuovo conflitto con l'Etiopia, che costituisce uno spartiacque nella recente storia eritrea.

Biniam appartiene alla generazione che ha vissuto solo quest'ultimo aspetto del “sogno” indipendentista: nato nel 1990 a Massawa, egli si converte in età adolescenziale alla religione pentecostale, insieme alla sua famiglia, in seguito alla guarigione da alcuni suoi disturbi.

Ciò avviene nei primi anni del Duemila, quando le condizioni politiche in Eritrea sono piuttosto complesse: si è appena usciti dalla terribile guerra con la vicina Etiopia (1998-2000) che ha smorzato gli entusiasmi generati dall'indipendenza (NEGASH T. - TRONVOLL K. 2000) e ha prodotto un inasprimento delle condizioni politiche nel paese. L'Eritrea diviene una nazione militarizzata e autoritaria: le donne dai 18 ai 40 anni, e gli uomini dai 18 ai 50, sono inseriti nell'*Eritrean Defense Force* o nel *National Service* a tempo illimitato (HEPNER T.R. - O'KANE D. 2011; MÜLLER T. 2011; RIGGAN J. 2011), con il pretesto di dover difendere il paese da una possibile nuova aggressione etiopica; le libertà di stampa e di espressione sono soppresses

e molti culti religiosi, da sempre mal visti dalle forze politiche al potere, vengono perseguitati. Tra questi, vi sono le chiese pentecostali sviluppatesi nel paese negli anni Settanta con l'azione di alcuni pastori etiopici (KIFLEYESUS A. 2006: 77), che, nel 2002, vengono bandite.

Biniam, in quel periodo, frequenta la scuola superiore e viene più volte sorpreso a predicare il suo credo religioso. L'argomento principale della sua opera di evangelizzazione, mi narra, si incentra sul cambiamento del governo dell'Eritrea attraverso la conversione di massa, poiché l'unico modo di cambiare le cose in quel paese è "accettare Gesù". Con Gesù, mi spiega, si può veramente cambiare il mondo, non forzando gli altri, non usando le armi:

«perché così non si cambia. Abbiamo combattuto per trent'anni noi eritrei e siamo liberi? No, non lo siamo... perché solo Gesù può cambiare le cose»⁽²⁾.

Durante una predicazione viene scoperto dalla polizia e arrestato con l'accusa di "camminare con gli americani", poiché il pentecostalismo è visto come una forma religiosa proveniente dagli Stati Uniti e dunque, nella retorica anti-imperialista del regime, una sorta di arma con la quale gli "americani" tentano di penetrare nel paese.

Nei mesi di carcere viene sempre tenuto legato, picchiato con calci, percosso con il fucile e con getti di acqua gelida e, successivamente, condotto direttamente al servizio militare.

Dopo alcuni mesi di addestramento, Biniam chiede una licenza per poter visitare la famiglia, che però gli è negata a causa delle sue condotte precedenti. Siamo nel 2007, e Biniam, come migliaia di connazionali, decide di scappare dal paese per evitare un futuro dedicato esclusivamente alla vita militare. Dopo un lungo percorso migratorio e un periodo trascorso in Sudan, approda in Italia e cerca poi di spostarsi in Inghilterra. Identificato come richiedente asilo già nel nostro Paese, nel quale era transitato, viene rinvio in Italia.

Come tutti i richiedenti asilo, Biniam, invia la sua richiesta alla questura di riferimento attraverso la compilazione di un modulo standard (c/3), contenente informazioni sulla famiglia del richiedente, la sua appartenenza etnica e religiosa, il suo grado di istruzione, le lingue parlate e, soprattutto, le motivazioni principali della fuga. A quel punto, come da procedura, la questura invia la richiesta alla Commissione Territoriale di competenza che la esamina e fissa una intervista con il richiedente asilo.

Dall'intervista dipende l'esito della richiesta di asilo, poiché con essa si valuta sia la fondatezza delle motivazioni alla base della istanza d'asilo,

sia la veridicità di quanto affermato dal richiedente in merito alla propria identità, appartenenza nazionale o religiosa, e, soprattutto, rispetto a quanto egli sostiene di aver vissuto nel proprio paese (SBRICCIOLI T. - PERUGINI N. 2012).

Durante l'attesa della convocazione da parte della commissione, Biniam è ospitato in un CARA (Centro di Accoglienza per Richiedenti Asilo). In questo periodo prova a imparare l'italiano e a cercare un impiego da poter svolgere una volta ottenuti i documenti. Una associazione alla quale si rivolge lo indirizza presso una psicologa specializzata nel lavoro con stranieri, poiché, come la terapeuta mi spiega, il suo comportamento desta preoccupazione: non ama stare con gli altri, soffre di insonnia e di notte va a sedersi ai giardini, da dove una volta la polizia gli ha chiesto di allontanarsi.

Biniam interpreta questi incontri come l'anticamera del lavoro: vede i colloqui come una sorta di test per valutare la sua sanità mentale allo scopo di potergli affidare una occupazione. Tuttavia, lontano dalle sue aspettative, gli incontri con la psicologa costituiscono un vero e proprio elemento critico nel suo racconto:

«lei era una psicologa, Ma io non avevo problemi, non sono malato: sono felice. Ma te l'ho detto: nella mia vita sono successe molte cose: mi hanno picchiato, hanno messo dei pesi sulla mia testa, mi hanno preso i soldi. Quando ero giovane, a sedici anni, mi hanno messo in arresto in una prigione sotterranea e adesso lei, questa psicologa, pensa che la mia mente non è a posto. Perché tu sai che qui in Europa o anche in altri posti se uno è stato picchiato, torturato, lo sai: lui avrà problemi mentali. Così lei pensava che io avessi problemi mentali. Mi faceva tante domande: “come ti senti?”, mi disse. Le dissi “sto bene” – “quante ore dormi?”, mi disse. Le dissi “otto ore... a volte dormo dodici ore, dieci ore”. È vero che dormo così. Lei mi chiese “tu pensi?”. “sì io penso[...]”: penso a come creare relazioni, come affrontare il domani, per il matrimonio, per il lavoro. A volte penso alla mia famiglia, cosa deve fare. Io prego per loro, che siano felici. “Io non penso” le dissi, e lei mi disse “tu stai bene?”. “io sto bene” le dissi. Lei mi diede due appuntamenti per settimana [...] lei chiedeva, chiedeva, chiedeva... questa dottoressa non mi credeva, [...]. Così l'ultima volta (lei sapeva che io ero un credente di Gesù Cristo) mi chiese “quale libro leggi?”, io le dissi “io leggo la bibbia”. Lei mi disse “uuuuu credi in Gesù Cristo”; le dissi: “significa che dentro di te hai la pace e tutto”. Io so che non solo lei, ma anche le altre persone dicono [...] “tu sei stato torturato e picchiato da gente, tu hai avuto tanti problemi... perché nella tua mente non ci sono problemi? perché non pensi cose malvagie?” No, non è da me, perché tu sai che se hai lo spirito di Dio, non subisci nulla, se tu hai il sapere di tutto, possono torturarti, possono farti tutto: se non hai lo spirito di Dio penserai cose malvagie sulle persone che ti hanno torturato

e questo creerà solo problemi a te. Questo è perché non hanno lo spirito di Dio, ma se tu hai lo spirito di Dio, sai, quello darà a te la pace, e ti darà il riposo che tu desideri. Il potere dello spirito ti dà la pace».

Biniam rifiuta qualsiasi tentativo di attribuirgli un disturbo mentale. Appropriandosi del linguaggio medico-psichiatrico, ritiene che il meccanicismo torture=disturbo mentale, secondo lui alla base di quella interpretazione, non funzioni nel suo caso. Ricorrendo ad una delle interpretazioni eziologiche tipiche del pentecostalismo, in base alla quale è la condotta peccaminosa che apre la porta ai demoni che causano la malattia, sostiene la impossibilità che un disturbo, mentale o fisico, possa colpire lui, un cristiano *born-again*. Lui ha lo "spirito di Dio" che gli permette di perdonare chi gli ha fatto del male e di evitare che la malattia si "impossessi" di lui:

«Ci sono delle persone che possono essere controllate dalla malattia. Ma perché? Perché loro non conoscono Dio, perché non hanno lo spirito di Dio, lo sai? Se tu hai lo spirito di Dio, se tu sei servo di Dio... Io da solo non posso fare nulla, neanche la medicina può fare nulla, ma Dio... Dio ha aperto il mio cuore e la mia mente attraverso il suo spirito per conoscerlo, e conoscere la parola di Dio».

Come appare, Biniam non rifiuta nettamente "l'eziologia laica", anzi accetta la possibilità che le torture *possano* generare dei disturbi mentali, ma ritiene la diagnosi e il percorso di cura inappropriati ad un *born-again*. Ritiene anche che i tentativi della psicologa fossero finalizzati solo all'identificazione di qualche disturbo da curare con psicofarmaci⁽³⁾ che comunque non gli potrebbero infondere la pace datagli dallo spirito di Dio:

«e allora cosa sarebbe successo: loro avrebbero saputo e deciso di darti dei farmaci. Questa è la mia opinione, può essere... se io avessi detto "io non dormo la notte, io penso... penso sempre" loro avrebbero detto "vai in farmacia, pillole per dormire". Loro avrebbero deciso questo, loro non possono, non possono far sì che io non pensi una altra volta, Se tu hai un vuoto di pace, Lui [Gesù] ti darà la pace. Quelle pastiglie non possono darti la pace. Le pillole non possono farti dormire otto ore in pace [...]. *Ok, io sono una persona torturata e può darsi che questo possa generare problemi mentali [...] ma io non ne ho perché ho perdonato loro.* Dio li benedica. Le persone che hanno creato problemi a te, se tu non le perdoni sarà un problema per te, non per loro».

Mesi dopo il mio incontro con Biniam, grazie ad una serie di coincidenze e conoscenze, incontrai la dottoressa. Quest'ultima, da un lato, supponeva vi fossero in lui dei disturbi dell'adattamento dovuti a ciò che lui aveva subito in Eritrea, dall'altro, riteneva che una diagnosi, ad attestare un

disturbo connesso con le vicende vissute nel proprio paese, costituisse l'unica reale arma per aiutare i richiedenti asilo ad ottenere lo status di rifugiato. È questa ultima idea che propone a Biniam, dicendogli chiaramente di volerlo aiutare nell'ottenimento del suo documento. Svelando, quindi, le carte sull'uso tattico della diagnosi ⁽⁴⁾, provoca un ulteriore rifiuto da parte di Biniam: secondo la sua opinione, lei non aveva l'autorità per aiutarlo perché ciò di cui lui ha bisogno non sono gli psicofarmaci, ma una casa, un lavoro, una sicurezza in questo paese:

«è la mancanza di queste cose che può generarti problemi mentali, ne aggiunge invece che risolverli. Lei mi chiedeva “stai male, che sogni fai”... che sogni faccio? “dottorressa io sogno di avere un lavoro e poter aiutare la mia famiglia»

Dopo questo episodio, Biniam abbandona il percorso terapeutico perché lo ritiene inutile. Qualche mese dopo ottiene il riconoscimento dell'asilo politico e parte per andare a lavorare prima nel nord-Italia e poi in Svezia.

2. Il contesto dell'incontro

A questo punto, allo scopo di analizzare e comprendere le due prospettive, è necessario chiarire alcuni dati etnografici e descrivere il contesto nel quale avviene l'interazione. Biniam viene inviato dalla terapeuta di una struttura romana conosciuta all'interno del gruppo di ricerca di cui faccio parte: varie tesi di magistrale erano state scritte a partire da ricerche condotte all'interno del centro e da alcune di esse emergevano dei dati interessanti. Gli studenti avevano condotto un periodo di tirocinio/ricerca presso questo centro specializzato nel lavoro con migranti e, soprattutto, richiedenti asilo, osservando il lavoro degli operatori, raccogliendo i loro punti di vista e seguendo da vicino gli incontri con i pazienti. In uno di questi lavori, in particolare, si sottolineava proprio come, innanzitutto, la maggior parte dell'utenza fosse costituita da richiedenti asilo in cerca di un certificato che potesse aiutarli nel loro processo di riconoscimento, piuttosto che di una cura della sofferenza (ROMITO C. 2011: 101 sgg); in secondo luogo il macchinario della cura fosse spesso piegato verso la “decodifica” di posture e discorsi altri in categorie diagnostiche per la produzione di tali certificati (*ivi*: 109 sgg.) ⁽⁵⁾. La certificazione psicologica che attesta la presenza di disturbi legati al proprio passato ed all'esperienza alla base della migrazione forzata è, infatti, in grado di influenzare positivamente il parere delle Commissioni Territoriali nella

valutazione delle richieste. Anche in questo caso, infatti, è all'opera quel meccanismo, evidenziato, riguardo ad altri contesti, dalla letteratura, per cui i certificati medici e psicologici aumentano la possibilità di un esito positivo della richiesta di asilo (FASSIN D. 2012; FASSIN D. - RETCHMAN R. 2009: 252; SORGONI B. 2011).

Nell'era della politiche migratorie occidentali basate sulla restrizione e la deportabilità (DE GENOVA N. 2002), si dispiega infatti quella che VACCHIANO (2005) definisce una "ossessione" per l'uso strumentale del diritto di asilo: le storie dei richiedenti asilo vengono, quindi, guardate con sospetto – alla ricerca di elementi che possano smascherare un "falso rifugiato" – che diviene l'ethos dominante nel campo dell'asilo (SORGONI B. 2012; WHITE Z. 2011; FASSIN D. - RETCHMAN R. 2009; EASTMOND M. 2007; VACCHIANO F. 2005). Le narrazioni dei richiedenti asilo, spesso unica prova a sostegno della loro istanza di fronte alle commissioni per la valutazione, vengono vagliate allo scopo di testare la coerenza della narrazione, la veridicità dei singoli eventi e della identità personale e la attendibilità del racconto (SORGONI B. 2011: 116).

In tale situazione un documento medico che accerta le torture subite, o quello di un esperto di salute mentale a testimonianza dei "traumi" lasciati dalle torture, sebbene non sostituiscano certamente la valutazione delle commissioni per il diritto di asilo, emergono comunque come elementi che, sempre più, possono sostenere la validità del racconto ed influenzare fortemente il riconoscimento dello status di rifugiato (FASSIN D. - RETCHMAN R. 2009: 252; VACCHIANO F. 2005; SORGONI 2011). In questo contesto, centri preposti alla cura di migranti e rifugiati si specializzano nella produzione di questo tipo di certificati (FASSIN D. 2012: 110; D'HALLUIN E. - FASSIN D. 2007). La struttura teatro dell'interazione che ho narrato rientra in questa tipologia descritta dalla letteratura: come detto poco più sopra, coloro che si rivolgono a questa struttura, autonomamente o dietro consiglio di associazioni, come nel caso di Biniam, non sono (necessariamente) alla ricerca di una cura. I colloqui sono infatti finalizzati alla produzione delle certificazioni psicologiche, e solo dopo tre colloqui iniziali si chiede al soggetto se è interessato a proseguire la cura. Questa breve descrizione del contesto ci permette di inquadrare adesso le azioni e i discorsi della terapeuta.

La dottoressa, nel corso del breve incontro che sono riuscito ad avere con lei, mi spiegò, con dovizia di particolari, che alcuni atteggiamenti di Biniam sembrassero ricondurre a dei disturbi clinici lievi, ma che tuttavia il suo ruolo era piuttosto limitato proprio a causa del fatto che la diagnosi

ha un ruolo importante nella valutazione della richiesta di Asilo. In questa idea di uso tattico della diagnosi è possibile comprendere il punto chiave della sua interazione con Biniam: le domande che la dottoressa pone. Sebbene, infatti, ad una prima analisi potrebbe apparire quasi un personaggio passivo, le domande mostrano chiaramente la sua posizione, soprattutto alla luce del ruolo del certificato nella valutazione della richiesta di asilo e della oscillazione della dottoressa tra analisi clinica ed uso tattico della diagnosi: Come ti senti? Dormi? Quante ore dormi? Sogni? Che sogni fai? Pensi? Cosa pensi?

Esse potrebbero essere interpretate come neutrali, ma, tuttavia, lasciano trapelare il tentativo di ricondurre l'esperienza di Biniam ad un disturbo, estraendo dalla socialità e dalla storicità della sua narrazione, elementi – indizi, direbbe MARTINEZ-HERNAEZ (2000) – che possano associarsi ad una categoria nota. Le domande poste sono, infatti, quelle predefinite dallo SCID-I, uno strumento diagnostico, basato su una intervista semi-strutturata, per indagare la eventuale presenza di disturbi relativi all'asse I del DSM IV. In particolare le domande rivolte dalla terapeuta, sono relative al *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD), ovvero quella categoria diagnostica introdotta dal DSM III R la cui insorgenza è definita «come la possibile conseguenza di eventi traumatici, [...] [definiti] come eventi relativamente rari che cadono oltre l'ambito dell'esperienza umana ordinaria» (BENEDEUCE R. 1998: 113). Nel DSM IV la nozione di PTSD viene ulteriormente allargata tramite una applicazione più flessibile della «nozione di “evento stressante o traumatico”, con il rischio di includere ogni evento doloroso tra quelli potenzialmente responsabili di un PTSD» (*ibidem*).

È proprio lo SCID-I lo strumento di valutazione usato all'interno del centro in questione allo scopo di produrre certificazioni: ciò che infatti viene prodotto nel caso di Biniam, è una “certificazione psicologica”, da poter inviare alla commissione che valuta la richiesta di asilo. Il documento è basato su una struttura standard con cui vengono compilati questo tipo di certificati all'interno del centro. Ad una breve descrizione generale degli aspetti socio-anagrafici di Biniam, segue un resoconto delle “memorie”, sotto forma di riassunto degli eventi che avrebbero maggiormente segnato la sua psiche. Il certificato si conclude poi indicando i criteri con i quali sono stati fatti gli approfondimenti psicodiagnostici (lo SCID-I), dai quali sarebbe emerso un disturbo dell'adattamento con umore depresso e il riscontro di una sintomatologia da disturbi moderati nella scala della Valutazione Globale del Funzionamento (VGF) psicologico, evidenziando la correlazione tra il quadro clinico presentato e le vicende vissute in Eritrea.

Il certificato esiste ed ho avuto l'occasione di visionarlo, e credo sia anche stato usato come documento da presentare alla commissione. Non posso affermarlo con certezza poiché Biniam ha sempre negato, durante i nostri incontri, che fosse stato prodotto un certificato. Quando riuscì ad incontrare la terapeuta, Biniam era già in Svezia e, solo dopo qualche mese, riuscì a comunicare con lui e mi ribadì che nessun certificato era stato prodotto.

3. Le poste in gioco dell'incontro terapeutico

Le azioni di Biniam e quelle della terapeuta si muovono entro strutture predefinite. Biniam, ospite di un CARA, in attesa dell'intervista, viene indirizzato presso un centro specializzato nel lavoro clinico con i richiedenti asilo. La dottoressa accoglie il richiedente asilo e lo sottopone alle procedure standard, che la conducono a formulare una diagnosi. Sullo sfondo vi è la situazione che struttura questo incontro, ovvero quel contesto delle pratiche di riconoscimento del diritto di asilo in cui assume sempre più importanza la prova medica o psicologica, al punto che «il lavoro con i rifugiati e i richiedenti asilo forza i clinici a spingersi oltre il loro ruolo tecnico, assumendo quello di avvocati» (KIRMAYER L. 2007: 309). In queste strutture, i due soggetti compiono le loro azioni nei margini di libertà entro i quali i loro atti sono confinati: la terapeuta, attraverso strumenti diagnostici scientificamente riconosciuti, traccia la condizione clinica dell'utente, con la contemporanea tensione data dallo sdoppiamento del suo ruolo. La dottoressa è, infatti, allo stesso tempo clinica e avvocato della causa di Biniam, come lei stessa afferma mostrandomi la consapevolezza dell'importanza del certificato medico, spesso unica arma nelle loro mani – mi dice – per aiutare i richiedenti ad ottenere l'asilo politico. Biniam, dal suo lato, sembra non accettare questa visione sostenendo la impossibilità stessa di essere affetto da un disturbo mentale e negando, nelle sue conversazioni con me, sin anche l'esistenza del certificato stesso. Le due azioni si inseriscono entro due diverse interpretazioni, due diversi sistemi di senso. La terapeuta, inserisce l'esistenza di Biniam dentro l'interpretazione clinica, oscillando tra questa ed un uso "tattico" della diagnostica stessa: la vita di Biniam diviene un insieme di "dati" da ricostruire per formulare una diagnosi, stilare un certificato che può aiutarlo ad ottenere l'asilo politico. Biniam, invece, interpreta la sua esistenza, il suo passato, nei termini della visione religiosa che contrappone a quella della terapeuta in maniera forte, permettendoci di osservare che egli rifiuta la

lettura clinica poiché è dentro un'altra lettura, quella religiosa, nella quale tutto è riportato al piano metastorico: si oppone alla connessione automatica tra tortura e disturbo, non ritenendola sbagliata in sé, ma, piuttosto, inapplicabile ad una persona piena di spirito santo che non può essere attaccato dalla malattia. Attraverso questa interpretazione, Biniam, mette in luce che per lui vi è una posta in gioco diversa, nell'interpretazione della vicenda, e che essa trascende l'incontro terapeutico stesso. È ovvio, in ogni caso, che Biniam ha come obiettivo principale l'ottenimento dei documenti ma, tuttavia la questa posta in gioco sembra trascendere anche questo livello, per porsi su quello più particolare del significato attribuito al processo di riconoscimento.

Mi riferisco qui al particolare tipo di soggetto che il linguaggio clinico tende a costruire, con la sua interpretazione schiacciata su quei singoli eventi "traumatici" del passato (BENEDEUCE R. 2007), di fronte al quale Biniam sembra proporre una maggiore attenzione al presente, una proiezione verso il futuro ed una interpretazione diversa del passato stesso. Fa sua, infatti, una interpretazione pentecostale, a mio avviso efficace poiché elaborata all'interno della congregazione che seguo e, quindi, con il gruppo di connazionali che condivide le stesse preoccupazioni ed ha vissuto vicende simili: considera la recente Storia eritrea come frutto del peccato, risultato di una visione del mondo che ha dato troppa importanza alle "cose del mondo", tra le quali la politica, il nazionalismo e la guerra:

«perché così non si cambia. Abbiamo combattuto per trent'anni noi eritrei e siamo liberi? No, non lo siamo... perché solo Gesù può cambiare le cose».

In questo modo quel periodo e le sue fondamenta culturali, religiose e politiche sono criticati dai fedeli, secondo un meccanismo classico del pentecostalismo, in quanto responsabili di non aver gettato le basi per una "buona società" nel presente (MARSHALL-FRATANI R. 2001: 87): ciò che deriverebbe da quel passato, secondo questo punto di vista, sono povertà, migrazioni forzate e un governo che perseguita le chiese pentecostali. Entro i confini di questa interpretazione è possibile collocare i singoli eventi biografici che in questo modo trovano un orizzonte di elaborazione: chi lo ha torturato è partecipe di quella Storia ed è mosso dallo "spirito del mondo", ovvero da Satana, nel linguaggio dei pentecostali eritrei. Li ha dunque perdonati, poiché lo spirito di Dio, mi dice, gli ha dato la forza di farlo e lo ha protetto dall'insorgere di malattie mentali. Sulla base di questa complessa interpretazione egli non rigetta l'idea che le torture possano condurre a disturbi mentali, piuttosto so-

stiene che questo automatismo può essere rotto dallo Spirito Santo che protegge dalle malattie. Questa sua diversa interpretazione del passato, nella quale la possibilità di sviluppare disturbi causati dalle torture è spezzata, gli consente però, di attribuire alla figura del rifugiato una dimensione vitale, di porsi come soggetto diverso da quella figura del rifugiato in quanto "pura vittima da aiutare" che rende negletti gli stress che possono invece essere provocati dalla vita nei paesi di arrivo (VACCHIANO F. 2005: 98; BENEDEUCE R. 1998: 124-125), con la sua volontà di proiettarsi nel futuro. Alle domande della terapeuta volte a indagare il suo passato, e la sua ricorrenza nel presente (la presenza di flashback, di ripetizioni di quel vissuto tramite i sogni e di ricorso degli eventi nei pensieri quotidiani), Biniam risponde proiettandosi nel futuro, smarcandosi da quella logica di riduzione al passato:

«Lei mi chiedeva "stai male, che sogni fai"... che sogni faccio? "dottorressa io sogno di avere un lavoro e poter aiutare la mia famiglia»

Con una metafora grammaticale si potrebbe dire che di fronte al tentativo di indagare il suo passato remoto, Biniam si oppone coniugando la sua esistenza al futuro. Non credo vi sarebbe il rischio di forzare troppo le cose se leggessimo le sue parole nel seguente modo: "il mio problema non è (solo) il passato, ma il presente ed il futuro":

«Lei mi chiese "tu pensi?". "si io penso[...]: penso a come creare relazioni, come affrontare il domani, per il matrimonio, per il lavoro. A volte penso alla mia famiglia, cosa deve fare. Io prego per loro, che siano felici.[...] è la mancanza di queste cose [lavoro e casa] che può generarti problemi mentali, ne aggiunge invece che risolverli. Lei mi chiedeva "stai male, che sogni fai"... che sogni faccio? "dottorressa io sogno di avere un lavoro e poter aiutare la mia famiglia»

Sulla base della sua storia si potrebbe richiamare un ampio dibattito sul legame tra il linguaggio del trauma e l'inserimento dell'asilo politico nell'ambito più generale di quella che Fassin chiama "ragione umanitaria" (FASSIN D. 2012, 2006a) e sulle questioni riguardanti il lavoro clinico con i richiedenti asilo (BENEDEUCE R. 2007, 2010) che però esulano dagli obiettivi, e dallo spazio, di questo articolo. Vorrei qui soltanto richiamare un aspetto particolare dell'applicazione del linguaggio del trauma, a partire da alcune riflessioni proposte da Roberto Beneduce. L'antropologo, impegnato anche come psichiatra presso il centro Fanon di Torino, evidenzia quanto le categorie diagnostiche legate al trauma tendono a estrapolare alcuni eventi che si discosterebbero dalla "esperienza umana ordinaria", nozione già in sé discutibile, in una prospettiva antropologica, poiché risulta problematico individuare una "ordinarietà" universale

(2007: 308). L'autore affronta proprio il problema del lavoro con i rifugiati e i richiedenti asilo nei contesti come quello che abbiamo analizzato, sostenendo che

«anche quando il suo uso è strumentale, una *tattica*, a cui è impossibile sottrarsi nel campo della cura (ad esempio quando si stende un certificato medico per un richiedente asilo dove il ricorso alle nozioni di trauma o altre, aumenta il grado di credibilità del suo racconto)[...] [esso] diventa completamente insignificante quando prova a dire l'esperienza di chi ha conosciuto il terrore e l'umiliazione» (BENEDEUCE 2010a: 21, corsivi dell'autore).

È, a mio avviso questa dimensione di riduzione di una complessa storicità, entro la quale la biografia individuale si inserisce, a pochi eventi ad apparire problematico nell'incontro in questione. In questo senso andrebbe preso in considerazione il linguaggio religioso che dispiega un potenziale di rivelatore di processi storici, di base per strategie di azione nel presente (SCHIRIPA G. 2012) e di interpretazione della Storia (BENEDEUCE R. 2010b: 173), all'interno del quale i vissuti collettivi ed i singoli episodi vengono assorbiti, elaborati e dotati di senso. Rileggere il passato consente, però, a Biniam di attribuire un significato diverso all'etichetta di rifugiato, svincolandosi da un meccanismo di riduzione del rifugiato a mera vittima da salvare, *egli è già salvo*, dice, e ciò che lo preoccupa è il futuro. Questa doppia dimensione di passato e futuro conduce, a mio avviso, ad un ultimissimo richiamo alla letteratura. Quello che vorrei, infatti, notare in conclusione come il discorso di Biniam, e la sua interpretazione, evidenzino una posta in gioco che ci conduce ancora una volta a riflettere su quel particolare processo di creazione, da parte delle agenzie internazionali, attraverso le loro politiche e retoriche, di una categoria di rifugiato sostanzialmente depoliticizzata e destoricizzata: un "soggetto umanitario universale" (*universal humanitarian subject*), svuotato delle sue particolarità storiche e biografiche e considerato come una "pura vittima" (MALKKI L. 1996: 378). In questo processo, Malkki notava una doppia dinamica: da un lato, la creazione di una vittima senza voce, la cui parola perdeva sempre più di autorevolezza, dall'altro, un "universalismo destoricizzato" che renderebbe neglette le particolarità storiche, biografiche e politiche del rifugiato (*ibidem*; PINELLI B. 2013). Rispetto a questo processo, Biniam sembra affermare la sua volontà di avere una voce, una particolarità storica e biografica da non rendere negletta e da una proiezione del futuro che lo rende qualcosa in più che mera vittima.

Note

⁽¹⁾ Il momento finale della conversione è il battesimo per immersione, che viene considerato un momento di abbandono del mondo da parte del fedele, che rinasce a nuova vita nello spirito in comunione con Gesù: per questa enfasi i pentecostali chiamano loro stessi Born-again. Per approfondimenti teologici e storici sul movimento si rimanda alla letteratura: ANDERSON 2004; COX 1995; ROBIN 2004.

⁽²⁾ Tutte le citazioni dirette sono tratte da interviste registrate in digitale tra settembre ed ottobre 2012 e successivamente sbobinate. Le conversazioni tra Biniam e l'Autore sono avvenute tutte in inglese, con l'uso di alcune espressioni sia in italiano che in tigrino (lingua ufficiale eritrea). Per ragioni pratiche si è scelto di tradurre in italiano tutti i brani citati. Alcuni dati biografici sono stati raccolti tramite conversazioni informali, ma essi non riguardano mai le citazioni dirette. Oltre ai nomi dei protagonisti, sono state modificate anche alcune informazioni chiave, allo scopo di garantire il loro anonimato, laddove queste variazioni non inficiassero l'analisi.

⁽³⁾ In realtà potrebbe trattarsi di una doppia tattica della psicologa per garantirsi la continuazione della cura da parte di una persona che, secondo lei, ne ha comunque bisogno.

⁽⁴⁾ Cosa non vera perché la terapeuta in questione non aveva neanche la facoltà di prescrivere.

⁽⁵⁾ Non a caso la studentessa riferiva della preoccupazione degli operatori che il servizio non divenisse un "certificatificio".

Bibliografia

ANDERSON Allan (2004), *An introduction to Pentecostalism. Global Charismatic Christianity*, Cambridge University Press, Cambridge.

BENEDUCE Roberto (1998), *Frontiere dell'identità e della memoria. Etnopsichiatria e migrazione in un mondo creolo*, Franco Angeli, Milano.

BENEDUCE Roberto (2007), *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra Storia, dominio e cultura*, Carocci, Roma.

BENEDUCE Roberto (2010a), *Archeologia del trauma: un'antropologia del sottosuolo*, Laterza, Roma - Bari.

BENEDUCE Roberto (2010b), *Corpi e saperi indocili. Guarigione, stregoneria e potere in Camerun*, Bollati Boringhieri, Torino.

CALCHI NOVATI Gian Paolo (1994), *Il corno d'Africa nella politica e nella storia*, Società Editrice Internazionale, Torino.

COSTANTINI Osvaldo (2013), *Rifugiati politici eritrei a Roma. Retoriche del trauma, discorso umanitario e strategie quotidiane di rappresentazione*, "AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica", n. 35-36, ottobre 2013, pp. 129-150.

COX Harvey (1995), *Fire from Heaven: The rise of Pentecostal Spirituality and the reshaping of religion in the twenty-first century*, Addison-Wesley, Reading (Ma).

DE GENOVA Nicholas (2002), *Migrant "illegality" and deportability in everyday life*, "Annual Review of Anthropology", vol. 31, 2002, pp. 419-477.

EASTMOND Marita (2007), *Stories as lived experience. Narratives in forced migration research*, "Journal of Refugee Studies", vol. 20, n. 2, 2007, pp. 248-264.

FASSIN Didier (2006a), *Un ethos compassionevole. La sofferenza come linguaggio, l'ascolto come politica*, "Antropologia", vol. 6, n. 8, 2006 [Sofferenza sociale, numero monografico a cura di Ivo QUARANTA], pp. 93-111.

FASSIN Didier - D'HALLUIN Estelle (2005), *The truth from the body: medical certificates as ultimate evidence for asylum seekers*, "American Anthropologist", vol. 107, n. 4, 2005, pp. 597-608.

- FASSIN Didier - RETCHMAN Richard (2009), *The empire of trauma. An inquiry into the condition of victimhood*, Princeton University Press, Princeton - Oxford.
- FASSIN Didier (2012), *Humanitarian reason. A moral history of the present*, University of California Press, Berkeley.
- HEPNER Tricia Redeker (2009), *Soldiers, martyrs, traitors and exiles. Political conflict in Eritrea and the diaspora*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia.
- HEPNER Tricia Redeker - 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.
- KIFLEYESUS Abebe (2006), *Cosmologies in collision. Pentecostal conversion and Christian cults in Asmara*, "African Studies Review", vol. 49, n. 1, 2006, pp. 75-92.
- KIRMAYER Laurence J. (2007), *Refugees and forced migration. Hardening of the arteries in the global reign of insecurity*, "Transcultural Psychiatry", vol. 44, 2007, pp. 307-311.
- MALKKI Lisa (1996), *Speechless emissaries. Refugees, humanitarianism and dehistoricization*, "Cultural Anthropology", vol. 11, n. 3, 1996, pp. 377-404.
- MARSHALL-FRATANI Ruth (2001), *Mediating the global and local in Nigerian Pentecostalism*, pp. 80-105, in CORTEN André - MARSHALL-FRATANI Ruth (curatori), *Between Babel and Pentecost. Transnational Pentecostalism in Africa and Latin America*, Indiana University Press, Indianapolis.
- MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ Ángel (2000), *Rendere visibile l'invisibile. L'antropologia e la trasparenza del potere bio-medico*, "AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica", n. 9-10, ottobre 2000, pp. 9-34.
- MEYER Birgit (1998), *"Make a complete break with the past". Memory and post-colonial modernity in Ghanaian*, "Journal of Religion in Africa", vol. 28, n. 3, 1998, pp. 316-349.
- MÜLLER Tanja (2011), *Human resource development and the State. Higher education in postrevolutionary Eritrea*, pp. 53-71, in HEPNER Tricia Redeker - O'KANE David (curatori), *Biopolitics, militarism and development. Eritrea in the twenty-first century*, Berghahn Books, New York.
- NEGASH Tekeste - TRONVOLL Kjetil (2000), *Brothers at war: making sense of the Eritrean-Ethiopian war*, J. Currey, Oxford.
- PINELLI Barbara (2013), *Silenzio dello Stato, voce delle donne. Abbandono e sofferenza nell'asilo politico e nella sua assenza*, "Annuario di Antropologia", anno XIII, n. 15, 2013, pp. 85-108.
- RIGGAN Jennifer (2011), *Avoiding wastage by making soldiers. Technologies of the State and the imagination of the Educated Nation*, pp. 72-91, in HEPNER Tricia Redeker - O'KANE David (curatori), *Biopolitics, militarism and development. Eritrea in the twenty-first century*, Berghahn Books, New York.
- ROBIN Joel (2004), *The globalization of Pentecostal and Charismatic Christianity*, "Annual Review of Anthropology", vol. 33, 2004, pp. 117-143.
- ROMITO Carla, (2011), *Certificare il trauma. Il colloquio diagnostico rivolto a persone richiedenti asilo* [tesi di laurea non pubblicata].
- SBRICCIOLI Tommaso - PERUGINI Nicola (2012), *Dai paesi di origine alle Corti italiane. Campi, diritto e narrazioni nella costruzione della soggettività dei rifugiati*, "AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica", n. 33-34, ottobre 2012, pp. 95-128.
- SCHIRRIPIA Pino (2012), *Salute e salvezza nei contesti pentecostali e carismatici*, pp. 11-34, in SCHIRRIPIA Pino (a cura di), *Terapie religiose. Neoliberismo, cura, cittadinanza nel pentecostalismo contemporaneo*, CISU, Roma.
- SORGONI Barbara (2012), *"La stregoneria non è un concetto particolarmente complesso". Storia di una richiesta di asilo*, "PrimaPersona", n. 26, 2012, pp. 74-81.
- SORGONI Barbara (2011), *Storie, dati e prove. Il ruolo della credibilità nelle narrazioni di richiesta di asilo*, "Parolechiave", n. 46, 2011, pp. 115-136.
- VACCHIANO Francesco (2005), *Cittadini sospesi: violenza e istituzioni nell'esperienza dei richiedenti asilo in Italia*, "Annuario di Antropologia", n. 5, 2005, pp. 85-103.

WHITE Zachary (2011), *Miopia, incertezza e potere nel sistema d'asilo danese*, "Lares. Quadrimestrale di studi demoetnoantropologici", anno LXXVII, n. 1, 2011 (*Chiedere asilo in Europa. Confini, margini e soggettività*, numero monografico a cura di Barbara SORGONI), pp. 35-65.

YOUNG Allan (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. Si è laureato in Sociologia per quanto riguarda il suo corso di studi triennale, con una tesi in Antropologia culturale. Successivamente si è laureato alla Specialistica (oggi magistrale) alla Sapienza Università di Roma, con una tesi di ricerca tra i rifugiati eritrei che vivono nelle occupazioni a scopo abitativo nella periferia romana. Attualmente è al suo terzo anno del Dottorato in Etnologia ed etno-antropologia, presso il Dipartimento di storia, culture, religione della Sapienza, per il quale conduce una ricerca tra i pentecostali eritrei ed etiopici a Roma, con particolare attenzione ai temi della malattia, della mediazione della cittadinanza e dell'azione del Pentecostalismo nello spazio diasporico.

Riassunto

"I have not mental problems: I believe in Jesus Christ". Malattia mentale, certificate e status di rifugiato: il caso di un richiedente asilo eritreo pentecostale

Ciò che viene definito come "malattia" è spesso frutto di una negoziazione che coinvolge relazioni tra gruppi, istituzioni e singoli con diversi posizionamenti sociali. L'antropologia medica e l'etnopsichiatria hanno contribuito, tra le altre cose, ad evidenziare i collegamenti della definizione, la cura, e la diagnosi della malattia con il più ampio ordine sociale.

Scopo di questo lavoro è di analizzare la negoziazione e i contrasti intorno alla malattia mentale nel caso di un richiedente asilo eritreo di fede pentecostale. L'asilo politico è oggi strettamente legato alla "storia" narrata dal richiedente, la cui credibilità è valutata con sospetto dalle commissioni. Spesso a questa valutazione si accompagnano le perizie psichiatriche che accertano i "traumi" subiti. L'analisi del caso vuole invece mettere in luce la complessità delle esperienze migratorie, in contrasto con il riduzionismo delle categorie psicoanalitiche, evidenziando il tentativo del richiedente di sottrarsi allo stigma del "traumatizzato/malato mentale" causato dall'uso, seppure tattico, di queste categorie da parte della psicologa che segue il suo caso. L'analisi sarà condotta su un caso individuale mettendo in luce come la posta in gioco nell'incontro terapeutico vada oltre la malattia stessa, e come il linguaggio pentecostale venga usato per rifiutare l'attribuzione di un disturbo mentale.

Parole chiave: rifugiati, Eritrea, trauma, Pentecostalismo, dimensione sociale della malattia.

Résumé

“I have not mental problems”. Maladie mentale, certificats et statut de réfugié : étude de cas d’un Érythréen pentecôtiste demandant asile

Ce qu’on définit normalement «maladie» est souvent le produit d’une négociation qui implique des relations spécifiques entre les groupes, les institutions et les individus ayant des différents positionnements sociaux. L’anthropologie médicale et l’ethnopsychiatrie ont contribué, entre autres choses, à souligner les connexions entre la définition, le soin, et le diagnostic de la maladie avec le plus vaste ordre social. Le but de ce travail est d’analyser la négociation et les contrastes autour de la maladie mentale dans le cas d’un demandeur d’asile érythréen de foi pentecôtiste. L’asile politique est aujourd’hui étroitement lié à l’histoire racontée par le demandeur. Sa crédibilité est évaluée avec suspect. Souvent, à cette évaluation se substituent les expertises psychiatriques qui évaluent les «traumatismes» subits. L’analyse du cas devrait, au contraire mettre à jour la complexité des expériences migratoires, en contraste avec la réduction des catégories psychiatriques, mettant en évidence la tentative du demandeur d’échapper aux stigmates du «traumatisé/malade mental» provoqués par l’usage, bien que tactique, de ces catégories de la part de la psychologue qui suit son cas. L’analyse sera menée sur les cas individuels mettant à jour comme l’enjeu dans l’entretien thérapeutique va au delà de la maladie même, et comme le langage pentecôtiste est utilisé pour refuser l’attribution d’un trouble mental.

Mots-clés: réfugiés, Éritrea, traumatisme, Pentecôtisme, espace social de la maladie.

Resumen

«I have no mental problems: I believe in Jesus Christ». Enfermedad mental, certificados y estatus de refugiado: el caso de un solicitante de asilo eritreo pentecostál

Lo que el concepto de «enfermedad» define, a menudo, es el resultado de una negociación que involucra las relaciones entre grupos, instituciones e individuos con diferentes posicionamientos sociales. La antropología médica y la etnopsiquiatría, entre otras cosas, han puesto en luz las conexiones entre la definición, la cura y el diagnóstico de la enfermedad con el más amplio orden social. El objetivo de este trabajo es analizar, en el caso de un solicitante de asilo eritreo de fe pentecostal, la negociación y los contrastes que surgen alrededor de la enfermedad mental. El asilo político hoy es estrictamente conectado a la “historia” narrada por el solicitante de asilo, cuya credibilidad es evaluada por las comisiones. Muchas veces a tal evaluación se substituyen las pericias psiquiátricas que aciertan los “traumas” padecidos. Pero el análisis de este caso debería poner en luz la complejidad de las experiencias migratorias en contraste con el reduccionismo de las categorías psiquiátricas, evidenciando el

intento del de substraerse al estigma de ser considerado "traumado/enfermo mental" como producto, aunque sea "táctico", de la diagnosis de la psicóloga que se ocupa de su caso. El análisis se llevará a cabo poniendo en luz como la puesta en juego en el encuentro terapéutico vaya más allá de la enfermedad, y como el lenguaje pentecostal se utilice para rechazar la atribución de un disturbio mental.

Parablas-claves: refugiados, trauma, humanitario, Pentecostalismo, Eritrea, dimensión social de la enfermedad.

Abstract

"I have not mental problems: I believe in Jesus Christ". Mental illness, certificates and refugee status: the case of an Eritrean Pentecostal asylum seeker.

What is defined as "sickness" is often the result of a negotiation involving relationships between groups, institutions and individuals who have different social roles and status. Medical anthropology and etnopsychiatry have underlined, among the other things, the links between the definition, the cure and diagnosis and the wider social order.

The purpose of this paper is to analyze this negotiation and the contrasts around mental illness in the case of an Eritrean Pentecostal asylum seeker. Political asylum nowadays is strictly connected with the "story", narrated by the asylum seeker, whose credibility is seen with suspicion by the commissions. Often psychiatric diagnoses, that prove the "trauma", are used instead of these valuations. The analysis of this case should throw light on the complexity of migratory experiences, in opposition to the reductionism of psychiatric categories. This comes to light because the asylum seeker rejects the stigma of "traumatized/mental illness" caused by the use, also *tactical*, of these categories by the psychologist following his case. The analysis will be done on an individual case putting in evidence how the matter of the therapeutic meeting goes beyond the disease itself, and how the Pentecostal language comes to be used in order to reject the attribution of a mental problem.

Keywords: refugees, Eritrea, trauma, Pentecostalism, social space of the sickness.

*Quando il corpo racconta l'indicibile:
abuso di alcool, violenza e potere
nella vicenda di Adam**

Nicola De Martini Ugolotti

psicologo clinico e antropologo medico, University of Bath e Associazione Frantz Fanon (Torino)
[ndmu20@bath.ac.uk]

Andrea Fantino

antropologo, Università degli studi di Torino
[fantinoandrea@yahoo.it]

Il seguente contributo parte dalla vicenda di Adam, rifugiato somalo di circa 30 anni e dal suo abuso cronico di alcool, per effettuare delle considerazioni sull'influenza che i dispositivi del governo dei rifugiati, e i luoghi in cui questi dispositivi si attuano, hanno sull'esercizio del diritto alla cura e alla salute da parte di richiedenti asilo e rifugiati. Effettueremo tali considerazioni guardando al corpo di Adam come un "corpo che parla", che *ci* parla attraverso le sue violente manifestazioni di sofferenza agite sotto effetto dell'alcool. Un corpo indocile (BENEDUCE R. 2010a) che ci racconta non solo frammenti di un passato indicibile legato alla sua storia, ma anche e soprattutto qualcosa di più presente e vicino a noi, che ci riguarda tutti e che ci parla delle relazioni di potere e delle condizioni di possibilità rese accessibili oggi giorno a richiedenti asilo e rifugiati all'interno del governo umanitario dei rifugiati in Italia ed Europa.

Per effettuare tali riflessioni però non possiamo non parlare anche dei contesti, gli spazi, creati, volutamente o meno, dai dispositivi di gover-

* Testo definitivo del contributo presentato nella III Sessione parallela (*Condizione migratoria e salute*) al 1° Convegno nazionale della SIAM, *Antropologia medica e strategie per la salute* (Roma 21-23 febbraio 2013).

amentalità “imperfetta” (FANTINO A. 2010) dei rifugiati a Torino. Spazi fisici, relazionali, politici⁽¹⁾, in cui Adam ha vissuto, con cui ha interagito in diverse maniere e che non sono stati semplicemente lo sfondo della sua navigazione dei luoghi della (non) accoglienza torinese, ed italiana. Le analisi di autori come LEFEBVRE (1978), FOUCAULT (1976), AGIER (2008), hanno mostrato come la creazione e gestione degli spazi, quotidiani come *d’eccezione*, rappresentino strumenti per il governo e la strutturazione dei corpi che questi spazi quotidianamente attraversano, vivono, o in cui vengono rinchiusi. A partire da questi ed altri contributi, ed attraverso la storia di Adam, questo articolo si propone quindi di guardare al fitto intreccio che lega corpi, spazi, soggettività, potere e sofferenza nell’esperienza dei richiedenti asilo che continuamente si affacciano alle porte della Fortezza Europa in cerca di protezione e di migliori opportunità di vita. Le considerazioni qui effettuate si riferiscono ad un arco di tempo limitato, ma significativo per le riflessioni qui proposte, che va dall’aprile 2009 al giugno 2010 e sono frutto di una partecipazione osservante che ci ha portato a seguire il protagonista di questo contributo nella sua navigazione quotidiana di diversi spazi e contesti di relazioni legati al governo umanitario dei rifugiati a Torino. Il primo di questi contesti è stato l’occupazione dell’ex-clinica “Nuova San Paolo” di Corso Peschiera a Torino.

L’incontro con Adam: la clinica occupata di corso peschiera a torino

L’ex-clinica “Nuova San Paolo” viene occupata il 12 ottobre 2008 da circa 80 richiedenti asilo e rifugiati con l’aiuto di alcuni membri del Comitato di solidarietà profughi e migranti. L’occupazione fa parte di una serie di mobilitazioni ed iniziative cominciate nel dicembre 2006 e miranti ad ottenere «un passaggio nella definizione di accoglienza da concessione a diritto» da parte delle istituzioni nel contesto torinese (VACCHIANO F. 2011: 175). Sin dal primo giorno quindi l’occupazione assume una connotazione politica: rifugiati e richiedenti asilo avanzano delle richieste ben precise, diritto alla casa e alla residenza, quest’ultima condizione necessaria per l’iscrizione al Sistema sanitario nazionale ed al Centro per l’impiego. Tali rivendicazioni fanno riferimento e rientrano nel quadro giuridico della Convenzione di Ginevra che definisce lo status ed ai diritti di rifugiati nei paesi firmatari, tra cui l’Italia (NICOLOSI S. - PEPINO S. 2011: 142-144). In risposta a tali richieste, le istituzioni locali si occupano della situazione unicamente sancendone l’illegalità e gestendola quindi come un’emergenza di ordine pubblico, e più tardi igienico-sanitario. Tale gestione delle

iniziative e delle richieste degli occupanti contribuirà ad un paradossale crescendo di immobilismo istituzionale a allarme sociale le cui implicazioni e conseguenze verranno considerate nelle prossime pagine. Al momento del nostro incontro con Adam frequentiamo l'occupazione da qualche mese con lo scopo di raccogliere materiali di ricerca sull'accoglienza dei rifugiati a Torino e su quanto le dinamiche di esclusione sociale dei rifugiati possano esacerbare condizioni di disagio e sofferenza psichica. Adam ci viene segnalato dai membri del Comitato di solidarietà profughi e migranti: fa parte di un gruppo di rifugiati che abusano quotidianamente di alcool, ma spicca all'interno di questo gruppo perché, nonostante la corporatura esile e minuta, si rende protagonista sotto effetto dell'alcool di atti violentissimi etero ed auto-lesivi, tanto da costringere spesso i suoi compagni ad immobilizzarlo per evitare che costituisca un pericolo per se stesso o ad altri. I membri del comitato di solidarietà sperano nella possibilità di un contatto con un Servizio per le tossicodipendenze (SER.T) di Torino, visto che Adam sembra aver richiesto loro aiuto per riuscire a smettere di bere. Per fare questo però Adam deve fare la tessera sanitaria, procedura complicata dal fatto che i rifugiati dell'ex-clinica non hanno una residenza a Torino e quindi non possono accedere a servizi sanitari specialistici. Adam accetta quindi volentieri la nostra proposta di accompagnarlo in tale complicato percorso burocratico. Durante i nostri incontri nelle settimane successive, nonostante parli poco inglese e pochissimo italiano, Adam si sforza di comunicare con noi, fa domande, commenti, ci racconta stralci della sua vita in Somalia e della sua fuga: la vita e le persecuzioni vissute in Somalia come membro di un clan minoritario (Shansi), la morte della moglie uccisa in un bombardamento di mortai a Mogadiscio, la preoccupazione per le figlie rimaste con la nonna materna, la fuga e la prigionia in Libia, di cui porta ancora i segni sul corpo, l'arrivo in Italia nel luglio 2007, il riconoscimento dello status di rifugiato ed allo stesso tempo la completa destituzione, l'abuso quotidiano di alcool. Adam ci racconta di essere riuscito ad arrivare in Olanda nel 2008, di aver fatto domanda d'asilo a Den Haag e di essere rimasto per quattro mesi in un campo di accoglienza, prima di essere rimandato in Italia: «*fingerprint*» ci dice con un sorriso spento mostrandoci le mani⁽²⁾. Arrivato a Roma, nuovamente senza risorse e possibilità di accoglienza Adam viene a sapere dell'occupazione dell'ex-clinica di Torino, che raggiunge nel dicembre del 2008. Adam ci esplicita quasi subito la sua intenzione di smettere con l'abuso di alcool ed accetta di essere sostenuto in questo proposito da operatori sanitari specializzati. Nel giugno del 2009 un SER.T di Torino prende in carico Adam⁽³⁾, a patto però che un'équipe

etn clinica del Centro Frantz Fanon⁽⁴⁾ si occupi di ricostruire, con l'aiuto di un mediatore culturale, la storia di Adam e del suo abuso di alcool ed a provvedere uno spazio di sostegno ed ascolto psicologico. Adam sembra in un primo tempo molto intenzionato ad utilizzare le risorse messe a sua disposizione per migliorare la propria condizione, abuso di alcool ed anomalie comportamentali, già diminuite drasticamente nei mesi precedenti, arrivano a scomparire. Nel luglio 2009 Adam si iscrive ad un corso di italiano, intende migliorare la lingua per trovare un lavoro ed essere in grado di far arrivare le sue figlie dalla Somalia.

Nel frattempo però la situazione attorno a lui è cambiata. Come abbiamo accennato precedentemente, la risposta delle istituzioni locali all'occupazione ed alle richieste avanzate dai rifugiati di dell'ex-clinica iniziativa è rigida e assente. Nel luglio 2009 l'occupazione dell'ex-clinica conta ormai più di 380 persone e le condizioni di degrado e pericolo sono sotto l'occhio di attivisti, quartiere, istituzioni. Nonostante le continue mobilitazioni pubbliche degli occupanti, che collocano l'occupazione nell'ambito di una lotta per i diritti dei rifugiati (ed umani), la percezione istituzionale dell'occupazione e la sua rappresentazione mediatica è sempre più orientata a descrivere un sempre meno sostenibile problema di natura sanitaria e di ordine pubblico (NICOLOSI S. 2011: 89). Le istituzioni locali ed una rete di associazioni del terzo settore concepiscono e mettono in atto nell'estate 2009 due soluzioni eccezionali per risolvere l'emergenza dell'occupazione dell'ex-clinica. La prima soluzione prevede l'accoglienza temporanea e puramente abitativa di 280 rifugiati nell'ex Caserma Lammarmora, in un quartiere della pre-collina torinese⁽⁵⁾. Altri 100, ritenuti vulnerabili rispetto a criteri giuridico-medici standard⁽⁶⁾, vengono inseriti in un progetto più strutturato che prevede anche inserimento abitativo e lavorativo per i beneficiari. A fine estate del 2009, l'11 settembre, si procede con lo sgombero della clinica, e 112 rifugiati ritenuti vulnerabili in un precedente censimento vengono portati *temporaneamente* presso il Centro polifunzionale della Croce Rossa di Settimo Torinese. In questo gruppo rientra anche Adam, in quanto utente di un servizio sanitario specialistico (SER.T) e del Centro Frantz Fanon.

Il campo di Settimo Torinese e la deriva di Adam

Il Centro polifunzionale della Croce Rossa Giuseppe Fenoglio è situato nella zona industriale di un paese dell'hinterland di Torino, Settimo Torinese. Il centro, creato dal riadattamento del campo in cui dormivano gli

operai addetti alla costruzione della linea ad Alta velocità Torino-Milano, è situato a 2 km dal centro abitato, isolato in mezzo a capannoni della zona industriale e reso pressoché invisibile dalla recinzione che lo circonda. Per i rifugiati accolti nel campo dall'11 settembre 2009 la gestione del campo presenta da subito diversi elementi percepiti come inutilmente coercitivi e limitanti. I ritmi e movimenti quotidiani dei rifugiati vengono rigidamente influenzati dagli orari di ingresso e di uscita, nonché dei pasti, stabiliti dal personale della Croce Rossa. I rifugiati devono portare con loro un pass segnaletico con foto senza il quale non possono entrare o uscire dal campo e visitatori esterni devono inoltrare una richiesta motivata alla Croce Rossa per accedere al campo. La temporanea permanenza dei beneficiari, inizialmente prevista per durare al massimo fino a dicembre 2009, si prolunga per molti fino al maggio 2010 per problemi del progetto a trovare soluzioni abitative alternative per i rifugiati, contribuendo a creare in un clima di grande incertezza e sospensione. In questa situazione di angoscia e perenne provvisorietà non mancano momenti di tensione tra il personale umanitario ed i rifugiati. In uno di questi momenti nel novembre 2009 le donne del campo organizzano un corteo spontaneo che percorre per di più di due chilometri la strada che raggiunge una grande rotonda all'inizio dell'autostrada Torino-Milano, protestano per le condizioni nel campo e per le promesse mancate di inserimento abitativo e lavorativo del coordinamento delle associazioni.

In questo contesto, pochissimi giorni dopo il suo ingresso al campo, Adam ha una drammatica ricaduta dell'alcool, da cui si era astenuto nei tre mesi precedenti. Di nuovo riemergono gli episodi di violenza, questa volta esplicitamente diretti verso le norme e le regole del campo. Nei mesi successivi gli autori assistono, dentro e fuori il campo, a diversi episodi in cui Adam mette in scena, rivive, atti di una violenza inaudita e senza controllo. In più occasioni Adam scavalca le recinzioni del campo, sfidando apertamente personale e regolamenti, imbraccia fucili immaginari, rivive combattimenti e agguati; altre volte gli autori stessi devono intervenire per fermare accessi di violenza contro passanti o pattuglie delle forze dell'ordine anche fuori dal campo. Gli episodi di violenza di cui Adam si rende protagonista continuano ad aumentare in gravità ed intensità anche quando viene inserito in un alloggio in condivisione a Torino ed inizia una borsa lavoro, come previsto dal progetto di accoglienza, e nonostante continui gli incontri al SERT ed al Centro Frantz Fanon. In una spirale di violenza ed auto-distruzione Adam si procura varie fratture e denunce. Gli agiti di Adam contraddicono esplicitamente e tragicamente l'immagine con cui si era rappresentato con gli attori incontrati all'interno dei

dispositivi del governo umanitario, compresi gli autori, come una vittima totale, ma tali esperienze, memorie, vissuti non riescono ad avere uno spazio di parola all'interno dei contesti terapeutici che ancora frequenta. È in questa situazione che una voce inquietante sul passato di Adam emerge dalla comunità somala: secondo tale voce Adam si sarebbe reso protagonista di atti indicibili durante la guerra civile somala. Purtroppo però non è possibile collocare tale voce all'interno delle nostre riflessioni, né all'interno dello spazio di ascolto del Centro Frantz Fanon: Adam viene arrestato proprio pochi giorni l'evocazione di questa ombra inquietante sul suo passato, ancora una volta sotto effetto dell'alcool, per tentata rapina in un ristorante etnico. Adam rimarrà in prigione 5 mesi e De Martini Ugolotti ed un mediatore somalo riusciranno a visitarlo due volte nell'estate. Durante questi incontri Adam appare curato e in buona salute, quando legge i verbali del processo e dei capi di imputazione tradotti dal mediatore somalo, non si scompone e sembra accettare serenamente la carcerazione. Sembra quasi sollevato dal fatto di essere stato fermato, rinchiuso e punito per ciò che ha fatto e dichiara di non sentire desiderio di bere. Scarcerato nel novembre 2010, non contatterà più il Centro Frantz Fanon, il SER.T né gli operatori dei progetti di accoglienza. Improvvisamente alcuni mesi più tardi Adam viene visto in alcuni dormitori di Torino, lucido, curato ed in buone condizioni generali di salute, per poi scomparire nuovamente.

Governamentalità "imperfetta" dei rifugiati e soggettività indocili

Prendendo spunto dalla storia di Adam vorremmo proporre alcune considerazioni sul fitto intreccio che lega corpi, spazi, soggettività e potere nell'esperienza di richiedenti asilo e rifugiati, e su come tale intreccio incida sulle possibilità di salute e di cura per richiedenti asilo e rifugiati in Italia.

Come suggerisce Michel AGIER (2008) il nostro mondo è diviso in due: da una parte c'è un mondo in cui ogni cosa è visibile e al suo posto, dove i cittadini vivono sicuri all'interno dei propri territori nazionali; dall'altra parte si ha un umanità che rimane invisibile, perché in eccesso, fuori posto, dislocata, e quindi indesiderabile. I rifugiati appartengono a questa seconda metà, incarnano la crisi della cittadinanza e del «ordine nazionale delle cose» (MALKKI L. 1995), sono il prodotto dello stato-nazione ma allo stesso tempo ne sono anche lo scarto, il rifiuto. La vita di chi chiede e ottiene l'asilo politico (o qualche forma di protezione sussidiaria) viene

quindi considerata come un'eccezione, un'anomalia, un'esistenza fuori dall'ordinario, un'esperienza percepita come straordinaria anche perché proviene da conflitti, violenze e spazi di morte carichi di memorie che spesso segnano e mordono il rapporto che le società di accoglienza hanno con il loro passato.

L'eccezionalità della fuga e delle violenze vissute nel paese di partenza, e la necessità di un controllo del flusso degli "indesiderabili" e del problema che rappresentano al cuore della nazione, conducono le società di destinazione alla creazione di una specifica forma di governamentalità della popolazione dei rifugiati, fondata su una «una duplice corda: una protettiva ed una costringitiva» (BAUMAN Z. 2008: 123). Il governo umanitario (AGIER M. 2008) volto alla gestione dei rifugiati da una parte protegge le vittime inserendole in un sistema di accoglienza e dall'altra limita la libertà di movimento degli indesiderabili, spingendoli a vivere in spazi e strutture assistenziali caratterizzate da controllo, isolamento e sorveglianza: in alternativa a questo sistema c'è la completa destituzione. La governamentalità dei rifugiati ambisce a dirigere la loro condotta, a strutturare il loro campo di azione possibile (FOUCAULT M. 1989) attraverso la gestione degli spazi e dei ritmi (LEFEBVRE H. 1978) di vita che caratterizzano la loro condizione di beneficiari dei dispositivi di assistenza. L'operato dei dispositivi di assistenza è pensato però per "accogliere" e gestire un rifugiato "ideale", ovvero il rifugiato che aderisce all'immagine della vittima, una vittima che rimane nel luogo dove ha fatto richiesta di asilo e lì riceve gli interventi assistenziali senza muoversi sul territorio nazionale. Secondo un funzionario della prefettura di Torino intervistato da FANTINO (2011) le pratiche di governo hanno successo solo con i rifugiati che sono "nati a Torino", ovvero che hanno fatto richiesta di asilo in quella città e vi rimangono per la durata del progetto di accoglienza. Tuttavia i rifugiati non sono soggetti passivi e immobili ma piuttosto soggetti mobili e imprevedibili, hanno varcato frontiere, spesso hanno attraversato mari e deserti, «sono sempre in viaggio», come ci diceva Hussein, ragazzo sudanese, e non smettono di muoversi neanche una volta arrivati in Italia, specie in risposta alla precarietà ed alle risorse insufficienti dell'accoglienza.

L'imprevedibile mobilità o l'autorganizzazione dei rifugiati, come nel caso dell'occupazione dell'ex-clinica a Torino, mettono quindi in discussione il governo umanitario. Ciononostante la gestione delle occupazioni come problema di ordine pubblico, come emergenza, permette una ristrutturazione del sistema di accoglienza che si realizza con la costruzione di nuovi dispositivi di assistenza e di sicurezza: la governamentalità c'è, ma è "imperfetta".

MILLER e ROSE (2008) ci ricordano come non esista una governamentalità “perfetta”, e come le istituzioni e i dispositivi di governo dei soggetti siano caratterizzate da forme di resistenza, nonché da sperimentazione, invenzione, fallimento, critica e adattamento (ROSE N. - MILLER P. 2008: 11).

Come i lavori di FOUCAULT (1976, 2005) hanno suggerito, la lente del concetto di governamentalità permette di analizzare le pratiche e dispositivi di assoggettamento e (ri)produzione di corpi “utili” al mantenimento del potere, mentre alla luce di tale prospettiva teorica forme di resistenza e ribellione sono viste come elementi che riaffermano il potere dei dispositivi di governo dei soggetti. Attraverso l’aggiunta (tra virgolette) di un aggettivo apparentemente ridondante e implicito nella definizione stessa di governamentalità, abbiamo voluto sottolineare la particolarità del governo dei rifugiati da noi osservato nel contesto di Torino e attraverso il caso di Adam. Se la governamentalità viene intesa come «l’esercizio del potere che ha nella popolazione il suo bersaglio principale, nell’economia politica la forma privilegiata del sapere e nei dispositivi di sicurezza lo strumento tecnico essenziale» (FOUCAULT M. 2005: 88) la gestione dei corpi dei rifugiati nel contesto di Torino sembra offrire la visione di realtà in cui il controllo minuzioso e totalizzante dei rifugiati (come il campo di Settimo Torinese o la caserma di via Asti) si affianca a situazioni in cui tale esigenza, o possibilità, non si palesa affatto. Anzi si può osservare come nel caso della ex-clinica di corso Peschiera il governo dei corpi dei rifugiati non si è attuato attraverso l’applicazione diretta dei dispositivi di sicurezza e controllo umanitari analizzati in letteratura (AGIER M. 2008) e visti nei campi di via Asti e Settimo Torinese, ma al contrario tramite la sua assenza, motivata dal disconoscimento burocratico dei rifugiati della clinica come popolazione da governare. La governamentalità in questo caso si è manifestata inequivocabilmente con l’assenza di fatto di interventi di assistenza e controllo e nella mancanza di risposte alle richieste e alle pratiche di rivendicazione politica dei rifugiati. Tale assenza di interventi ha poi giustificato l’ingestibilità della realtà dell’occupazione dell’ex clinica ed ha costituito la premessa per l’attuazione di soluzioni eccezionali. In mancanza di termini che meglio definiscono le condotte rilevate nel contesto della ricerca, gli autori hanno quindi deciso di affiancare al concetto di governamentalità l’aggettivo virgolettato “imperfetta”. L’intento di chi scrive è di far risaltare ed includere nell’analisi e nella discussione effettuate anche l’emersione, nell’ultimo decennio, di tali pratiche di governo dei corpi e delle condotte dei rifugiati nel contesto torinese ed in altre realtà italiane⁽⁷⁾.

Sebbene creati da premesse diverse, lo spazio dell’ex-clinica e il campo della Croce Rossa sono accomunati da due elementi. Il primo è una sepa-

razione, una differenza (RAHOLA F. 2005; OESCH L. 2012) dal resto del territorio e del mondo, che rende difficile l'accesso ai diritti e alla cittadinanza: l'occupazione è uno spazio illegale, e il campo della Croce Rossa è uno spazio fisicamente separato, ai margini ed invisibile, uno "spazio abietto" secondo la definizione data da ISIN e RYGIEL (2007); il secondo elemento consiste in una provvisorietà permanente, una situazione di sospensione ed incertezza, un "provvisorio che dura", che grava sia sui rifugiati che vivono nell'occupazione illegale di corso Peschiera come nel campo della Croce Rossa di Settimo. Bisogna considerare che la percezione e gli elementi costitutivi di tale provvisorietà sono profondamente differenti per i rifugiati che vivono nell'ex-clinica e nel campo della Croce Rossa, e queste differenze verranno considerate più in dettaglio nelle conclusioni. Ciononostante è proprio la provvisorietà secondo OESCH (2012) a permettere di dare un senso alle pratiche di gestione eccezionale, emergenziale, di questi spazi da parte degli attori ed istituzioni del governo umanitario.

I dispositivi del governo umanitario dei rifugiati non creano però solo spazi, tempi e business dell'accoglienza, ma creano anche vere e proprie rappresentazioni morali, come sottolineato da HARRELL-BOND (2002) e KOBELINSKY (2007), creano nuove forme di soggettività (FASSIN D. 2008; BENEDEUCE R. 2010b). In particolare i tentativi dei rifugiati di navigare ma anche di piegare i dispositivi di governo a cui sono sottoposti, attraverso rivendicazioni, silenzi, raggiri, vengono interpretati dagli operatori umanitari attraverso delle rappresentazioni morali che finiscono per dividere la popolazione dei rifugiati tra "veritieri" e "ingannatori", tra individui che rappresentano sé stessi come vittime totali e sofferenti, adeguandosi alle aspettative degli operatori, e individui che mettono in crisi l'immagine della vittima grata e meritevole di aiuto attraverso rivendicazioni o "inganni". Ecco che si hanno quindi polarizzate designazioni sociali che vedono i rifugiati da un lato come vittime bisognose di aiuto e dall'altra come imbrogliatori, bugiardi, truffatori (KOBELINSKY C. 2007). Sono proprio queste etichette, queste categorie, queste designazioni a contribuire a creare delle forme di soggettività che in parte corrispondono a queste designazioni (FASSIN D. 2008; BENEDEUCE R. 2010).

Una volta considerato come le pratiche del governo dei rifugiati costituiscano nuove forme di soggettività, insieme a vere e proprie economie morali (NGUYEN V.-K. 2010) e business dell'assistenza, ci chiediamo però quali siano le memorie e le storie che le soggettività create dai dispositivi del governo umanitario escludono e rimuovono, e che cosa succeda a quelle memorie e a quelle storie rimosse nella costituzione di tali soggettività (BENEDEUCE R. 2010b).

Il corpo diventa a nostro parere uno strumento attraverso cui le memorie, le storie escluse dall'esperienza di richiedenti asilo e rifugiati possano emergere, spesso attraverso stati di profonda e violenta sofferenza. Il corpo di conseguenza, diventa il primo strumento, e allo stesso tempo l'ultima risorsa per molti rifugiati di prendere la parola, anche quando all'interno delle pratiche e discorsi dell'umanitario tutto sembra già detto, già deciso⁽⁸⁾. Osservare e comprendere le manifestazioni corporee di richiedenti asilo e rifugiati all'interno dei contesti e degli spazi in cui avvengono può permetterci quindi di capire quali siano queste narrazioni e che cosa queste narrazioni ci dicano dei protagonisti e di noi.

Tenendo in considerazione queste premesse che cosa ci ha detto allora il corpo indocile di Adam? Per poter rispondere a questa domanda dobbiamo guardare con più in dettaglio la relazione che Adam ha avuto con gli spazi appena descritti. Cercheremo di svolgere tale operazione utilizzando le riflessioni emerse all'interno di un terzo spazio che ha caratterizzato l'esperienza del protagonista di questa storia a Torino: lo spazio terapeutico e dell'ascolto nel contesto clinico del Centro Frantz Fanon.

La relazione di Adam con lo spazio della cura si è posta infatti come uno spazio che ha riflettuto le ambivalenze, omissioni, relazioni di potere che hanno caratterizzato il suo rapporto con il governo umanitario dei rifugiati ed i suoi dispositivi. Se da una parte infatti lo spazio del Centro Frantz Fanon si è costituito inizialmente come contesto di ascolto e narrabilità per Adam, ha anche contribuito a consolidare il suo profilo di vulnerabilità all'interno delle rappresentazioni e narrative dominanti, e attese, sui rifugiati. A partire quindi dalle riflessioni condivise con i membri dell'equipe clinica che lo ha seguito⁽⁹⁾, cercheremo di individuare le dimensioni politiche e morali (BENEDUCE R. 2010b) della sofferenza di Adam, manifestata attraverso un corpo indocile che sembrava opporsi con i suoi violenti agiti al potere dell'«umanitarismo disciplinare» (VACCHIANO 2011: 174) a cui era sottoposto nei luoghi e dalle pratiche del governo umanitario.

«I WANT THE HELL»: lo spazio dell'ascolto e l'impossibilità della parola

Lo spazio della cura è stato uno spazio non solo contemporaneo e trasversale agli altri spazi che Adam ha navigato nella sua esperienza torinese, ma come abbiamo detto, ha anche contribuito notevolmente ad influenzare tale navigazione. Capire la relazione che Adam ha costruito

con lo spazio della cura e del sostegno psicologico, può aiutarci a capire come si sia relazionato anche con le istituzioni del governo umanitario, e come il suo corpo, allo stesso tempo assoggettato ed indocile, si sia costituito come unico strumento per rispondere a rappresentazioni che condannavano la sua storia ad un oblio impossibile da sopportare. Il caso di Adam secondo il parere degli stessi operatori clinici del Centro Frantz Fanon⁽¹⁰⁾ si è costituito come luogo di relazione basato su una «costruzione del reale fondata su una rimozione di verità indicibili»⁽¹¹⁾. In questa relazione Adam ha riprodotto, nel contesto di ascolto medico-terapeutico ad una costruzione e narrazione di sé come vittima sofferente di sequele post-traumatiche (VACCHIANO F. 2005), come ci si aspetta che i *veri* rifugiati siano. I membri dell'équipe dal canto loro, pur cogliendo gli aspetti performativi dell'auto-rappresentazione di Adam, si sono trovati spiazzati, privi di strumenti per interrogare la dimensione morale della sofferenza evocata, urlata da Adam attraverso i suoi agiti, ma che non trovava uno spazio di parola. Disorientati nel constatare come forse proprio l'assenza di giudizio che definisce il setting clinico contribuisse a incistare la relazione terapeutica attorno ad uno sterile gioco delle parti, gli operatori non hanno potuto costruire con Adam un contesto di narrabilità, uno spazio di ascolto (MEI I. 2009; KIRMAYER L. 2003) all'interno del quale potesse essere evocata e riconosciuta la voragine che la sua sofferenza incarnava e che lo stava inghiottendo.

Più volte i membri dell'équipe si sono chiesti se Adam avesse veramente bisogno di uno psicologo o di un'altra figura, dotata di un altro tipo di potere e autorità per giudicarlo. Molti degli agiti di Adam sembravano evocare infatti un desiderio di punizione; in un caso su tutti, meno violento di altri, ma decisamente emblematico, durante una lezione di italiano, Fantino trovò scritto a caratteri cubitali su un quaderno di Adam la scritta «I WANT THE HELL». Inutili furono i tentativi dell'autore di capire quali memorie, quali pensieri avessero portato il proprio interlocutore a scrivere tali parole. In un altro momento, durante un colloquio al Centro Frantz Fanon, Adam, parlando del suo abuso di alcool disse di aver smesso di essere vivo da quando aveva iniziato a bere, e che smettere di bere avrebbe significato per lui tornare ad esistere. Nell'interpretazione degli operatori clinici Adam sembrava suggerire con questa affermazione di non considerarsi più umano, forse che qualcosa che aveva visto o compiuto lo aveva espulso dall'umanità. L'équipe si chiese disarmata non solo quale, ma *se* potesse esistere un'autorità morale in grado di restituire ad Adam la propria umanità, se nella Somalia di oggi, nelle parole del mediatore clinico somalo «le persone uccidono pensando

che non hanno un futuro se non quello di morire, perché i crimini che avvengono in quel paese non saranno mai scritti da nessuna parte»⁽¹²⁾. In tale labirinto di copioni già scritti e storie condannate all'oblio, il "sintomo" di Adam, l'abuso di alcool, diventava quindi paradossalmente l'unico modo per dire la verità su di sé, l'unico strumento tramite il quale Adam metteva in scena una storia che altrimenti non sarebbe mai stata scritta da nessuna parte.

Letta in questa maniera la sofferenza di Adam assume quindi una dimensione morale, una forma di resistenza ad un processo di occultamento di sé, di oblio, che Adam sembrava non riuscire a sopportare e che invece gli veniva imposta dalla sua categorizzazione come rifugiato vulnerabile, di vittima per eccellenza. In un tragico gioco delle parti infatti, più ad Adam venivano offerti progetti e risorse, in virtù della sua vulnerabilità (certificata anche dagli attori della cura), più nei contesti di cura e di assistenza lo si allontanava dalla possibilità di poter dire "qualcosa di vero" su di sé, di venire a patti con la sua storia. Non mancavano all'equipe clinica capacità, esperienza e disponibilità ad interrogarsi e comprendere una sofferenza, quella di Adam, che sembrava però manifestare obiettivi, priorità, bisogni diversi da quelli immaginati dalla psicoterapia o da un percorso di sostegno psicologico (BENEDEUCE R. 2010b: 130). La violenta sofferenza agita da Adam sembrava infatti necessitare, più che di uno spazio di cura, di uno «spazio pubblico» (BENEDEUCE R. 2010b: 131), che consentisse, al di là della punizione da lui cercata, una «realtà consensuale e una memoria collettiva per mezzo delle quali i frammenti di memoria personale possono essere assemblati, ricostruiti e messi in scena con l'assunto tacito della loro validità» (BENEDEUCE R. 2010b: 131). L'impossibilità di una tale realtà⁽¹³⁾ sembra essersi concretizzata anche attraverso la costituzione ed imposizione di altri spazi, capaci di trasformare e ridurre storie di violenza politica e sofferenza collettiva in malattie individuali (MEI I. 2009) e categorie sociali (rifugiati vulnerabili), e di proporre «cure in luogo di giustizia sociale» (VACCHIANO F. 2005).

In una tale situazione apparentemente senza uscite, al corpo assoggettato e indocile di Adam non è rimasto quindi che rimettere in scena pubblicamente sia brandelli di una memoria dannata e sanguinante, sia il rifiuto a vedere ridotti il suo abuso di alcool ed i suoi violenti agiti ad una condizione medico-psicologica: coinvolto in una ennesima rissa e gravemente ferito, pochi giorni prima del suo arresto, rifiuta di salire su un'ambulanza e pretende di salire su un'auto della polizia.

Conclusioni: corpi, spazi, potere e le storie incorporate nella sofferenza di Adam

In conclusione, che cosa intendiamo quando definiamo il corpo di Adam “indocile”? E che cosa ci dice il suo corpo indocile delle pratiche, delle categorie, dei luoghi della cura e dell’assistenza? Nel considerare il corpo di Adam in questo contributo, facciamo riferimento alla concezione di docilità definita da Foucault come un elemento fondamentale delle pratiche di conduzione di condotte operate dai dispositivi di governo. Un corpo è docile quando può essere sottomesso, trasformato e perfezionato (FOUCAULT M. 1976) e la costruzione di questa docilità presuppone (micro) pratiche che permettano il controllo minuzioso delle operazioni del corpo e ne assicurano l’assoggettamento costante delle sue forze, imponendogli un rapporto di docilità e funzionalità. Nel caso qui considerato i luoghi e le pratiche del governo umanitario dei rifugiati, come quelle attuate nel campo della Croce Rossa di settimo, sono un esempi di dispositivi miranti a rendere i corpi dei rifugiati docili e compatibili con i canoni attualmente messi in atto dall’accoglienza in Italia: continue emergenze che giustifichino l’inserimento perennemente provvisorio dei beneficiari in spazi di attesa (KOBELINSKY C. 2007). Gli obiettivi ai quali ambivano tali pratiche, a cui testardamente Adam si è opposto con il suo abuso di alcool, vengono esaustivamente riassunti dalla descrizione del “rifugiato ideale” che il responsabile del campo della Croce Rossa propone in un’intervista a “La Stampa” nel maggio 2011: «I settemesi neppure si accorgono della presenza di questi profughi. Loro sono più che civili, anzi sono operosi e collaborativi con i nostri operatori [...] Presto saranno utilizzati anche dal comune come lavoratori socialmente utili per piccole manutenzioni e nelle aree verdi della città» (BERGAMINI N. 2011, *corsivi nostri*).

Come abbiamo notato in precedenza, qualcosa cambia dal momento in cui Adam richiede aiuto per smettere di assumere alcool nell’ex-clinica occupata, al momento in cui riprende drammaticamente a bere a pochi giorni dal suo ingresso nel campo di Settimo Torinese. Qualcosa che riteniamo potrebbe essere legato ai tipi di rapporti di potere, usi e rappresentazioni veicolati dai due diversi spazi dell’ex-clinica e del campo della Croce Rossa. Se, come abbiamo visto, tali spazi rappresentano in maniera diversa due facce della governamentalità “imperfetta” dei rifugiati torinese, non di meno gli usi ed i significati (LEFEBVRE H. 1978) che di questi luoghi hanno avuto e fatto coloro che li hanno vissuti sono stati molto diversi. L’ex-clinica occupata si è costituita per i rifugiati che lo occupavano ed Adam come uno spazio ambivalente, un luogo di disagio e violenze, di sovraffollamento e disperazione, ma anche come luogo di relazioni non

mediate che ha permesso agli occupanti di negoziare ed autogestire, individualmente ed in gruppi, relazioni con diversi soggetti e realtà cittadine. All'interno dell'ex-clinica Adam vive in quello che LEFEBVRE definisce uno spazio di rappresentazione (1978), un luogo che, sebbene differenziato dal resto del territorio cittadino, non ne è isolato, che seppure precario e provvisorio permette ad Adam di far parte della città e della sua vita pubblica, di percorrerla, sfruttarne le risorse, in questo caso per migliorare la propria condizione materiale di salute, e forse anche per sperare per un attimo in una possibile espiazione e redenzione.

Il trasferimento forzato al campo della Croce Rossa in un progetto per rifugiati vulnerabili cambia molte di queste condizioni. Il campo offre sì condizioni abitative e igieniche migliori, ma in cambio allontana, rende invisibile Adam e gli altri beneficiari del progetto dalla città e dalla sua vita pubblica, organizza ed influenza i ritmi di vita dei rifugiati e li sottopone ad un'autorità che agli occhi di molti "ospiti" è ingiustificata e arbitraria. Molti rifugiati, riferendosi alle cancellate di separazione, ai pass segnaletici agli orari stabiliti, all'isolamento spaziale, ci diranno come il campo non sembri loro un luogo di accoglienza, ma una prigione. Il campo della Croce Rossa si è configurato per i rifugiati che lo hanno vissuto come un altro tipo di spazio, una rappresentazione dello spazio (LEFEBVRE H. 1978) che Lefebvre descrive come uno spazio caratterizzato da relazioni mediate e, idealmente, ordinate, dotato di orari stabiliti ed elementi architettonici (ad esempio il muro di cinta) che organizzano i movimenti ed i ritmi di vita di chi ci vive. Al contrario dello spazio dell'ex-clinica, spazio urbano di perenne precarietà, instabilità, ma anche di possibilità e cambiamento, lo spazio del campo contrappone immobilità e ripetizione potenzialmente infinite e trasmette perciò un insopprimibile senso di spossamento e angoscia tra i rifugiati: il campo di Settimo comporta «una supremazia dello spazio sul tempo» (LEFEBVRE H. 1978: 95), la produzione di spazi di attesa (KOBELINSKY C. 2007) dove regna un «tempo congelato» (BENEDUCE R. 2008: 299). L'occupazione dell'ex-clinica è uno spazio in cui non viene richiesto ad Adam di rappresentarsi come vittima totale, come recettore passivo di cure e di assistenza, ma anzi gli viene proposto di porsi come autore della propria quotidianità, membro di una comunità (gli occupanti) e soggetto politico (AGIER M. 2005). Emblematicamente solo all'interno dello spazio dell'ex-clinica Adam è riuscito a dire "qualcosa di vero" su di sé a qualcuno che non conoscesse la sua "vera" storia. Ad una attivista del Comitato di solidarietà profughi e migranti infatti racconta un piccolo ma importante dettaglio sulla sua provenienza, un dettaglio che mette in discussione motivi e logiche della fuga di Adam dalla Somalia e della

sua storia “ufficiale”: una narrazione di sé che è avvenuta nel contesto informale e politico dell'ex-clinica piuttosto che nel contesto di ascolto e sostegno psicologico creato per lui al Centro Frantz Fanon.

Tale configurazione di rapporti non mediati e possibilità di altre narrazioni di sé viene interrotta drasticamente con il trasferimento nel campo di Settimo e dall'inserimento in un progetto per rifugiati vulnerabili. All'interno di questo nuovo campo di relazioni e di potere, Adam viene oggettivato e intrappolato dalla rappresentazione di rifugiato vulnerabile, che lo allontana sempre di più dalla possibilità di dire “qualcosa di vero” su di sé senza dover ricorrere nuovamente all'abuso di alcool. In questo modo Adam viene spossessato anche della possibilità di tentare di riappropriarsi della propria storia, mentre sembra che sia la sua storia ad appropriarsi di lui, ad iscriversi nel suo corpo sofferente ed intossicato, a svelarsi nella performance della violenza. Non potendo riappropriarsi della sua storia, costretto a ripeterla incessantemente in uno stato alterato di coscienza, condannato all'impunità e all'oblio dalla sua condizione di rifugiato vulnerabile, Adam è anche privato anche della possibilità di spiare, di redimersi, darsi pace. Per fare questo Adam ha bisogno che un potere al di sopra di lui, un potere morale, operi questa chiusura e possa giudicarlo, nella speranza che giudizio, e punizione, siano per lui anche redenzione e liberazione: Adam cerca quindi di essere giudicato, o abbattuto. In prigione, condannato per direttissima per tentata rapina, Adam si assoggetta finalmente ad un potere (BUTLER J. 2005) in grado di fermarlo e che lo riconosce, che lo pulisce mentre lo punisce. Adam riesce finalmente a mettere un freno, temporaneamente, a quella condanna dell'impunità che ha caratterizzato la sua vita di rifugiato, essendo stato giudicato e punito, se non per qualcosa di cui non può e non riesce a parlare, per ciò che a quel passato dolorosamente e continuamente rimanda.

Che cosa sia oggi della memoria sofferente ed incarnata di Adam, del suo corpo indocile, che lo ha portato a raccontare una storia indicibile ed inscaltabile all'interno dei paradigmi dell'accoglienza italiana non ci è dato saperlo. Lo sguardo sorprendentemente sereno in prigione e le buone condizioni in cui è stato visto sporadicamente negli ultimi mesi sembrano suggerire che qualcosa in Adam sia cambiato con la violenta cesura della incarcerazione, e che il principale attore di questo cambiamento, colui che ne ha scelto i tempi e le modalità radicali, sia stato unicamente lui. Nonostante ciò non sappiamo fino a che punto l'efficacia simbolica di tale violento arresto (in tutti i sensi della parola) sia riuscita a dare pace alla tormentata memoria di Adam, e sia stata sufficiente per restituirgli altre possibilità di parole e azione, di riappropriarsi della sua storia.

La vicenda di Adam è una storia che confonde, che non può e non vuole lasciare punti fissi, definitivi, ma sicuramente offre spunti per qualche considerazione. Nel suo essere così inafferrabile, diviso, guastatore, il corpo di Adam ha sfidato e disorientato i dispositivi del governo umanitario dei rifugiati, il sapere bio-medico e psicologico/psichiatrico, mostrando spietatamente la nostra impotenza nel dare senso e cura a sofferenze che riportano il discorso dall'individuo sofferente al gruppo, al contesto, alla storia (BENEDEUCE R. 2004: 133). La storia di Adam sembra quindi spingerci a trovare strategie e contesti che possano rappresentare efficaci spazi di narrabilità e di comprensione delle dimensioni incorporate e delle matrici morali e politiche della sofferenza di richiedenti asilo e rifugiati, senza che le loro esperienze, i loro corpi, siano ridotti a categorie destoricizzate e medicalizzate. La tortuosa, contraddittoria, complessa e rivelatoria vicenda di Adam, è stata per noi l'occasione per evidenziare anche la relazione che esiste tra gli spazi in cui si effettua l'accoglienza di richiedenti asilo e le rappresentazioni di sé, relazioni di potere e ritmi di vita a cui coloro che vi sono inseriti sono spesso assoggettati. L'indocilità del corpo di Adam ai dispositivi ed agli spazi dell'accoglienza qui considerati evoca l'insofferenza dei corpi dei rifugiati ad essere governati, gestiti, oggettivati all'interno delle categorie e degli spazi di eccezione dell'«umanitarismo disciplinare» (VACCHIANO F. 2011: 174): campi come quello della Croce Rossa di Settimo, ma anche i CARA ed i CIE. Tale insoddisfazione, tale indisponibilità, si rende quindi visibile non solo tramite mobilitazioni e rivendicazioni, ma anche attraverso le manifestazioni o le cronicizzazioni della sofferenza che tanti rifugiati mostrano nei luoghi della (non)accoglienza. È nostro parere che gli spazi di eccezione dell'odierno governo umanitario non solo non debbano rimanere invisibili all'interno delle discussioni accademiche, come i corpi che contengono, ma debbano diventare oggetto di una rigorosa analisi ed azione critica da parte di ricercatori ed operatori della cura e dell'assistenza a rifugiati e migranti. Perché, in ultima analisi, la sofferenza di Adam non ha evocato unicamente una storia di violenza indicibile legata al suo passato, una storia che non verrà mai scritta, ma anche di una violenza di cui è difficile parlare, perché ci convoca e mette in discussione noi, i nostri paradigmi di accoglienza, cura ed assistenza. Una storia quella di Adam, simile a molte altre, non richiesta, indicibile e forse, proprio per questo, che è necessario trovare il modo di ascoltare.

Note

(1) Ci riferiamo qui a spazi politici sia intendendo spazi che riflettono pratiche di governo, o di opposizione a tale governo, sia come gli spazi quotidiani in cui i soggetti operano negoziazioni delle relazioni di potere in cui sono inseriti.

(2) Secondo le direttive dell'Accordo di Dublino, un richiedente asilo è obbligato a fare richiesta di asilo e venire accolto nel primo paese europeo in cui arriva.

(3) La situazione che ha di fatto escluso quasi tutti i rifugiati che vivevano nell'ex-clinica dall'accesso a cure specialistiche è stata parzialmente affrontata con la firma di un protocollo di intesa temporaneo tra prefettura e Asl di Torino nel gennaio 2009, che permetteva ai rifugiati dell'ex-clinica di prendere la residenza presso l'Asl di competenza in modo da poter ottenere la tessera sanitaria. Anche dopo la firma del protocollo di intesa le difficoltà di accesso a servizi specialistici sono rimaste elevate. Nel caso di Adam l'inserimento nell'unico servizio per le tossicodipendenze rivolto ad immigrati a Torino è stato oggetto di una lunga negoziazione da parte degli autori e degli operatori del Centro Frantz Fanon.

(4) Il Centro Frantz Fanon accoglie dal 1996 utenti immigrati, rifugiati, vittime di tortura, nomadi e richiedenti asilo che, in ragione di motivi di disagio psicologico, esprimono una domanda di ascolto, di counselling o di psicoterapia. Un lavoro intensivo è stato condotto nel corso degli anni con donne vittime della tratta, bambini immigrati e adolescenti stranieri non accompagnati e con richiedenti asilo e rifugiati vittime di violenza o tortura. Per ulteriori informazioni e riferimenti bibliografici sui progetti del Centro: www.associazionefanon.it

(5) Per un'analisi dello spazio della caserma Lamarmora, rimandiamo ai lavori di FANTINO (2010) e NICOLOSI (2011).

(6) Donne sole in gravidanza, minori non accompagnati, anziani, persone affette da patologie organiche o con *diagnosi psichiatriche*.

(7) Come testimoniano le realtà di città come Roma, Milano e Napoli tra le altre.

(8) Come ci ricorda anche la vicenda del richiedente asilo ivoriano che si è dato fuoco il 14 febbraio 2013 all'aeroporto di Fiumicino poco prima di essere espulso dall'Italia.

(9) Di cui ha fatto parte anche De Martini Ugolotti.

(10) Ringraziamo profondamente la dott.ssa Lilian Pizzi, che ha seguito Adam per una parte del suo percorso di sostegno al Centro Frantz Fanon; le sue osservazioni e riflessioni sono state fondamentali per la realizzazione di questo lavoro.

(11) Dott.ssa Lilian Pizzi, comunicazione personale.

(12) Dott.ssa Lilian Pizzi, note cliniche.

(13) Una trattazione esaustiva degli elementi e delle implicazioni, morali e politiche, oltre che teoriche e metodologiche, legate alla creazione di spazi che permettano la ricostruzione, negoziazione di memorie condivise di richiedenti asilo e rifugiati esula dagli obiettivi di questo lavoro. Ci limitiamo qui a segnalare qui il lavoro di Ivan Mei e del Laboratorio 53 di Roma sulla costituzione di «contesti di narrabilità» (MEI I. 2009), insieme alle riflessioni di Marian TANKINK (2004) sul *silenzio* e di Kelly MCKINNEY (2007) sull'«imperativo narrativo», proponendoci di affrontare tali prospettive più approfonditamente in futuri contributi.

Riferimenti bibliografici

AGIER Michel (2005), *Ordine e disordini dell'umanitario: dalla vittima al soggetto politico*, "Annuario di Antropologia", anno 5, n. 5, 2005, pp. 49-65.

AGIER Michel (2008), *Gérer les indésirables. Des camps de réfugiés au gouvernement humanitaire*, Flammarion, Paris.

- BAUMAN Zygmunt (2008), *La società sotto assedio*, Gruppo Editoriale l'Espresso, Roma.
- BENEDUCE Roberto (2004), *Frontiere dell'identità e della memoria. Etnopsichiatria e migrazioni in un mondo creolo*, Franco Angeli, Milano.
- BENEDUCE Roberto (2008), *Undocumented bodies, burned identities: refugees, sans papiers, harraga – when things fall apart*, "Social Science Information", vol. 47, n. 4, 2008, pp. 505-527.
- BENEDUCE Roberto (2010a), *Corpi e saperi indocili: guarigione, stregoneria e potere in Camerun*, Bollati Boringhieri, Torino.
- BENEDUCE Roberto (2010b), *Archeologia del trauma: un'antropologia del sottosuolo*, Laterza, Roma-Bari.
- BERGAMINI Nadia (2011), *A Settimo i profughi al lavoro nel campo Cri. Gli ospiti del centro Fenoglio impiegati anche nel giardinaggio*, "La Stampa", 14 maggio 2011.
- BUTLER Judith (2005), *La vita psichica del potere. Teorie della soggettivazione e dell'assoggettamento*, Meltemi, Roma.
- FANTINO Andrea (2010), *Invisibili e indesiderabili. Un'etnografia politica della condizione dei rifugiati a Torino* [tesi di laurea specialistica in Antropologia culturale ed etnologia, Università degli studi di Torino].
- FASSIN Didier (2008), *The humanitarian politics of testimony. Subjectification through trauma in the Israeli-Palestinian conflict*, "Cultural Anthropology", vol. 23, n. 3, 2008, pp. 531-558.
- FOUCAULT Michel (1976 [1975]), *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*. Einaudi, Torino.
- FOUCAULT Michel (1989), *Tecnologie del sé*, pp. 11-47, in MARTIN Luther-H. - GUTMAN Huck - HUTTON Patrick-H. (curatori), *Tecnologie del sé*, Bollati Boringhieri, Torino.
- FOUCAULT Michel (2005), *Sicurezza, territorio, popolazione. Corso al Collège de France 1977-78*. Feltrinelli, Milano.
- HARRELL-BOND Barbara (2002), *Can humanitarian work with refugees be humane?*, "Human Rights Quarterly", 1, 2002, pp. 51-85.
- ISIN Engin Fahri - RYGIEL Kim (2007), *Abject spaces. Frontiers, zones, camps*, pp. 181-203, in DAUPHINEE, Elizabeth - MASTERS Cristina (curatori), *Logics of biopower and the war on terror*, Palgrave Macmillan, Basingstoke (Hampshire).
- KIRMAYER, L. (2003), *Failures of imagination: the refugee's narrative in psychiatry*, "Anthropology and Medicine", vol. 10, n. 2, 2003, pp. 167-185.
- LEFEBVRE Henri (1978), *La produzione dello spazio*, Moizzi, Milano.
- MALKKI Liisa H. (1995), *Refugee and exile: from "Refugee Studies" to the National Order of Things*, "Annual Review of Anthropology", vol. 24, 1995, pp. 495-523.
- McKINNEY Kelly (2007), *Culture, power and practice in a psychosocial program for survivor of torture and refugee trauma*, "Transcultural Psychiatry" vol. 44, n. 3, 2007, pp. 482-503.
- NGUYEN Vinh Kim (2010), *The Republic of Therapy. Triage and sovereignty in West Africa's times of Aids*, Duke University Press, Durham.
- NICOLOSI Serena (2011), *Rifugiati a Torino tra esclusione e accoglienza. Un'indagine antropologica* [tesi di laurea specialistica in Processi educativi e formazione continua in età adulta, Facoltà di scienze della formazione, Università degli studi di Torino].
- NICOLOSI Serena - PIPINO Silvia (2011), *Intenzionalità e potere tra le donne somale rifugiate*, pp. 128-147, in VAILATI Alex (curatore), *Un rifugio dall'esclusione*, L'Harmattan, Torino.
- RAHOLA Federico (2005), *Rappresentare gli "spazi del fuori". Note per un'etnografia dei campi profughi*, "Annuario di Antropologia", anno 5, n. 5, 2005, pp. 67-83.
- OESCH Lucas (2012), *La governamentalità dello spazio dei campi di rifugiati palestinesi e dei quartieri informali ad Amman*, "Materiali Foucaultiani", vol. 1, n. 1, 2012, pp. 131-150.
- ROSE Nikolas - MILLER Peter (2008), *Governing the present. Administering economic, social and personal life*, Polity Books, Cambridge.

TANKINK Marian (2004), *Not talking about traumatic experiences. Harmful or healing? Coping with war memories in South-West Uganda*, "Intervention", vol. 2, n. 1, 2004, pp. 3-17.

VACCHIANO Francesco (2005), *Cittadini sospesi. Violenza e istituzioni nell'esperienza dei richiedenti asilo in Italia*, "Annuario di Antropologia", anno 5, n. 5, 2005, pp. 85-101.

VACCHIANO Francesco (2011), *Frontiere della vita quotidiana. Pratiche di burocratica violenza nell'accoglienza di richiedenti asilo e rifugiati*, pp. 171-179, in VAILATI Alex (curatore), *Un rifugio dall'esclusione*, L'Harmattan, Torino.

Sitografia

MEI Ivan (2009), *Rifugiati. Fare e disfare il ruolo di vittima*, http://www.laboratorio53.it/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=40&Itemid=202 Ultimo accesso 23/7/2013.

KOBELINSKY Carolina (2007), *Le jugement quotidien des demandeurs d'asile*, <http://www.reseau-terra.eu/article661.html>. Ultimo accesso 23/7/2013.

Schede sugli Autori

Nicola De Martini Ugolotti, nato a Savona il 25 agosto 1979, è psicologo clinico e antropologo medico (Msc in Antropologia medica, Università di Amsterdam, Olanda). Membro dell'Associazione Frantz Fanon di Torino, attualmente è dottorando nel programma di "Physical cultural studies" dell'Università di Bath, Inghilterra, dove sta svolgendo una ricerca sulla relazione tra spazi, pratiche corporee (*capoeira* e *parkour*) e percorsi identitari in contesti urbani di migrazione e marginalità sociale. Le sue esperienze professionali come educatore di strada e come psicologo clinico con migranti e rifugiati presso il Centro Frantz Fanon di Torino hanno influenzato i suoi interessi di ricerca che guardano all'interazione tra spazi, corpi, potere in contesti urbani e di esclusione sociale.

Andrea Fantino, nato a Cuneo il 16 luglio 1983, si laurea in Antropologia culturale ed etnologia all'Università degli studi di Torino con una tesi sugli spazi del governo umanitario dei rifugiati a Torino. Membro di Crossing borders (Laboratorio di ricerca su rifugiati e immigrati presieduto da Roberto Beneduce e Simona Taliani), continua a svolgere ricerche su rifugiati approfondendo le dimensioni politiche e sociali dei poteri cui sono soggetti e degli spazi in cui vivono. Fotografo e filmmaker, frequenta la scuola "Il documentario del vero" con la direzione artistica di Giorgio Diritti e Fredo Valla. La sua esperienza professionale con la fotografia e il video si intreccia con i suoi interessi di ricerca antropologica nella produzione di reportage e documentari di interesse socio-culturale.

FANTINO Andrea (2011), *Imperativi e riflessioni, silenzi e contraddizioni: l'ascolto e le narrazioni tra rifugiati di corso Peschiera*, pp. 61-75 in VAILATI Alex (curatore) *Un rifugio dall'esclusione*, L'Harmattan, Torino.

Riassunto

Quando il corpo racconta l'indicibile: abuso di alcool, violenza e potere nella vicenda di Adam

Prendendo spunto dall'esperienza di Adam, un rifugiato somalo perseguitato dalla dipendenza dall'alcool e dall'indicibilità delle esperienze vissute prima del suo arrivo in Italia, questo contributo sviluppa una riflessione sul fitto intreccio che lega corpi, spazi, potere, soggettività e sofferenza all'interno dei dispositivi di cura ed accoglienza del governo umanitario (AGIER M. 2008) in Italia.

La vicenda della sofferenza agita, ma inconfessabile, di Adam, seguito per più di un anno dagli autori e da un'équipe clinica del Centro Frantz Fanon di Torino, ci sembra incarnare un esempio significativo delle soggettività costruite da pratiche, e spazi, della governamentalità "imperfetta" (FANTINO A. 2011) che gestisce l'accoglienza dei rifugiati in Italia ed in Europa. La dolorosa storia di Adam ci è sembrata emblematica per evidenziare l'impossibilità di ridurre le biografie dei rifugiati a corpi destoricizzati e medicalizzati, e ci spinge a guardare come i loro corpi indocili (BENEDUCE R. 2010) sfidino ogni tentativo di inserire le storie che incarnano in un rassicurante "ordine nazionale delle cose" (MALKKI L. 1995).

Parole chiave: governamentalità, corpo, soggettività, spazi, rifugiati, violenza.

Résumé

Quand le corps rencontre l'indicible: abus d'alcool, violence et pouvoir dans l'histoire d'Adam

S'inspirant de l'expérience d'Adam, un réfugié somalien persécuté par la dépendance à l'alcool et à par le fait de trouver indicibles les expériences vécues avant son arrivée en Italie, cette contribution développe une réflexion sur le riche intrigue qui lie corps, espace, pouvoir, subjectivité et souffrance à l'intérieur des dispositifs de soin et d'accueil du gouvernement humanitaire (AGIER M. 2008) italien. L'histoire de la souffrance inavouable d'Adam, suivi pendant plus d'une année par les auteurs et par une équipe clinique du Centre Frantz Fanon de Turin, nous semble incarner un exemple significatif à propos des subjectivités bâties par les pratiques et les espaces de la gouvernamentalité "imparfaite" (FANTINO A. 2011) qui gère l'accueil des réfugiés en Italie et en Europe. L'histoire douloureuse d'Adam nous a paru emblématique dans le but de mettre en évidence l'impossibilité de réduire les biographies des réfugiés à des corps médicalisés et sans histoire et elle nous pousse à prêter attention à la façon dont leur corps indociles (BENEDUCE R. 2010) défient chaque tentative d'insérer les histoires qu'ils incarnent dans un rassurant «ordre national des choses» (MALKKI L. 1995).

Monts-cleves: gouvernamentalité, corps, subjectivité, réfugiés, violence.

Resumen

Cuando el cuerpo devela lo indecible: alcoholismo, violencia y poder en la historia de Adam

Tomando como referencia la historia de Adam, un refugiado somalí acechado por el alcoholismo y por las inexpresivas experiencias vividas previo a su arribo a Italia; el siguiente trabajo contribuye a desarrollar una reflexión sobre el complejo entramado que vincula los cuerpos, los espacios, el poder y el sufrimiento dentro del dispositivo terapéutico y receptivo del gobierno humanitario (AGIER M. 2008) en Italia. El representado, pero indecible sufrimiento de Adam, quien fue acompañado a lo largo de un año por los autores y el equipo psico-social del centro Frantz Fanon en Turín; parece encarnar un ejemplo significativo de cómo las subjetividades son moldeadas por las prácticas y los espacios de la “imperfecta” gubernamentalidad (FANTINO A. 2011), administrando la recepción y las vidas de solicitantes de refugio y refugiados en Italia. El violento sufrimiento de Adam, muestra brillantemente la imposibilidad de reducir las dolorosas biografías de los refugiados a cuerpos medicalizados y deshistorizados (y síntomas). Por tanto nos desafía a mirar cómo los cuerpos no domesticados (BENEDUCE R. 2010) de los refugiados reta cualquier intento por olvidar o inscribir sus encarnadas historias del pasado y del presente, dentro del tranquilizador «orden nacional de los hechos» (MALKKI L. 1995).

Palabras claves: gubernamentalidad, cuerpo, subjetividad, refugiados, violencia.

Abstract

When the body tells the untold: alcohol abuse, violence and power in the story of Adam

Taking cue from the story of Adam, a Somali refugee in Turin haunted by alcohol abuse and by the inexpressibility of the experiences lived before his arrival in Italy, the following contribution develops a reflection on the thick entanglement which ties bodies, spaces, power and suffering within the therapeutic and reception dispositive of the humanitarian government (AGIER M. 2008) in Italy.

The enacted, but unspeakable suffering of Adam, who was followed for one year by the authors and by a psycho-social équipe of Frantz Fanon centre in Turin, seems to embody a meaningful example of the subjectivities shaped by the practices, and spaces, of the “imperfect” governmentality (FANTINO A. 2011) managing the reception, and lives, of asylum seekers and refugees in Italy. Adam’s violent suffering showed brightly the impossibility to reduce the painful biographies of refugees as medicalized and de-historicized bodies (and symptoms), therefore challenging us to look at how the *untamed bodies* (BENEDUCE R. 2010) of refugees defy any attempt to forget or inscribe the, past and present, histories they embody within a reassuring “national order of things” (MALKKI L. 1995).

Keywords: governametality, body, subjectivity, space, refugees, violence.

*Riparare storie. Istituzionalizzazione della richiesta d'asilo e questioni cliniche**

Elisa Mencacci

dottore di ricerca, Università degli studi di Trento
[elisamencacci@yahoo.com]

Introduzione

In una recente pubblicazione Sally Engle Merry utilizzava la forma “*Mapping the middle*” come sottotitolo a una riflessione sull’ambivalenza delle pratiche, messe in atto da quell’insieme di figure professionali che si trovano ad operare in uno “stato d’interstizio” tra i diritti umani, concetto altrettanto problematico, e la loro declinazione concreta nei singoli contesti in cui vengono applicati. “Gente di mezzo”, così possono essere definiti i lavoratori delle ONG, gli attivisti delle associazioni o gli operatori di istituzioni tese al supporto della fragilità sociale in senso lato. Il mandato di questi attori presuppone infatti il dover lavorare su un processo di “traduzione”, di discorsi provenienti dall’arena del diritto internazionale e delle istituzioni legali in azioni concrete, compiute su precisi contesti di sofferenza e violazione (MERRY S.E. 2006: 39).

È su questo “spazio d’interstizio” e sulle pratiche interne a quest’ultimo che intendo focalizzare la riflessione oggetto di questo contributo. Il presente articolo nasce come restituzione di una duplice esperienza, clinica e di ricerca, svolta all’interno del processo di richiesta di asilo politico. Nell’arco di qualche anno sono andata infatti ad occupare un doppio posizionamento: prima, muovendomi sul confine sottile dell’essere antropologa impegnata in un servizio teso alla salute mentale per richiedenti asilo e ricercatrice, poi, immersa nelle pratiche e nelle procedure che caratterizzano il percorso istituzionale che questi attori devono necessariamente attraversare.

* Testo definitivo del contributo presentato nella IV Sessione parallela (*Salute mentale e contesti sociali*) al 1° Convegno nazionale della SIAM, *Antropologia medica e strategie per la salute* (Roma 21 - 23 febbraio 2013).

Nel Centro di salute mentale, da cui provengono parte delle riflessioni oggetto in questa trattazione, è attivo da anni un servizio di rete e collaborazione con le istituzioni che si occupano dell'accoglienza di persone impegnate nella richiesta di protezione internazionale. Tale rapporto si concretizza nell'offerta di eventuali prese in carico psichiatriche per gli stranieri che attraversano questo iter e di consulenze agli operatori che seguono il loro percorso sia sul versante burocratico, che in progetti di accoglienza.

In una prima fase afferivano al servizio in questione esclusivamente richieste di intervento suggerite dagli operatori delle strutture che ospitano richiedenti asilo e rifugiati. Questi professionisti necessitavano infatti di consultazioni e di supporto terapeutico per quegli ospiti il cui malessere può essere ricondotto alla condizione di "sospensione" (VACCHIANO F. 2005), che caratterizza l'artificialità insita nel concetto di accoglienza stesso. Incalcolabili fasi di attesa, in cui spesso riemergono esperienze traumatiche, si alternano ad ansie performative. A questa condizione, talvolta, va ad aggiungersi un vissuto di stallo, causato dal blocco del progetto migratorio, rintracciabile nel percorso di quei richiedenti che vivono l'esperienza di rifiuto della propria domanda d'asilo da parte della Commissione Territoriale (da qui in poi CT)⁽¹⁾.

Se inizialmente il Centro di salute mentale era una tappa da problematizzare all'interno del circuito di accoglienza, in seguito il servizio ha assistito a un parziale spostamento delle motivazioni alla base delle richieste d'invio: la necessità di supportare la credibilità della storia d'asilo stessa, attraverso la produzione di certificazioni mediche, è una questione che ha acquisito progressivamente più urgenza rispetto alla sofferenza dei soggetti. Buchi nelle trame, mancanza di linearità e silenzi sono alcuni tra i "problemi narrativi" che sempre più spesso generano un doppio atteggiamento nel sistema d'asilo: da una parte il sospetto verso l'autenticità dei racconti, dall'altra la preoccupazione per eventuali ferite traumatiche riconducibili al passato degli applicanti.

Il Centro di salute mentale è stato investito dunque di un cambiamento del senso insito del suo operare; riparare storie prima, curare i soggetti poi. Questo processo ha messo in atto un meccanismo di scissione, di taglio nello stesso percorso di presa in carico, per cui era possibile intravedere l'autenticità dei vissuti di sofferenza di questi attori tra le trame di "storie formattate", passate precedentemente attraverso un lento processo di co-costruzione istituzionale. Qui la storia si sposta dall'essere canale di dicibilità dell'esperienza all'essere dispositivo di applicazione di politiche

tese a lavorare sul racconto dei richiedenti asilo, con il fine di trasformare la rappresentazione di questi soggetti in un “oggetto” compatibile alle esigenze burocratiche e legislative.

Nella recente letteratura antropologica sono emerse etnografie indirizzate a mettere in luce i nodi problematici del percorso burocratico con cui i richiedenti asilo devono interfacciarsi (VAN AKEN M. 2008; SORGONI B. 2011b; SBRICCOLI T. - PERUGINI N. 2012). L'incontro con diverse figure istituzionali, passando attraverso fasi standardizzate, è votato alla verifica dell'eventuale presenza nei loro racconti di quei tratti che, entrati ormai a far parte del senso comune, vanno a configurare il rifugiato come una figura la cui ontologia è strettamente legata all'immaginario della vittima (McKINLEY M. 2008; POZZI S. 2011; TALIANI S. 2011). Nel corso di un'intervista, in cui cercavo di comprendere alcuni dei quesiti sottoposti ai richiedenti asilo nella fase di “valutazione” della storia, un'operatrice mi disse: «Alcune domande vengono poi fatte anche in Commissione, poi altre vengono dalla mia esperienza. Tu devi mettere insieme, devi mettere insieme le informazioni che ricevi nei diversi casi e con i diversi risultati». “Mettere insieme” informazioni ed esperienza personale; questo particolare processo, descritto nelle parole dell'operatrice, lascia intravedere i presupposti alla base di quel meccanismo di “traduzione” delle politiche in “azioni” concrete. Tale atto di traduzione investe il lavoro di quegli attori che, lavorando tra maglie dello Stato, si trovano posizionati esattamente “in mezzo”, tra le politiche dall'alto, le linee guida che ne sono il riflesso parziale e i singoli casi su cui devono essere applicate. Alla base del costituirsi di quelle regole informali ma consolidate che segnano il quotidiano delle istituzioni impegnate in questo ambito sta dunque un particolare atto creativo.

Nel presente saggio focalizzerò l'attenzione su un momento “interstiziale” interno al meccanismo di richiesta d'asilo politico: quello che riguarda il processo di valutazione della storia in un servizio di supporto alla protezione internazionale e sui presupposti che stanno alla base dell'invio delle storie verso il Centro di salute mentale precedentemente menzionato. L'intento è quello di mettere in luce come il progressivo inasprirsi delle politiche di contenimento e filtro dei flussi migratori sia “traducibile” in un conseguente aumento delle misure di controllo sulle stesse storie d'asilo, dando luogo a un “effetto domino” che ha investito le pratiche lavorative di un insieme di figure professionali.

Immaginari forzati

Operatrice: «Lui ha l'appuntamento il 23»

Mediatore: «Per la Commissione?»

Op.: «No per la Questura. In questo periodo dobbiamo cercare di lavorare sulla storia, perché è una cosa allucinante, non si capisce niente. Non so chi gli ha dato la storia o chi ha fatto la traduzione»

Med.: «Perché lui aveva già la storia?»

Op.: «Si aveva sia la storia che la traduzione, non so non si capisce niente»

Med.: «Lui effettivamente lavorava come giornalista»

Op.: «Ma noi non mettiamo in dubbio che ha lavorato come giornalista – non è questo, è che lui deve capire cosa vuol dire fare richiesta di asilo politico. Ci sono dei criteri, non la possono fare tutti. Ci sono tre requisiti di abitudine, o politico, o religioso, o di genere, o se arriva, che so, dalle zone alluvionate del Pakistan, e qui non c'è niente di questo quindi o la rifacciamo o possiamo tenere anche questa, ma non ci sono i requisiti dentro. Quindi consiglio di riscriverla e poi mandarla al traduttore, poi deve andare in questura, poi in Commissione»

Med.: «Preferisce riscriverla e portarla»

Op.: «Poi quando si scrive una storia non si scrive così: – un pezzo qua, uno là, non si capisce dov'è l'inizio e dov'è la fine» [viene chiesto alla mediatrice di leggere la storia]

Med.: «Sì è tutto su una moschea»

Op.: «Ma lui era un Imam?»

Med.: «Qualche volta faceva l'Imam»

Op.: «Sai, non c'è niente di credibile in tutto ciò, sai tutti noi abbiamo degli immaginari, si sa che il Pakistan è un paese mussulmano, si sa che a volte i cristiani hanno dei problemi, ma mai che impediscono le preghiere ai mussulmani».

Nel 2012 sono state prese in Italia 22.160 decisioni rispetto alle domande d'asilo presentate⁽²⁾: di queste 8.260 hanno ricevuto una risposta positiva, ma solo a 1.915 applicanti è stato riconosciuto lo status di rifugiato (cinque anni rinnovabili di protezione); agli altri sono state rilasciate solo protezioni minori.

Il percorso per il riconoscimento della protezione internazionale mette la persona straniera, intenzionata a intraprendere questo iter, nella condizione di passare attraverso un processo tortuoso caratterizzato da una serie di fasi, piuttosto cadenzate, che, nel corso degli ultimi anni, stanno divenendo sempre più standardizzate⁽³⁾ e omogenee in tutta Europa. Con la Direttiva Qualifiche del 2004, l'Unione Europea ha stabili-

to che: «il richiedente ha l'onere di provare gli elementi su cui si fonda la propria domanda. Peraltro poiché chi fugge da persecuzioni non è in grado di fornire la prova di taluni aspetti della propria situazione secondo i canoni normali (documenti/testimonianze), l'art 3 comma 5 D.lgs 2005/2007 ha attenuato l'onere probatorio, stabilendo che i fatti allegati sono considerati veritieri se: il richiedente ha compiuto (i) ogni ragionevole sforzo per circostanziare la domanda, (ii) ha prodotto tutti i documenti in suo possesso e motivato la mancanza di altri documenti significativi (iii) le dichiarazioni sono coerenti, plausibili e non contraddittorie con altre informazioni di cui si dispone» (Definizione Avv. Rossi, Città di Torino).

È in virtù di questo atto legislativo che la storia può essere considerata come il principale “capitale morale” di un richiedente asilo (VACCHIANO F. 2011).

Nel linguaggio giuridico la fuga è strettamente legata alla figura del rifugiato: è in nome di questa componente che ai richiedenti asilo è “concessa” la mancanza di prove in supporto alla domanda di protezione. La narrazione, di conseguenza, diviene lo strumento su cui verificare l'esperienza passata dell'applicante.

Come è possibile intravedere dagli stralci di campo sopracitati, la storia è il primo elemento su cui si gioca il rapporto tra straniero e istituzioni deputate ad accompagnarlo all'ottenimento del suo status. Dal dialogo emerge lo scetticismo con cui l'operatrice valuta il racconto consegnatogli, definito come “allucinante”, in quanto gli elementi in esso contenuti non sembrano rientrare nei criteri restrittivi secondo cui è lecito fare domanda di protezione internazionale. La professionista solleva due questioni su cui è necessario soffermarsi: quella della “credibilità” del racconto come elemento strettamente legato alla “struttura” interna della storia e quella del suo legame con gli immaginari diffusi: «Sai, non c'è niente di credibile in tutto ciò, sai tutti noi abbiamo degli immaginari». Il processo di valutazione della credibilità, interno ai discorsi prodotti istituzionalmente sul tema dell'asilo, verte sul controllo di tre elementi: la consistenza interna, la consistenza esterna e la plausibilità. Non viene però definito come questi elementi possano essere valutati e quanto plausibile debba sembrare una storia per poter rientrare in questi criteri (SWEENEY J. 2009: 701).

Nello stesso manuale fornito dall'UNHCR⁽⁴⁾, la storia viene individuata come il fattore principale alla base del riconoscimento dello status, in assenza di elementi tangibili direttamente provenienti dal passato del richiedente «il giudizio sull'attendibilità della storia – o più in generale

del soggetto che racconta la storia – finisce per sostituirsi alla ricerca o all'esame delle prove» (SORGONI B. 2011: 116).

Nelle parole dell'operatrice la consistenza esterna, dunque la congruenza con i fatti conosciuti, viene connessa a quanto il racconto sia collocabile negli immaginari diffusi, per cui «si sa che» nel contesto pakistano sono i cristiani ad essere perseguitati, «mai» i mussulmani. Quando un evento raccontato diviene intraducibile nella prospettiva dell'istituzione e nelle fonti disponibili, la credibilità stessa del richiedente viene messa in discussione.

Nel corso del periodo di osservazione è emerso come le storie provenienti dal Pakistan godessero di un trattamento “particolare”: raramente ai richiedenti asilo pakistani veniva riconosciuta da parte della CT una protezione più solida rispetto al permesso di soggiorno per motivi umanitari (un anno) e gli stessi lavoratori del servizio si ponevano verso questi racconti con un certo scetticismo. Nel tentativo di comprendere la questione chiesi a un'operatrice, nel corso di un'intervista, le ragioni che secondo lei stavano alla base della discriminazione, nelle decisioni della CT, di alcune realtà da cui provenivano i richiedenti: «Forse perché la Commissione si basa su determinate fonti per motivare la propria decisione e se quelle fonti esprimono l'impossibilità di dare una protezione è perché il problema non c'è, la Commissione farebbe fatica a motivare qualcosa di diverso».

In una lettera recentemente pubblicata⁽⁵⁾, un gruppo di richiedenti asilo pakistani soggiornanti in un CARA⁽⁶⁾ di Roma chiede a Laura Boldrini, attuale presidente della Camera ed ex rappresentante dell' UNHCR, le motivazioni alla base del rifiuto di nove su dieci tra le domande di asilo da loro presentate «Le notizie che arrivano in Italia sono poche e parziali, non dicono la verità. Così abbiamo deciso di scrivere». La lettera continua con la descrizione della complessa situazione politica che caratterizza il contesto pakistano da diversi anni, contraddistinta da conflitti politico-religiosi, da un alto livello di pericolosità e rischio per la popolazione locale, oltre che dall'impossibilità di chiedere supporto alle istituzioni fortemente corrotte.

L'alto livello di tensione trova riscontro anche nei numeri provenienti dal rapporto EUROSTAT 2012, dove emerge che il Pakistan è il paese da cui arriva in Italia il più alto numero di richiedenti, 15% del totale, un dato che non può essere trascurato.

I presupposti alla base della coerenza esterna di una storia possono, dunque, essere riconducibili in parte al potere degli immaginari veicolati mediaticamente. Ciò che non trova spazio o voce nei mezzi di comuni-

cazione non risulta conoscibile, e dunque non esiste, o meglio non viene ritenuto degno di “plausibilità”, in quanto non è possibile riscontrarne le informazioni. «Gli immaginari contano tantissimo», mi disse un’operatrice nel corso di un’altra intervista, «è sempre così, sia il richiedente sia il commissario, abbiamo anche noi i nostri immaginari. Si cerca di arrivare a un incontro tra queste due cose, ma gioca tantissimo. Cioè le storie vengono costruite sull’immaginario in cui tu pensi possano rientrare per ottenere un permesso». L’assenza d’interesse da parte degli organi d’informazione, investiti del potere di produrre fonti, genera un effetto, all’interno del sistema d’asilo, riconducibile a uno scarto tra ciò che Luc BOLTANSKI descrive come «la politica della pietà» e «il trattamento paradossale della distanza» (2000). Se le storie devono essere compatibili con le descrizioni di infelicità che i media veicolano a distanza, l’assenza d’informazioni non permette a queste storie di trovare un loro posto negli immaginari e dunque di esistere.

Sciogliere le trame

Appurata la coerenza esterna della storia, e ritenuta collocabile in un contesto politicamente legittimato, gli operatori iniziano il lavoro sulle trame interne alla narrazione, con il fine di intrecciare gli eventi che coinvolgono il singolo applicante e la sua “particolare esperienza” con lo “scenario” del paese di origine. Questo processo, in cui l’operatore assume il ruolo di «gestire la regia» (POZZI S. 2011), si articola in un ciclo di incontri, prima che la storia venga depositata in Questura e allegata al modulo C3. Quest’ultima procedura prevede che il richiedente, in presenza di un poliziotto, risponda a una serie di quesiti inerenti l’appartenenza etnica, religiosa, ed eventualmente politica, oltre a definire le tappe del viaggio, fino al punto in cui viene presentata domanda di protezione.

Il processo di co-costruzione della memoria d’asilo avviene solitamente in una saletta separata dall’ufficio condiviso da tutti gli operatori. Il primo colloquio di tipo “esplorativo” inizia con una serie di domande aperte: «dunque raccontami cosa facevi nel tuo paese». I quesiti si addentrano, successivamente, in questioni riguardanti in modo più dettagliato il quotidiano del richiedente prima degli eventi che hanno causato la migrazione. Istruzione, posizione lavorativa, rapporti interpersonali e posizionamento geografico di tutti i membri della famiglia, fino all’«antefatto dell’esperienza che ha generato» la fuga. Il secondo colloquio viene fissato, in media, ad una settimana di distanza dal precedente. Qui l’operatore entra

in modo più capillare nelle trame della storia che vengono da lui definite come «i punti forti» del racconto: «possono essere considerati, come gli elementi che rendono quella storia particolare, che sono i più caratteristici di quello che lui sta raccontando. Sono quelli che lui dovrebbe cercare di sviluppare meglio, perché dovrebbero essere quelli che lui conosce di più, che ha sentito di più, che l'hanno segnato». Il clima del secondo colloquio oscilla tra il tentativo di sciogliere i nodi su cui si basa la storia e il testarne la fondatezza, tra “esplorazione e inquisizione”.

In questa fase viene chiamata in causa la “memoria visiva” del richiedente: «mi puoi fare un disegno di come era questo campo, perché io avevo capito che c'era una base dentro e ancora adesso non ho capito bene», per poi cercare di capire il suo grado di coinvolgimento negli eventi narrati: «quindi tu non avevi una responsabilità diretta?». Le domande, dall'essere focalizzate su elementi particolari, interni all'intreccio del racconto, si muovono verso questioni di carattere più generale che, mediante un effetto spaesante, cercano di arrivare a cogliere quanto l'identità del narratore sia autentica «quante persone abitano ad Abidjan? E' grande? Io non so niente di Abidjan», sondando la conoscenza del richiedente rispetto al contesto da cui dice di provenire.

Una pratica simile viene descritta da Marco Jacquemet nel suo lavoro di ricerca svolto in Albania nel corso dell'ultima guerra dei Balcani. Il personale dell'UNHCR utilizzava quesiti specifici, riguardanti le caratteristiche topografiche del Kosovo, al fine di testare l'eventuale presenza tra i dispersi di “falsi kosovari”: albanesi non riconosciuti come vittime dal mandato umanitario e per cui non era stata predisposta alcuna forma di aiuto (JACQUEMET M. 2005).

A processo di ricostruzione terminato, l'operatore rilegge silenziosamente la storia e appunta su un foglio le incongruenze riscontrate. Improvvisamente le domande riprendono, con una ritmica veloce, gli stessi contenuti sui cui verte l'ultima parte dell'intervista della Ct: «[...] e in Ghana non potevi restare? E c'è qualche posto nel tuo paese in cui puoi vivere tranquillo? Hai qualche documento che possa provare quello che hai raccontato?». Il lavoro di questi attori istituzionali che Estelle d'Halluin descrive come figure ambivalenti, a metà tra «Militanti della solidarietà» e «Passeurs d'histoire», sta nel problematico tentativo di tradurre diritti all'interno di un «paradigma dell'indice», che trasforma quello che dovrebbe essere un momento d'incontro dell'esperienza dell'altro in un «racconto giudiziario» (d'HALLUIN E. 2010). terminate le domande, il professionista procede con una restituzione del suo parere rispetto alla

storia presentata, sottolineandone criticità e punti deboli: «non è credibile che qualcuno abbia fatto tutto questo per grazia di Dio. Devi farti delle domande da solo e darti delle risposte. È possibile questo? Sì o no?». Alla luce delle contraddizioni del racconto, il richiedente viene invitato ad entrare in prima persona nella storia, immedesimandosi direttamente nel ruolo della CT, al fine di comprenderne gli aspetti più problematici. Tobias Kelly definisce come «identificazione immaginata» (2012) il processo che sta alla base della compassione, dell'empatia e della sintonia con l'esperienza dell'altro. L'atto decisionale che stabilisce il riconoscimento della protezione internazionale risponde a una procedura complessa e multifattoriale (ROUSSEAU C. *et al.* 2002) in cui l'incertezza, causata dalla mancanza di conoscenza diretta dell'esperienza dell'applicante, viene in parte sopperita da questo processo in cui immedesimazione e immaginazione s'incontrano: riconoscere il dolore "specifico" e la paura provata dall'altro attraverso una "generica" e umanamente condivisa conoscenza di cosa sia il dolore e la paura. La narrazione è dunque il dispositivo attraverso cui prende forma questo meccanismo d'immedesimazione, mediante la facoltà dell'atto narrativo stesso di veicolare e condividere le immagini che sono alla base della comprensione di ogni storia. Un racconto risulta però comprensibile se i contenuti trasmessi rientrano in un qualche patrimonio condiviso e se si presentano secondo una struttura di discorso riconoscibile (KIRMAYER L. 2003; DALLARI M. 2005). La narrazione, infatti, in quanto atto discorsivo, non si basa su presupposti universali ma su strutture organizzate culturalmente, essendo specchio di specifiche concezioni e teorie sul mondo (OCHS E. 2006). Quando qualcosa in questo scambio d'informazioni non funziona la credibilità del soggetto richiedente viene messa in discussione.

La stessa credibilità dunque, in quanto elemento alla base del processo decisionale della CT, può essere riconducibile a una forma di "credenza", basata su logiche interne – la coerenza del racconto – ed esterne – suggestioni e informazioni riconoscibili –, quindi ciò che trasmette il richiedente con il suo grado di performatività: «hai scritto che eri un politico e allora vestiti come un politico». Come suggerisce Kelly, dietro il processo d'identificazione immaginata il sospetto serpeggia sempre: «se questi richiedenti asilo sono oggetto di simpatia e compassione, loro si confrontano regolarmente con quella che viene chiamata cultura dello scetticismo» (KELLY T. 2012: 755, *traduz. mia*). La «cultura dello scetticismo» si erige sul pensare lo straniero come soggetto "manipolatorio", capace di strumentalizzare la compassione e l'empatia dell'interlocutore. È possibile ricondurre questo clima di sospetto alla recenti misure restrittive emanate

al fine di contenere i flussi migratori (legge n. 125 del 24 luglio 2008 che dà seguito al cosiddetto “pacchetto sicurezza”, legge n. 94 del 15 luglio 2009, conosciuta anche come “della migrazione non documentata”). Queste misure hanno portato le istituzioni a generare, accanto alla figura del “falso rifugiato”, quella del “falso richiedente”, basata sul timore che lo straniero celi dietro una “finta storia di persecuzione” una “egoistica” volontà di migrazione economica: «beh, sicuramente le leggi hanno prodotto questa impasse, perché hanno chiuso tutte le altre possibilità, [...] Si tratta sicuramente di una situazione inquinata». Quando l'applicante non riesce a presentare una storia coerente, accompagnata da una capacità performativa in linea con i contenuti del racconto ed entrare nei meccanismi che regolano la logica della credibilità, s'insinua tra gli operatori la paura che il sospetto possa tentare di alterare il giudizio della Ct. In questi contesti entra in gioco il ricorso alle strutture psichiatriche territoriali come strumento di controllo, verifica e supporto ai contenuti del pensiero del richiedente asilo. Nel corso della mia esperienza di ricerca è emerso come molti degli invii verso il Centro di salute mentale si collocassero, temporalmente, nella fase di intermezzo tra la deposizione della storia in Questura e l'attesa dell'audizione con la Ct quando, nelle fasi di messa a punto, il racconto generava negli operatori qualche perplessità. Come precedentemente accennato, il lavoro di questi professionisti è scandito da azioni che sono sintesi dell'esperienza diretta di tradurre un mandato istituzionale e dell'incontro con singoli casi concreti. Attraverso l'analisi di queste “micro-pratiche soggettive” d'intervento è possibile comprendere anche il senso riposto nei processi d'invio delle storie d'asilo verso i servizi di salute mentale. Una delle ragioni che più frequentemente spinge gli operatori a coinvolgere questo tipo di servizio è riconducibile alla convinzione che una certificazione di Disturbo post traumatico da stress (PTSD) possa supportare o confermare le trame di una storia: «M. nel racconto parla di gravi violenze». Questo aspetto è trattato con esaustività nella letteratura antropologica attraverso i lavori di Didier Fassin, Estelle d'Halluin e Roberto Beneduce, dove la categoria di trauma emerge come prodotto sociale che necessita di essere problematizzato, in virtù del suo appiattire le peculiarità storico-soggettive di un'esperienza tramite una lettura omnicomprensiva. Negli ultimi anni il PTSD è stato eccessivamente interpellato come strumento di supporto agli elementi traumatici presenti nelle storie dei richiedenti asilo, generando un rischioso processo di svuotamento del senso politico insito nella richiesta di protezione internazionale, attraverso il progressivo spostare i termini del discorso in arene “umanitarie” di produzione di un soggetto come vittima (Fassin D. 2005;

FASSIN D. - D'HALLUIN E. 2007; FASSIN D. - RECHTMAN R. 2009; BENEDEUCE R. 2010). Le istituzioni d'asilo, inoltre, si avvalgono spesso della collaborazione dei servizi psichiatrici, soprattutto nel caso in cui il richiedente abbia difficoltà a descrivere le violenze presenti nella storia: «T. parla di violenze, ma quando chiedo che tipo di violenze elude la risposta», o nel caso in cui la narrazione generi spaesamento nell'ascoltatore: «lui sono anni che aspetta la CT, ma quando lo chiamano cosa racconta che non ha ancora una storia? La storia è confusa, deve costruire una memoria presentabile e mettere ordine». Il coinvolgimento dei servizi psichiatrici nel corso di questo iter burocratico trova ispirazione in una cultura condivisa interna a queste istituzioni, per la quale possibili incongruenze narrative, rintracciabili nella storia degli applicanti, possono essere ricondotte a un malfunzionamento della memoria.

«I disturbi della memoria narrativa: è possibile che tanto in sede di esposizione verbale che in sede di lettura della narrazione l'operatore noti incongruenze e discontinuità nonché vere e proprie contraddizioni. La situazione di cui sopra non deve trovare impreparato l'operatore [...]»
(*Per un'accoglienza e una relazione d'aiuto transculturali*, 2011:111)⁽⁷⁾.

Una particolare traduzione istituzionale, quella descritta qui sopra, secondo cui l'impossibilità di produrre una storia coerente e lineare viene ricondotta a un disordine cognitivo o a un patologico processo di rievocazione del ricordo.

Oltre una storia e conclusioni

«È un signore [...] ha appena risolto il Dublino⁽⁸⁾, ma non è ancora stato in Commissione [...], non è in grado di costruire una narrazione. Abbiamo provato ma non riesce a mettere gli eventi in sequenza lineare. Non so se dipende dai traumi, ma ha come dei buchi. La comunicazione è molto difficile. [...] Non si sa cosa faceva prima, la storia ha dei buchi, poi è rigida, è la solita storiella [...]. Comunque quando racconta non ha il senso della consequenzialità, ci abbiamo provato, ma quello che è logico per lui dall'esterno non è consequenziale. Il motivo dell'invio è questo: capire un po' la sua storia oltre che lui».

Questo estratto rivela tutta la complessità insita nelle richieste d'invio di una storia d'asilo verso il Centro di salute mentale. Tra gli anfratti delle parole della professionista inviante è possibile intravedere come piani molteplici vadano a intersecarsi in una richiesta di consultazione; le difficoltà riscontrate dal richiedente nel produrre una storia conforme a criteri riconoscibili vengono in prima istanza associate a ipotetiche esperienze "traumatiche" presenti nel passato del signore in questione. L'operatrice

esprime l'ambivalenza provata nell'ascoltare il racconto, data in parte dalla difficile comprensione dei contenuti e della struttura della trama e, in seconda istanza, dal "sospetto" nei confronti di alcuni elementi che risultano «prototipici» (COUTIN S. 2001), già incontrati in altre storie. Tali questioni vengono racchiuse in una domanda d'intervento finalizzata in primo luogo a un'indagine sul racconto e successivamente sul soggetto narrante che, nel corso della presentazione del caso, l'operatrice descrive come "problematico", in nome dei frequenti sbalzi di umore e attacchi di rabbia che contraddistinguono il suo relazionarsi con il mondo esterno.

Sono tempi «bui», quelli descritti da Didier Fassin in una recente pubblicazione rispetto alle "misure governamentali", che stabiliscono nuovi regimi di frontiera per gestire e filtrare i flussi migratori nella contemporaneità (2011); in cui le tecnologie biopolitiche, alla base della gestione delle masse di rifugiati nei campi del Sud del mondo, divengono più sottili misure di controllo nel versante occidentale; dove i richiedenti asilo vengono scrutinati "caso per caso". È in questo processo di estrema attenzione verso i ricordi del singolo individuo, socialmente percepito come "altro", che la memoria del richiedente viene trattata a livello istituzionale come fosse la "scatola nera" del suo passato, l'unico strumento per accedere alla sua identità di origine. Nella verifica della narrazione, come prodotto e rappresentazione della memoria, la bio-politica trova la forma più capillare del suo esercizio. In una pubblicazione, il cui nome "Tense Past" viene utilizzato come un gioco di parole, Michel LAMBEK e Paul ANTZE problematizzano il ruolo della narrazione in quelle pratiche definite come «confessionali», in cui l'analisi dei contenuti della memoria viene strettamente legata all'identità del soggetto. Gli autori mettono in luce come le riflessioni foucaultiane rispetto al tema della sessualità potrebbero essere applicate al tema della memoria, sottolineando che la sostanza della confessione altro non è che memoria e come le «tecniche della memoria» siano alla fine «pratiche confessionali» (1996). Strettamente legato a queste riflessioni è il lavoro genealogico che Ian Hacking compie su quelle che descrive come «memorie politiche»: un'analisi sulla nascita di quelle scienze moderne che, focalizzando sulla memoria indagini e ricerche, hanno stabilito nuovi criteri distintivi fra «vero» e «falso» e dato origine a «nuovi oggetti di conoscenza». La memoria, già in passato specchio degli aspetti più intimi del soggetto, è diventata, con la nascita delle «scienze della memoria», una chiave scientifica per la conoscenza di un'anima che è stata secolarizzata. I lavori che vertono su «i fatti della memoria» altro non sono che surrogati di superficie che hanno come oggetto sottostante l'anima e l'identità del soggetto.

«La mnemo-politica è soprattutto una politica del segreto, dell'evento dimenticato che, una volta portato alla luce, può essere commemorato con un racconto doloroso. A preoccuparci non è tanto l'idea di perdere le nostre informazioni, quanto il timore di assistere al loro nascondimento. La politica della memoria opera sullo sfondo della patologia della dimenticanza» (HACKING I. 1996: 293).

Considero, a questo punto, che una riflessione rispetto al ruolo di cui è investita la narrazione nel sistema d'asilo, presupponga il poter iscrivere la narrazione stessa in una particolare forma di "bio-politica della memoria". Nel sistema d'asilo e nelle azioni che le varie figure professionali esercitano sui richiedenti, la narrazione perde la sua ingenua funzione di strumento di dicibilità dell'esperienze per assumere il ruolo di dispositivo di controllo. Un prisma attraverso cui comprendere la presenza eventuale di criteri di compatibilità riguardo a una rappresentazione lecita del migrante come vittima, socialmente meglio accettato del "minaccioso" migrante *oeconomicus* e frontiera tramite cui vengono stabiliti processi d'inclusione ed esclusione dei singoli narranti.

Note

(1) Le Commissioni Territoriali a cui spetta il ruolo di valutare nel corso dell'audizione il richiedente asilo sono 12 in Italia. Il loro mandato prende inizio con la legge 189/2002, conosciuta come Bossi-Fini, con cui sono state introdotte "nuove disposizioni in materia d'asilo". La Commissione Centrale per il riconoscimento dello status di rifugiato è stata trasformata in Commissione Nazionale per il diritto d'asilo e dal suo decentramento sono nate le singole Commissioni.

(2) <http://www.cir-onlus.org/Dati%20eurostat%202012.htm>

(3) Il processo di progressiva omogeneizzazione delle misure europee rispetto alle procedure di riconoscimento e accoglienza dei richiedenti asilo ha inizio nel 1997 con il Trattato di Amsterdam e con il Consiglio Europeo di Tampere del 1999, attraverso cui sono stati stabiliti i requisiti minimi di accoglienza dei richiedenti asilo, oltre a una definizione comune di rifugiato e di titolare di protezione sussidiaria: Direttiva Accoglienza 2003/9/EC e Direttiva Qualifiche 2004/83/EC.

(4) <http://www.unhcr.it/cms/attach/editor/PDF/manualeparlamentari.pdf>

(5) <http://www.articolo21.org/2013/07/pakistan-un-paese-in-pace-lettera-aperta-a-laura-boldrini-dei-richiedenti-asilo-pakistani/>

(6) Per C.A.R.A. si intendono i centri di accoglienza per stranieri, in cui vengono inviati per un periodo variabile da 20 a 35 giorni i richiedenti asilo privi di documenti di riconoscimento. Per un'analisi etnografica di questo contesto (cfr. PINELLI B. 2011).

(7) <http://www.serviziocentrale.it/file/server/file/Pubblicazione%20Lineeguida.pdf>

(8) La Convenzione di Dublino prevede che il richiedente asilo presenti la sua domanda nel primo paese in cui è stato identificato. http://www.camera.it/_bicamerali/schengen/fonti/convdubl.htm

Bibliografia

- BENEDEUCE Roberto (2010), *Archeologia del trauma. Un'antropologia del sottosuolo*, Laterza, Roma.
- BOLTANSKI Luc (2000 [1993]), *Lo spettacolo del dolore: morale umanitaria, media e politica*, Raffaello Cortina Editore, Milano [ediz. orig.: *La souffrance à distance. Morale humanitaire, médias et politique*, Paris, Métailié, 1993].
- DALLARI Marco (2005), *La dimensione estetica della paideia, fenomenologia, arte e narratività*, Erickson, Trento.
- d'Halluin Estelle (2010), *Passeurs d'histoire. L'inconfort des acteurs associatifs impliqués dans l'aide à la procédure d'asile*, pp. 363-377, in FASSIN Didier (curatore), *Les nouvelles frontières de la société française*, Éditions la Découverte, Paris, 2010.
- COUTIN Susanne (2001), *The oppressed, the suspect and the citizen*, "Law & Social Inquiry", vol. 26, n. 1, 2001, pp. 63-94.
- FASSIN Didier (2005), *Compassion and repression. The moral economy of immigration policies in France*, "Cultural Anthropology", vol. 20, n. 3, 2005, pp. 362-386.
- FASSIN Didier - d'HALLUIN Estelle (2007), *Critical evidence: the politics of trauma in French asylum policies*, "Ethos", vol. 35, n. 3, 2007, pp. 300-329.
- FASSIN Didier - RECHTMAN Richard (2009 [2007]), *The empire of trauma. An inquiry into the condition of victimhood*, traduz. dal francese di Rachel Gomme, Princeton University Press, Princeton [ediz. orig.: *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de la victime*, Flammarion, Paris, 2007].
- FASSIN Didier (2011), *Policing borders, producing boundaries. The governmentality of immigration in dark times*, "Annual Review of Anthropology", vol. 40, 2011, pp. 213-226.
- HACKING Ian (1996 [1995]), *La riscoperta dell'anima. Personalità multipla e scienze della memoria*, traduz. dall'inglese di Rodolfo Rini, Feltrinelli Editore, Milano [ediz. orig.: *Rewriting the soul: multiple personality and the science of memory*, Princeton University Press, Princeton, 1995].
- JACQUEMET Marco (2005), *The registration interview. Restricting refugee's narrative performance*, pp. 197-220, in DE FINA Anna - BAYNHAM Mike (curatori), *Dislocations/relocations. Narratives of displacement*, St. Jerome Publishing, Manchester, 2005.
- KELLY Tobias (2012), *Sympathy and suspicion: torture, asylum and humanity*. "Journal of Royal Anthropology Institute", vol. 18, 2012, pp. 753-768.
- KIRMAYER Laurence (2003), *The failure of imagination: the refugee's narrative in psychiatry*, "Anthropology and Medicine", vol. 10, n. 2, 2003, pp. 167-185.
- LAMBEK Michael - ANTZE Paul (1996), *Introduction. Forecasting memory*, pp. XI-XXVIII, in LAMBEK Michael - ANTZE Paul (curatori) *Tense past. Cultural essays in trauma and memory*, Routledge, London.
- McKINLEY Michelle (2008), *Life stories, disclosure and law*, "Political and Legal Anthropology Review", vol. 20, n. 2, 2008, pp. 70-82.
- MERRY Sally Engle (2006), *Transnational human rights and local activism. Mapping the middle*, "American Anthropologist", vol. 108, n. 1, 2006, pp. 38-51.
- OCHS Elinor (2006), *Linguaggio e cultura. Lo sviluppo delle competenze comunicative*, FASULO Alessandra - STERPONI Laura (curatori), Carrocci, Roma.
- PINELLI Barbara (2011), *Attraversando il Mediterraneo, il sistema campo in Italia: violenze e soggettività nelle esperienze delle donne*, pp. 159-181 in SORGONI Barbara (curatore), *Chiedere asilo in Europa. Confini, margini e soggettività*, "Lares", n. 1 gennaio-aprile 2011 [numero monografico].
- POZZI Sara (2011), *Raccontarci storie*, pp. 35-60, in SORGONI Barbara (curatore), *Etnografia dell'accoglienza. Rifugiati e richiedenti asilo a Ravenna*, Cisu, Roma, 2011.
- ROUSSEAU Cécile - CRÉPAU Françoise - FOXEN Patricia - HOULE France (2002), *The complexity of determining refugeehood: a multidisciplinary analysis of the decision making process of the Canadian immigration and refugee board*, "Journal of Refugee Studies", vol. 15, n. 1, 2002, pp. 43-69.

SBRICCOLI Tommaso - PERUGINI Nicola (2012), *Dai paesi di origine alle corti italiane. Campi, diritto e narrazioni nella costruzione della soggettività dei rifugiati*, pp. 95-128, in PIZZA Giovanni - RAVENDA Andrea F. (curatori), *Presenze internazionali. Prospettiva etnografica sulla dimensione fisico-politica della migrazione in Italia*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 33-34, ottobre 2012 [numero monografico].

SORGONI Barbara (2011), *Storie, dati, prove. Il ruolo della credibilità nelle narrazioni dei richiedenti asilo*, "Parole Chiave", vol. 46, 2011, pp. 113-131.

SORGONI Barbara (curatore) (2011b), *Etnografia dell'accoglienza. Rifugiati e richiedenti asilo a Ravenna*, CISU, Roma.

SWEENEY James (2009), *Credibility, proof and refugee law*, "International Journal of Refugee Law", vol. 21, n. 4, 2009, pp. 700-726.

TALIANI Simona (2011), *Il passato credibile e il corpo impudico. Storia, violenza e trauma nelle biografie delle donne africane richiedenti asilo in Italia in Europa*, pp. 135-159, in SORGONI Barbara (curatore), *Chiedere asilo in Europa. Confini, margini e soggettività*, "Lares", n. 1 gennaio-aprile 2011 [numero monografico].

VACCHIANO Francesco (2005), *Cittadini sospesi: violenza e istituzioni dell'esperienza dei richiedenti asilo in Italia*, pp. 103-120, in VAN AKEN Mauro (curatore) *Rifugiati*, "Antropologia. Annuario diretto da Ugo Fabietti", anno 5, n. 5, 2005 [numero monografico].

VACCHIANO Francesco (2011), *Discipline della scarsità e del sospetto: rifugiati e accoglienza nel regime di frontiera*, pp. 181-199, in SORGONI Barbara (curatore), *Chiedere asilo in Europa. Confini, margini e soggettività*, "Lares", n. 1 gennaio-aprile 2011 [numero monografico].

VAN AKEN Mauro (curatore) (2008), *Rifugio Milano. Vie di fuga e vita quotidiana dei richiedenti*, Carta, Roma.

Scheda sull'Autrice

Elisa Mencacci è nata a Fiesole (FI) l'11 luglio 1983. Si laurea in Antropologia culturale ed etnologia nel 2009 presso l'Università degli studi di Bologna con una tesi in "Antropologia sociale dei saperi medici", riguardante il tema della salute mentale dei richiedenti asilo. Nel 2013 consegue il dottorato di ricerca in Scienze psicologiche e della formazione presso l'Università degli studi di Trento, con un lavoro di stampo etnografico svolto all'interno delle istituzioni coinvolte nel processo per il riconoscimento della protezione internazionale, rivolgendo un'attenzione particolare al ruolo assunto dalle realtà psichiatriche in questo iter burocratico. I suoi principali interessi, che comprendono questioni legate alla sofferenza sociale e al disagio mentale in contesto di migrazione, sono alla base delle attività di collaborazione con vari setting clinici dedicati alla cura e all'analisi del disagio in pazienti stranieri. Per anni ha svolto consulenze per le équipes di operatori che si occupano dei percorsi di accoglienza per richiedenti asilo e rifugiati. Ha condotto inoltre brevi esperienze di ricerca in Tanzania, dove ha esplorato la tematica della possessione e delle pratiche terapeutiche dei guaritori locali nella zona costiera intorno a Bagamoyo e in Palestina, con un'indagine sull'impatto recato dalla costruzione del Muro di separazione sul quotidiano delle popolazioni contadine.

Riassunto

Riparare storie. Istituzionalizzazione della richiesta d'asilo e questioni cliniche.

Nel discorso giuridico il richiedente asilo emerge come soggetto in fuga. In virtù di questa rappresentazione è contemplato, per lo straniero che intende intraprendere il percorso per la richiesta della protezione internazionale, il basare sul solo racconto orale la propria storia di persecuzione. Questo contributo è frutto di una duplice esperienza: clinica e di ricerca, attraverso cui si è voluto mettere in luce e problematizzare un particolare momento d'interstizio, interno all'iter burocratico di richiesta d'asilo; il momento di valutazione e co-costruzione istituzionale della storia, per poi descrivere i presupposti che stanno alla base dell'invio delle stesse storie d'asilo verso strutture psichiatriche. Queste ultime, infatti, sono sempre più spesso investite del ruolo ambivalente di supportare, in primo luogo, la credibilità delle storie attraverso certificazioni mediche e di curare i soggetti poi. Iscrivendo tale processo all'interno di più capillari "politiche della memoria", questo estratto di ricerca etnografica intende riflettere criticamente sul ruolo di cui è investita la psichiatria nel processo di costruzione del soggetto rifugiato.

Parole chiave: attori istituzionali, richiedenti asilo, politiche migratorie, immaginari, narrazioni, asilo, psichiatria, trauma, "politiche della memoria", controllo.

Résumé

Réparer les histoires. Institutionnalisation de la demande d'asile et questions cliniques.

Dans le discours juridique, le demandeur d'asile émerge comme un sujet en fuite.

En vertu de cette représentation, il est prévu pour l'étranger qui souhaite entreprendre le parcours pour la demande de protection internationale, d'orienter son récit oral sur sa propre histoire de persécution.

Cette étude est le fruit d'une double expérience: expérience clinique et de recherche, à travers laquelle nous avons voulu souligner et problématiser un moment spécifique interne au processus bureaucratique qui mène à la demande d'asile; ainsi que le moment de l'évaluation et de la construction en commun avec les institutions de l'histoire personnelle. Nous nous pencherons ensuite sur la description des conditions sinequanone pour transmettre les histoires de vies aux structures psychiatriques, investies du rôle ambivalent de supporter la crédibilité de les histoires à travers certificats médicaux dans un premier temps, puis de soigner les sujets ensuite.

Analysant ce processus à travers le spectre des "politiques de la mémoire", cet extrait de recherche ethnographique entend réfléchir de manière critique sur le rôle que joue la psychiatrie et sur la psychiatrie dans le processus de construction du réfugié.

Mot clé: acteurs institutionnels, demandeurs d'asile, politique migratoires, imaginaires, narrations, asile, psychiatrie, traumatisme, "politiques de la memoire", controle.

Resumen

Arreglar cuentos de vida. Institucionalización de la petición de asilo y cuestiones clinicas.

En el discurso legal el solicitante de asilo aparece como un sujeto que huye. En virtud de esta representación, es contemplado, que el extranjero que quiere empezar el procedimiento para la petición de protección internacional cuentes su historia de persecución solo de forma oral.

Esta contribución es el fruto de una doble experiencia, clínica y de investigación, a través de la cual se quiere evidenciar y problematizar un particular momento de intersticio en el procedimiento burocrático para la petición de asilo; el momento de evaluación y co-construcción institucional de la historia al fin de describir las suposiciones que constituyen el envío de las mismas a estructuras psiquiatricas. Estas ultimas tienen la función ambivalente de suportar la credibilidad de las historias por medio de certificados médicos y luego de cuidar de los sujetos. Inscribiendo este proceso en una mas capilar "política del recuerdo", este extracto de investigación etnográfica se pone el objetivo de reflexionar de manera critica sobre a la función de la psiquiatría en el proceso de costrucción del sujeto refugiado.

Palabra clave: actores institucionales, los solicitantes de asilo, las políticas de migración, imaginario, narraciones, psiquiatría, asilo, traumatismos, "política del recuerdo", control.

Abstract

Repairing stories. Institutionalization of asylum request and clinical issues.

In the legal discourse the asylum seeker emerges as a subject on the run. Because of this, is contemplated for the foreigner who intend to undertake the request of international protection, to base his/her story of persecution only on oral narrative. This contribution is the result of a dual experience clinical and of research, through which I wanted to highlight and to problematize a particular "moment of interstice" internal to bureaucratic path of asylum request. Furthermore, I insert moment of valuation and of institutional co-construction of the story. I then describe the assumptions that

underlie the asylum stories referral process to the psychiatric facilities. These last are more and more frequently invested of the ambivalent role of supporting, first of all the credibility of the stories through medical certificates, and then of treating the patients. Inscribing this process in broader “politics of memory”, this extract of an ethnographic research aims to reflect critically on the role of which is invested the psychiatry within the process of construction of the refugee subject.

Keywords: institutional actors, asylum seekers, migration policies, imaginary, narratives, asylum, psychiatry, trauma, “politics of memory”, control.

*Progetti terapeutici e rapporti temporanei nella pratica del Centro de atenção psicossocial per álcool e drogas (CAPS-AD) di Araraquara (Stato di São Paulo, Brasile)**

Michelangelo Giampaoli

Dipartimento di filosofia, scienze sociali, umane e della formazione, Università degli studi di Perugia
[elmiche@hotmail.com]

In questo articolo vorrei esaminare i diversi modi in cui, nella pratica quotidiana, sono ridefinite le premesse teoriche della prestazione medica di un'istituzione sanitaria che si occupa di dipendenza da alcol e droga nel sistema pubblico di salute brasiliano. Attraverso un'etnografia condotta nel *Centro de atenção psicossocial especializado no atendimento aos dependentes de álcool e drogas* (CAPS-AD) di Araraquara, ho potuto osservare i modi in cui si riconfigura la relazione fra operatori e utenti soprattutto in situazioni critiche nelle quali, a fronte di ricorrenti difficoltà a costruire percorsi terapeutici prolungati ed efficaci, particolarmente instabile è il rapporto tra utenza e servizio.

Ricostruendo da vicino i lineamenti di un'azione ordinaria, che si sviluppa soprattutto per tentativi, sperimentazioni, imprevisti, cercherò di far emergere le continue contraddizioni che si aprono nella relazione fra i diversi operatori e pazienti e i modi in cui sono rimodulati, a vari livelli, i rapporti di forza nel campo bio-psico-sociale delle dipendenze chimiche.

Le mie riflessioni si fondano sulla partecipazione prolungata⁽¹⁾ ad alcune attività in cui sono direttamente coinvolti i pazienti e gli operatori del centro. Tale frequentazione ha permesso di cogliere i tentativi ripetuti di

* Testo definitivo del contributo presentato nella IV Sessione parallela (*Salute mentale e contesti sociali*) al 1° Convegno nazionale della SIAM, *Antropologia medica e strategie per la salute* (Roma 21-23 febbraio 2013).

consolidare il rapporto fra utenza e servizio attraverso la creazione di un “patto terapeutico” che dopo essere stato definito nei primi incontri con il paziente è poi continuamente ridefinito dagli operatori nelle riunioni di équipe. È in questo spazio di discussione, ogni giorno fra mezzogiorno e le una, che ho potuto cogliere come gli operatori reagiscono alla scelta di vari pazienti di sottrarsi, per diverse ragioni, a tale patto terapeutico, denunciandone implicitamente l'inefficacia.

Come si vedrà, è soprattutto attraverso l'osservazione delle dinamiche informali che emerge con maggiore chiarezza il gioco mutevole di approcci e tattiche di aggiramento in cui ogni giorno sembrano impegnarsi i protagonisti dei percorsi di cura. Soprattutto nelle situazioni caratterizzate da maggiore incertezza, inoltre, particolarmente sviluppata è la riflessività dei protagonisti sul processo riabilitativo. Per cogliere la complessità di tali situazioni è stato importante condividere momenti informali con le persone che ogni giorno transitano nel centro – giovani pazienti, genitori, medici, infermieri, persino l'agente di sicurezza – moltiplicando le occasioni di conversazione seduti sulla panchina in pietra davanti alla porta d'ingresso, sul divano presso il distributore dell'acqua oppure durante un incontro casuale in una delle piazze della città.

Il Centro

Inaugurato il 16 maggio 2011, il CAPS-AD è situato nell'Avenida Sete de Setembro, una delle principali vie che, seguendo un asse est/ovest, attraversano la parte centrale di Araraquara, città di circa 220.000 abitanti pianificata secondo il modello che vede *ruas* e *avenidas* intersecarsi a formare una struttura a scacchiera.

Attivo dal lunedì al venerdì, dalle ore otto alle diciannove, il CAPS-AD ha una capacità di accoglienza stimata in circa 70 persone al giorno, distribuite in orari diversi della giornata e spesso impegnate in percorsi terapeutici individuali o di gruppo. La sua creazione è parte dei tentativi del municipio, in linea con le strategie politiche di dimensione nazionale, di rispondere al progressivo estendersi del consumo di droghe sintetiche oltre che a un diffuso consumo di alcool in larghe fasce della popolazione. Questa struttura dovrebbe proporre ai potenziali pazienti una alternativa non vincolante a una vita di strada priva di contatto con la rete dell'assistenza pubblica oppure, all'estremo opposto, al ricovero forzato. Il progetto terapeutico del CAPS-AD si articola quindi attraverso la proposta di differenti attività che tengano conto di età, genere, inclinazioni personali,

oltre che delle capacità motorie, di coordinazione e di concentrazione delle persone coinvolte.

La presa in carico dei pazienti è inizialmente di tipo medico e infermieristico, attraverso esami che permettano di verificarne le condizioni generali di salute. Ad essa si accompagna poi un trattamento psicoterapico, dopo una prima valutazione individuale (il *triagem*) e un'eventuale prescrizione di farmaci. Vi sono quindi i laboratori di artigianato, coordinati in genere da due operatori (ad esempio da una psicologa e una terapeuta occupazionale) e proposti in modalità e tempi diversi a quasi tutti i pazienti. Nei laboratori essi vengono invitati a disegnare, a realizzare piccole costruzioni in legno (case, scatole), in carta (vasi, ghirlande) o a lavorare a maglia sciarpe o altri capi di vestiario. Gli oggetti possono poi essere portati a casa per essere offerti a parenti e amici o tenuti per sé; alcune realizzazioni restano invece nel CAPS, dove vengono esposte o donate in occasione di feste ed incontri. Il laboratorio di cucina, destinato in particolare ai più giovani, prevede la realizzazione di dolci e altre pietanze, in genere consumate da operatori e pazienti durante l'ora della merenda, a metà pomeriggio. Un corso di musica e chitarra è diretto da un professore di musica volontario, cui si associa un corso di canto, coordinato da uno degli infermieri del centro: assieme ai miei colleghi e a altri invitati, soprattutto familiari e amici dei pazienti, siamo stati invitati a prendere atto dei progressi degli "allievi" durante la tradizionale festa di fine anno nel grande cortile interno del CAPS-AD. Il *cronograma* dei laboratori prevede infine attività motorie come la danza o il tennis da tavolo, i gruppi di ascolto e supporto ai familiari e, quando possibile, le visite domiciliari agli indirizzi di riferimento dei pazienti.

Se, in linea teorica, tutte queste attività dovrebbero essere svolte da un'équipe costituita da sedici persone, con specializzazioni e mansioni differenti e complementari, nella pratica solo un numero ridotto di operatori lavora nel centro. Inoltre, da circa sei mesi, Luna, terapeuta occupazionale e coordinatrice della struttura, ha deciso di rinunciare al proprio incarico di responsabile, che resta ora vacante. In totale vi sono quindi un medico, tre psicologhe, tre fra infermieri e tecnici d'infermieristica, una terapeuta occupazionale, un'assistente sociale e due membri del personale amministrativo. Una o due volte la settimana uno psichiatra è presente per effettuare consulte con i pazienti. Settimanalmente, poi, un'auto della municipalità con autista è a disposizione per effettuare le visite a domicilio. Un agente di polizia municipale, richiesto dall'équipe come deterrente rispetto a possibili comportamenti aggressivi di alcuni pazienti o furti di materiali, staziona quotidianamente nel centro.

A fronte della (relativa) specializzazione del CAPS-AD nel trattare la dipendenza da alcool e droghe, gli operatori riconoscono una marcata differenziazione nei profili dei pazienti, la maggior parte dei quali sono uomini, sebbene sia stato riscontrato un sensibile aumento percentuale di giovani donne fra i dipendenti chimici. Se, con alcune eccezioni, la dipendenza da droghe – in prevalenza crack e marijuana – costituisce il più comune motivo di invii di adolescenti e giovani presso questa struttura, nel caso di persone di età più avanzata è l'alcool, in particolare sotto forma di *cachaça* e di birra, la causa principale della dipendenza. Ciò è emerso chiaramente quando si è trattato di accompagnare per alcuni mesi le attività di un gruppo di terapia rivolto ad “*adultos especiais*”, uomini con prolungate storie di dipendenza che hanno causato danni ad alcune abilità psico-motorie, oltre a pregiudicarne le capacità di attenzione e concentrazione. Il gruppo si svolge ogni martedì pomeriggio attorno al grande tavolo nel cortile interno del centro, coordinato da Luna e dalla psicologa Arianna. Durante la ricerca, ne facevano parte cinque uomini adulti, fra i trenta e i settanta anni: fatta eccezione per il più giovane, Cesar – un ragazzo silenzioso, a volte quasi spaesato, dai capelli tagliati corti e gli occhi chiari – dipendente chimico consumatore di marijuana, gli altri quattro pazienti erano tutti arrivati al centro in seguito a lunghe storie di dipendenza dall'alcool. Nessuno di loro ha mai parlato di aver sperimentato crack o altre droghe ed anzi, il giudizio che molti fra gli utenti più anziani del centro danno dei loro “colleghi” più giovani alle prese con la dipendenza chimica è assai severo. «Grazie a Dio, io ho sempre e solo bevuto *cachaça*», disse una volta, quasi con orgoglio, il sessantenne Juan Carlos rivolgendosi all'operatrice che, nel corso di un gruppo misto di psicoterapia, di alcolisti e tossicodipendenti, gli aveva chiesto una valutazione sulla propria storia di dipendenza rispetto a quelle dei più giovani.

Vista complessivamente, l'utenza del centro è costituita, in sostanza, da un insieme di persone variegato per età, necessità, comportamenti e aspettative, che alla prova dei fatti risulta assai difficile da gestire e soprattutto da vincolare in maniera continuativa. Le difficoltà che emergono nel quotidiano rapporto fra gli operatori e i pazienti del CAPS-AD sembrano in effetti fondarsi su questa apparente incapacità, da entrambi i lati, di strutturare e mettere in pratica percorsi di presa in carico e di cura capaci di creare una relazione prolungata. In questo senso è fondamentale sottolineare il fatto che se per gli operatori il tentativo di dare continuità all'azione terapeutica rientra nelle premesse teoriche del CAPS-AD, per i pazienti non esiste alcun obbligo a frequentare il centro oltre alla volontà di trattare la propria dipendenza e i problemi relazionali ad essa associati.

Benché i media e molte campagne di informazione politica finiscano spesso per descriverli come un grigio insieme di individui “marginali” e socialmente non-integrati, la cui dipendenza rende obbligatoria (e, aggiungono molti, onerosa) la presa in carico per evitare comportamenti potenzialmente pericolosi⁽²⁾, dal punto di vista dei dipendenti la situazione è ben diversa e molto più complessa, fatta di molteplici eventi, incidenti e percorsi di vita né prevedibili né programmati. Né la precaria situazione socio-economica in cui la maggior parte di queste persone vive, né la condizione di dipendente chimico e/o alcolista priva ciascuna di loro di un universo relazionale e di un potere decisionale che si sviluppino in specifiche realtà quotidiane (BOURGOIS P. - SCHONBERG J. 2011) e che mostrano come la scelta di aderire al CAPS-Ad non sia automatica e senza riserve.

Fatta eccezione per i casi di ricovero coatto nell'ospedale psichiatrico o in cliniche per la disintossicazione a seguito della richiesta di un familiare o di un intervento giudiziario⁽³⁾, qualora le circostanze non portino alla creazione di un rapporto di cooperazione con un operatore del CAPS-Ad, è raro che un paziente, *motu proprio*, intraprenda un percorso terapeutico che istituzioni (la *Prefeitura*, la *Secretaria de Saúde*, i servizi sociali, ecc.) e la collettività considerano come indispensabile⁽⁴⁾.

Presenze provvisorie

L'accompagnamento costante delle attività del piccolo gruppo di *adultos especiais* ha permesso fra le altre cose di seguire direttamente il fenomeno, comune, di un allontanamento progressivo dal centro di pazienti visibilmente scettici sul senso e l'utilità del trattamento. A fronte, infatti, di una partecipazione piuttosto costante di almeno tre dei cinque pazienti nel corso dei primi mesi, in seguito alla chiusura del CAPS-Ad per le feste di Natale e del nuovo anno (circa due settimane) il gruppo si è praticamente disgregato. Solo uno è ritornato alla ripresa delle attività; degli altri nessuna notizia. In un quadro in cui anche i due giorni di chiusura del servizio nel fine settimana sono visti da operatori e pazienti come momenti di rischio di ricaduta nella dipendenza e di inficiare la qualità del lavoro svolto insieme – per non parlare di quanto le pause nei servizi siano oggetto di timore per i familiari, per il venir meno, seppur temporaneamente, del loro unico punto di riferimento istituzionale – le due settimane di pausa natalizia sono bastate a perdere contatto con il CAPS-Ad e “scompare” nuovamente.

Fra le persone per le quali le festività hanno segnato la fine di un percorso terapeutico durato alcuni mesi c'è Douglas, cinquant'anni circa, lo sguardo attento dentro un volto scavato, sottolineato dalla barba di qualche giorno. Fin dal primo incontro ho avuto modo di sperimentare la sua voglia di parlare, dolcemente e incessantemente, della propria vita e degli eventi che l'hanno segnata. Più volte ha raccontato del lavoro presso un'azienda che montava mobili prefabbricati, ingiustamente perso ormai da anni, così come dei suoi costanti problemi ai denti e appuntamenti con il dentista, fino al giorno in cui finalmente ha ottenuto una dentiera nuova. Nei suoi racconti ricorreva il difficile rapporto con la cognata presso cui viveva, che lo ha spinto a lasciarne la casa per trasferirsi in un centro di accoglienza per uomini senza risorse finanziarie, l' "Associazione Padre Pio". Più volte ha descritto la sua attività quotidiana di recupero di prodotti riciclabili da portare nei depositi della città in cambio di un po' di denaro. L'unica cosa di cui non ricordo di averlo sentito raccontare direttamente, è la sua storia di dipendenza dall'alcool... Conseguenza di questo gusto di Douglas per la narrazione della propria vita era di ritrovarsi spesso distratto o disinteressato dalle attività del laboratorio, cosa che gli valeva i costanti "rimproveri" di Arianna a concentrarsi sul tavolo di lavoro, per realizzare la ghirlanda in cartone rimastagli incompleta fra le mani per settimane. Con Douglas, la frequentazione settimanale durante il gruppo si è consolidata nel corso del tempo in un legame più stretto rispetto ad altri pazienti. In un'occasione lo invitammo, assieme ai miei colleghi, nella nostra casa nel quartiere del Carmo, accanto al cimitero, per recuperare decine e decine di bottiglie e lattine di birra e *cachaça* rimaste a testimonianza di serate passate in compagnia di amici, in modo da poterne ricavare denaro. Douglas arrivò a metà pomeriggio, trascinando due grandi sacchi di plastica nera che aiutai a riempire ripescando con le mani dalla nostra immondizia non solo le bottiglie (che avevamo tenuto separate) ma anche altri oggetti recuperabili come scatolette di tonno e contenitori in plastica. Se ne andò poco dopo, a piedi come era arrivato, diretto al vicino centro di raccolta dove avrebbe vuotato i due sacchi. In seguito lo abbiamo incontrato un altro paio di volte al CAPS-Ad, prima di perderne le tracce, noi come gli operatori, dopo la pausa natalizia. La ghirlanda che, settimana dopo settimana, aveva lentamente costruito per decorare il centro è rimasta invece, a lungo, appesa sopra una delle porte, finendo per restare per quasi due anni l'unica silenziosa testimonianza della temporanea presenza di Douglas al CAPS-Ad.

Ricordo l'angoscia provata il giorno in cui, alcuni mesi dopo il nostro ultimo incontro, chiedendo all'infermiera Dora notizie di Douglas, mi

sentii rispondere che pensava che fosse morto; allo stesso modo, ricordo il sollievo quando la stessa infermiera, presa dallo scrupolo, verificò l'inesattezza della notizia, prima chiedendo a una collega e quindi consultando uno schedario. La prolungata assenza di Douglas, unita alla mancanza di notizie da altri luoghi della rete primaria (unità di salute básica, centri di assistenza sociale) con i quali il CAPS-AD ha un difficile rapporto di comunicazione e scambio di informazioni, avevano quasi "automaticamente" portato Dora a darlo per morto. I purtroppo frequenti casi di morte (anche violenta) di pazienti del CAPS-AD – di cui anche assieme ai miei colleghi siamo stati testimoni indiretti – avevano poi certamente contribuito a rinforzare la rassegnata ipotesi dell'infermiera sulla sorte di Douglas.

Tempo dopo, un pomeriggio, uscendo dal CAPS-AD dove avevo partecipato a un gruppo di madri di adolescenti dipendenti da crack e altre droghe, coordinato dal medico del centro, ho visto Douglas seduto sulla panchina in pietra, intento a conversare assieme ad altre due persone. Al mio saluto caloroso e quasi incredulo ha risposto con la consueta pacatezza, mostrandomi poi i denti nuovi e dicendomi che, assieme ad un operatore del "Padre Pio" dove allora viveva, stava accompagnando un residente della struttura nella sua prima visita al CAPS, lui che già lo conosceva bene. Le sue condizioni fisiche mi sono sembrate buone, così come il suo morale. Accanto al diritto che Douglas ha di decidere in che modi e tempi vincolarsi al CAPS-AD, l'apparente incapacità, sua come di altri pazienti, di dare continuità al rapporto con il centro va inserita in un contesto biografico e sociale nel quale la provvisorietà della presenza, di quel «dover essere nel mondo» che finisce per divenire «una minaccia permanente, talora dominata e risolta, talora trionfante» (DE MARTINO E. 1977: 669-670) ha un ruolo centrale nella costruzione della esperienza del consumo di sostanze e delle relazioni che vi si strutturano attorno.

Un comune denominatore ai percorsi biografici di molti pazienti è infatti una fragile condizione economico-sociale – cui spesso si associa un'instabilità spaziale fatta di continui spostamenti in cerca di cibo, di lavoro, di una nuova casa, di un miglioramento della propria condizione – che si sviluppa in una fitta rete di incontri e relazioni temporanee (FARMER P. 2003; SCHEPER-HUGUES N. - BOURGOIS P. 2004). Molti abitano in quartieri periferici, mal serviti dai mezzi pubblici e con poche risorse sociali e comunitarie; oppure provvisoriamente in casa di qualche parente o amico; talvolta sono veri e propri *moradores de rua*⁽⁵⁾, come nel caso di un compagno di Douglas nel gruppo degli *adultos especiais*, chiamato "Anteninha" – la piccola antenna – per la sua capacità di spostarsi per chilometri a piedi dentro la città, fino ad individuare sempre una festa o un luogo

dove trovare qualcosa da bere e magari fermarsi a dormire. *Anteninha*, peraltro, rappresenta un altro esempio di utente la cui grande – a volte persino stupefacente, a dispetto di una condizione psico-fisica piuttosto compromessa – mobilità ha evidenziato chiaramente le difficoltà da parte del centro di strutturare un efficace percorso di presa in carico. Anche lui è fra coloro che, dopo la pausa natalizia, ha deciso di non tornare se non in maniera assai saltuaria e improvvisa. Gli stessi operatori hanno finito per “adeguarsi” alla situazione: capita spesso, nel corso delle riunioni di équipe durante le quali si analizza l’evoluzione di singoli casi, che quando si finisca a parlare di *Anteninha*, uno o l’altro dei presenti racconti con una certa dose di rassegnata ironia di averlo incontrato e salutato – quasi sempre scalzo, vestito solo di un pantaloncino corto, come piace a lui – fuori del Sakanà o del Torresmo, due tra i bar-ristoranti più conosciuti in città, dove è solito stazionare in cerca di qualcosa da bere.

Questa frequente predisposizione di molti pazienti alla mobilità – anche improvvisa, specie quando non si ha molto da lasciare dietro di sé – si riflette quindi sul rapporto con la rete dei servizi di salute e in particolare con il CAPS-Ad. Si tratta di uno spostamento continuo che incide significativamente sulla (non) regolarità nella frequenza, anche quando il paziente ne avverta la necessità, ad esempio quando deve lottare contro i sintomi di astinenza. Le eventuali richieste d’aiuto, che tuttavia molto raramente sembrano avere margini per arrivare alla definizione di una relazione duratura con il centro, hanno ovvie conseguenze in termini di presa in carico e possibile risoluzione del problema.

L’alto grado di imprevedibilità dei percorsi tracciati dai pazienti li porta così, in molti casi, a scomparire da un giorno all’altro (e da un’ora all’altra) da un centro che nel frattempo, attraverso riunioni, discussioni di caso e rari corsi di formazione offerti dalla municipalità agli operatori, sperava di aver pianificato una effettiva presa in carico efficace. Una scomparsa che, come si è visto nel caso di Douglas, spesso finisce per essere percepita come definitiva, lasciando gli operatori e gli altri pazienti con l’interrogativo sulla sorte dello scomparso, sul suo stato di salute e talvolta persino sul suo essere ancora in vita. Salvo poi scoprire la presenza del paziente poco tempo dopo in un altro luogo della rete di assistenza (la Casa Transitoria, l’ospedale generale, o magari un gruppo di sostegno di una chiesa) senza che ciò venga comunicato.

In molti casi, il passaparola fra i pazienti, l’incontro casuale in alcuni luoghi pubblici come piazze o bar, oppure un’indicazione raccolta per strada o nel corso di una visita domiciliare, sono gli unici elementi in grado di mantenere una fragile relazione tra utente e servizio.

Douglas non rappresenta un caso isolato. Nel corso dell'etnografia è emerso come ancor più degli adulti siano i più giovani a manifestare insofferenza per i tempi ed i modi della presa in carico e dei trattamenti proposti, rifiutando la medicazione, non presentandosi agli appuntamenti, fino a scomparire improvvisamente. Ne risulta così che i casi di scarsa partecipazione alle attività proposte – anche quelle sperimentali come la musica o la danza – fra gli adolescenti sono elevatissimi, a detrimento di un trattamento spesso pianificato su un arco temporale di più mesi.

Luna, Arianna e i loro colleghi non hanno mai nascosto come con nove adolescenti su dieci non si possano conseguire risultati soddisfacenti. La difficoltà di stabilire relazioni prolungate fra questi ragazzi e il servizio emerge frequentemente nelle quotidiane riunioni di *équipe*. Seduti attorno al grande tavolo rettangolare nella sala le cui finestre danno sull'ingresso del centro, oppure quando fa caldo sistemandosi nell'ampio cortile interno, gli operatori – quelli che concludono il loro turno mattutino e quelli che cominciano il pomeridiano – si ritrovano per un'ora a discutere insieme dei casi più urgenti o complessi, oltre che per dare conto delle attività svolte. A turno, partendo da chi ha le comunicazioni più urgenti, ciascuno prende la parola, sottoponendo ai colleghi le novità e le evoluzioni relative ai casi seguiti più da vicino. Uno dei presenti si occupa di verbalizzare in un grande quaderno con la copertina rigida. I casi dei pazienti più giovani vengono in genere seguiti e discussi con più attenzione, anche perché molto spesso, alla fine della riunione o in altri momenti della giornata, gli operatori vedono apparire nella sala d'attesa madri, nonne, sorelle maggiori venute anche da quartieri molto distanti a chiedere consigli o verificare l'andamento della situazione. È in queste condizioni che le discussioni dell'*équipe* finiscono spesso per lasciare da parte il singolo caso specifico, configurandosi piuttosto come momenti di riflessione o di critica rispetto a una realtà più ampia, nella quale sembrano costituirsi le premesse sociali dei propri fallimenti.

«[...] Adesso c'è anche questa novità di Juan – dice sconsolata Luna, aprendo la cartella del paziente – La madre è preoccupata perché lui ha promesso di ammazzare Geovana non appena lo fanno uscire dalla clinica; pare che abbia saputo che lei lavora in un bordello, dietro la statua del Cristo». Arianna alza gli occhi dal foglietto su cui stava appuntandosi delle cose: «Quelli si sono innamorati qui dentro, adesso non vorrà mica venire ad ammazzarla qui dentro? – esclama con enfasi – Piuttosto lasciamolo nella clinica!». «Non si può – ribatte Luna – la *Prefeitura* non ha rinnovato la partnership con la clinica, per cui alla fine dei sei mesi lo faranno uscire. La mamma è disperata». In soccorso di Arianna che sembra non sapere cosa rispondere, interviene Sandra: «L'altro giorno mi si è presentata la

mamma di Victor, aveva un foglietto con una lista di cliniche, voleva sapere quale era meglio per ricoverare il figlio [...]. «Perfetto – esclama Arianna – mettiamole in contatto e se la vedono loro. Risolto!»

La risata collettiva sembra sciogliere il clima di tensione e impotenza creatosi. Luna ripone la cartella di Juan e la discussione si sposta, come spesso accade, sulla fatica a far aderire adolescenti e giovani ai trattamenti.

«Come faccio io, in un'ora la settimana, a costruire una relazione di fiducia con chi non ha mai riconosciuto un minimo di autorità in vita sua?», sostiene Sandra, oggi psicologa in servizio al CAPS-Ad dopo aver per molti anni lavorato nella scuola pubblica. La stessa Sandra ha in più occasioni segnalato, quale con-causa dei problemi sperimentati nel CAPS, proprio l'incapacità da parte dell'istruzione pubblica di garantire un'adeguata formazione – fatta anche di rispetto della disciplina richiesta dai professori – ai ragazzi, così come di attivarsi nella presa in carico dei loro problemi sociali complessivi, al di là del loro rendimento scolastico. Secondo Sandra a una “*consolidata abitudine*” alla non frequenza scolastica è quasi scontato che vada ad aggiungersi una “*legittimità*” della non frequenza – e dunque una non-efficacia – nell'adesione al trattamento di disintossicazione. Tali difficoltà sembrano poi non riguardare solo il CAPS-Ad, ma più in generale il rapporto tra servizi socio-sanitari, educativi e di formazione professionale e una consistente parte della popolazione adolescente brasiliana, presso la quale l'incidenza di droghe è da anni – anche in una città di medie dimensioni come Araraquara – in costante aumento (ANDRADE A.G. - DUARTE P.C.A.V. - OLIVEIRA L.G. 2010).

Ancora una volta, le dinamiche che fondano le relazioni umane e professionali all'interno del CAPS-Ad possono essere lette nella loro complessità solo richiamando la dialettica fra le esperienze personali dei soggetti coinvolti e dinamiche di tipo strutturale e politico-sociale. In un Brasile la cui crescita economica sembra promettere un progressivo miglioramento delle condizioni di vita di una crescente percentuale dei suoi abitanti, il CAPS-Ad diviene così lo specchio attraverso cui emerge la questione della fragilità strutturale dei più giovani in quei contesti di povertà, marginalità e violenza che i cambiamenti nei tessuti urbani sembrano soprattutto delocalizzare in aree periferiche piuttosto che contrastare o eliminare.

Benefici secondari e crisi di équipe

La questione della scarsa adesione alle terapie e ai servizi offerti non riguarda solo la volontà o i percorsi biografici dei pazienti, ma chiama

in causa la stessa capacità operativa del CAPS-AD di configurarsi come un polo di attrazione funzionale ai loro molteplici bisogni. In effetti, l'analisi dei rapporti che si instaurano o meno fra operatori e pazienti non può prescindere da una contestualizzazione che tenga conto della relazione fra questo servizio, le altre strutture della rete dell'assistenza pubblica e, più in generale, la realtà sociale in cui si situa. Assistere alle riunioni quotidiane dell'équipe è stato in questo senso fondamentale per cogliere le ragioni della consapevolezza della non-efficacia – percepita in primo luogo dagli operatori stessi – delle pratiche. Il centro, così come è oggi strutturato, mostra di dover continuamente modificare la configurazione delle propria attività per cercare essenzialmente di non perdere il contatto con i propri pazienti, considerando ciò come un risultato quasi insperato; oppure, peggio ancora, per evitare di trasformarsi in un luogo di semplice somministrazione di farmaci e concessione di piccoli aiuti ai *dependentes quimicos* quando questi fanno la loro improvvisa comparsa.

È questo il caso, particolarmente rilevante e spesso dibattuto nel corso delle riunioni, del cosiddetto “*ganho secundário*” (beneficio secondario) costantemente cercato dai pazienti e del quale gli operatori sono spesso ben coscienti. Dato che molti pazienti, soprattutto quelli più esperti, sono consapevoli in merito ai propri diritti e alle implicazioni burocratiche che sottintendono la loro presa in carico, essi arrivano a sviluppare diverse strategie per ottenere tutti i vantaggi possibili che un'adesione alle iniziative del CAPS-AD – anche solo attraverso la mera presenza in alcuni momenti chiave – può fornire loro. Da qui la definizione usata dagli operatori di “beneficio secondario”, ovvero la possibilità per il paziente di richiedere quella consulta medica o infermieristica capace di garantirgli, in cambio di pochi minuti o al massimo qualche ora d'attesa, una ricetta per ottenere farmaci (probabilmente da scambiare poi con droghe in una delle tante *bocas de fumo*, i luoghi di spaccio), biglietti gratis di autobus per spostarsi nella città e altri benefici di tipo alimentare e logistico. Chiaramente l'ottenimento di tali benefici non è automatico, data la consapevolezza di medici e infermieri circa l'effettiva volontà di aderire al trattamento dei pazienti, specie quelli conosciuti da tempo e le cui strategie sono ormai chiare. Tuttavia, le difficoltà in cui i relativamente pochi operatori del centro devono operare quotidianamente e il rischio di perdere completamente il contatto con questi pazienti se non si concedono loro alcuni benefici, fanno sì che la questione del “*ganho secundário*” resti un elemento ambivalente e tuttavia centrale nella relazione operatore-paziente. Un elemento che, tuttavia, sembra incidere negativamente sul morale di alcuni operatori. Seduta ad uno dei lati lunghi del tavolo, verso la fine

di una riunione segnata anche dal caldo afoso di fine gennaio, Arianna interrompe Pamela, l'assistente sociale del centro intenta a fare il punto su alcuni pazienti e i rispettivi tecnici di riferimento:

«Io, con alcuni (pazienti), non voglio più avere niente a che fare. L'ho già detto: non mi faccio prendere in giro. Io sono fatta così e qualcuno già quando lo vedo che entra dalla porta, già mi arrabbio [...]» Al tentativo, come sempre pacato, di Pamela di rispondere che se tutti facessero così sarebbe impossibile lavorare, Arianna risponde con tagliente ironia: «Non mi interessa. Li riceve Adriano (infermiere presso il CAPS-AD). Lui è buono, è religioso [Adriano è evangelico, il che in genere viene associato a un particolare zelo e spirito "missionario"] e ha pazienza. Io no!».

Mentre parla, Arianna sorride e guarda Adriano, seduto all'altro capo del tavolo, il quale accenna anche lui un sorriso e abbassa gli occhi.

A questo tipo di difficoltà sperimentate quotidianamente si aggiungono questioni più direttamente legate al rapporto con la *Secretaria de Saúde* – le condizioni igienico-sanitarie del luogo di lavoro giudicate insufficienti, la timbratura del cartellino biometrico che mal si adatta ai loro ritmi e compiti, la costante carenza di materiali per svolgere le attività – e a un'opinione pubblica sempre pronta a riproporre il tema dell'emergenza nella gestione della dipendenza chimica. Vari operatori – e non solo Arianna – hanno apertamente dichiarato una progressiva demotivazione rispetto al proprio lavoro, oltre a un forte disagio di fronte ad alcuni pazienti dai quali si sentono raggirati. Emerge allora con forza, nelle riunioni di équipe così come nelle conversazioni informali, la necessità di ridefinire le premesse teoriche e di una formazione specifica sulla salute mentale, in particolare sul lavoro con la dipendenza, da loro ritenuta insufficiente. Mancando tale formazione, capace di attivarsi anche e soprattutto nei momenti di incertezza e di demotivazione, per molti operatori l'esperienza continua a essere fatta nella pratica attraverso il principio dell'*errando discitur* o in base a percorsi biografici (ad esempio familiari, o dovuti al quartiere nel quale si è cresciuti) segnati dalla prossimità con casi di alcolismo e/o dipendenza chimica. In questo caso, tuttavia, la capacità di comprendere e affrontare con maggiore consapevolezza casi particolarmente complessi è solo parzialmente in grado di bilanciare la fatica di un lavoro in cui l'implicazione emotiva è continuamente chiamata in causa.

A tutto ciò si aggiunge il già menzionato problema di un organico insufficiente, con l'équipe che conta un terzo del personale inizialmente previsto per il corretto funzionamento del centro. Questa condizione – che da eccezionale è andata nel corso del tempo sclerotizzandosi – porta necessariamente a una continua ridefinizione del *cronograma* delle attività e più in

generale delle già di per sé fragili strategie di presa in carico dei pazienti, nel tentativo di mantenerli vincolati al servizio pur in presenza di costanti vuoti nell'organico. Comporta, inoltre, la necessità per gli operatori di mettere costantemente le proprie competenze alla prova di situazioni di emergenza, compiendo il lavoro che altri dovrebbero fare e per il quale non si è preparati, con il rischio poi di sentirsi dire che il CAPS-Ad non riesce a fornire risposte adeguate alle aspettative della comunità.

Gli operatori parlano ormai apertamente di un processo di “*adoecimento*” (l'ammalarsi) dell'équipe, tentando attraverso tale definizione di raffigurare semanticamente le difficoltà vissute nella pratica lavorativa in un contesto istituzionale e sociale percepito come indifferente e persino ostile, ma anche cercando di farne uno strumento di lotta e di affermazione del proprio disagio. I congedi per malattia si sono così moltiplicati nel corso degli ultimi mesi. Alcuni operatori, come Dora, sostengono che le insoddisfacenti condizioni di lavoro sono causa del suo disagio e dei suoi numerosi recenti ritardi:

«Una volta arrivavo sempre puntuale; io non sono mai stata in ritardo al lavoro, in vita mia. Ora non faccio altro che accumulare ritardi ogni giorno... senza volerlo... una volta il traffico, una volta mio figlio... Eppure fino a poco tempo fa non mi capitava mai».

Ramona, psicologa, nel corso di una riunione è arrivata ad affermare che considera ormai il proprio lavoro, privo di stimoli e motivazioni, come una sorta di prostituzione:

«Io vengo a lavorare perché ho bisogno di soldi, altrimenti ne farei a meno. Non mi interessa niente dei pazienti che ti prendono in giro, della *Secretaria* [...] Lavoro perché mi serve il denaro. Come una prostituta [...]»

Conclusioni. Il bisogno di una “Rete”

Se per i primi mesi di vita il CAPS-Ad è stato considerato dalla gerente della salute mentale come la “*menina dos olhos*” (il pupillo) – per usare un'espressione a lei spesso attribuita con una certa ironia dagli operatori – dei servizi di salute cittadini, con il tempo l'équipe ha finito per sviluppare la percezione che il servizio sia diventato, nella pratica, un luogo di lavoro dequalificante e meno considerato di altri centri della salute primaria e specialistica. Oltre alla relazione tra gli operatori e i pazienti, anche quella più ampia tra il CAPS-Ad e la rete municipale dei servizi finisce necessariamente per risentire di tali premesse. Ne deriva l'apparente incapacità ad articolare un dialogo costante fra differenti servizi e livelli di presa

in carico, volto alla cooperazione nella gestione di pazienti che, come si è visto, tendono a muoversi in maniera libera, continua e imprevedibile all'interno della rete. Questo nonostante il concetto stesso di "rete" sia considerato centrale a livello di impostazione teorico-metodologica dell'assistenza pubblica (DOS SANTOS SCHNEIDER A.R. 2009) e fondi spesso il discorso politico locale, come emerso nel corso dei due Forum della Salute Mentale tenutisi ad Araraquara nel 2012 e nel 2013⁽⁶⁾.

La reale distanza fra premesse teoriche della presa in carico e realtà dei fatti può essere riassunta dall'analisi della questione – peraltro centrale in un paese in cui ospedali psichiatrici e cliniche specializzate sembrano costituire ancora oggi una delle risposte "ovvie" nella presa in carico della malattia mentale e della dipendenza chimica – del ricovero. La presenza di numerose strutture private (molte di impostazione religiosa) per le quali il ricovero di pazienti e le partnership con le amministrazioni locali costituiscono grandi fonti di introiti, unita alla diffusa convinzione anche in sede di dibattito politico sulla centralità dell'internamento nel processo di recupero o contenimento della dipendenza, fa sì che il Brasile non abbia ancora investito in maniera strutturale sulla salute mentale comunitaria (DOS SANTOS REINALDO A.M. 2008). Il ricovero finisce così per diventare una "soluzione" che, quando non suggerita dall'autorità giudiziaria attraverso l'ingiunzione di internamenti coatti, viene molte volte richiesta espressamente dalle famiglie stesse dei dipendenti, alle quali appare un modo legittimo per risolvere in maniera rapida ed efficace il difficile problema della convivenza con il malato, tanto più se non si trova nell'assistenza pubblica l'aiuto sperato. La questione assume contorni ancora più contraddittori nel momento in cui la si analizzi dal punto di vista degli operatori, nel caso specifico quelli del CAPS-AD che ne sono in particolar modo sollecitati. A partire dall'analisi critica del proprio contesto lavorativo, delle difficoltà nella pratica quotidiana, di quella sensazione di impotenza e di essere lasciati soli nell'avere a che fare con la parte più complicata della popolazione dei servizi, persino Ramona, Sandra o Dora arrivano mestamente a considerare il ricovero psichiatrico come una via d'uscita – seppure di ripiego – a problemi che dovrebbero essere invece affrontati in rete sul territorio. La soluzione in fin dei conti più pratica, in un contesto di continua emergenza con pazienti che, in numero considerevole, tendono a non seguire o abbandonare i percorsi terapeutici, oppure a presentarsi solo quando necessitano di medicazione, costringendo gli operatori a continue modifiche di orari, di giorni, persino di attività per cercare di tenerli quanto più possibile vincolati al servizio.

Se il CAPS-AD è nato con lo scopo di ridurre il numero dei ricoveri promuovendo attività e forme di presa in carico alternative, nei fatti – e paradossalmente – la maggior parte delle ospedalizzazioni di Araraquara sembra passare proprio da qui. È questo il centro che, su sollecitazione degli operatori della salute basica, di altri centri di salute specializzati o del settore giudiziario, più di altri indirizza pazienti e familiari verso ospedali e comunità terapeutiche. È quindi inquietante, ma non sorprendente, constatare che la parte della rete con cui il CAPS-AD più interagisce e collabora – oltre agli ospedali psichiatrici e alle cliniche private – sia proprio quella giudiziaria (tribunale dei minori, polizia, *Conselho tutelar*) da cui provengono le più frequenti richieste di presa in carico e gestione dei pazienti.

Da alternativa all'internamento a luogo di smistamento di ricoverati: questa sembra essere divenuta, agli occhi degli operatori, la funzione del CAPS-AD. Ben altra cosa rispetto alle premesse con cui il centro era stato creato e alle sue prospettive di intervento sul territorio⁽⁷⁾.

La necessità di un drastico cambiamento rispetto all'attuale situazione, a partire da una ridefinizione dei rapporti con i differenti livelli del contesto al cui interno il CAPS-AD opera – dalla attenzione che la *Secretaria de Saúde* dovrebbe fornire, al rapporto con il tessuto cittadino, con la politica e con i media che orientano l'opinione pubblica – è una delle principali questioni attorno alle quali ruotano sia le difficoltà attuali degli operatori del centro sia le loro aspettative in merito alla sua capacità di dialogare con le diverse esigenze dei potenziali pazienti. Soprattutto perché, come si è visto attraverso le considerazioni di Arianna, oppure di Ramona, i lavoratori del CAPS non sembrano (più) avere le risorse e le motivazioni capaci di modificare lo stato delle cose, perdendo l'entusiasmo iniziale e preferendo vivere alla giornata in un servizio che anche ai loro occhi appare inadeguato.

Tuttavia, prima ancora di mancanze comunque importanti quali la ridotta sinergia con gli altri centri di salute della città o l'organico al minimo, la contraddizione di base con cui ci si deve confrontare sembra essere l'idea, molto diffusa, che basti creare un centro specializzato nel trattare la dipendenza da alcool e droghe perché questo diventi, automaticamente, un punto di riferimento per i dipendenti stessi. Le accortezze nel situare la struttura nel cuore della città perché fosse facilmente raggiungibile – decisione che peraltro la colloca in conflitto costante con un vicinato che non ha accettato la presenza di dipendenti nel quartiere – o nel costruire un *cronograma* delle attività secondo profili e necessità dei differenti

gruppi di pazienti, hanno mostrato tutte le loro lacune. Soprattutto, è particolarmente sentita la mancanza di efficaci strategie per misurarsi con le spinte centrifughe costantemente messe in atto dai pazienti, derivanti dal desiderio di non accettare quanto è loro unilateralmente proposto come un beneficio e dalla volontà di non piegarsi alle aspettative sociali che accompagnano la vita in un quartiere, una famiglia, un lavoro, un luogo di cura.

In questo senso, emergono invece le potenzialità di un'etnografia capace di lavorare con strumenti interpretativi adeguati su relazioni apparentemente fragili rispetto a realtà sociali in continuo mutamento, accompagnando i percorsi di Douglas, di *Anteninha* e di altre presenze autonome in movimento negli spazi urbani. Ancora una volta, è attraverso la dialettica costante fra i soggetti, le pratiche e i luoghi che costruiscono l'etnografia e dinamiche di tipo strutturale, politico ed economico a diversi livelli di scala, che si possono cogliere le cause e le contraddizioni delle complesse relazioni fra i diversi agenti sociali nel campo delle dipendenze. Chiedere al CAPS-AD di funzionare, o di modificarsi fino a funzionare, in un contesto politico-sociale che crea le condizioni per il suo stesso fallimento, appare allora utopistico. Una constatazione, questa, che tuttavia può e deve sollecitare un confronto pubblico sulle premesse politiche ed economiche, di scala nazionale – e internazionale – di tale fallimento.

Note

⁽¹⁾ Nel corso del triennio 2011-2014 il Dipartimento Uomo & Territorio dell'Università degli studi di Perugia, con il finanziamento della Regione Umbria, ha elaborato e realizzato il progetto di ricerca comparativa fra Italia e Brasile "*Politiche, cittadinanza e reti di salute mentale comunitaria: un programma cooperativo di ricerca e scambio culturale fra Italia (Regione Umbria) e Brasile (Municipi di Araraquara e di São Carlos, Stato di São Paulo)*". Il referente per la Regione Umbria della iniziativa è Marcello Catanelli che vorrei qui ringraziare. Il responsabile scientifico del progetto è Massimiliano Minelli. La ricerca in équipe sul terreno è durata oltre 18 mesi negli anni 2011-2013. All'interno di tale lavoro d'indagine si situa l'etnografia sull'attività di questo specifico centro di salute di Araraquara.

⁽²⁾ Tali comportamenti possono essere una crisi di astinenza, un atteggiamento aggressivo, ma anche semplicemente il caso di un individuo che abbia scelto di sedersi a terra a bere la propria bottiglia di *cachaça* nel posto sbagliato, magari nei pressi di un'elegante boutique, disturbando il passaggio delle clienti.

⁽³⁾ In alcuni casi, peraltro rari, è capitato di assistere a persone che chiedessero volontariamente di essere ricoverate nell'ospedale psichiatrico di riferimento ad Araraquara, la Casa Cairbar Schutel, di impostazione spiritista, o in una clinica.

⁽⁴⁾ La questione del ricovero, volontario o coatto, in ospedali psichiatrici e altre strutture simili è oggi assai presente nel dibattito politico brasiliano. Diverse posizioni si confrontano, sia riprendendo una prospettiva anti-manicomiale pluridecennale in dialogo con l'esperienza ba-

sagliana in Italia (NICACIO F. - AMARANTE P. - DIAS BARROS D. 2000) sia, al contrario, sostenendo (anche con campagne politiche e mediatiche) il ricovero come apparente “soluzione finale” al problema delle *Cracolândias* e del diffuso consumo di sostanze, in particolare nelle grandi città. In questo senso va inquadrato il programma di “*internação compulsória*”, ovvero coatta, di dipendenti da droghe (ma, in pratica, si parla di crack) entrato in vigore dal 21 gennaio 2013 nello Stato di São Paulo.

⁽⁵⁾ In questo senso è opportuno sottolineare come la ricerca al cui interno si inserisce questo contributo, e di conseguenza l’etnografia, si sia svolta essenzialmente dentro al sistema di salute pubblico, occupandosi in maniera marginale di realtà come le cliniche private di lusso destinate al recupero dalle dipendenze, alle quali si rivolge un altro tipo di clientela con maggiore potere economico.

⁽⁶⁾ Il 31 agosto 2012, presso la sede di Araraquara della Universidade Paulista (UNIP), università privata presente in varie città dello Stato di São Paulo, si è tenuto il *I Fórum Regional de Saúde Mental*, cui hanno partecipato rappresentanti dei servizi di salute primaria e secondaria di Araraquara, São Carlos e altre città vicine. Il tema scelto come titolo per l’evento era “Ripensando pratiche e tessendo reti”. Il 18 ottobre 2013, nello stesso spazio, ha avuto luogo il *II Fórum*, dedicato a “Mutamenti e sfide nella (ri)costruzione del processo di lavoro”. Fra i temi affrontati, particolare rilevanza ha assunto la costituzione della *RAPS*, la Rete di attenzione psico-sociale su scala regionale.

⁽⁷⁾ Per fronteggiare il venire meno della motivazione e della vocazione iniziale del centro, oggi si stanno discutendo a livello municipale e statale possibili strategie di miglioramento dei servizi dedicati alla dipendenza. Tra di esse c’è anche la trasformazione del CAPS-Ad in CAPS III, una struttura complessa, aperta 24 ore anche nei giorni festivi e con una disponibilità di posti letto (tra i sei e i quindici). Attualmente, tuttavia, la legge prevede tale tipo di servizio solo per le città con almeno 500.000 abitanti.

Bibliografia

DE ANDRADE Arthur Guetta - DUARTE Paulina do Carmo Arruda Vieira - DE OLIVEIRA Lucio Garcia (2010), *I levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras*, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas [SENAD], Brasília.

BOURGOIS Philippe - SCHONBERG Jeff (2011), *Reietti e fuorilegge. Antropologia della violenza nella metropoli americana*, DeriveApprodi, Roma [ediz. orig.: *Righteous dopefiend. Homelessness, addiction, and poverty in urban America*, University of California Press, Berkeley - Los Angeles, 2009].

DE MARTINO Ernesto (2002 [1977]), *La fine del mondo. Contributo all’analisi delle apocalissi culturali*, GALLINI Clara (a cura di), Einaudi, Torino.

DOS SANTOS REINALDO Amanda Márcia (2008), *Saúde mental na atenção básica como processo histórico de evolução da psiquiatria comunitária*, “Escola Anna Nery. Revista de enfermagem”, vol. 12, n. 1, marzo 2008, pp. 173-178.

DOS SANTOS SCHNEIDER Alessandra Ritzel (2009), *A rede de atenção em saúde mental: a importância da interação entre a atenção primária e os serviços de saúde mental*, “Revista Ciência & Saúde” (Porto Alegre), vol. 2, n. 2, luglio-dicembre 2009, pp. 78-84.

FARMER Paul (2003) *Pathologies of power. Health, human rights and the new war on the poor*, University of California Press, Berkeley (California).

NICACIO Fernando - AMARANTE Paulo - DIAS BARROS Denise (2000), *Postfazione. I movimenti per la salute mentale in Brasile dagli anni Ottanta*, pp. 233-257, in BASAGLIA Franco, *Conferenze brasiliane*, Raffaello Cortina, Milano.

SCHEPER-HUGHES Nancy - BOURGOIS Philippe (2004), *Violence in war and in peace*, Blackwell, Oxford.

Scheda sull'Autore

Nato a Perugia il 28 ottobre 1979, Michelangelo Giampaoli é attualmente assegnista di ricerca presso il Dipartimento di filosofia, scienze sociali, umane e della formazione dell'Università degli studi di Perugia.

Nel febbraio del 2010 ha conseguito il dottorato di ricerca nell'ambito del Dottorato internazionale in etnologia e antropologia, discutendo una tesi in co-tutela fra l'Università di Perugia e l'Université de Paris Ouest Nanterre - La Defense, dal titolo: *"Al di là dei limiti. Vita e trasgressione quotidiana al Père-Lachaise a Parigi (Dépasser les limites. Vie et transgression quotidienne au Père-Lachaise à Paris)"*, tutor la professoressa Cristina Papa, co-tutor il professor Raymond Jamous.

Avvicinatosi all'antropologia attraverso un percorso formativo di tipo storico e storico-artistico, ha cercato di diversificare i propri approcci alla disciplina, orientando le sue ricerche su differenti soggetti.

Le due tesi di laurea, conseguite tra il 2004 ed il 2006, gli hanno permesso di studiare la campagna umbra, il ripopolamento di quest'ultima anche ad opera di comunità neo-rurali e di sviluppare quindi una conoscenza puntuale di tali esperienze comunitarie nell'Italia centrale, lette attraverso un'analisi comparativa con esperienze simili sviluppatesi in Europa e negli Stati Uniti.

Gli anni di ricerca in Francia, che hanno portato alla stesura della tesi di dottorato sul cimitero parigino del Père-Lachaise lo hanno spinto ad occuparsi quindi di antropologia urbana, con particolare attenzione ai luoghi della morte e della memoria (individuale e collettiva) e alle pratiche devozionali che sono connesse. Inoltre, nella riflessione teorica, la sua attenzione si è particolarmente centrata sulla tematica interdisciplinare della trasgressione.

Attualmente egli si occupa di etnopsichiatria e salute mentale comunitaria nell'ambito di una ricerca condotta fra l'Italia (Regione Umbria) e il Brasile (Stato di São Paulo), Paese dove ha prevalentemente vissuto negli ultimi tre anni. All'interno di tale ricerca, si occupa con particolare attenzione del rapporto fra salute mentale e dipendenza chimica (alcool, crack e altre droghe), attraverso un'etnografia condotta in aree di grande incidenza – e conseguente vulnerabilità sociale – di tale complesso fenomeno in due città dell'interno dello Stato di São Paulo.

Riassunto

Progetti terapeutici e rapporti temporanei nella pratica del Centro de atenção psicossocial per alcool e droghe (CAPS-AD) di Araraquara (Stato di São Paulo, Brasile)

Dal maggio del 2011 nella città di Araraquara, Stato di São Paulo, Brasile, l'amministrazione locale ha creato il *Centro de atenção psicossocial especializado no atendimento aos dependentes de álcool e drogas (CAPS-AD)* per rispondere, in maniera alternativa al ricovero obbligatorio in cliniche psichiatriche, all'emergenza sociale legata all'aumento, soprattutto fra i più giovani, del consumo di sostanze stupefacenti, in particolare crack. I primi due anni di attività hanno messo in evidenza le difficoltà del centro e di coloro che vi lavorano nel costruire percorsi terapeutici strutturati e prolungati a fronte di una notevole mobilità degli utenti. Assieme all'alto grado di imprevedibilità dei percorsi tracciati dai pazienti e con la differenziazione nei loro profili, tale mobilità sembra generare una marcata provvisorietà nelle relazioni fra operatori e utenza. Fornire risposte adeguate a tale varietà di casi porta spesso il servizio a ridefinire le proprie attività e competenze, il cronogramma e più in generale le strategie di presa in carico. L'etnografia permette di analizzare criticamente – inquadrandoli dentro più vaste dinamiche sociali e politiche – da un lato i molteplici percorsi biografici che fondano la precarietà della presenza dei pazienti, dall'altro le dinamiche strutturali in cui si iscrive la crisi operativa del Centro.

Parole chiave: dipendenza, salute, de istituzionalizzazione, presenza, politiche sanitarie.

Résumé

Projets thérapeutiques et précarité des relations avec les patients au Centre d'Accompagnement Psychosocial - Alcool et Drogues (CAPS-AD) de Araraquara (État de São Paulo, Brésil)

Depuis mai 2011, l'administration locale de la ville de Araraquara, dans l'état de São Paulo, au Brésil, a créé le *Centro de atenção psicossocial especializado no atendimento aos dependentes de álcool e drogas (CAPS-AD)* pour apporter une réponse à une véritable urgence sociale qui concerne surtout les jeunes : la consommation de stupéfiants, en particulier de crack. Ce centre a été mis en place dans le but d'offrir une alternative à l'hospitalisation obligatoire en clinique psychiatrique.

Au cours de ses deux premières années d'activité, le personnel du centre a rencontré des difficultés dans la mise en œuvre de parcours thérapeutiques structurés et prolongés, du fait d'une grande mobilité des patients. Cette importante mobilité, des parcours souvent imprévisibles ainsi que des profils extrêmement divers chez les

patients engendrent une grande précarité des relations avec le personnel de l'établissement. Afin de traiter cette variété de cas de figure de façon adéquate, ce service doit souvent redéfinir la planification de ses activités, ses compétences et les stratégies de prise en charge.

Dans ce cadre, tout en intégrant de plus vastes enjeux sociaux et politiques, l'ethnographie mène une analyse critique sur deux fronts : d'une part, elle étudie les différents parcours des patients, cause de leur présence précaire dans le dispositif ; de l'autre, elle se penche sur les dynamiques structurelles auxquelles la crise opérationnelle du *CAPS-Ad* est profondément liée.

Mots clés: addiction, santé, désinstitutionnalisation, présence, politiques de santé.

Resumen

Proyectos terapéuticos y relaciones temporarias en la práctica del Centro de Asistencia Psicosocial para el alcohol y las drogas (CAPS-Ad) de Araraquara (Estado de São Paulo, Brasil)

Desde mayo del 2011 en la ciudad de Araquara, Estado de San Pablo, Brasil, la administración local ha creado el CAPS-Ad, un centro especializado en alcohol y drogas. Esto ha sido hecho para responder – de modo alternativo a la recuperación obligatoria en clínicas psiquiátricas – a la emergencia social vinculada al aumento, sobre todo entre los mas jóvenes, del consumo de sustancias estupefacientes, en particular el crack. Los primeros dos años de actividad han puesto en evidencia la dificultad del centro y de aquellos que trabajan en la construcción de itinerarios terapéuticos estructurados y prolongados, a causa de la notable movilidad de los usuarios. Junto al alto grado de imprevisibilidad de los recorridos trazados en los pacientes y con la diferenciación de sus perfiles, una tal movilidad genera una gran provisionalidad en las relaciones entre trabajadores y pacientes.

Para proveer respuestas adecuadas a una tal variedad de casos, frecuentemente el servicio debe redefinir las propias actividades y competencias y mas en general las estrategias de responsabilidad. La etnografía permite analizar críticamente – encuadrándolas dentro de una dinámica política y social mas vasta – de un lado los múltiples itinerarios biográficos que fundan la precariedad de la presencia de los pacientes, del otro lado las dinámicas estructurales del centro en las cuales se inscribe la crisis operativa del CAPS-Ad.

Palabras clave: adicción, salud, desinstitutionalización, presencia, políticas de salud.

Abstract

Therapeutic projects and short-term treatment in use in a Psychosocial Support Center for drug and alcohol abuse (CAPS-AD) of Araraquara (São Paulo state, Brazil)

Since May 2011 in the city of Araraquara, in the State of São Paulo, in Brazil, the local council has created the *Centro de atenção psicossocial (CAPS-AD)* specialized in the psychosocial care of alcohol and drug-addicted. The CAPS-AD answers, in an alternative way, to the compulsory admission to psychiatric hospitals, and to the social emergency connected to the increase of the assumption of drugs (crack in particular), especially among young people. The first two years of activity have shown the problems of the centre and the people who work there: it is difficult to prepare well-structured and long therapies because the patients come and go often. The relation between workers and patients is too temporary, and it is complicated each time to predict what it is going to happen to a particular patient, because they have different psychological profiles.

Giving a suitable answer to such a variety of cases leaves often the service to plan its activities, competencies and in general its strategies over and over again.

Ethnography analyses, in a critical way, on one hand the personal story of the patients that usually explains their lack of presence (their personal stories are understood in a broader social and political dynamic); on the other hand the structural dynamics that determine the operational crisis of the Centre.

Keywords: addiction, health, deinstitutionalization, presence, health policies.

In corpore trans.

*Dinamiche di inclusione/esclusione nel processo di medicalizzazione delle identità transgender: una ricerca etnografica nella città di Napoli**

Marzia Mauriello

PhD, assegnista di ricerca, docente a contratto di antropologia del mondo contemporaneo, Università di Napoli "Suor Orsola Benincasa"
[marziamauriello@gmail.com]

1. Corpi in disordine

Il presente lavoro indaga gli elementi socio-culturali, legati a doppio filo con lo sviluppo della tecnologia medica e con i processi di medicalizzazione della realtà, in relazione alla costruzione di *alcune* identità; in particolare, questa indagine esplora le dinamiche di inclusione e di esclusione relative alle figure *transgender* presenti nella tradizione culturale del sottoproletariato, cosiddetto *popolino*, nella città di Napoli.

Tale contesto è suscettibile di un'analisi di questo tipo a causa della presenza, nella tradizione culturale della città, dei *femminielli*, definibili *transgender ante litteram*, o, se si vuole, un vero e proprio "terzo genere".

L'analisi parte dall'assunto che il *gender*, così come la sessualità, sono da interpretare, in linea col pensiero di Teresa de Lauretis, che riprende Michel Foucault, non come una proprietà del corpo ma come il risultato di «effetti discorsivi prodotti nei corpi, nei comportamenti e nelle relazioni sociali» (DE LAURETIS T. 1987: 3, *mia traduz.*). In quanto rappresentazione, nel suo essere *performato*, il *gender* è costantemente in un processo di ricostruzione e rinegoziazione. In questo senso, come sostiene Bernice Hausman, «le dinamiche di costruzione dei generi non possono essere

* Testo definitivo del contributo presentato nella IV Sessione parallela (*Salute mentale e contesti sociali*) al 1° Convegno nazionale della SIAM, *Antropologia medica e strategie per la salute* (Roma 21-23 febbraio 2013).

considerate dissimili da quelle che pertengono alla costruzione di altre categorie sociali, quali quelle di etnia o classe, nel loro essere allo stesso modo dipendenti dalle regole sociali e del tutto equivalenti ad esse per il fatto che contribuiscano alla costruzione della soggettività» (HAUSMAN B. 1992: 273, *mia traduz.*).

Soggettività che si costruiscono anche attraverso le parole che vengono a configurarle. Il termine *transgender*, così come il termine *gay*, sono nati alla fine del XX secolo in un contesto socioculturale, quello statunitense, in cui la definibilità di uno *status*, in relazione all'identità nel primo caso, alla sessualità nel secondo, veniva a essere di primaria importanza nell'esercizio della propria sovranità e nella lotta all'acquisizione dei diritti in quanto membri di una particolare comunità (VALENTINE D. 2007). Con il termine *transgender* si intende sia l'insieme dei soggetti che incarnano una variante di genere⁽¹⁾, sia, in questo contesto specifico, quei soggetti che non hanno fatto o faranno ricorso alla Rcs (Riassegnazione Chirurgica del Sesso) e che, quindi, dal punto di vista anatomico, non hanno apportato o non apporteranno alcuna modifica permanente (cosiddetta rettifica) alla parte genitale. Sia nel caso delle persone transgender sia in quello delle persone transessuali⁽²⁾, la transizione verso il sesso opposto può riguardare sia gli uomini sia le donne. Nel primo caso, in quello di uomini biologici che modificano in parte o totalmente i propri caratteri sessuali per assumere un aspetto femminile, si parla di trans m2f (o mtf o mf, ossia da maschio a femmina), nel secondo caso, di trans f2m (o ftm o fm, ossia da femmina a maschio)⁽³⁾. In tal senso la terminologia, una volta entrata nell'uso comune, ha, però, condizionato fortemente il modo in cui la realtà nel suo complesso veniva percepita e vissuta dai soggetti protagonisti di una diversa esperienza identitaria o sessuale.

In relazione con quanto affermato, la creazione di tutta una serie di termini specifici che conducono a una prospettiva medica (eonismo, travestitismo puro, transessualismo etc.) (HAUSMAN B. 1992: 277) è servita senz'altro a sottolineare la distanza tra "noi" e "loro", allontanando "loro" da una condizione di "normalità", laddove per normalità si intende implicitamente binarismo di genere.

L'appropriazione di tali processi di medicalizzazione della realtà da parte dei soggetti che incarnano una variante di genere ha in buona parte modificato il modo in cui tali soggetti vivono l'esperienza del proprio corpo, inducendo con buona probabilità anche un cambiamento nella percezione di essi da parte della comunità di riferimento.

È il caso dei *femminielli* napoletani, la cui peculiarità identitaria è indicata sin dal nome che li configura. Il termine *femminiello* sembrerebbe indicare di primo acchito una donna (*femmina*, in napoletano) declinata al maschile e non il contrario, a voler dire che l'identità di genere, ossia l'essenza della persona, precede la fatticità anatomica. Il suffisso *-iello/-ielli* (plurale), sembrerebbe, inoltre, esprimere una diminuzione del femminile, venendo a indicare una "quasi-donna" o "donna mancata"⁽⁴⁾. In un suo recente saggio, Patricia Bianchi spiega, invece, come in realtà il suffisso *-iello/-ielli* non avrebbe, nella lingua napoletana, alcuna accezione negativa o diminutiva ma indicherebbe proprio una diversa categoria di individui (BIANCHI P. 2013: 55-74), laddove «il rapporto tra nome e identità di gruppo (o di singoli individui) è plastico e reciproco: si potrebbe dire sia che il nome crea un'identità di genere, riconoscibile nel sociale, sia che un'identità di genere crea un nome» (BIANCHI P. 2013: 55). Ciò rafforzerebbe l'idea del fatto che i *femminielli* venissero percepiti come un vero e proprio terzo genere.

Uno tra gli elementi significativi rilevato nel corso dell'indagine etnografica è che quando fanno riferimento a loro stessi, per nominarsi, i *femminielli* utilizzano la versione femminile del termine (*femminella*, *femmenella*), così come tra loro comunicano sempre declinandosi al femminile, mentre non si aspettano, nel senso che non lo danno per scontato, che anche gli altri, i *non-femminielli*, si rivolgano a loro in questa forma.

Questi soggetti, la cui presenza nel napoletano è testimoniata da fonti bibliografiche a partire dalla fine del 1500⁽⁵⁾, e oggi in netta minoranza rispetto alle persone trans, soprattutto nel contesto urbano, tant'è vero che in questo caso si parla di una vera e propria estinzione (VALERIO P. - ZITO E. 2011; VALERIO P. - ZITO E. 2013), erano tradizionalmente inclusi nella realtà sociale ed economica del sottoproletariato urbano a Napoli anche in ragione di una sorta di investitura di sacralità che spesso, presso molte società oggetto di studio dell'antropologia, accompagna le figure liminali dal punto di vista dell'identità di genere.

I processi di medicalizzazione sono venuti a intervenire su tali "contrattazioni identitarie", e sulle particolari dinamiche di inclusione ad essi connesse, attraverso la possibilità, offerta dalla chirurgia, di modificare il corpo (in questo caso maschile) allo scopo di rendere il soggetto *esattamente come dovrebbe essere per essere (pensato? Visto? Percepito?) come l'Altro* in senso di genere. In tal senso il corpo, e i significati a esso attribuiti, rappresentano il punto da cui partire per sviluppare un'indagine sui mutamenti circa il modo in cui i soggetti *trans* si rappresentano, vengono percepiti e soprattutto, a seconda dei casi, sono inclusi o esclusi.

L'identità transessuale nasce con la medicina occidentale e, prima ancora, con il modo in cui l'occidente ha imparato a guardare al corpo come a un oggetto, come ad altro da sé. Come sostiene David Le Breton, il paradosso delle società occidentali è proprio quello di aver perduto il senso del sé come un tutt'uno con il corpo e la corporeità, arrivando a interpretare il corpo come una proprietà (ho un corpo più che sono un corpo) (LE BRETON D. 2007 [1990]).

In questo senso, la biomedicina, che ha creato *non* le varianti di genere, presenti da sempre e in moltissime culture, ma il fenomeno transessuale, non ha fatto che confermare la "normalità" di un ordine binario in relazione al corpo, alla sua parte genitale. La medicina è un'istituzione sociale; essa è, come afferma Le Breton, «il sapere ufficiale sul corpo» nelle società occidentali (LE BRETON D. 2007 [1990]: 5) e, come tale, applica nei contesti in cui si trova a operare una pratica di controllo, sui corpi e sulle identità. Il caso delle persone transessuali rappresenta un efficace esempio delle dinamiche che soggiacciono a questi processi di determinazione della realtà, processi possibili attraverso la costruzione del consenso, in questo caso un'incorporazione vera e propria, della diade sesso/genere.

«La scienza ha una relazione stranamente ambivalente con il corpo: questo è il suo antimodello, essa lo aggira, cerca di rigettarlo, ma nello stesso tempo cerca di riprodurlo coi propri mezzi, in modo maldestro. Forse tutta la storia della scienza non è che le correzioni operate sulle insufficienze (ai suoi occhi) del corpo, d'innumerabili cancellature per evitare la sua precarietà, i suoi limiti. Tentazione demiurgica anche di imitarlo, di agire tecnicamente su di lui. Oggi un'altra sfaccettatura si svela sempre con maggiore evidenza: la lotta contro il corpo mostra la sua struttura nascosta, la rimozione che la sosteneva: la paura della morte» (LE BRETON D. 2007 [1990]: 89).

A partire dal XIX secolo, come scrive Thomas Laqueur, l'identità di genere è stata totalmente ricondotta al corpo, alla sua parte anatomica, con la "scoperta" del dimorfismo sessuale; tale fenomeno ha condotto a un processo di riduzione alla biologia e all'anatomia delle soggettività in senso di genere (LAQUEUR T. 1990). D'altra parte, Michel Foucault ci ricorda come la produzione dei discorsi intorno alla sessualità e al sesso abbia originato quelle categorie che oggi sono causa di discriminazione ed esclusione dei soggetti non "conformi", "deviati". Portando come esempio la storia di Herculine Barbin, un ermafrodito francese vissuto nell'Ottocento, dichiarata alla nascita "femmina" e poi, in seguito, costretta dai medici e dai sacerdoti a passare al genere maschile, Foucault mostra inoltre come la vera percezione dell'identità sessuale,

nonché della sessualità, presuma una norma, un ordine discorsivo nel quale la superficie del corpo è segnata dai significati (BUTLER J. 2004 [1990]: 137-152).

Le origini del transessualismo giacciono, dunque, «nell'ambito sociale rigidamente genderizzato», dipendente dai processi di interpretazione del corpo a partire dalle categorie biomediche (HAUSMAN B. 1992: 273).

In questo senso, la moderna soggettività transessuale, come afferma Hausman, è costruita anche dalla richiesta per il cambio di sesso chirurgico e ormonale, richiesta che dipende dall'esistenza materiale di specifiche tecnologie e pratiche mediche. La «soggettività transessuale si fonda, dunque, su una sintomatologia che è in parte prodotta dalla relazione medico-paziente», attraverso lo stretto rapporto tra la domanda e lo sviluppo della tecnologia medica. In tal senso, la tecnologia medica «è servita» ai transessuali anche nel senso che ha consentito loro di crearsi un'identità altra, distinta da quella degli omosessuali e dei travestiti (HAUSMAN B. 1992: 281-282).

Ciò è accaduto in virtù del fatto che il corpo tende, come scrive Le Breton, a «diventare una materia prima, da modellare e rimodellare» (LE BRETON D. 2007 [1990]: XIII); in effetti, oggi «è possibile conformare il corpo all'idea che se ne ha» (LE BRETON D. 2007 [1990]: XV). Il problema si pone nel momento in cui si rende necessario comprendere in quale modo venga costruita tale idea di corpo «giusto», imprescindibilmente legata all'idea di contesto «giusto». Molte persone transessuali affermano di essere nate nel corpo sbagliato. A tal proposito, non sorprende il fatto che l'attivista *trans* Porpora Marcasciano, presidente del MIT (Movimento Identità Trans) di Bologna abbia, in diverse occasioni, sottolineato come più che parlare di «corpo sbagliato» bisognerebbe parlare di «mondo sbagliato», ossia di un mondo che, una volta stabilito cosa è normale e cosa non lo è, esclude ciò che ha imparato a considerare diverso.

L'investimento sul corpo appare dunque, in linea con Le Breton, da un lato, «la risposta alle divisioni sociali, alla distanza dall'altro, alla rimozione degli antichi legami comunitari» (LE BRETON D. 2007 [1990]: XV), dall'altro, la conseguenza dell'influenza della medicina intesa quale «sapere ufficiale sul corpo» (LE BRETON D. 2007 [1990]: 5). In questo senso, la comunità di appartenenza è fondamentale nella formazione e perpetuazione di un'identità «alternativa» attraverso la creazione di spazi di inclusione che, in alcune società tradizionali, si rendono possibili grazie ad alcuni dispositivi simbolici e cerimoniali, legati al sacro, che tali figure della diversità di genere vengono a rappresentare.

2. *Giocare al sacro*

I *femminielli*, che incarnano l'ambiguità in senso di genere, hanno trovato spazio nella tradizione culturale della città di Napoli attraverso, da un alto, l'assegnazione di compiti e ruoli molto ben definiti all'interno della comunità, come il *fare i servizi*, ossia lo svolgere le mansioni domestiche, soprattutto le più gravose, quelle che i corpi femminili non riuscivano a compiere – tra cui, ad esempio, la *colata*, ossia il bucato come le donne napoletane lo facevano nel passato, a mano e utilizzando la cenere per sbiancare – oppure badare ai bambini; dall'altro, attraverso il conferimento, da parte della comunità, di una sorta di sacralità che il *femminiello*, in quanto “ibrido” verrebbe a incarnare; tale collegamento alla sacralità, si traduce, ad esempio, nella capacità attribuita ai *femminielli di indovinare i numeri* da giocare al lotto, «in un ambito in cui dare i numeri significava rapportarsi all' “aldilà”» (RANISIO G. 2013: 112). Essi, inoltre, estraggono e commentano i numeri della tombola. Il loro ibridismo identitario, favorendo un rapporto privilegiato con l'altro mondo, conferirebbe inoltre a queste figure la capacità di portare fortuna (RANISIO G. 2013: 112).

Tale sacralità viene letteralmente “messa in scena” attraverso la riproduzione di precisi dispositivi cerimoniali che in realtà non sono altro che riti di passaggio, la riproposizione delle tappe fondamentali della vita di un individuo (VALERIO P. - ZITO E. 2011; ZITO E. - VALERIO P. 2013).

I *femminielli* simulano, in modo spettacolare, il passaggio all'età adulta, rappresentato dal matrimonio, ossia lo *spusalizio* dei *femminielli*⁽⁶⁾ o, come indica Abele De Blasio, *'O spusarizio mascolino* (DE BLASIO A. (1993 [1897])), la nascita, ossia la *figliata*⁽⁷⁾, celebrata esattamente nove mesi dopo la celebrazione dello *spusalizio*, e la morte, ossia il *pianto al finto morto* che, a detta di un informatore, consisterebbe nel simulare un funerale con una persona (l'informatore fa riferimento a un uomo) a rappresentare il morto, e tutti i *femminielli* a piangerlo.

Questi riti di passaggio, alcuni dei quali (*figliata* e *pianto al morto*), a detta di un informatore, celebrati insieme nel corso delle *campagnate* (scampagnate), sono accompagnati dalla tombola, il gioco dei *femminielli* e delle donne per eccellenza (BROCCOLINI A. 2005). La tombola è un altro degli elementi a palesare l'aspetto di sacralità che si lega a questa figura, visto il particolare significato che i numeri della *Smorfia* rivestono nella tradizione culturale del popolino napoletano (NIOLA M. 2003: 76-81). Nel corso dell'intervista a Ernesto *La Pacchiana*, che si definisce un “*femminiello* dichiarato”, egli ha detto di se stesso, in quanto *femminiello*, di essere “esoterico”, aggiungendo che in realtà «tutti i *femminielli* sono un

poco esoterici», riferendosi in modo non meglio specificato a una sorta di potere sovrannaturale, un sesto senso (Ernesto faceva riferimento sia alla tombola «io commento i numeri, ma in realtà non sono io a parlare, non so come mi viene di dire le cose che dico», sia al fatto che in diverse occasioni avesse pensato a una persona che non vedeva da moltissimi anni e che in quello stesso momento la persona in questione gli si fosse materializzata davanti).

Questa loro caratteristica, unita alla *spettacolarità* dell'atteggiamento – una vera e propria sovraesposizione identitaria – e a un linguaggio, verbale e del corpo, particolarmente colorito, ha consentito ai *femminielli* dei *vicoli* di Napoli di essere richiesti esplicitamente in occasione di celebrazioni di particolare rilevanza, quali, ad esempio, i matrimoni. In base al racconto di un informatore, i *femminielli* sono spesso invitati a partecipare ai matrimoni dalla gente del quartiere dove risiedono, perché «siamo allegri, la gente ci vuole perché portiamo gioia».

La partecipazione ad alcune cerimonie si deve al fatto che, in alcune culture cosiddette tradizionali o non occidentali, le figure che rappresentano, come scrive Gabriella D'Agostino, un'inversione di genere” (D'AGOSTINO G. 2013: 77) svolgono anche la funzione di *medium* tra i sessi: «nella tradizione dei Navajo, dei Cheyenne e dei Mohave, i *berdache* sono considerati eccezionali organizzatori di incontri, maghi d'amore nonché guaritori di malattie veneree» (ORTNER S.B. - WHITEHEAD H. 1981: 88). Tali caratteristiche, attribuite loro, esprimono la logica per la quale i *berdache*, unendo in loro entrambi i sessi, sono in una posizione di facilitare l'unione tra gli uomini e le donne (ORTNER S.B. - WHITEHEAD H. 1981: 88).

Allo stesso modo, in India gli *hijra* donano benedizioni di fertilità, dal momento che, in quanto eunuchi (ma non tutti lo sono), «hanno perduto il desiderio e sono divenuti, quindi, canali di trasmissione di fertilità della divinità femminile» (ROSCOE W. 2000: 207, *mia traduz.*).

Queste figure, considerate veri e propri *terzi generi*, svolgono dunque un'importante funzione di mediazione; sono *ponti*, tra i generi e tra i mondi, quello naturale e quello soprannaturale. Questo è uno dei motivi per cui esse sono spesso presenti ai matrimoni, nel corso dei quali mettono in scena *performance* artistiche, come nel caso degli *hijra*, chiamati a danzare per propiziare l'unione tra gli sposi.

Come già accennato in precedenza, figure dallo stato identitario ambiguo possono svolgere ruoli collegati all'ambito del sacro, come mostra, nel caso dei *femminielli*, la loro “vicinanza” alle pratiche legate alla morte, dalla partecipazione degli stessi ai culti svolti negli ipogei per le anime

del purgatorio (NIOLA M. 2003: 130; RANISIO G. 2013: 111-112) a quanto si accennava poc'anzi rispetto al *pianto al morto*. Non sorprende, dunque, che nel corso dell'indagine si sia appurato che i *femminielli* praticavano il culto dei morti presso il Cimitero delle Fontanelle⁽⁸⁾ e che, ancora oggi, essi si recano presso la chiesa di Santa Maria della Anime del Purgatorio ad Arco, nel centro antico di Napoli, dove nell'ipogeo sono presenti alcuni teschi, tra cui quello che si dice essere di una principessa o di una popolana che per i *femminielli* è oggetto di culto.

Il *femminiello*, in quanto “femmina mancata”, non può adempiere alla funzione che più di ogni altra, nel contesto di riferimento, consente alla donna di divenire un essere sociale pienamente riconosciuto e rispettato, ossia la maternità. A tale proposito, Will Roscoe scrive come la sessualità non procreativa dei soggetti che incarnano una variante di genere sia frequentemente associata al concetto di morte, nel senso che proprio nelle culture patriarcali del “Vecchio Mondo”, come egli le definisce, il non essere procreativi significava essere morti in senso sociale, non essendo, questi soggetti, in grado di passare il proprio nome alle generazioni successive. Al tempo stesso, però, questo tipo di sessualità può essere immaginata anche come sfida alla morte, nel senso di «allontanamento dall'esistenza fisica allo scopo di stabilire una relazione speciale col regno spirituale e immortale» (ROSCOE W. 2000: 207, *mia traduz.*).

In contesti non occidentali, vi sono numerosi esempi della relazione tra la liminalità in senso di genere e la morte; i *berdache* della California, cosiddetti *two-spirits*, erano i “becchini” della comunità, dal momento che si riteneva fossero i soli a poter stare a contatto con la morte senza correre pericoli; in Siberia, essere delle creature “senza sesso” come gli “uomini delicati” *chuckchi* equivaleva a essere morti; «un “uomo delicato” *moriva* ogni qual volta andava in *trance*, la qual cosa consentiva il viaggio nel mondo degli spiriti» (ROSCOE W. 2000: 207).

In relazione a quanto appena affermato, Laurence Senelick asserisce che:

«in alcune culture, relegare gli individui liminali dal punto di vista del genere alla *performance* fornisce loro un contesto sociale, una relazione costitutiva tra struttura e *agency*. Rappresentando la propria marginalità di genere, tali individui acquisiscono una sorta di “prestigio alternativo” essendo depositari della tradizione artistica e culturale» (SENELICK L. 2000: 29, *mia traduz.*).

L'affermazione di Senelick consente una riflessione sull'idea di *performance* e sull'importanza della esibizione del sé; in tale prospettiva, mettere in scena, in un contesto e in un modo che rinviano al sacro, un'identità percepita come ibrida e che nel suo linguaggio quotidiano si mostra già

altamente performativa – come nel caso dei *femminielli* –, rende tale *performance* e i corpi che la rappresentano «il ponte dell'energia comunitaria» (LE BRETON 2007 [1990]: 25-6).

Queste pratiche performative possono essere considerate veri e propri dispositivi di inclusione all'interno delle comunità e, al tempo stesso, marcatori identitari che costruiscono e modificano il rapporto tra il soggetto e il proprio corpo, tra corpo individuale e corpo sociale; nelle comunità tradizionali il concetto di corpo appare più fluido, non “fissato” a norme precise, tendenzialmente regolamentate dalla biomedicina e dai suoi avanzamenti in abito diagnostico e chirurgico⁽⁹⁾.

L'aspetto interessante riguardo ai *femminielli* è la loro visione e concezione del corpo e del *self*: se nel passato esistevano difficoltà oggettive nell'intervenire chirurgicamente sul corpo, ancora oggi molti di essi rifiutano di assumere un aspetto femminile attraverso la chirurgia estetica e/o l'assunzione di ormoni. Inoltre, nel corso dell'indagine, alcuni hanno sottolineato la differenza tra loro e altre categorie *transgender*, nel senso e dal momento che i *femminielli* considerano la loro identità costituita da simboli, gesti, azioni e un linguaggio del corpo specifici.

Nel 2007 Massimo Andrei, un regista e attore napoletano, ha diretto un film-documentario dal titolo *Cerasella, ovvero l'estinzione della femminella*⁽¹⁰⁾, in cui la scomparsa di questa figura della tradizione culturale napoletana si fa derivare dalla modernità, che l'avrebbe esclusa dai suoi discorsi proprio in quanto rappresentativa dell'antichità. Nella visione dei soggetti *trans mtf*⁽¹¹⁾ contemporanei, un *femminiello* è di fatto sempre inappropriato, anche a causa del suo linguaggio, verbale e non, considerato esagerato o volgare, segno di una “identità ipertrofica”. Questa figura della tradizione apparterebbe, insomma, al passato e non sarebbe adeguata al presente, dove si rende necessario “essere o non essere”: essere omosessuali, ma nel contempo “pienamente” uomini o “pienamente” donne, portatori e portatrici di una identità di genere ben definita; oppure essere transessuali, rendendo il proprio corpo conforme al genere cui si sente di appartenere.

3. *Diversamente uguali, ugualmente diversi*

Essere diversi, portatori di una soggettività “diversa”, non in linea con l'ordine binario maschile/femminile, è ciò che rappresenta l'elemento centrale nel discorso sulla realtà *transgender*, nel suo legame con l'idea di mostruosità nel senso in cui la intende Mary DOUGLAS in *Purezza e pericolo*

(1966), ossia “qualcosa fuori posto, non in ordine”, disordine cui il sacro in qualche modo pone rimedio.

In tal senso, le alterazioni del corpo sono imprescindibilmente legate a questo stile di ragionamento, laddove modificare il proprio corpo per assumere le sembianze dell'Altro equivale a emanciparsi da ciò che si era, *uscendo* dal corpo originario allo scopo di ricongiungersi con il proprio sé che, nel caso dei soggetti trans, sia transgender sia transessuali, appare altrimenti sempre *fuori posto* a causa di quella che viene percepita dagli stessi soggetti trans come ambiguità.

La prova di questa necessità di “chiarezza” del corpo è data dal percorso, medico e giuridico, per la Rcs, cui le persone *trans* devono sottoporsi allo scopo di modificare la loro identità sui documenti di riconoscimento. Lo scopo di questo percorso è, per la legge italiana, una chiara definizione dello stato identitario; in queste circostanze il corpo percepito dai soggetti protagonisti come “anomalo”, perché in dissociazione con il vissuto psichico, deve “allinearsi” a esso attraverso un cambiamento definitivo (rimozione e ricostruzione) di ciò che è visibile ed è considerato la quintessenza del genere: i genitali.

«Le tecniche di intervento chirurgico o ormonale producono i due sessi nel registro del reale, ossia nel registro dell'esperienza materiale e fisiologica» (HAUSMAN B. 1992: 301, *mia traduz.*).

In questa prospettiva, un corpo transessuale appare inevitabilmente legato all'idea di chiarezza del corpo: nel caso dei soggetti transessuali, quanto più il corpo si rende conforme all'altro genere, tanto più l'idea di ordine è realizzata.

Un soggetto transessuale percepisce senz'altro il suo corpo come la fonte della sua anomalia, definita attualmente, in base all'ultima versione del *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* del 2013 (DSM V), disforia di genere; il questo senso è il corpo a essere considerato anomalo. Questa *difformità* del corpo diviene causa di disagio, sofferenza e soprattutto fonte di profondo condizionamento rispetto alle condizioni di vita. Difficile comprendere se tale condizione “anomala” sia dovuta a un disagio corpo/mente o, piuttosto, a ordini discorsivi escludenti, anche se è chiaro che tra questi due elementi vi è una strettissima relazione. Se, come sostiene Le Breton, «nelle normali condizioni di vita, il corpo è trasparente all'attore che lo abita» (LE BRETON 2007 [1990]: 25-26), il corpo *trans* non solo non è trasparente per chi lo abita, per chi dall'esterno lo osserva né, ovviamente, per chi lo “costruisce” (i chirurghi), ma diviene l'elemento assolutamente centrale su cui elaborare la soggettività, le relazioni sociali

e, quindi, la condizione di benessere. Benessere che viene dato anche da una chiarezza identitaria, elaborata attraverso la costruzione di una percezione medicalizzata dell'identità *trans*, laddove il pregiudizio e i fenomeni di discriminazione derivano proprio dalla difficoltà a poter essere "identificati".

Se per ordine si intende anche completezza, rappresentata, nel caso delle persone transessuali, dal fatto di diventare visibilmente come l'Altro, per alcuni soggetti *transgender*, invece, essere donna non significa essere fisicamente allineati all'altro genere, ma incarnare la femminilità attraverso un corpo diverso. Partendo proprio dalla differenza dal punto di vista della percezione di sé da parte dei soggetti che rappresentano una variante di genere, nel corso dell'indagine etnografica sono stati intervistati soggetti che possono essere fatti rientrare in tre macro-gruppi:

- Il primo, quello dei *femminielli*, è quello su cui si è soffermata una vasta letteratura recente che ha sottolineato come si tratti di una figura con le seguenti caratteristiche: si autodefiniscono come tali, non ricorrono o non hanno fatto ricorso alla chirurgia e in generale a qualsivoglia modifica del corpo; sono i detentori di una tradizione artistico-culturale della città, nel senso che molti degli interlocutori, oltre a dichiarare di conoscere molto bene i personaggi più rappresentativi del panorama artistico-culturale di Napoli, sono essi stessi rappresentanti di tale tradizione; mettono in scena alcuni dispositivi cerimoniali; partecipano alla vita del vicolo. Trattandosi di una figura, come sostiene una certa letteratura (VALERIO P. - ZITO E. 2011; ZITO E. - VALERIO P. 2013) che negli ultimi anni sta scomparendo, rientrano in questo gruppo soprattutto persone che sono più in là con gli anni. Nel corso della mia indagine i *femminielli* con cui ci si è confrontati avevano tutti più di quarant'anni.
- Il secondo gruppo è quello delle donne *transgender*, le quali, nella maggior parte dei casi, non conoscono la differenza tra *transgender* e transessuale e si definiscono semplicemente *trans*, distinguendosi, però, dai *femminielli* perché ritenuti figure appartenenti al "passato" (ma hanno precisato che la gente del *vicolo* le definisce sempre e comunque *femminielli*); a queste persone può applicarsi la definizione di *transgender* già data prima visto che questi soggetti non si sono sottoposti e non hanno intenzione di sottoporsi alla rettificazione genitale, pur avendo apportato modifiche al corpo attraverso operazioni di chirurgia estetica. Nel corso degli incontri si è potuto verificare che i soggetti in questione mantengono un certo legame con la cultura del *vicolo*, che

conoscono e di cui si sentono parte, e che in alcuni casi partecipano a quelle attività tipiche dei *femminielli*, ossia alla tombola, alle riffe del *vicolo*. Uno di loro ha raccontato di «aver fatto un matrimonio, una volta⁽¹²⁾».

- Il terzo gruppo, quello delle donne transessuali, è caratterizzato, in base all'esperienza etnografica, dal fatto di ricorrere alla Rcs in giovane età, dal non conoscere o riconoscere le caratteristiche dei *femminielli*, e dall'autoescludersi dalla realtà del *vicolo*. Inoltre, ma ciò è piuttosto ovvio, questi soggetti rifiutano l'ambiguità corporea.

Dall'indagine è emerso che il rapporto con la medicina ha in parte modificato il modo di percepire e interpretare la condizione delle persone *transgender*: il *femminiello* era soggetto alla compassione delle persone del *vicolo*, che lo chiamavano *puveriello* (poverello) o, ancora, *sfurtunat* (sfortunato), per un discorso "pratico" di impossibilità per queste persone a poter "mettere su" famiglia e quindi a completarsi attraverso l'esperienza della genitorialità, elemento imprescindibile alla "realizzazione della persona". La condizione di celibato, infatti, pesa negativamente sui soggetti sia a causa del rischio di solitudine sia in relazione alla definizione dei ruoli comunitari.

Per contro, nei racconti di alcuni soggetti *transgender* che si definiscono tali e non *femminielli*, sottolineando la distanza da questi, la condizione di diversità veniva già medicalizzata all'interno delle famiglie, che cercavano una spiegazione "medica", se non una vera e propria terapia, allo stato dei propri figli. La percezione degli individui *transgender* come persone "malate" in un certo senso trascende dunque la condizione di celibato, che passa in secondo piano o, meglio, risulta essere considerata minoritaria rispetto alla "malattia", pur tuttavia costituendo un elemento di non poca importanza nella definizione dei soggetti *transgender* che gli altri (i componenti del nucleo familiare e della più estesa rete parentale, amicale e di vicinato) costruiscono.

Carmen è una donna *trans* non operata di 46 anni; durante la sua adolescenza, a dichiararla portatrice di un disturbo di natura mentale è stato proprio il medico di famiglia, comunicando alla madre, che aveva insistito per *vedere il dottore*, che il "problema" del figlio era "nella sua testa", una volta accertatosi delle perfette condizioni fisiche e anatomiche del soggetto in questione. In questa prospettiva, la condizione di *sfurtunat* includeva la famiglia di appartenenza del soggetto *trans*, che doveva portare con sé il "peso" del giudizio di tutta la comunità che, se di fatto non escludeva né lui/lei né la famiglia di lui/lei, non rinunciava in ogni caso a interpre-

tare la condizione anomala del soggetto “portatore di diversità”. A tal proposito, nel corso dell’indagine è emerso che il rispetto nei confronti della famiglia di appartenenza da parte delle persone *transgender* si traduceva con una limitazione all’esposizione pubblica della femminilità di questi soggetti, che erano costretti a reprimere il proprio “genere” (soggettivamente percepito) al fine di preservare le relazioni interpersonali, soprattutto quelle con la propria famiglia. Molti dei soggetti intervistati, infatti, raccontano di avere evitato, per tutto il tempo trascorso in famiglia, di travestirsi, per non “gettare vergogna” sui genitori, in particolare sui padri; una volta fuori di casa definitivamente, allora essi potevano realizzare il desiderio di *vedersi* come l’Altro, assumendone le sembianze, dapprima attraverso gli abiti, e, successivamente, con la chirurgia estetica e la somministrazione (nella maggior parte dei casi fuori del controllo medico) di ormoni.

Se i processi di medicalizzazione, intesi qui soprattutto come sviluppo della tecnologia medica e accesso alla stessa, hanno svolto un ruolo centrale nell’interpretazione della diversità in senso di genere, altrettanto hanno fatto, come illustrano Paolo Valerio ed Eugenio Zito, la diffusione delle tecnologie mediatiche, le modifiche della struttura socio-economica dei *vicoli* di Napoli, tra le cui molteplici cause va incluso anche lo sviluppo della criminalità organizzata e dei suoi traffici illeciti che hanno soppiantato la tradizionale *economia del vicolo*, che rappresentano un vero e proprio «stravolgimento che potrebbe non consentire più ad un’*identità altra* di trovare una sponda di sostegno ed in grado di significarla sul piano relazionale, sul piano della gratificazione esistenziale, nonché su quello dei rapporti socioeconomici [...]» (VALERIO P. - ZITO E. 2011: 126).

Dalla ricerca etnografica è emerso che altra ragione del mutamento è stata l’intensificarsi della prostituzione delle donne *trans* tra gli anni Settanta e Novanta⁽¹³⁾, in concomitanza con un incremento del ricorso alla chirurgia estetica⁽¹⁴⁾; tali eventi avrebbero modificato, a detta di qualche informatore, il rapporto di questi soggetti con la realtà del *vicolo*; ciò significa che, mentre i *femminielli* della tradizione si “rendevano utili” all’interno della comunità svolgendo varie mansioni, con lo sviluppo della prostituzione le *trans* sono diventate “utili” soprattutto da un punto di vista economico, perdendo quella connotazione di “tuttofare” che era di grande supporto alle famiglie dei quartieri popolari e che fungeva da leva per l’inclusione sociale. Una delle donne *trans* intervistate parla di vero e proprio “sfruttamento” e nega la “fantomatica” capacità inclusiva del popolino napoletano, apertura che l’intervistata ritiene niente più che un “mito”.

Nel contempo, la possibilità di modificare il corpo rendendolo come quello dell'Altro ha prodotto, anche se in modo indiretto, alcune forme di esclusione; nel corso dell'indagine, infatti, si è rilevato che la *femminilità prorompente* rende le *trans* di oggi competitive con le altre donne, che le percepiscono come pericolose a causa del loro "potenziale seduttivo" nei confronti degli "uomini di casa". Questa *nuova forma femminile* sarebbe, dunque, la causa e al tempo stesso l'effetto dell'allontanamento, da parte dei soggetti *trans*, dai "valori della tradizione", intesi qui soprattutto come rispetto per la sacralità della famiglia.

Una ulteriore interpretazione potrebbe essere che, nel momento in cui *si agisce sul corpo*, modificandolo, ci si "individualizza" troppo, allontanandosi dalla visione, presente nel contesto preso in esame, di subordinazione della *persona* alla totalità sociale (LE BRETON 2007 [1990]: 33). Si potrebbe supporre allora che il *femminiello* della tradizione sia accettato perché in un certo senso *resta al suo posto*, nel senso che *continua a* confondersi, dove confondersi, in un contesto altamente performativo come quello dei quartieri popolari di Napoli, in cui si esalta la teatralità dei gesti, significa riprodurre il modello di una figura esuberante e sovraesposta.

Uscire dall'ambiguità attraverso il mutamento del corpo significa in qualche modo anche uscire dal contesto che la accettava e includeva dandole un ruolo e una ragion d'essere nel sociale. Le *trans* contemporanee, d'altra parte, sentono il bisogno di "superare" l'ambiguità anche per emanciparsi dalla realtà di provenienza. La medicalizzazione del fenomeno *trans* ha condotto a un processo di auto-esclusione da parte di chi pensa di poter elidere, superandola, la varianza, modificando il corpo attraverso la tecnologia medica e ottenendone uno "nuovo" che si faccia portatore di un'identità ben definita e visibile a tutti.

Note

⁽¹⁾ Il termine *transgender* è nato negli anni Settanta negli Stati Uniti, coniato, come alcuni studiosi sostengono (VALENTINE D. (2007), *Imagining transgender. An ethnography of a category*, Duke University Press; STRYKER S. (2008), *Transgender history*, Seal Studies, Berkeley) dall'attivista Virginia Prince. Il termine è entrato nell'uso comune solo vent'anni dopo, negli anni Novanta.

⁽²⁾ La differenza tra *transgender* e *transessuale* sta nella diversa risposta al fatto di sentire di appartenere a un genere che è opposto al proprio sesso biologico: nel caso dei soggetti *transgender*, il desiderio è di poter esprimere il proprio sentirsi uomo o donna senza tuttavia modificare completamente il proprio corpo, senza, quindi, omologarsi all'Altro dal punto di vista genitale; nel caso dei soggetti *transessuali*, vi è il desiderio di modificare completamente il corpo attraverso l'operazione di riassegnazione chirurgica dei genitali. Per approfondimenti si veda il saggio di MAURIELLO Marzia (2013), *La medicalizzazione dell'esperienza trans nel percorso*

per la “riassegnazione chirurgica del sesso”. Una ricerca etnografica nella Città di Napoli, in “AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica”, pp. 35-36, pp. 279-308; si veda anche ZITO Eugenio - SISI Nicola - VALERIO Paolo (2013), *Et io ne viddi uno in Napoli. I femminielli, ricognizione storica e mitografica: spunti per una riflessione sull'identità di genere*, pp. 25-54, in ZITO Eugenio - VALERIO Paolo (2013) (curatori), *Genere: Femminielli. Esplorazioni antropologiche e psicologiche*, Libreria Dante & Descartes, Napoli.

⁽³⁾ Nel presente lavoro si tratterà unicamente della transizione dal maschile al femminile.

⁽⁴⁾ Nel corso dell'etnografia si è rilevato, in effetti, come il termine venga oggi talvolta utilizzato in senso spregiativo tra gli omosessuali, nella versione femminile e abbreviata “femmenè” proprio nel senso di “femmina mancata”, quasi femmina o, in senso ancor più spregiativo, *neanche* femmina, laddove, in quest'ultimo caso, l'essere donna viene di per sé considerato uno stato di inferiorità implicito. Per approfondimenti si veda MAURIELLO Marzia., *Se sei gay non puoi essere femminiello! Note a margine su sessualità e genere nel mondo gay napoletano*, pp. 97-109, in SIMONE Anna, *Sessismo democratico. L'uso strumentale delle donne nel neoliberismo*, Mimesis Ed., Milano, 2012.

⁽⁵⁾ Le prime testimonianze sul *femminiello*, allora detto *effeminato*, risalgono alla fine del Cinquecento, nella descrizione che ne dà Giovan Battista DELLA PORTA (*Della fisionomia dell'uomo*, 1586). Il termine *femminiello* sarebbe nato, però, successivamente, nella seconda metà del XX secolo, passando per il termine *femminella* utilizzato da Abele DE BLASIO nel volume del 1897 *Usi e costumi dei camorristi*. Per approfondimenti, si veda VALERIO Paolo - ZITO Eugenio (2010), *Corpi sull'uscio, identità possibili, Il fenomeno dei femminielli a Napoli*, Filema Ed., Napoli; ZITO E. - VALERIO P. (2013), *op. cit.*

⁽⁶⁾ Sul rito dello *spusalizio* si veda CARRANO Gennaro - SIMONELLI Pino (1983), *Un marriage dans le Baie de Naples?*, in “Masques. Revue des homosexualités”, n. 18, 1983, pp. 105-115, tradotto in italiano da Eugenio Zito e pubblicato in ZITO Eugenio - VALERIO Paolo (2013). Nel luglio 2011 sono stata inviata a uno *spusalizio*, in cui si celebrava l'unione (fittizia, anche nel senso che le due persone non avevano una relazione sentimentale) di un noto *femminiello* di Scafati (un piccolo centro in provincia di Salerno) con un uomo transessuale di Torre del Greco (località in provincia di Napoli) in procinto di sottoporsi alla RCS (Riassegnazione Chirurgica del Sesso). La cerimonia si è svolta nell'arco dell'intera giornata, cominciando dalla vestizione della “sposa” a casa della sua presunta madre per finire con l'apertura dei regali da parte degli sposi alla fine del pranzo, tenutosi in un ristorante lì nei pressi, e la distribuzione delle bomboniere ai numerosi ospiti. L'elemento sorprendente è stato la foltissima partecipazione all'evento da parte soprattutto dei parenti (ma non solo) che in quel giorno “giocavano” a interpretare i ruoli “classici” del matrimonio, dal padre della sposa al testimone di nozze.

⁽⁷⁾ Il rito della *figliata*, nel quale il *femminiello* mette in scena prima il travaglio e poi il parto (di un fantoccio con un enorme fallo) è stato raccontato da CURZIO MALAPARTE nel romanzo *La pelle* pubblicato nel 1949.

⁽⁸⁾ Il Cimitero delle Fontanelle nel quartiere della Sanità a Napoli è il luogo in cui si svolgeva il culto delle cosiddette *capuzzelle* o *anime pezzentelle*. Per approfondimenti si veda NIOLA Marino, *Il purgatorio a Napoli*, Meltemi, Roma, (2003).

⁽⁹⁾ Un efficace esempio di fluidità del corpo in relazione alle dinamiche identitarie di genere è dato dalla comunità degli Hua in Nuova Guinea; presso questa popolazione, il genere è un'essenza e come tale è trasmissibile anche attraverso il cibo, ossia attraverso ciò che viene ingurgitato. Di qui, tutta una serie di pratiche e norme alimentari, che sanciscono una differenza tra cibi maschili e femminili, da rispettare al fine di non “contaminarsi” con l'essenza dell'altro (COUNIHAN Carole M. - KAPLAN Steven L. (curatori), *Food and gender. Identity and power*, Harwood Academic Publishers, Amsterdam, 1998, cfr. p. 7).

⁽¹⁰⁾ Il documentario è stato prodotto dall'Università degli studi di Napoli “Federico II” nel 2007 ed è disponibile presso l'archivio del SOF-TEL della medesima università.

⁽¹¹⁾ Come già indicato in precedenza, sta per *male to female* e indica il passaggio, la transizione del soggetto dal maschile al femminile.

⁽¹²⁾ Per matrimonio si intende qui lo *spusalizio dei femminielli*.

⁽¹³⁾ Dalle interviste e dai colloqui non strutturati raccolti nel corso della ricerca etnografica, molti informatori hanno fatto riferimento al diffondersi della prostituzione a partire dalla fine degli anni Settanta. Pur non trattandosi di dati quantificabili, sono da considerarsi rilevanti in quanto rispecchiano la percezione collettiva del fenomeno.

⁽¹⁴⁾ Per modifiche al corpo si intende soprattutto le operazioni di chirurgia estetica, meno quelle di riconversione chirurgica, possibili in Italia solo a partire dal 1982.

Bibliografia

- ARIETTI Luisella *et. al.* (2010), *Elementi di critica trans*, Manifestolibri, Roma.
- BROCCOLINI Alessandra (2005), *Vac' a pazzia' 'a tumbulella. Etnografia di un gioco napoletano*, "Lares", anno LXXI n. 1, 2005, pp. 7-40.
- 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].
- CARRANO Gennaro - SIMONELLI Pino (2013 [1983]), *Un matrimonio nella baia di Napoli?*, traduz. dal francese di Eugenio Zito [ediz. orig.: *Un mariage dans le Baie de Naples?*, "Masques. Revue des Homosexualités", n. 18, 1983, pp. 105-115] e pp. 163-170, in ZITO Eugenio - VALERIO Paolo (2013) (curatori), *Genere: Femminielli. Esplorazioni antropologiche e psicologiche*, Libreria Dante & Descartes, Napoli.
- CHILAND Colette (2011), *Changer de sexe. Illusion et réalité*, Odile Jacob, Paris.
- COUNIHAN Carole M. - KAPLAN Steven L. (curatori) (1998), *Food and gender. Identity and power*, Harwood Academic Publishers, Amsterdam.
- D'AGOSTINO Gabriella (2013), *I femminielli napoletani: alcune riflessioni antropologiche*, pp. 75-106, in ZITO Eugenio - VALERIO Paolo (curatori), *Genere: Femminielli. Esplorazioni antropologiche e psicologiche*, Libreria Dante & Descartes, Napoli.
- DE BLASIO Abele (1993 [1897]), *Usi e costumi dei camorristi*, Luca Torre Editore, Napoli.
- DE LAURETIS Teresa (1987), *Technologies of gender. Essay on theory, film and fiction*, Indiana University Press, Bloomington.
- 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, *Science, politics and clinical intervention. Harry Benjamin, transsexualism and the problem of heteronormativity*, "Sexualities" (SAGE Publication, London), 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 - Giovanna Procacci, Feltrinelli, Milano [ediz. orig.: *Histoire de la sexualité*, vol. 1. *La volonté de savoir*, Gallimard, Paris, 1976].
- 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, 1992].
- GOFFMAN Erving (1959), *The presentation of self in everyday life*, Doubleday Anchor Books, New York, 1959.
- HAUSMAN Bernice L. (1992), *Demanding subjectivity. Transsexualism, medicine, and the technologies of gender*, "Journal of the History of Sexuality", vol. 3, n. 2, 1992, pp. 270-302.

LE BRETON David (2007 [1990]), *Antropologia del corpo e modernità*, traduz. dal francese di Beatrice Magni, Giuffrè Editore [ediz. orig.: *Anthropologie du corps et modernité*, PUF, Paris, 1990].

LAQUEUR Thomas (1990), *Making sex. Body and gender from Greeks to Freud*, Harvard University Press, London.

MAUSS Marcel (1991 [1936]), *Le tecniche del corpo*, pp. 385-409 in MAUSS Marcel, *Teoria generale della magia e altri scritti*, traduz. dal francese di Franco Zannino, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *Les techniques du corps*, "Journal de Psychologie", vol. XXXII, n. 3-4, 1936].

MAURIELLO Marzia (2013), *La medicalizzazione dell'esperienza trans nel percorso per la "riassegnazione chirurgica del sesso". Una ricerca etnografica nella Città di Napoli*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", vol. 35-36, ottobre 2013, pp. 279-308.

NANDA Serena (1990), *Neither man nor woman. The Hijras of India*, Wadsworth, Belmont (Ca).

NIOLA Marino (2003), *Il Purgatorio a Napoli*, Meltemi, Roma.

NIOLA Marino (2003), *Totem e ragù. Divagazioni napoletane*, Tullio Pironti Editore, Napoli.

ORTNER Sherry B. - WHITEHEAD Henrietta (1981), *Sexual meanings: the cultural construction of gender and sexuality*, Cambridge University Press, Cambridge.

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

RANISIO Gianfranca (2013), *Attraversamenti di genere e nuovi percorsi identitari*, pp. 107-127, in ZITO Eugenio - VALERIO Paolo (curatori), *Genere: Femminielli. Esplorazioni antropologiche e psicologiche*, Napoli, Libreria Dante & Descartes.

ROSCOE Will (2000), *Changing ones. Third and fourth genders in native North America*, St. Martin's Griffin, 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 (2012) (curatrice), *Sessismo democratico. L'uso strumentale delle donne nel neoliberismo*, Mimesis, Milano - Udine.

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*, Ed. Filema, Napoli.

ZITO Eugenio - SISI Nicola, VALERIO Paolo (2013), pp. 25-54, *Et io ne viddi uno in Napoli. I femminielli, ricognizione storica e mitografica: spunti per una riflessione sull'identità di genere*, in ZITO Eugenio - VALERIO Paolo (2013) (curatori), *Genere: Femminielli. Esplorazioni antropologiche e psicologiche*, Libreria Dante & Descartes, Napoli.

ZITO Eugenio - VALERIO Paolo (2013) (curatori), *Genere: Femminielli. Esplorazioni antropologiche e psicologiche*, Libreria Dante & Descartes, Napoli.

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 l'Università di Roma "La Sapienza" presentando una tesi dal titolo *Generi drammatici. Donne e uomini nel teatro napoletano del Novecento*. Già assegnista di

ricerca in discipline etnoantropologiche presso l'Università degli studi Suor Orsola Benincasa di Napoli, è titolare presso lo stesso Ateneo del corso di Antropologia del mondo contemporaneo e del Laboratorio di linguaggi del corpo. Dal 2010 al 2012 è stata titolare del corso di Liberal Arts "Anthropology: the invention of the South" organizzato dal CIEE (Council of international educational exchange) presso l'Università degli studi di Napoli "L'Orientale". Presso la stessa organizzazione, nel 2013 e nel 2014, ha svolto attività didattica all'interno del corso "Italian and Neapolitan cuisines: local foods, global implications". Dal 2005 collabora con il Laboratorio di antropologia sociale dell'Università degli studi Suor Orsola Benincasa. È membro dell'AISEA (Associazione italiana per le scienze etno-antropologiche) e ricercatrice senior presso il MedEatResearch (Centro di ricerche sociali sulla dieta mediterranea) dell'Università degli studi Suor Orsola Benincasa. Svolge attività di ricerca prevalentemente nell'ambito degli studi di genere, con particolare riferimento alle pratiche performative; è Autrice, tra gli altri, del saggio *Generi drammatici. Donne e uomini nel teatro di Annibale Ruccello*, in "Annali. Università degli studi Suor Orsola Benincasa" (2009); del saggio "Se sei gay non puoi essere femminiello!" *Note a margine su sessualità e genere nel mondo gay napoletano*, in SIMONE A. *Sessismo democratico. L'uso strumentale delle donne nel neoliberalismo*, Mimesis (2012); del saggio *La medicalizzazione dell'esperienza trans nel percorso per la "riassegnazione chirurgica del sesso". Una ricerca etnografica nella Città di Napoli*, in "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", vol. 35-36 (2013); e del volume, in corso di pubblicazione, *Drammi di genere. Donne, uomini, famiglie nel teatro di Raffaele Viviani*.

Riassunto

In corpore trans. Dinamiche di inclusione/esclusione nel processo di medicalizzazione delle identità transgender: una ricerca etnografica nella città di Napoli

Il caso dei *femminielli* napoletani (uomini che si comportano da donne) è un esempio di dinamica di sacralizzazione del "diverso", fenomeno presente in altre culture non occidentali, allo scopo di "adattare" l'ambiguità in senso di genere per consentire ai "diversi" l'inclusione sociale attraverso l'attribuzione di ruoli specifici all'interno della comunità. La ricerca si propone di esplorare le dinamiche di inclusione della diversità all'interno della tradizione culturale dei ceti più bassi nella città di Napoli, individuando e analizzando i mutamenti che, a partire dalle categorie e dalle definizioni mediche (transessualismo, disforia di genere, Riassegnazione Chirurgica del Sesso), sono entrati nelle pratiche discorsive influenzando sia il modo in cui le persone *trans* vivono e rappresentano l'esperienza del proprio corpo, sia la percezione dall'esterno dell'esperienza *trans*.

Parole chiave: identità, genere, transgender, transessualismo, medicalizzazione, performance, corpo, disforia di genere, Napoli.

Résumé

In corpore trans. *Dynamiques d'inclusion/exclusion dans le procès de médicalisation des identités transgenres: une recherche ethnographique dans la ville de Naples*

Le cas des *femminielli* napolitains (hommes qui se comportent/vivent comme femmes) est un exemple d'un processus de sacralisation du «divers», un phénomène présent dans d'autres cultures non-occidentales, afin d'«adapter» l'ambiguïté du genre pour permettre l'inclusion sociale des gens «différents», à travers l'attribution des rôles spécifiques au sein de la communauté. La recherche vise à explorer la dynamique de l'inclusion de la diversité au sein de la tradition culturelle des classes inférieures dans la ville de Naples. Ce document identifie et analyse les changements qui, à partir des catégories et des définitions de la biomédecine (transsexualisme, dysphorie de genre, chirurgie de réattribution sexuelle), sont désormais partie des pratiques discursives qui influencent à la fois la façon dont les transgenres vivent et représentent l'expérience de leur corps, et la perception de l'expérience trans de l'extérieur.

Mots clés: identité, genre, transgenre, transsexualisme, médicalisation, performance, corps, dysphorie de genre, Naples.

Resumen

In corpore trans. *Dinámicas de inclusión/exclusión en el proceso de medicalización de las identidades transgénero: una investigación etnográfica en la ciudad de Nápoles*

El caso de los «Femminielli» (hombres que viven como mujeres) es un ejemplo de la dinámica de sacralización del «diferente». Fenómeno presente también en otras culturas no occidental, tiene el fin de «adaptar» la ambigüedad sexual para permitir la inclusión de los «diferentes» a través de la asignación de funciones específicas dentro de la comunidad social.

El objetivo de la investigación es el de estudiar esa dinámica de inclusión de la diversidad en la tradición cultural de las clases más populares de la ciudad de Nápoles.

A través de la identificación de los cambios ocurridos a partir de las categorías y definiciones médicas (transsexualismo, disforia de género, la cirugía de reasignación de sexo), se quiere analizar tanto cómo las personas trans viven y representan la experiencia de su propio cuerpo, cómo la percepción externa de la experiencia transsexual.

Palabras clave: identidad, género, transgénero, transsexual, medicalización, performance, cuerpo, disforia de género, Nápoles.

Abstract

In corpore trans. *Dynamics of inclusion/exclusion in the process of medicalization of transgender identities: ethnographic research in the city of Naples*

The case of the Neapolitan *femminielli* (men living as women) is an example of the dynamic of sacralization of what is considered different from a gender perspective. This phenomenon is present in other non-Western cultures and whose aim is to adapt gender ambiguity so as to allow the social inclusion of “diversity” through the attribution of specific roles within the community. This research explores the dynamics of inclusion and exclusion of diversity within the cultural tradition of the Neapolitan underclass. It aims to investigate the transformations emerging from medical categories and definitions (transsexualism, gender dysphoria, Sex Reassignment Surgery) that came into discursive practices and influenced both the way *trans* people live and represent their body experience, and the perception of the trans experience from the outside.

Keywords: identity, gender, transgender, transsexualism, medicalisation, performance, body, gender dysphoria, Naples.

*Ricostruire un sapere: quando con SF si intende “solo fantasia” e “solo femminile”**

Chiara Moretti

dottoranda in Scienze sociali, École doctorale Sciences humaines et sociales - perspectives européennes, UMR7367 Dynamiques européennes, Université de Strasbourg
[chiara.moretti83@gmail.com]

1. Classificazioni

La fibromialgia è una sindrome da dolore cronico che colpisce tra il 2% e il 5% della popolazione mondiale ed è considerata come un disturbo femminile in quanto nel 90% dei casi riscontrati il paziente che ne soffre è una donna. (HAWLEY D. - WOLFE F. 2000; YUNUS M. 2007; GENÇAY- CAN A. - SULEYMAN CAN S. 2012).

La sua sintomatologia è molto complessa ed è principalmente caratterizzata da dolore diffuso e stanchezza cronica, fatica, rigidità e parestesie, mialgie, cefalea, disturbi del sonno, problemi a livello gastrointestinale e dermatologico, disturbi cognitivi e di memoria ed ulteriori sintomi, tutti modulati da fattori esterni quali, ad esempio, freddo e umidità ma anche da altri elementi come stress, depressione, ansia e, a loro volta, fatica ed insonnia.

Ciò che rende la fibromialgia una sindrome particolarmente problematica è il fatto che la sua sintomatologia non sembra essere giustificata da specifiche alterazioni organiche e, dunque, visibili o riscontrabili attraverso accertamenti ed esami medici. Per questa ragione, la sindrome viene a volte considerata come un disturbo medicalmente inspiegabile ed è inquadrata come una “condizione” di malessere piuttosto che come una “vera” patologia.

* Testo definitivo del contributo presentato nella IV Sessione parallela (*Salute mentale e contesti sociali*) al 1° Convegno nazionale della SIAM, *Antropologia medica e strategie per la salute* (Roma 21-23 febbraio 2013).

Nonostante la sindrome fibromialgica sia stata ufficialmente riconosciuta dall'Organizzazione mondiale della sanità nel 1992 e successivamente inclusa nella decima revisione dell'ICD (International statistical classification of diseases and related health problems)⁽¹⁾, nel contesto europeo e in quello italiano, la classificazione operata dall'OMS non ha condotto ad un reale, concreto ed effettivo riconoscimento della patologia⁽²⁾. Chi soffre di fibromialgia non gode quindi di alcun tipo di esenzione, non vede garantite le cure necessarie e raramente ottiene certificati d'invalidità e di disabilità. Ma la mancanza di un riconoscimento concreto e di un inquadramento chiaro della patologia ha un ulteriore effetto sull'esperienza di malattia vissuta dal paziente: quest'ultimo, infatti, lamenta di sentirsi spesso considerato come malato di una patologia non legittimata da parte del sapere medico e dunque, in parte, giudicata come immaginaria, non reale.

A causa della complessità legata alla sindrome nel suo complesso, spesso si arriva alla diagnosi di fibromialgia per esclusione⁽³⁾ e solo al quel punto essa viene confermata tramite una valutazione clinica tesa ad accertare due requisiti fondamentali, vale a dire un dolore cronico che, presente da almeno tre mesi, colpisce tutto il corpo migrando da zona a zona e una forte dolorabilità alla digitopressione di 4 kg/cm² in almeno 11 sui 18 "tender points" distribuiti in tutto il corpo (WOLFE F. *et al.* 1990)⁽⁴⁾.

Ad oggi non sono state individuate cure specificatamente indirizzate per la fibromialgia ma analizzando la letteratura medica disponibile sembra che l'approccio terapeutico, per essere efficace, debba utilizzare un metodo multidisciplinare⁽⁵⁾. Tale metodo, basandosi su un concetto più ampio di "educazione al paziente", prevede la prescrizione di farmaci utili a combattere il dolore (ad esempio antidolorifici, antinfiammatori, antidepressivi e miorilassanti), consiglia al paziente di svolgere quotidianamente attività fisica o di iniziare delle terapie riabilitative e, al tempo stesso, lo invita a intraprendere la terapia cognitivo-comportamentale al fine di poter "accettare" la malattia ma, soprattutto, di individuare le cause del proprio malessere prima psicologico e poi fisico (CAZZOLA M. 2007; ROOKS D. 2007). L'importanza della terapia cognitivo-comportamentale viene più volte sottolineata poiché sembra essere consolidata l'ipotesi secondo la quale ad assumere un particolare peso per lo sviluppo e il peggioramento della sindrome, siano elementi come ad esempio l'ansia, la depressione, i traumi subiti, lo stress o più in generale ciò che, aderendo alla sfera dei disturbi dell'umore, va poi ad incidere su meccanismi prettamente fisici, organici e corporei, modificandoli (SARZI-PUTTINI P. - CAZZOLA M. - ATZENI F. 2010; ESCOBAR J. *et al.* 2002; STISI S. - VENDITTI C. 2008).

Il legame tra la sfera “fisica” e quella “psicologica” risulta essere una costante quando si tratta di analizzare la fibromialgia. Nonostante, infatti, non ci sia una spiegazione univoca e totalmente condivisa sull’eziopatogenesi della sindrome, il sapere medico tende a riconoscere come assolutamente centrale il peso assunto dai fattori psicologici nell’insorgere del disturbo.

2. Innovative incertezze

Linguisticamente il termine fibromialgia sta a indicare un dolore (algia) che investe le strutture connettivali fibrose (fibro) e i muscoli (myo). In realtà però, come accennato, la sintomatologia che caratterizza la sindrome è molto più vasta e complessa, così come complessa è la sua stessa eziopatogenesi. Ad oggi sembra essere convalidata l’ipotesi di un’eziologia multifattoriale poiché sono stati individuati diversi meccanismi patogenetici coinvolti; in questo senso è stato ad esempio osservato come i disturbi del sonno, alcune alterazioni endocrine, le infezioni e le infiammazioni sono elementi che predispongono alla sindrome, così come l’abbassamento dei livelli di serotonina e l’innalzamento dei livelli della sostanza P, entrambi neurotrasmettitori implicati nel processo di risposta allo stress, processo che risulta essere alterato nei fibromialgici. Oltre a un’ipotesi autoimmune, ha assunto un’ulteriore importanza quella della predisposizione genetica che costituirebbe un terreno fertile per lo sviluppo della sindrome in seguito a traumi fisici e psicologici, stress emotivi molto forti ai quali i soggetti non riuscirebbero a rispondere in maniera “adeguata”. Tali ipotesi non sono mai state del tutto abbandonate, al contrario, concorrono oggi a inquadrare il complesso meccanismo eziologico della sindrome.

Il discorso dell’eziopatogenesi è particolarmente complesso poiché strettamente legato ad un passaggio fondamentale, un’evoluzione che ha portato a una riqualificazione totale della sindrome fibromialgica attraverso una revisione delle spiegazioni mediche mirate a fare luce sul suo insorgere. Inizialmente, infatti, con il termine “fibromialgia” fu inteso un disturbo reumatico ed extra-articolare, una sindrome dei tessuti molli, una condizione dolorosa legata dunque a un discorso prettamente muscolare. Intesa in questi termini, la sindrome emerge come categoria medica ufficiale in tempi recenti, ossia nel 1990 quando, a seguito di uno studio multicentrico eseguito su un vasto campione di pazienti, l’American college of rheumatology (ACR) propose per la prima volta i criteri diagnostici, costituendo così la fibromialgia come un disturbo a sé, nella sua forma

primaria e quindi autonoma, distaccata da tutta una serie di altre patologie (WOLFE F. *et al.* 1990).

Oggi, nonostante i criteri diagnostici per la fibromialgia siano rimasti essenzialmente gli stessi⁽⁶⁾, lo studio dell'ACR che li ha delineati è considerato al contrario come del tutto superato, così come la spiegazione e la rappresentazione della fibromialgia risultano essere radicalmente cambiate. La sindrome non è più definita infatti come un disturbo reumatico, bensì come un qualcosa di molto più complesso dove anche il dolore stesso, suo sintomo principale, è inquadrato in maniera completamente differente. Malgrado, come già accennato, non esiste una spiegazione univoca della sindrome, il sapere biomedico tende a collocare la fibromialgia nel gruppo delle "sindromi da sensibilizzazione centrale", ossia disturbi complessi correlati a modificazioni del "sistema dello stress" e comportati da mutate attività nocicettive nel sistema nervoso centrale, disfunzioni che determinano malfunzionamenti nei processi di sensibilizzazione e di percezione del dolore⁽⁷⁾. (SARZI-PUTTINI P. - CAZZOLA M. - ATZENI F. 2010; YUNUS M. 2007, 2008).

Il concetto di "sensibilizzazione centrale" tenta di fare luce sulla vasta e complessa sintomatologia della fibromialgia considerandola come causata sia da un processo di "sensibilizzazione" al dolore⁽⁸⁾, sia come il risultato di un alterato processo di risposta allo stress: è stato infatti osservato che il "sistema dello stress", composto dall'interconnessione tra sistema nervoso, endocrino e immunitario, risulta essere alterato nei fibromialgici in quanto a essere modificate sono proprio le funzioni endocrine, immunologiche e nocicettive, funzioni di sistemi che solitamente svolgono un ruolo di mantenimento dell'omeostasi dell'organismo. In questo senso, lo stress (e soprattutto la risposta alterata ad eventi stressanti) assume qui una fondamentale importanza in quanto considerato come un fattore che contribuisce alla sensibilizzazione del dolore poiché implicato, insieme ai disturbi dell'umore, nelle funzioni dello stesso sistema neuroendocrino, sistema coinvolto nella regolazione, percezione e trasmissione del dolore.

Seguendo tali discorsi, le principali cause della fibromialgia sembrerebbero dunque essere una ridotta capacità individuale di tolleranza agli "stressors", la risposta del soggetto a traumi subiti, lo stato depressivo e quello ansioso o più in generale uno stato psicologico che, agendo sui meccanismi di sensibilizzazione del dolore e sul sistema dello stress, blocca i normali processi omeostatici di adattamento all'ambiente circostante⁽⁹⁾.

Tale spiegazione, così come le varie teorie che ad essa si rifanno o che generalmente marciano il legame tra fibromialgia e disturbi dell'umore,

è stata avanzata in quanto capace di inquadrare la sindrome nel suo complesso, cercando di definirla tenendo presente l'interrelazione di diversi fattori ossia quelli biologici, psicologici e sociali/ambientali, elementi che, nella loro compresenza, predisporrebbero il soggetto a sviluppare la fibromialgia. Nella letteratura biomedica questo particolare approccio fa un indiretto riferimento al “modello bio-psico-sociale”, un dispositivo interpretativo proposto da George Engel negli anni 80 e teso a riconsiderare la condizione di malattia definendola come la conseguenza di un'interazione complessa tra più fattori (ENGEL G. 1977)⁽¹⁰⁾.

Ad una più attenta analisi sembra però emergere come il modello bio-psico-sociale, se applicato alla fibromialgia, va a proporre solo teoricamente un'analisi ampia ed articolata della sindrome, poiché nella sua applicazione esso tende a produrre un discorso basato su una forte “psicologizzazione” del malessere, attribuendo di fatto una particolare enfasi solo agli aspetti biologici, individuali e psicologici del disturbo, operando in tal modo un riduzionismo che esclude quelli che sono i fattori meramente sociali legati allo sviluppo della sindrome.

3. *La fibromialgia come sindrome femminile*

È importante soffermarsi sul modello bio-psico-sociale e sulla sua problematica applicazione poiché è proprio alla luce di questo dispositivo che sembra possibile la classificazione stessa della fibromialgia nei termini di una sindrome “naturalmente” femminile. Anche in questo caso risulta particolarmente complesso definire chiaramente la questione in quanto è difficile rintracciare una spiegazione sufficientemente articolata e consolidata che possa giustificare tale evidenza. Analizzando la letteratura biomedica transnazionale e i frammenti di interviste svolte con specialisti italiani durante il periodo di ricerca sul campo effettuato⁽¹¹⁾, ciò che però emerge è che malgrado esistano solo una serie di ipotesi da accertare, si tende quasi “necessariamente” e “automaticamente” ad inquadrare con assoluta certezza la fibromialgia come una sindrome femminile; paradossalmente, quindi, sembra che a caratterizzare la totale incertezza che contraddistingue la sindrome fibromialgica sia proprio l'indiscutibile evidenza che essa colpisca le donne. Proprio da tale ovvietà sembrano inoltre derivare due conseguenze: da una parte, la possibilità di partire da un unico dato certo al fine di poter sviluppare e approfondire ulteriori studi sulla sindrome e, dall'altra, l'inutilità di indagare ulteriormente proprio sulla relazione stessa tra fibromialgia e donne.

Tali tendenze risultano in parte essere strettamente correlate alla mancanza di una definizione e di un inquadramento chiaro e stabilito della sindrome nel suo complesso, mancanza che permette di parlare di fibromialgia nei termini di un insieme delle diverse “fibromialgie”, vale a dire alla luce della compresenza di ipotesi, tentativi di spiegazione e definizione della sindrome. È proprio grazie a questa mancanza di definizione che è infatti possibile l'esistenza di una sorta di processo di “femminilizzazione” della sindrome: se con il termine “fibromialgia” viene inteso un qualcosa di indefinito, tale indeterminatezza non solo ha permesso e permette il processo stesso, ma lo rafforza costantemente, rendendolo incisivo in quanto elemento in grado di modellare a sua volta la costruzione e la rappresentazione mediche della sindrome. Ma tale processo di “femminilizzazione”, negli anni rafforzato, ha un suo specifico punto di origine vale a dire proprio lo studio dell'ACR del 1990, ricerca effettuata, infatti, su un campione di pazienti composto essenzialmente da donne e capace, dunque, di “costituire” la fibromialgia consacrandola come una sindrome femminile dal principio.

Ma quali sono nello specifico le ipotesi che, cercando di fare luce sull'alta percentuale delle donne nei dati epidemiologici, inquadrano la fibromialgia come una sindrome femminile?

Come accennato, esse nella loro molteplicità possono essere inquadrare nel più ampio modello bio-psico-sociale poiché definiscono la questione evidenziando la complessa relazione tra cause organiche, psicologiche e sociali. Il concetto di modello bio-psico-sociale può essere infatti qui brevemente scomposto nei suoi elementi; prima di tutto è possibile rintracciare le spiegazioni scientifiche che, tese a fare luce sulle cause prettamente biologiche della sindrome, si soffermano su ciò che a livello organico segna una differenza tra “sesso” maschile e “sesso” femminile. Seguendo tale discorso, la fibromialgia è una sindrome femminile in quanto le disfunzioni dei meccanismi neurologici e di percezione al dolore sono causati anche da malfunzionamenti nel sistema endocrino e dunque ormonale. Nello specifico, a giocare un ruolo fondamentale sembrano essere gli estrogeni, coinvolti proprio nei processi di regolazione e soprattutto percezione del dolore (MALT E.-A. *et al.* 2002; CAIRNS B. - GAZERANI P. 2009; GAUMOND I. - ARSENAULT P. - MARCHAND S. 2002).

Al concetto di sensibilizzazione al dolore corrisponde però quello della “sensibilità” della donna o, meglio, una sensibilità, una delicatezza e un'emoività strettamente legate al “modo di essere” tipicamente femminile. In questo senso, le spiegazioni mediche possono essere inquadrare

all'interno del secondo elemento del modello, ossia quello psicologico e individuale, poiché fanno un esplicito riferimento all'attitudine del soggetto, ad un rapporto “problematico” tra quest'ultimo e la realtà circostante e, soprattutto, ad un'incapacità personale di reagire ad eventi stressanti evidenziando, inoltre, come questi fattori siano capaci di causare un malessere psicologico che va poi a incidere su meccanismi organici o, più specificatamente, su quelli neurologici implicati nella sensibilizzazione e nella percezione del dolore (MUNCE S. - STEWART D. 2007; MIDDENDORP H. *et al.* 2010; VISHNE T. *et al.* 2008).

Profondamente legate a queste ultime spiegazioni sono quelle che, collocandosi del tutto sull'asse del “genere”, richiamano l'aspetto psicologico e lo pongono in relazione con il terzo elemento del modello. Analizzando quelle che possono essere le cause più “sociali” del malessere, tali spiegazioni inquadrano il corpo femminile come immerso in una duplicità di discorsi focalizzati principalmente sulla relazione tra donne e realtà circostante. È in questo senso che si fa, ad esempio, ricorso al più ampio concetto di “double burden” e dunque alle maggiori responsabilità e duplicità dei ruoli legati alla compresenza delle donne nella sfera pubblica e domestica, fattori questi che le predisporrebbero maggiormente a stress, depressione e ansia, elementi ritenuti cause della fibromialgia e, allo stesso tempo, considerati malesseri che la donna, per sua “natura” e a causa della sua psicologia, difficilmente sopporta e, al contrario dell'uomo, facilmente accusa (HOOTEN W.-M. - TOWNSEND C. - DECKER P. 2007; GJESDAL S. *et al.* 2011; DAVIS M.-C. - ZAUTRA A.-J. - REICH J.-W. 2001).

Conclusioni

Al fine di poter analizzare le spiegazioni biomediche sulla prevalenza femminile nei dati epidemiologici della sindrome fibromialgica, è necessario focalizzare l'attenzione su quelle che vengono delineate e proposte come le differenze di sesso e di genere tra uomo e donna, un'argomentazione questa che, nella sua parziale capacità di far luce sulla questione, mostra al contrario notevoli implicazioni ed effetti secondari.

L'impostazione biomedica sembra infatti innanzitutto partecipare ad un processo più ampio di medicalizzazione, processo che permette di nominare, delineare e, infine, legittimare esperienze di disagio femminili definendole esclusivamente come condizioni di malattia e nei termini di un disturbo psicologico individuale. Tale processo è permesso proprio da un'apparente applicazione del modello bio-psico-sociale poiché

quest'ultimo si sofferma quasi esclusivamente sugli aspetti più biologici, psicologici e personali legati all'emergere e al peggioramento del malessere, considerando solo teoricamente e parzialmente quelli che possono essere, al contrario, i fattori più prettamente sociali. Questi ultimi infatti, qualora valutati, vengono considerati solo nell'ottica che riconosce un rapporto disagiato tra soggetto e realtà circostante, laddove è però il soggetto stesso a essere ritenuto come inadeguato "per" la realtà sociale e "nella" realtà sociale.

Se si considerano inoltre le stesse categorie di sesso e genere come socialmente, culturalmente e storicamente costruite e, per questa ragione, capaci di essere veicoli di (pre)concetti stabiliti e sottintesi, emerge anche un secondo effetto della spiegazione biomedica, implicazione nuovamente causata dall'importanza attribuita all'elemento psicologico e alla sua inscindibile relazione con quello organico; tale relazione permette infatti di far emergere un profilo femminile tracciato, a ben vedere, assemblando quelle che sono le caratteristiche che "comunemente" vengono attribuite alla donna, peculiarità che marcano, di fatto, differenze già fortemente consolidate tra quest'ultima e l'uomo. Proprio questa adesione a un'idea "ovvia" (o per meglio dire, largamente condivisa poiché socialmente e storicamente determinata) di donna e dell'essere donna è ciò che concede, nell'ambito del sapere biomedico, la possibilità di avanzare spiegazioni non del tutto verificabili ma considerate come più che attendibili, permette dunque il passaggio dall'ipotesi all'evidenza e delinea, infine, la fibromialgia come una sindrome indubbiamente femminile.

Seguendo tale discorso, il sapere biomedico sembra così partecipare anche ad un processo di ri-produzione e ri-proposizione di concetti basati su una polarità stabilita tra uomo e donna, articolando un discorso che non solo tende a ridurre la complessità delle esperienze ma, al tempo stesso, ribadisce in maniera destoricizzata e decontestualizzata una sagoma ed un profilo ben specifici del soggetto femminile.

Concludendo, il processo di costruzione medica della sindrome fibromialgica sembra essere plasmato e, al tempo stesso, sembra plasmare la costruzione e soprattutto la riproposizione di un'idea dell'essere donna in un determinato contesto storico, sociale, economico, politico e culturale. Tale tendenza ha permesso di considerare la fibromialgia come una sindrome femminile grazie a un ricorso diretto alle categorie di sesso e genere e, nello specifico, ai concetti ad esse legate; ma fare luce su una sindrome complessa come quella fibromialgica dovrebbe invitare ad analizzare più attentamente la natura stessa delle categorie applicate: solo in questo

modo sarebbe possibile evitare argomentazioni basate erroneamente su nozioni indiscutibili e date per scontato in modo da proporre, allo stesso tempo, un approccio innovativo alla sindrome nel suo complesso.

Note

⁽¹⁾ Per ICD si intende la classificazione internazionale delle malattie stilata ciclicamente dall'Organizzazione mondiale della sanità. Attualmente si fa riferimento all'ICD-10 revisionata nel 2007, versione che verrà sostituita dall'ICD-11 pianificata per il 2015. Nell'ICD-10 è possibile rintracciare la fibromialgia all'interno del gruppo “Altri disturbi dei tessuti molli non classificati altrove” (*Other soft tissue disorders not elsewhere classified*) con il codice 79.7, dell'insieme M70 – M79, capitolo XIII.

⁽²⁾ Considerando il numero elevato di persone che nell'Unione Europea soffrono di fibromialgia, in una dichiarazione del 2009 il Parlamento Europeo ha posto l'attenzione sulla sindrome, attestandone così un primo formale passo verso il riconoscimento. Ad oggi tale dichiarazione non ha portato ad effettivi risultati. Per la consultazione del documento si rimanda al sito internet: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2009-0014+0+DOC+XML+V0//IT>

Per quanto riguarda il contesto nazionale italiano, la sindrome fibromialgica è stata riconosciuta esclusivamente nelle province autonome di Trento e di Bolzano. In entrambi i casi è garantita l'esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria.

⁽³⁾ Nella maggior parte dei casi si arriva alla diagnosi di fibromialgia solo dopo aver escluso tutte le altre patologie possibili. Secondo le statistiche presentate in un convegno organizzato dall'Italian fibromyalgia network (Roma, 24 aprile 2010), in Italia la media di anni passati dalla prima visita alla diagnosi è di due anni. Durante questo arco di tempo vengono consultati almeno tre medici differenti tra cui medico di base, reumatologo e neurologo.

⁽⁴⁾ I *tender points* (punti dolorosi) sono così distribuiti: 2 nella zona dell'occipite; 2 nella zona della cervicale inferiore, lato anteriore; 2 nella zona del trapezio (uno al lato destro, l'altro nel lato sinistro del corpo); 2 nella zona del sovraspinato (uno nel lato destro, l'altro nel lato sinistro del corpo); 2 nella zona della seconda costa (uno nel lato destro, l'altro nel lato sinistro del corpo); 2 nella zona del grande trocantere (uno sul lato destro, l'altro sul lato sinistro del corpo); 2 posizionati sui bordi esterni degli avambracci al di sotto dei gomiti (uno sul braccio destro, l'altro sul braccio sinistro); 2 nella parte alta dei glutei (uno sul lato destro, l'altro sul lato sinistro); 2 sulle ginocchia (un *tender point* su ciascun ginocchio).

⁽⁵⁾ L'approccio multidisciplinare, occupandosi di più aspetti legati alla malattia, è stato proposto in quanto considerato come innovativo e olistico poiché prevede una collaborazione di più specialisti che cooperano tra loro nella “gestione” del paziente fibromialgico. Sembra però che per il momento tale metodo si stia rivelando un costrutto prettamente teorico in quanto nella realtà dei fatti la collaborazione spesso non avviene e il paziente è portato a consultare separatamente diversi specialisti, trovandosi così a portare avanti solo un tipo di terapia. Raramente o con grande difficoltà egli accetta inoltre di seguire la terapia farmacologica e di assumere quindi quotidianamente farmaci, soprattutto quelli antidepressivi, e solo in pochissimi casi egli intraprende la terapia cognitivo-comportamentale.

⁽⁶⁾ Nel 2010 l'ACR propone una revisione dei criteri diagnostici per la fibromialgia. Ai *tender points* (punti dolorosi) vengono sostituite delle zone dolorose più estese, vengono introdotti inoltre dei parametri che misurano quantitativamente il dolore e la sua severità attraverso il Widespread Pain Index (WPI, scala che va da 0 a 19), viene proposto di considerare i principali sintomi della sindrome oltre al dolore (fatica, disturbi del sonno, disturbi cognitivi e altri sintomi somatici) e di valutarne la severità attraverso la Severity Scale (Ss), dove ognuno dei 4 sintomi è valutato

in una scala che va da 0 a 3. Seguendo questi nuovi criteri, la fibromialgia viene diagnosticata qualora vengano riscontrati le seguenti condizioni: un dolore che, presente da più di tre mesi, non è dovuto ad altre patologie di cui il paziente soffre, l'indice del WPI a 7 e l'indice Ss a 5, oppure, l'indice del WPI tra 3 e 6 e indice Ss a 9 (WOLFE F. *et al.* 2010). Da ciò che emerge dalla ricerca effettuata, i nuovi criteri diagnostici non vengono ancora utilizzati e nella pratica medica si continua, di fatto, a far riferimento ai criteri ACR del 1990.

⁽⁷⁾ La sensibilizzazione centrale è caratterizzata da un'iperattività generale del sistema nervoso centrale e comporta un'amplificazione sensoriale in relazione ad un largo spettro di stimoli. Gli altri disturbi classificati come sindromi da sensibilizzazione centrale sono anche detti "funzionali" in quanto non causati da lesioni organiche. Tali sindromi sono: la sindrome del colon irritabile, dismenorrea primaria, sindrome da sensibilità ad agenti chimici (Mcs), cistite interstiziale, la Fus (Female urethral syndrome), i disturbi dell'articolazione temporo-mandibolare, sindrome da dolore miofasciale, disordine post-traumatico da stress, sindrome da stanchezza cronica, la RSTPS (Regional soft-tissue pain syndrome), sindrome delle gambe senza riposo, cefalea cronica e emicrania. Seguendo l'ipotesi della sensibilizzazione centrale, queste sindromi, incluse la fibromialgia, sarebbero causate dall'interrelazione di diversi fattori tra i quali le disfunzioni nel sistema neuroendocrino e quelle nel sistema nervoso centrale, da fattori genetici, da infezioni o infiammazioni, da fattori psicologici come ansia, stress e depressione, e da un sonno non ristoratore.

⁽⁸⁾ La sensibilizzazione è causata dallo sballamento dei neurocircuiti preposti alla percezione e alla trasmissione del dolore. Ciò fa sì che si verifichino fenomeni di *allodinia* e di *iperalgesia*: con il primo termine si indica la percezione di un dolore suscitato da uno stimolo che normalmente non è in grado di provocare una sensazione dolorosa, mentre con iperalgesia si intende un'augmentata ed esagerata risposta ad uno stimolo considerato come insufficientemente doloroso.

⁽⁹⁾ La centralità dei meccanismi omeostatici e di adattamento all'ambiente circostante è ripresa anche dalla PNEI (Psiconeuroendocrinoimmunologia), un modello scientifico che si propone di analizzare i rapporti esistenti fra psiche, sistema nervoso, endocrino e immunitario al fine di meglio comprendere l'eziologia delle malattie; in particolare tale modello esplicativo riconosce i disturbi dell'umore, lo stress e tutto ciò che rientra nella sfera delle emozioni come elementi assolutamente centrali ed influenti sui processi biologici. È interessante però sottolineare come durante la fase di ricerca, sono emerse spiegazioni mediche che facevano un esplicito riferimento al legame tra fibromialgia e "sistema dello stress" senza necessariamente rimandare alla PNEI, modello che però di fatto spiegherebbe in termini molto simili l'eziopatogenesi della sindrome. Si ritiene questo punto interessante poiché lascia intuire la complessità del discorso legato all'origine e allo sviluppo della fibromialgia, una sindrome che a ben vedere è spiegata facendo ricorso a ipotesi che spesso si sovrappongono tra loro e soprattutto a modelli esplicativi differenti che propongono però spiegazioni tra loro molto simili. È in questo senso che, come accennato nel capitolo III, è possibile inquadrare la fibromialgia nei termini di un insieme delle diverse "fibromialgie", ossia tenendo conto della compresenza e della molteplicità delle spiegazioni e delle definizioni mediche della sindrome.

⁽¹⁰⁾ Il modello bio-psico-sociale riprende la definizione di salute proposta dell'OMS, una descrizione che la inquadra come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o d'infermità. Inteso in questi termini, il modello proposto da Engel pone il soggetto al centro di un ampio sistema influenzato da molteplici variabili e ciò fa sì che: «Per comprendere e risolvere la malattia, il medico deve occuparsi non solo dei problemi di funzioni e organi, ma deve rivolgere l'attenzione agli aspetti psicologici, sociali, familiari dell'individuo, fra loro interagenti e in grado di influenzare l'evoluzione della malattia. Il modello bio-psico-sociale si contrappone al modello bio-medico, secondo il quale la malattia è riconducibile a variabili biologiche che il medico deve identificare e correggere con interventi terapeutici mirati» (BECCHI M.A - CARULLI M.N 2009: 1).

⁽¹¹⁾ Il contributo qui presentato prende spunto dal lavoro effettuato per la tesi di laurea magistrale e da approfondimenti e studi successivi. La ricerca sul campo svolta si è focalizzata esclu-

sivamente sul contesto italiano prendendo avvio nel marzo 2010 e concludendosi nei primi mesi dell'anno successivo. Durante questo periodo sono stati intervistati 11 pazienti fibromialgici e 10 medici. Le prime interviste sono state condotte con i pazienti. Ad esclusione di quattro di essi con i quali si sono avute conversazioni telefoniche (con tre dei quali attraverso videochiamata Skype), tutti gli altri sono stati conosciuti personalmente ed ogni intervista è stata condotta in diversi spazi vicini ai soggetti. L'età dei pazienti varia dai trenta ai cinquantasette anni, con una media generale di circa quarantadue anni; significativa è risultata essere la prevalenza femminile (dieci donne e un uomo). Al momento delle interviste, tutti i pazienti soffrivano già da diversi anni di fibromialgia e nessuno di loro si è dichiarato nel frattempo guarito dalla malattia. Per tutti si era rivelato problematico e difficile il percorso verso una diagnosi ufficiale: quasi tutti erano arrivati a dare un nome alla propria condizione di sofferenza attraverso una ricerca personale svolta, nella maggior parte dei casi, consultando siti Internet. In tutti i casi analizzati la diagnosi era stata successivamente confermata tramite visite mediche. Ogni persona seguiva un itinerario terapeutico diverso: alcuni si erano sottoposti ad interventi chirurgici, alcuni assumevano farmaci ed altri ancora avevano sospeso la cura. La condizione socioeconomica degli intervistati era dissimile e risultava essere strettamente dipendente da ciò che lo stato di malattia aveva ridimensionato nelle proprie esistenze; molti di questi avevano, infatti, avuto problemi al lavoro e per pochi c'era stata una concreta possibilità di continuare a svolgere ugualmente le stesse mansioni dopo essersi ammalati. Tutte le interviste sono state registrate e trascritte in un secondo momento ed è stato garantito l'anonimato. La medesima garanzia è stata fornita per le interviste svolte con gli specialisti, i quali sono stati contattati tramite l'associazione AMRER (Associazione malati reumatici Emilia Romagna) e attraverso conoscenze personali. Delle dieci interviste svolte, due sono state condotte nelle abitazioni dei soggetti, tre in ospedale e le restanti nei luoghi più vicini agli intervistati. In più occasioni le interviste sono divenute “doppie” con la possibilità di intervistare due medici contemporaneamente, anche avendo preso appuntamento solo con uno dei due. L'età del personale medico non è mai stata specificata ma, approssimativamente, varia dai trenta ai cinquant'anni; all'interno di questo insieme, tre dei medici contattati stavano ancora seguendo un percorso di specializzazione post-laurea. Oltre a medici e pazienti con i quali si è avuto un contatto personale, un'ulteriore parte della ricerca è stata caratterizzata da un contatto “indiretto” con i soggetti, attraverso l'iscrizione a forum internet, gruppi Facebook, mailing-list create da pazienti fibromialgici e siti web dedicati al dolore cronico e gestiti da specialisti del settore come Algonet e Doloredoc.

Riferimenti bibliografici

- BECCHI Maria Angela - CARULLI Nicola (2009), *Le basi scientifiche dell'approccio bio-psico-sociale. Indicazione per l'acquisizione delle competenze mediche appropriate*, “Internal and Emergency Medicine”, vol. V, n. 3, 2009, pp. 1-5.
- CAIRNS Brian - GAZERANI Parisa (2009), *Sex-related differences in pain*, “Maturitas”, n. 63, 2009, pp. 292-296.
- CAZZOLA Marco (2007), *La terapia farmacologica della fibromialgia*, “Reumatismo”, vol. LIX, n. 4, 2007, pp. 280-291.
- DAVIS Mary - ZAUTRA Alex - JOHN REICH (2011), *Vulnerability to stress among women in chronic pain from fibromyalgia and osteoarthritis*, “Annals of Behavioral Medicine”, vol. XXIII, n. 3, 2001, pp. 215-226.
- ENGEL George (1977), *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*, “Science”, n. 196, 1977, pp. 129-136.
- ESCOBAR JAVIER - HOYOS-NERVI Costanza - GARA Michael (2002), *Medically unexplained physical symptoms in medical practice. A psychiatric perspective*, “Environmental Health Perspectives”, vol. CX, n. 4, 2002, pp. 631-636.

- GAUMIND Isabelle - ARSENAULT Pierre - MARCHAND Serge (2002), *The role of sex hormones on formalin-induced nociceptive responses*, "Brain Research", n. 958, 2002, pp. 139-145.
- GENCAY-CAN Asli - SULEYMAN CAN Serdar (2012), *Temperament and character profile of patients with fibromyalgia*, "Rheumatology International", vol. XXXII, n. 12, 2012, pp. 3957-3961.
- GJESDAL Sturla - BRATBERG Espen - MELAND John (2011), *Gender differences in disability after sickness absence with musculoskeletal disorders: five-year prospective study of 37,942 women and 26,307 men*, "BMC Musculoskeletal Disorders", n. 37, 2011, pp. 1-9.
- HAWLEY Donna - WOLFE Frederick (2000), *Fibromyalgia*, pp. 1068-1083, in GOLDMAN Marlene - HATCH Maureen (curatori), *Women and health*, Academic Press, New York.
- HOOTEN Michael - TOWNSEND Cynthia - DECKER Paul (2007), *Gender differences among patients with fibromyalgia undergoing multidisciplinary pain rehabilitation*, "Pain Medicine", n. 8, 2007, pp. 624-632.
- MALT Eva Albertsen - OLAFSSON Snorri - LUND Anders - URSIN Holger (2002), *Factors explaining variance in perceived pain in women with fibromyalgia*, "BMC Musculoskeletal Disorders", n. 3, 2002, pp. 1-8.
- MIDDENDORP Henriët - LUMLEY Mark - MOERBEEK Mirjam - JACOBS Johannes - BIJLSMA Johannes - GEENEN Rinie (2010), *Effects of anger and anger regulation styles on pain in daily life of women with fibromyalgia. A diary study*, "European Journal of Pain", n. 14, 2010, pp. 176-182.
- MUNCE Sarah - STEWART Donna (2007), *Gender differences in depression and chronic pain conditions in a national epidemiologic survey*, "Psychosomatics", n. 48, 2007, pp. 394-399.
- ROOKS Daniel (2007), *Fibromyalgia treatment update*, "Current Opinion in Rheumatology", n. 19, 2007, pp. 111-117.
- SARZI-PUTTINI Piercarlo - CAZZOLA Marco - ATZENI Fabiola (2010 [1885]), *Fibromialgia*, Mattioli, Fidenza.
- STISI Stefano - VENDITTI Carlo (2008), *Influenza dello stress nella fibromialgia*, "Reumatismo", vol. LX, n. 4, 2008, pp. 274-281.
- VISHNE Tali - FOSTICK Lea - SILBERMAN Alicia - KUPCHICK Marina - RUBINOW Alan - AMITAL Haward - AMITAL Daniela (2008), *Fibromyalgia among major depression disorder females compared to males*, "Rheumatology International", n. 28, 2008, pp. 831-836.
- WOLFE Frederik - SMYTE Hugh - YUNUS Muhammad - BENNETT Robert - BOMBARDIER Claire - GOLDENBERG Don - TUGWELL Peter - CAMPBELL Stephen - ABELES Micha - CLARK Patricia - FAM Adel - FARBER Stephen - FIECHTNER Justus - FRANKLIN Michael - GATTER Robert - HAMATY Daniel - LESSARD James - LICHTBROUN Alan - MASI Alfonse - MCCAIN Glenn - REYNOLDS John - ROMANO Thomas - RUSSEL Jon - SHEON Robert (1990), *The American College of rheumatology 1990 Criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the Multicenter criteria committee*, "Arthritis and Rheumatism", n. 33, 1990, pp. 160-172.
- WOLFE Frederik - CLAUW Daniel - FITZCHARLES Mary-Ann - GOLDENBERG Don - KATZ Robert - MEASE Philip - RUSSEL Anthony - RUSSEL Jon - WINDFIELD John - YUNUS Muhammad (2010), *The American College of rheumatology. Preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity*, "Arthritis Care & Research", vol. LXII, n. 5, 2010, pp. 600-610.
- YUNUS Muhammad (2008), *Central sensitivity syndromes. A new paradigm and group nosology for fibromyalgia and overlapping conditions, and the related issue of disease versus illness*, "Seminars in Arthritis and Rheumatism", vol. XXXVII, n. 6, 2008, pp. 339-352.
- YUNUS Muhammad (2007), *Fibromyalgia and overlapping disorders. The unifying concept of Central Sensitivity Syndrome*, "Seminars in Arthritis and Rheumatism", vol. XXXVI, n. 6, 2007, pp. 339-356.

Scheda sull'Autrice

Chiara Moretti è nata ad Atesa (provincia di Chieti) il 17 febbraio 1983. Si è laureata in Antropologia culturale ed etnologia nel 2011 presso l'Università degli studi di Bologna “Alma Mater Studiorum”, presentando una tesi in antropologia medica sotto la supervisione di Ivo Quaranta. Dopo essersi laureata ha approfondito il suo lavoro di tesi svolgendo soggiorni di ricerca presso il Dipartimento di sociologia della Oregon State University (USA) sotto la supervisione di Kristin Barker e presso il Dipartimento di scienze sociali dell'Università di Strasburgo sotto la supervisione di David Le Breton. La sua tesi di laurea magistrale dal titolo *A nervi tesi. Un'analisi antropologica della sindrome fibromialgica* è stata pubblicata da Arcane Editrice (2013).

Attualmente vive a Strasburgo dove ha iniziato un Dottorato di ricerca in Scienze sociali.

Riassunto

Ricostruire un sapere: quando con SF si intende “solo fantasia” e “solo femminile”.

La sindrome fibromialgica (SF) colpisce tra il 2% e il 5% della popolazione mondiale e solo nel contesto europeo è stata diagnosticata a 14 milioni di persone. Essa è caratterizzata da una sintomatologia complessa e allo stesso tempo problematica in quanto completamente svincolata da chiari e determinanti processi eziopatogenetici. Per questo motivo, il paziente che ne soffre è prima di tutto affetto da una “*contested illness*”, ossia da una patologia non legittimata e riconosciuta perché solo parzialmente compresa dal sapere biomedico transnazionale. L'analisi della letteratura medica mostra numerosi tentativi di spiegazione della sindrome; ciò che però tiene unite le diverse teorie ed interpretazioni è l'ipotesi che inquadra la fibromialgia come una patologia “naturalmente” femminile.

Lo scopo di questo contributo sarà di partire da tale ipotesi per soffermarsi, da un lato, su ciò che l'ha resa ad oggi la più accreditata e, dall'altro, sulle sue dirette conseguenze. In particolare, l'analisi verterà su quei discorsi che permettono di legittimare forme di disagio prettamente femminili attraverso una loro argomentazione in termini di disturbi psicosomatici.

Parole chiave: sindrome fibromialgica, dolore cronico, malattie femminili, *contested illnesses*, depressione, stress, trauma, diagnosi, medicalizzazione.

Résumé

La reconstruction d'un savoir: quand avec SF on entend "seulement fantaisie" et "seulement féminin".

La fibromyalgie touche environ de 2% à 5% de la population mondiale et dans le contexte européen a été diagnostiquée chez 14 millions de personnes. Elle est caractérisée par un ensemble de symptômes qui ne semblent pas être causés par des processus pathogènes clairs et déterminants. Pour cette raison, le patient qui en souffre est d'abord malade d'une «*contested illness*», c'est à dire d'une pathologie pas totalement reconnue puisque seulement partiellement comprise par la connaissance biomédicale transnationale. L'analyse de la littérature médicale montre de nombreuses tentatives pour expliquer le syndrome, mais ce qui tient l'ensemble les diverses théories et interprétations est l'hypothèse qui encadre la fibromyalgie comme une maladie «naturellement» féminine.

L'objectif de cette contribution sera de partir de cette hypothèse pour analyser, d'une part, ce qui la rend valable aujourd'hui et, d'autre part, les conséquences directes que cette acceptation provoque. En particulier, l'analyse portera sur les discours qui permettent de légitimer les formes de malaises purement féminins à travers leur traduction en termes de troubles psychosomatiques.

Mots-clés: syndrome fibromyalgique, douleur chronique, maladies féminines, *contested illnesses*, dépression, stress, traumatisme, diagnostic, médicalisation.

Resumen

Reconstruir un conocimiento: cuando con SF se entiende "solo fantasía" y "solo femenino".

El síndrome de fibromialgia (SF) afecta entre 2% y 5% de la población mundial y solo en Europa 14 millones de personas han sido diagnosticadas. Se caracteriza por síntomas muy complejos y a la vez problemáticos, dado que esta enfermedad no tiene ningún tipo de relación con procesos etiopatogénicos claros y determinados. Por esa razón, el paciente con fibromialgia sufre en primer lugar de una «*contested illness*», es decir, una patología que todavía no se ha reconocido y legitimado, porque ha sido investigada solo parcialmente por la comunidad biomédica internacional. El análisis de la bibliografía médica muestra los numerosos intentos de explicar este síndrome. Lo que une a las diferentes teorías e interpretaciones es la hipótesis que considera la fibromialgia como una patología psicosomática y con un predominio «natural» en el sexo femenino. A partir de esta hipótesis, el objetivo de esta contribución es estudiar las razones que han hecho que esta hipótesis se considere la más acreditada y, por

otra parte, sus consecuencias directas. El análisis se centra especialmente en esos discursos que permiten legitimar formas de malestar propiamente femeninos mediante explicaciones en términos de trastornos psicosomáticos.

Palabras clave: síndrome fibromiálgica, dolor crónico, enfermedades femeninas, *contested illness*, depresión, estrés, trauma, diagnóstico, medicalización.

Abstract

Recreating a Knowledge: when SF means “Simply Fantasy” and “Simply Female”.

The Fibromyalgia syndrome affects between the 2% and the 5% of the population worldwide and in Europe alone it has been diagnosed to 14 million people. The syndrome is characterized by a complex symptomatology, which seems to be completely independent from clear and determinant etiopathogenetic processes. For that reason the patient who suffers from fibromyalgia is first of all affected by a “contested illness”, a disease that is not legitimized and only partly recognized by the transnational biomedical knowledge. The analysis of the medical literature reveals numerous attempts to explain the syndrome; however, what unites these different interpretations is the hypothesis that frames fibromyalgia as a “naturally” female disease.

The aim of this contribution will be to start from this hypothesis in order to deploy, on one hand, the reasons that have rendered it the most accepted to this day and, on the other hand, its direct consequences. In particular the analysis will be focussed on those discourses which permit to legitimise forms of essentially female discomfort by translating them into terms of psychosomatic disorders.

Keywords: fibromyalgia syndrome, chronic pain, female disease, *contested illnesses*, depression, stress, trauma, diagnosis, medicalization.

*Dalla tradizione all'innovazione:
un contributo al miglioramento delle politiche
sanitarie nello Stato di Yucatan (Messico)**

Patrizia Quattrocchi

Ricercatrice, Dipartimento di scienze umane, Università degli studi di Udine
[patriziaquattrocchi@uniud.it]

Miguel Güémez Pineda

Profesor investigador, Unidad de Ciencias sociales del Centro de investigaciones regionales “Dr. Hideyo Noguchi” de la Universidad autónoma de Yucatán
[gpineda@uady.mx]

Salute interculturale: quale approccio?

“*El enfoque intercultural en salud y la adecuación cultural de los servicios de salud en poblaciones mayas del estado de Yucatán: Una propuesta de implementación*”⁽¹⁾. È questo il titolo della proposta progettuale che avanza nei prossimi mesi ai cosiddetti *tomadores de decisiones* – cioè a politici e ai dirigenti pubblici – del Ministero della salute (*Secretaría de salud*) dello Stato dello Yucatan, in Messico.

Il documento segue il seminario “*Interculturalidad y salud. Aproximación teórica y trabajo de campo en Yucatán*”, organizzato nel mese di ottobre del 2012 nella *Unidad de ciencias sociales del Centro de investigaciones regionales “Dr. Hideyo Noguchi” de la Universidad autónoma de Yucatán*, a Mérida⁽²⁾. Il seminario – diretto a 25 ricercatori, docenti e funzionari del Ministero della salute – è stato un importante momento di confronto sulle tematiche in oggetto e l'occasione per la loro sistematizzazione. L'obiettivo del documento è di fornire delle indicazioni per ripensare e riorganizzare i servizi

* Testo definitivo del contributo presentato nella V Sessione parallela (*Medicine tradizionali extra-europee*) al 1° Convegno nazionale della SIAM, *Antropologia medica e strategie per la salute* (Roma 21-23 febbraio 2013).

di assistenza sanitaria locali⁽³⁾ secondo una prospettiva interculturale alla salute. Ciò significa «diseñar un modelo sistematizado de atención a la salud de la población maya. Dicho modelo toma en cuenta sus creencias, costumbres y tradiciones, optimiza recursos, y aprovecha los saberes de sus terapeutas»⁽⁴⁾ (GÜÉMEZ PINEDA 2013).

La proposta si focalizza su questioni concrete, a partire dalla constatazione che: «el proceso intercultural incluye desde el portero del hospital, al chofer de ambulancia, el auxiliar de intendencia que limpia las salas hasta la enfermera, el dentista y el médico tratante, sin olvidar a los planificadores de salud, los ingenieros y arquitectos que diseñan las unidades médicas, hasta los administradores del centro de salud u hospital»⁽⁵⁾ (CAMPOS R. 2007). Si propone, per esempio, l'introduzione *almeno* negli ospedali situati in aree a prevalenza indigena (come l'area di Valladolid o di Peto, rispettivamente nella parte orientale e meridionale dello Stato; ma anche nell'Ospedale Augustin H'Oran, il principale ospedale pubblico della capitale) di personale sanitario bilingue maya/spagnolo; l'utilizzazione di *facilitadores interculturales* (mediatori) e di traduttori che possano accogliere e orientare il paziente nella sua lingua madre e contribuire a migliorare la comprensione linguistica e culturale tra personale sanitario, pazienti e famiglie nelle diverse fasi⁽⁶⁾; l'adeguamento della dieta ospedaliera alle abitudini locali: per esempio, la sostituzione delle *tortillas* a base di farina industriale con quelle di mais⁽⁷⁾ o anche la presa in considerazione dei precetti e delle interdizioni alimentari, come l'equilibrio termico tra alimenti "caldi" e "freddi"⁽⁸⁾; l'adeguamento degli spazi e degli arredi: per esempio, introdurre l'amaca al posto del lettino ospedaliero per le puerpere⁽⁹⁾ o pianificare nuovi spazi architettonici tenendo in considerazione la cosmovisione indigena (orientamento spaziale, forme, colori, materiali); e ancora: l'implementazione di campagne sanitarie bilingui partendo da contenuti e linguaggi culturalmente comprensibili e localmente pertinenti⁽¹⁰⁾. Nella proposta grande rilevanza è data inoltre alla formazione del personale sanitario e dei terapeuti locali, a partire da contenuti specifici ma anche dalle modalità proprie di concettualizzazione, operativizzazione e risignificazione delle dinamiche interculturali dentro un contesto storico-politico specifico.

Il documento propositivo rimanda a diversi antecedenti, tanto teorico quanto metodologici:

- la riflessione sul concetto di salute interculturale in Messico e in America Latina, dalla matrice indigenista degli anni Cinquanta alle prospettive attuali, attente anche ai fattori sociali, politici, economici,

- storico-coloniali che incidono nelle relazioni tra individui e gruppi (AGUIRRE BELTRÁN G. 1980; ZOLLA C. *et al.* 1988; IBACACHE 1997; OYARCE A. - IBACACHE J. 1996; OPS 1998, 2000; CITARELLA L. cur. 2000; CUNNINGHAM M. 2002; ALARCÓN *et al.* 2003; LERÍN PIÑON S. 2004; DUARTE GÓMEZ M.B. - BRACHET MÁRQUEZ V. - CAMPOS NAVARRO R. *et al.* 2004; FERNÁNDEZ JUÁREZ G. cur. 2006, 2010; BARTOLOMÉ M.A. 2006; MENÉNDEZ E. 2006-2008; BOCCARA G.B. 2007; CAMPOS NAVARRO R. 2007, 2010);
- le esperienze già implementate in molti paesi latinoamericani ad alta concentrazione di popolazione indigena, per esempio in Bolivia, in Perù, in Venezuela, Ecuador e in Cile⁽¹¹⁾;
 - il processo di riconoscimento politico-legale della medicina tradizionale e dell'approccio interculturale in salute avviato in Messico dalle istituzioni sanitarie a partire dallo scorso decennio (ALMAGUER GONZÁLES J.A. - MAS OLIVA J. cur. 2008);
 - i risultati del progetto “Il Tempo della *Sobada*. Pratiche e saperi del parto nello Yucatan” di cui siamo stati ideatori e coordinatori dal 2005 al 2009, e sul quale ci focalizzeremo in questo articolo.

Nello specifico, la proposta di implementazione rappresenta l'ultimo tassello della lunga collaborazione tra funzionari pubblici, personale sanitario, antropologi, levatrici e altri terapeuti locali, famiglie e comunità iniziata nello Yucatan proprio a partire da tale progetto.

“Il Tempo della *Sobada*” è nato nel 2005 quale esperienza di cooperazione internazionale tra il Messico e l'Italia e grazie alla partecipazione di un vasto partenariato: 11 istituzioni italiane e 4 messicane, tra cui università, enti governativi, enti di ricerca e di formazione e associazioni no profit. In Italia, hanno sostenuto il progetto AREAS (Associazione di ricerche etno-antropologiche e sociali di Trieste, in qualità di ente capofila del partenariato), Videomante onlus di Trieste, l'Ospedale infantile e Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico “Burlo Garofolo” di Trieste, il Corso di laurea specialistica in Medicina e chirurgia dell'Università di Trieste, la Facoltà di medicina e chirurgia dell'Università di Trieste per il Corso di laurea in ostetricia, il Collegio delle ostetriche professioniste delle province di Udine e Pordenone, l'Associazione culturale Togunà di Trieste, l'Istituto superiore di sanità di Roma, la Scuola elementare di arte ostetrica di Firenze, il Centro studi americanistici “Circolo Amerindiano” di Perugia, l'Istituto di sociologia dell'Università di Urbino. Nello Stato dello Yucatán, la *Unidad de ciencias sociales del CIR* (Centro de investigaciones regionales “Dr. Hideyo Noguchi” de la Universidad autónoma de Yucatán, ente coordinatore del partenariato locale), INDEMAYA (Instituto para el desarrollo

de la cultura maya de Yucatán); CDI (*Comisión nacional para el desarrollo de los pueblos indígenas*) e UACSHUM (*Coordinación de humanidades. Unidad de ciencias sociales y humanidades de la Universidad nacional autónoma de México* [ora CEPHCIS, *Centro peninsular en humanidades y ciencias sociales*]). A partire dal 2007 ha preso parte al partenariato anche la *Secretaría de salud-servicios de salud de Yucatán*, rendendo così possibile una collaborazione tra accademia e istituzioni governative che si è rivelata fondamentale per lo sviluppo, la sostenibilità e la riproducibilità del progetto nel corso degli anni, come diremo in seguito⁽¹²⁾.

Si è trattato di un percorso che ha permesso di tradurre i risultati della ricerca antropologica – il punto di partenza sono due ricerche di dottorato, entrambe sulle pratiche e i saperi del parto in area maya yucateca⁽¹³⁾ – in azioni e raccomandazioni per il miglioramento dei servizi di assistenza al parto e per l'implementazione di percorsi innovativi nella formazione e nell'aggiornamento dei professionisti della salute.

Prima di addentrarci nello specifico del progetto e di come questo ci abbia condotto alla fase propositiva attuale, accenniamo brevemente al contesto in cui ci troviamo, al fine di esplicitare le ragioni del nostro interesse nei confronti della prospettiva interculturale.

Il contesto plurietnico e plurilinguistico presente nello Stato dello Yucatan – con il 30,3% della popolazione (544.927 persone) che parla la lingua maya yucateca come lingua materna (INEGI 2012) e che si riconosce come soggetto portatore di una tradizione differente⁽¹⁴⁾ – richiede un approccio non univoco anche nel percorso diagnostico-terapeutico. Con quest'ultima espressione ci riferiamo al complesso campo della preservazione della salute e della gestione-risoluzione della malattia: processi al contempo individuali e collettivi, la cui matrici sociali e culturali – ma anche economiche e politiche – sono ben note agli antropologi (MENÉNDEZ E. 1990, 2002; FASSIN D. 1996; KLEINMAN A. - DAS V. 1997; GOOD B. 1999 [1994]; FARMER P. 2003; NICTER M. - LOCK M. 2003; HAHN R. - INHORN M. 2009; GOOD B. *et al.* 2010; LOCK M. - NGUYEN K. 2010).

Nella pratica quotidiana, tale approccio plurimo trova già compimento. Come è stato ampiamente dimostrato, in Messico – paese plurietnico e pluriculturale⁽¹⁵⁾ – coesistono diverse modalità di concettualizzazione e di azione con rispetto al processo salute/malattia/cura (ZOLLA C. cur. 2009). Negli itinerari terapeutici dei pazienti e delle loro famiglie, i medici e gli operatori sanitari si affiancano – in maniera più o meno conflittuale – a *parteras* (levatrici), *curanderos* e *yerbateros* (guaritori ed erboristi), *hueseros* (aggiusta-ossa) e *sobadores* (massaggiatori). Si tratta il più delle volte di per-

corsi misti e pragmatici che il paziente percorre in traiettorie non lineari, integrando di volta in volta risorse terapeutiche di diversa natura (farmaci di sintesi, piante medicinali, rituali ecc.) e creando in questo modo una “medicina ibrida” che sfugge a qualsiasi definizione paradigmatica.

Se dunque nella pratica quotidiana ci troviamo di fronte a un dinamico, complesso e pragmatico pluralismo medico, nel contesto istituzionale un approccio pluralista – che tenga cioè conto delle aspettative e delle esigenze dei soggetti in campo, tra cui quelle di un’utenza diversificata dal punto di vista sociale e culturale – non è stato ancora pienamente accolto. Ciò accade nonostante il tema della *salud intercultural* sia presente nell’agenda politico-sanitaria nazionale e statale da diversi anni. A livello nazionale il Ministero della salute e, in particolare, la *Dirección de medicina tradicional y desarrollo intercultural* sviluppa infatti già nel 2003 un *Esquema metodológico para incorporar los derechos humanos en salud mediante el enfoque intercultural* (SECRETARÍA DE SALUD 2003a); seguono poi diversi programmi e progetti, portati avanti dalla stessa *Dirección de medicina tradicional* e dalla *Dirección general de planeación y desarrollo en salud*. Si tratta inizialmente di azioni di formazione interna, diretta a funzionari ministeriali. Il fine è quello di creare un gruppo di *replicadores interculturales* che possa a sua volta formare altro personale – ai diversi livelli – su scala locale. Questa prima fase crea un *team* di lavoro che sarà piuttosto attivo negli anni a seguire⁽¹⁶⁾. In seguito si procede alla redazione di documenti programmatici e linee guida, come per esempio i *Lineamientos interculturales para el personal de salud* (SECRETARÍA DE SALUD 2003b): una serie di indicazioni pratiche su come relazionarsi con i pazienti indigeni a partire dall’acquisizione di una *competencia cultural* (competenza culturale) e dall’esercizio di un *trato digno* (trattamento degno)⁽¹⁷⁾.

In generale, lo sforzo istituzionale rimanda ad un’idea di interculturalità che si fonda sul riconoscimento reciproco tra la biomedicina e le medicine *altre* (in particolare quelle indigene) e su un dialogo più orizzontale tra i diversi saperi e i differenti attori. Elementi considerati costitutivi – almeno nelle intenzioni – di quella «capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional» (OYARCE A. - IBACACHE J. 1996: 76) che è propria di tale prospettiva⁽¹⁸⁾.

Si tratta di un approccio che contempla almeno due aspetti: da una parte la dimensione comunicativa, che verte sulla necessità di ascolto, dialogo e confronto tra diverse pratiche e saperi, con il fine di individuare possibili

aree di condivisione e di mutua comprensione. Tale dimensione rimanda per esempio alla relazione tra personale sanitario e pazienti, e al suo miglioramento a partire dalla conoscenza e dal rispetto delle pratiche e dei saperi locali da parte dei professionisti della salute. Dal punto di vista formativo si tratta di permettere agli studenti e agli operatori sanitari di avvicinarsi a modalità “altre” di interpretare e agire sulla malattia: contenuti non spesso presenti nei percorsi accademici di tipo tradizionale, dove l’egemonia di un sapere biomedico che si ritiene universalmente valido ed efficace non viene quasi mai messa in discussione.

Dall’altra parte vi è la dimensione organizzativa, che contempla un ripensamento degli spazi, dei luoghi, degli oggetti, degli strumenti che possono essere adeguati alle esigenze di chi “abita” il luogo di assistenza o di cura (l’ospedale, ma anche l’ambulatorio), e in particolare dei pazienti. Tali esigenze non sono riconducibili infatti solo a fattori di natura clinica, quali per esempio il trovarsi in un luogo igienicamente appropriato, tecnologicamente adeguato o con un operatore specializzato; riguardano anche aspetti relativi alla dimensione quotidiana della vita dell’individuo e della sua esperienza della malattia: la presenza dei propri cari e spazi adeguati per accoglierli (figli compresi), la presenza di oggetti di uso quotidiano che rendano l’ambiente ospedaliero meno asettico, la presenza di spazi di socializzazione, riposo, preghiera che rimandano agli ambienti domestici e/o comunitari, e altro ancora: elementi che risultino cioè efficaci nella costruzione di quell’ “ambiente favorevole” al ripristino della salute, auspicato più volte dall’Organizzazione mondiale della sanità (WHO 2004) e che travalica di gran lunga la dimensione prettamente bio-tecnologica.

Soprattutto in aree indigene, l’importanza di riorganizzazione i servizi sanitari a partire da un’ottica plurale e partecipata (non unicamente biomedica e gerarchicamente pianificata) in modo da poter riconoscere e accogliere la diversità culturale e le istanze contestuali ci appare uno sforzo necessario verso la ricerca di un modello di assistenza più sostenibile, non solo economicamente ma anche socialmente e culturalmente⁽¹⁹⁾.

Ad attraversare entrambe le dimensioni, quella comunicativa e quella organizzativa, vi sono i rapporti di forza e le dinamiche di potere tra i diversi gruppi sociali. Si tratta di elementi che rimandano ai processi storico-politici che caratterizzano e strutturano la società yucateca, determinando in maniera diretta o indiretta la quantità e la qualità nell’accesso ai servizi sanitari da parte delle popolazione indigena; sono fattori che rimandano a una distribuzione non equa delle risorse, in cui le disuguaglianze socio-economiche sono così marcate da costituire spesso

i detonanti principali di molte patologie. Concettualizzare e rendere operativa la nozione di *salud intercultural* dentro questo complesso quadro di riferimento permette non solo una maggior comprensione del processo salute-malattia-cura ma anche la demistificazione di quei meccanismi – spesso consolidati – che impediscono una gestione democratica della salute pubblica; uno sguardo critico, politico ed etico allo stesso tempo, che appare irrinunciabile nell'approccio interculturale alla salute, almeno nel nostro modo di concepirlo⁽²⁰⁾.

Il progetto “Il Tempo della Sobada”

Per raccontare di come un'esperienza positiva di ricerca-azione-formazione abbia contribuito allo sviluppo di un processo interculturale complesso nello Stato dello Yucatán, presenteremo le principali azioni e i risultati del progetto “Il Tempo della *Sobada*”.

Il filo conduttore della nostra riflessione rimanda ai meccanismi attraverso i quali una pratica “tradizionale” – il massaggio prenatale detto *sobada* effettuato mensilmente dalle levatrici maya alle donne incinte – sia diventata il motore iniziale di un processo che ha condotto all'elaborazione percorsi sanitari inediti.

L'esserci accorti della potenzialità operativa ed espressiva della pratica della *sobada* è stato l'elemento chiave che ha dato avvio alla stesura del progetto di cooperazione e alla ricerca di partner italiani e messicani interessati a sostenerlo. La *sobada* prenatale – come accennato – è un massaggio effettuato dalle levatrici maya alle donne in gravidanza. Il fine è quello di riposizionare mensilmente il bambino nella posizione “corretta”, ossia con la testolina verso il canale del parto. La posizione corretta rimanda non solo alla mobilità fisiologica del bambino (empiricamente osservata dalle levatrici, nonché discussa nei corsi di *capacitación*)⁽²¹⁾ ma anche alla concezione locale del corpo, basata su un'idea di ordine-disordine-mobilità-allineamento-equilibrio degli organi e delle parti interne. Il bambino, al pari degli organi interni, *se descompone* (va fuori posto) continuamente durante la gravidanza, a causa di sforzi fisico eccessivi e repentini (per esempio alzare un secchio di mais) o di brusche cadute. È cura della donna rivolgersi alla levatrice per *componerlo*: riposizionarlo al centro del ventre e con la testolina verso il basso, attraverso una manipolazione del ventre e del corpo – la *sobada* appunto – che dura in media cinquanta minuti. Ciò permette alla donna l'evolversi di una gravidanza in salute e di un “buon parto”. “Buon parto” significa localmente *parto natural*, ossia

un parto vaginale, nel quale non vi sia alcun intervento medico-chirurgico. Essendo la percentuale di cesarei e di episiotomie molto elevata sia in ambito pubblico che privato⁽²²⁾, il parto naturale rimanda quasi necessariamente al parto domiciliare e all'assistenza di una levatrice. La *sobada*, nei discorsi e nelle pratiche di quest'ultime, è diventata dunque la modalità che assicura alla donna una gravidanza e un parto fisiologici.

Come dimostrano le nostre ricerche la *sobada* costituisce non solo una pratica dai fini diagnostico-terapeutici (controllo della posizione e del buon procedere della gravidanza), ma anche un momento e uno spazio femminili in cui avvengono la trasmissione dei saperi locali legati al parto e la rielaborazione delle conoscenze introdotte dalla biomedicina. Intorno alla *sobada* si intersecano pertanto non solo discorsi riproduttivi, ma anche discorsi di genere, politici, medici, identitari e di difesa del proprio mestiere da parte delle levatrici nei confronti di un sapere biomedico egemonico e globalizzante. Si tratta di una vasta gamma di significati, capaci di convogliare istanze diverse secondo gli interessi e/o gli attori coinvolti⁽²³⁾.

Durante le nostre ricerche, spesso avevamo osservato, infatti, come questa pratica diventasse un terreno di scontro (per esempio tra medici e levatrici) in cui continuum di argomentazioni e assunzioni ai cui due poli si trovavano la difesa indiscussa di una pratica tradizionale percepita e vissuta come benefica da parte delle donne e il rifiuto della biomedicina di confrontarsi con altri saperi, nella presunzione di essere migliore in quanto scientifica e tecnologicamente avanzata.

Affinando il nostro sguardo, ci siamo però accorti che in alcuni (rari) casi le posizioni estreme defluivano in atteggiamenti meno rigidi, in cui era possibile intravedere delle "zone franche": levatrici indigene che collaboravano positivamente con medici e personale sanitario, medici interessati alla *sobada* e ad altre pratiche locali⁽²⁴⁾, aperture delle istituzioni accademiche e sanitarie alla medicina indigena, traiettorie miste delle donne (visite al centro di salute e alla levatrice) che risultavano – a loro dire – efficaci.

Consapevoli di queste dinamiche, cominciammo a pensare che la *sobada* potesse diventare in qualche modo anche un terreno di dialogo e di confronto. Non si trattava di immaginare qualcosa di nuovo: la *sobada* era "già lì" e veicolava un bagaglio di saperi, di competenze e di esperienze locali relative al parto e alla nascita che – nelle nostre ipotesi – poteva trovare maggiore visibilità e valorizzazione in un confronto costruttivo con il sapere biomedico.

Grazie all'intuizione sulle grandi capacità espressive e comunicative della *sobada* – che le nostre ricerche dimostravano essere tanto importante e

diffusa – tale pratica viene pertanto assunta intenzionalmente quale nucleo tematico del nostro lavoro. In realtà diventerà ben presto “un pretesto” – come l'avremmo definita in seguito nelle tante occasioni di presentazione del progetto – per parlare della relazione tra medici yucatechi, levatrici e donne maya, così come della concezione locale del corpo e della gravidanza, in gran parte ignorata dal personale sanitario; ma anche dei rapporti tra biomedicina e saperi locali, e più in generale di un approccio antropologico e interculturale alla salute e al parto. Le nostre ricerche avevano infatti ampiamente dimostrato la lacuna formativa di medici e del personale sanitario in merito a queste questioni, così come le poche occasioni di confronto tra i diversi soggetti in campo. Elementi che si riversavano in una cattiva comunicazione e relazione durante la pratica clinica, che conduceva spesso ad incomprensioni, non adesione ai trattamenti e insoddisfazioni reciproche.

A partire da queste premesse, l'obiettivo generale del progetto è stato dunque quello di contribuire a migliorare la salute materna e l'assistenza al parto grazie ad una più efficace comunicazione e interazione tra levatrici, personale sanitario e donne in età riproduttiva. Gli obiettivi specifici rimandavano da una parte alla necessità di fornire nuovi strumenti teorici e metodologici al personale sanitario, grazie all'impiego di strategie formative di matrice interculturale; si trattava in sintesi di ampliare le loro mappe concettuali, affinché potessero rapportarsi meglio ai contesti pluri-etnici; ma anche di contribuire al dibattito critico sul parto e la gravidanza, interessando sia gli esperti che la società civile, in entrambi i paesi⁽²⁵⁾. Un secondo obiettivo riguardava poi più nello specifico il municipio di Kaua⁽²⁶⁾, con l'intento di contribuire alla trasmissione e (auto)valorizzazione dei saperi terapeutici locali, soprattutto tra le nuove generazioni, attraverso la creazione partecipata di uno spazio collettivo (archivio sulle piante medicinali) nella scuola elementare.

Con il fine di raggiungere tali obiettivi sono state realizzate diverse azioni, suddivisibili nelle seguenti fasi:

- proseguimento della ricerca antropologica sulle pratiche e i saperi delle levatrici indigene maya e sul loro ruolo all'interno di un contesto di crescente medicalizzazione del parto;
- realizzazione di materiali didattici dal contenuto innovativo, a partire dalle ricerche etnografiche effettuate dai ricercatori coinvolti nel progetto;
- progettazione di un seminario formativo – diretto a personale sanitario e terapeuti locali – sulla prospettiva antropologica e interculturale alla salute e al parto, in cui utilizzare i materiali didattici prodotti;

- organizzazione dei seminari;
- realizzazione di momenti di incontro e discussione tra levatrici, donne e personale sanitario nel villaggio di Kaua e in altre aree dello Yucatán;
- realizzazione di laboratori didattici nella scuola elementare di Kaua⁽²⁷⁾;
- realizzazione di eventi divulgativi e di diffusione dei risultati del progetto (conferenze, convegni, dibattiti pubblici);
- pubblicazione di materiali scientifici e divulgativi sul progetto;
- utilizzazione didattico-accademica dei materiali prodotti.

Nella nostra discussione ci soffermeremo maggiormente sulla realizzazione dei materiali didattici e sul loro impiego nel corso di formazione-aggiornamento sulla salute interculturale, progettato nel 2007 e realizzato in diverse località dello Stato dello Yucatan nel corso degli anni seguenti. Riteniamo infatti che la felice collaborazione con la *Secretaría de salud/ Servicios de salud de Yucatán* sia stato il valore aggiunto che ha permesso al nostro progetto di essere sostenibile anche nel medio e lungo periodo. I materiali didattici prodotti sono stati tre:

- Il libro *Salud reproductiva e interculturalidad en el Yucatán de hoy* (QUATTROCCHI P. - GÜÉMEZ PINEDA M. 2007). Si tratta di un testo di 150 pagine con fotografie in bianco e nero diretto in particolare al personale sanitario e agli studenti di scienze della salute yucatechi. Presenta un'introduzione dello scrittore e intellettuale maya Feliciano SÁNCHEZ CHAN e quattro articoli: *Partería y medicina alopática en Yucatán: hacia un modelo intercultural de atención a la salud reproductiva* di Miguel GÜÉMEZ PINEDA; *El proceso salud-enfermedad-atención en Kaua: entre el sistema médico alopata y el tradicional* di Rosa María GARDUZA PINO e Enrique RODRÍGUEZ BALAM; *¿Qué es la sobada? Elementos para conocer y entender una práctica terapéutica en Yucatán* di Patrizia QUATTROCCHI; *La interculturalidad, la medicina tradicional y los trabajadores de la salud* di Roberto CAMPOS NAVARRO. In appendice vi sono inoltre i *24 consejos útiles para desarrollar Programas con diversidad cultural del fondo de población de las naciones unidas* e una bibliografia tematica di approfondimento.
- Il documentario: *Sobada. El don de las parteras mayas*, filmato a Kaua nel 2006 dalla sociologa Erica BARBIANI e dall'antropologa Elena Vera TOMASIN (Videomante onlus 2007). Il documentario, della durata di 33 minuti, è disponibile nella versione spagnolo-maya e nella versione italiana (sottotitolata) dal titolo "Sobada. Il dono delle levatrici maya".
- La mostra fotografica itinerante: *La casa y la cura. Experiencias de las parteras de Kaua*. Si tratta di 25 fotografie (40×60 cm.) scattate da Erica

BARBIANI durante la realizzazione del documentario, accompagnate da un testo introduttivo alle varie sezioni in lingua spagnola e maya (a cura di Miguel GÜÉMEZ PINEDA, Feliciano SANCHEZ CHAN e Patrizia QUATTROCCHI). La mostra è disponibile anche nella versione in italiano, con testi a cura di Patrizia QUATTROCCHI. Le 25 fotografie e il testo esplicativo in spagnolo sono visionabili sul sito *Identidad y cultura maya* dell'Università autonoma dello Yucatan (sezione esposizioni fotografiche) www.mayas.uady.mx

I materiali hanno avuto immediatamente grande visibilità, tanto da interessare fin da subito la *Secretaría de salud/Servicios de salud* de Yucatán. Il coinvolgimento del Ministero è avvenuto a seguito di una riunione tra i partner di progetto, in cui era stata invitata anche una funzionaria del *Departamento de planeación y desarrollo - sub-dirección de innovación, educación en salud y calidad de los servicios de salud*: Evangelina Zitle Ferro, che sarebbe da allora in avanti diventata la nostra più preziosa collaboratrice.

Si forma così un gruppo di lavoro che ha il compito di progettare un percorso innovativo di matrice interculturale diretto al personale sanitario yucateco e ai terapeuti locali. Il fine è proprio quello di creare occasioni di dialogo e confronto tra i diversi saperi e le diverse pratiche, a partire dall'esperienza di ciascuno. Dal punto di vista metodologico l'interesse è volto a fomentare la partecipazione, utilizzando le lezioni frontale e le dinamiche tradizionali di tipo allievo-maestro in maniera secondaria.

Dopo quattro mesi di lavoro, nasce il corso/seminario "*Hacia una perspectiva intercultural a la salud reproductiva*", della durata di 20 ore suddivise in tre moduli. Il primo modulo, dal titolo *Pueblo maya y condiciones de salud-enfermedad-atención* (coordinato da Miguel Güémez Pineda) illustra le condizioni di salute della popolazione maya (con enfasi sui fattori sociali, politici ed economici che incidono sull'incidenza delle patologie più diffuse) e la pluralità di risorse terapeutiche a disposizione; il secondo modulo *El enfoque antropológico de atención a la salud y a la salud reproductiva* (coordinato da Patrizia Quattrocchi) affronta alcuni nodi teorici dell'antropologia medica per poi discutere del parto e della nascita; il terzo modulo dal titolo *La interculturalidad y los trabajadores de la salud* (a cura di Evangelina Zitle e del medico Fernando Cab Nicoli della CDI (*Comisión nacional de desarrollo de los pueblos indígenas*)) si occupa di pratica clinica e di come gli elementi fino ad allora presentati possano migliorarla. Durante i moduli sono previsti interventi di esperti (per esempio approfondimenti sulla legislazione a tutela della minoranze etniche e linguistiche a cura del partner di progetto INDEMAYA (*Instituto para el desarrollo de la cultura*

maya de Yucatán) e interventi di levatrici e terapeuti che illustra no il loro lavoro agli operatori sanitari.

Il corso iniziava solitamente il giovedì pomeriggio e terminava il sabato. Veniva inaugurato da qualche autorità civile e sanitaria e dall'illustrazione della mostra fotografica *La casa y la cura. Experiencias de las parteras de Kaua*, appositamente allestita. Dal punto di vista metodologico, utilizzavamo presentazioni frontali, lavori di gruppo, giochi di ruolo, lettura partecipata di testi, discussione di casi e narrazioni da parte dei partecipanti. Un momento fondamentale di discussione era legato alla visione del documentario sulla *sobada*, che veniva proposto dopo una introduzione al tema da parte delle levatrici presenti. A tutti i partecipanti veniva distribuito il libro *Interculturalidad y Salud reproductiva en el Yucatan de Hoy* e altro materiale reso disponibile dall'ente *Servicios de salud*.

Tra il 2007 e il 2009 sono stati realizzati 9 seminari, coinvolgendo circa 160 professionisti della salute e 46 terapeuti locali; i luoghi in cui i corsi hanno avuto luogo sono stati diversi, in corrispondenza delle tre giurisdizioni sanitarie dello Stato: un corso si è tenuto presso l'Ospedale comunitario del municipio di Peto, un corso presso l'Ospedale di Valladolid, un corso nel municipio di Izamal, diversi corsi a Merida. Si sono svolti inoltre seminari più brevi (2, 4 o 6 ore) nei quale sono stati coinvolti circa 250 studenti delle Facoltà di medicina, di Scienze infermieristiche e di Scienze della nutrizione dell'Università autonoma dello Yucatan e specialisti dell'ente *Servicios de salud de Yucatán*, come il seminario organizzato per formare il neonato gruppo di lavoro sulla salute mentale. Pur non essendo le attività svolte in Italia oggetto del presente lavoro accenniamo brevemente al fatto che del seminario è stata realizzata una versione più breve (6/8 ore) dal titolo "La prospettiva antropologica al parto: dall'esperienza delle levatrici indigene di Messico e Honduras al parto medicalizzato" diretta agli operatori sanitari, alle ostetriche e agli studenti di medicina e ostetricia italiani. Tra il 2007 e il 2010 sono stati realizzati 5 seminari, in collaborazione con la Facoltà di medicina e chirurgia dell'università di Trieste, il Corso di laurea in ostetricia dell'università di Udine, il Collegio di ostetriche professioniste di Udine e Pordenone, l'Ospedale infantile e istituto di ricerca a carattere scientifico Burlo Garofolo di Trieste e l'Azienda sanitaria n. 4 di Udine, il Collegio di ostetriche di Varese⁽²⁸⁾.

Quale impatto? Riflessioni in progress

Possiamo affermare che nello Stato dello Yucatan il progetto ha avuto un buon impatto, sia a breve che a medio termine. Molte delle sue azioni

– come diremo nelle pagine seguenti – si sono rese infatti sostenibili nel tempo, anche dopo la chiusura ufficiale dell'esperienza. Possiamo delineare almeno tre aree d'impatto: quella sanitaria; quella scientifico-accademica e quella comunitaria. Le descriviamo brevemente.

Per quanto riguarda le politiche sanitarie, segnaliamo che dal 2008 il documentario e il libro sono stati adottati da parte della *Secretaría de salud - Servicios de salud de Yucatán* quali materiali didattici istituzionali in tutti i percorsi formativi del proprio personale. L'interesse delle istituzioni sanitarie a dare continuità alle attività formative del progetto era già del resto chiara quando, sempre nel 2008, la *Secretaría* decise di ristampare con fondi propri 500 copie del volume, dopo una prima edizione a carico del progetto. L'adozione dei materiali da parte dell'ente costituisce un risultato di gran lunga superiore alle aspettative, che ci ha permesso di contribuire significativamente con dei contenuti e delle metodologie innovativi per quel contesto, e in cui il contributo teorico dell'antropologia medica – disciplina marginale se non del tutto assente nei percorsi accademici locali – è stato fondamentale.

Attualmente (2013) i materiali didattici prodotti, in particolare il libro e il video-documentario continuano ad essere utilizzati nei percorsi di formazione istituzionale dell'ente *Servicios de salud de Yucatán*. Il libro è stato inoltre distribuito nei centri di salute presenti nei diversi municipi dello Stato, quale materiale di consultazione per il personale sanitario che vi opera. I materiali didattici continuano inoltre ad essere impiegati anche attualmente in percorsi più brevi da parte di Evangelina Zitle e dalla sua *equipe* ministeriale e da parte di Miguel Güémez Pineda. In Italia, il seminario viene attualmente proposto ai Collegi di ostetriche e ad altre istituzioni sanitarie.

Oltre all'impatto in campo sanitario è da rilevare che il progetto nel corso degli anni ha avuto grande diffusione sia a livello accademico sia a livello più generale, cioè nei confronti di un pubblico di non specialisti. Per quanto riguarda il primo aspetto, la presentazione del progetto e dei materiali in una ventina di congressi nazionali e internazionali ha permesso di diffonderne obiettivi, metodologia e risultati. Sono state poi numerose le occasioni di utilizzazione del documentario e del libro a livello didattico, in particolare in docenze, seminari e conferenze organizzate in varie istituzioni accademiche (in Messico: *Universidad autónoma de Yucatán*, *Universidad de Oriente*, *Universidad nacional autónoma de México*, *Universidad autónoma de Oaxaca*, *Universidad autónoma de Quintana Roo*, *Universidad autónoma de Campeche*; in Italia: Università degli studi di Roma "La Sapienza", Università degli studi di Milano Bicocca, Università degli studi di Trieste, Università degli studi di Udine).

Il documentario e il libro sono stati poi utilizzati come materiale didattico anche fuori dai confini nazionali dei due paesi: per esempio nei corsi di formazione per personale sanitario e *facilitadores interculturales de la salud* in Bolivia e in altri paesi andini. La diffusione dei materiali in questi paesi si deve al medico-antropologo Roberto Campos Navarro – esperto di salute interculturale – che ha collaborato al progetto come consulente e docente in diverse occasioni. I materiali sono stati inoltre richiesti a fini didattici da docenti della Facoltà di medicina dell'*Universidad de Tucumán* (Argentina), dell'*Universidad nacional de Bogotá*, (Colombia), del *Recinto de ciencias médicas* dell'Università di Puerto Rico e da alcune organizzazioni non governative venezuelane.

Per quanto riguarda l'impatto nei confronti di un pubblico più ampio riteniamo che sia stato soprattutto il documentario lo strumento “chiave” che ha permesso di raggiungere in maniera efficace un grande numero di persone, in contesti diversi. Proiezioni pubbliche, incontri di quartiere, ma anche proiezioni in festival e rassegne cinematografiche sia in Italia che in Messico hanno permesso a donne e uomini di confrontarsi – a partire dall'esperienza yucateca – su temi ben più ampi, quali il ruolo della donna nella gestione del proprio corpo e della propria salute, il diritto e la libertà di scegliere in merito al parto e l'eccessivo interventismo nel percorso nascita⁽²⁹⁾. In altre parole, la visione del documentario è stata l'occasione per fomentare una discussione critica sul tema della eccessiva medicalizzazione del processo riproduttivo; e per interrogarsi sui bisogni e sulle necessità di mamma e bambino e su quanto i protocolli medici (e in generale l'approccio biomedico) riescano o meno a rispettarli. Si tratta di tematiche affatto nuove al dibattito internazionale. Già dal 1985 l'Organizzazione mondiale della sanità pubblica le prime direttive volte a ridurre l'eccessiva medicalizzazione di tale processo (WHO1985a, 1985b, 1996, 2006, 2008; WAGNER 2001); spesso però tali contenuti non riescono a raggiungere un pubblico di non specialisti.

Nel contesto yucateco, infine, riteniamo che l'impatto sia stato straordinario – nel senso che non lo avevamo previsto in tale dimensione qualitativa e quantitativa – anche per quanto riguarda l'appropriazione dei materiali da parte delle levatrici e delle donne maya. Non ci riferiamo solo alle protagoniste del documentario (che ovviamente hanno a disposizione copie dei materiali prodotti da utilizzare a loro piacimento) ma a una grande quantità di terapeute e di famiglie a cui questi materiali (ancora una volta soprattutto il video sulla *sobada*) sono in qualche modo “arrivati”. Nel corso degli anni sono stati numerosissimi gli incontri, i dibattiti e le riunioni (formali e informali) in vari municipi yucatechi che sono nati a partire

dalla proiezione del video. Ad alcuni di questi momenti abbiamo partecipato direttamente; di altri siamo venuti a conoscenza solo casualmente, a dimostrazione che i materiali sono diventati parte della vita quotidiana delle persone *con* le quali e *per* le quali sono stati prodotti. Di ulteriori momenti siamo stati invece in qualche modo promotori silenziosi, come quando nell'agosto del 2007 abbiamo supportato il viaggio e il soggiorno della levatrice di Kaua *doña Socorro* e di sua figlia a San Cristobál de las Casas, in Chiapas, per presentare il documentario e la mostra fotografica che la vedevano protagonista al *Primer encuentro de parteras de la Península de Yucatán*. Menzioniamo brevemente anche il contributo dato dal progetto (in particolare dal processo di visibilità e valorizzazione dei saperi e delle pratiche indigene avviato a partire dalla riflessione sulla *sobada*) all'organizzazione del *Primer encuentro de medicina tradicional del Estado de Yucatán* tenutosi ad Hobonil, nel sud dello Yucatan nell'aprile del 2008, e di grande rilevanza politica, quale primo evento del genere nello Stato. Attualmente (2013) continuiamo a rispondere sia in Messico che in Italia alle richieste di duplicazione del video e di invio del libro da parte di movimenti femminili, genitoriali, enti accademici e gruppi professionali (in particolare ostetriche). Siamo inoltre a conoscenza che il video e il libro continuano ad essere utilizzati in momenti istituzionali della *Secretaría de salud* e in incontri nazionali e statali di levatrici, ultimo in ordine di tempo quello tenutosi a Città del Messico nel 2012.

Questo successo prolungato nel tempo si deve a nostro avviso alla sostenibilità delle azioni e dei materiali prodotti, un elemento fondamentale sul quale vale la pena di riflettere. "Sostenibilità" era di fatto una condizione importante nel bando di cooperazione internazionale emanato dalla Regione Friuli Venezia Giulia; ma rendere tale indicazione realmente operativa non era di certo cosa scontata; a volte anche i migliori progetti si esauriscono al momento del termine del finanziamento o della presenza assidua dei coordinatori sul campo. Il progetto "Il Tempo della *Sobada*" rappresenta un'esperienza positiva da questo punto di vista che può fornire elementi di riflessione anche in futuri percorsi progettuali.

La sostenibilità (che nella pratica significa appunto continuità anche "oltre" il progetto) è data proprio da quell'appropriazione dei risultati e dei prodotti da parte dei soggetti coinvolti di cui abbiamo detto: *in primis* le istituzioni sanitarie, ma anche quelle accademiche e, non ultime, le levatrici e le donne. Tale appropriazione non è certo un meccanismo "naturale": va in qualche modo convogliata e resa possibile attraverso scelte oculute e strategie pertinenti, che permettano di coniugare le aspettative dei diversi soggetti con i risultati. Per capire meglio come tali dinamiche

si siano date nella nostra esperienza, menzioniamo brevemente due fattori che secondo noi sono stati fondamentali nell'evolversi di tale processo: la tipologia dei materiali prodotti e la riproducibilità.

Per quanto riguarda il primo punto, innanzitutto si è rivelata vincente la triade ricerca-produzione di materiali-formazione: l'aver realizzato materiali frutto di studi recenti (e dunque innovativi dal punto di vista tematico) utilizzando registri differenti (linguaggio scritto e visuali, ma anche specialistico e no) è stata una felice intuizione progettuale che ha mostrato fin da subito le sue potenzialità.

L'uso del documentario come materiale di ricerca (in contesti accademici) ma anche come materiale di discussione in proiezioni aperte al pubblico (quale video-stimolo) ne dimostra la polivalenza comunicativa ed espressiva e la capacità di incontrare le aspettative esegetiche dei diversi soggetti che ne fruiscono. Entrando più nello specifico nei contenuti, poi, è importante sottolineare che le esperienze narrate – seppur esperite nel contesto maya yucateco – rimandano a preoccupazioni fondanti in ogni cultura. In altre parole, si tratta di un materiale d'interesse sia per le donne maya, che si riconoscono in valori e comportamenti che appartengono alla loro quotidianità; sia per le donne di altri luoghi. Le donne italiane vi ritrovano per esempio – pur nel differente contesto geografico e socio-culturale – le medesime preoccupazioni: come vivere al meglio il processo gravidanza-parto-nascita al meglio, senza per forza dover accondiscendere ad una visione iper-medicalizzata del processo riproduttivo? ⁽³⁰⁾

Il secondo elemento che ha permesso la sostenibilità nel medio periodo è la riproducibilità dei materiali e del percorso formativo. Ciò si deve soprattutto ai costi di duplicazione o di replica molto ridotti, sia per quanto riguarda il video, sia per quanto riguarda l'organizzazione del seminario, che non richiede grossi investimenti né di tipo economico né logistico (soprattutto per le istituzioni sanitarie o accademiche che già possiedono spazi adeguati e una macchina organizzatrice preposta). Le copie del documentario che abbiamo ritrovato casualmente nelle case di levatrici e di donne anche in municipi lontani da Kaua sono un esempio di come questi materiali abbiano potuto diffondersi, grazie al basso costo e alla facile manipolazione. Va rilevato che la nostra scelta di permettere la duplicazione e l'utilizzo a fini didattici e conoscitivi del video senza alcun vincolo o costo accessorio ha di sicuro contribuito alla sua ampia circolazione. Si tratta di una delle "strategie pertinenti" a cui accennavamo poc'anzi, che si inserisce in un quadro metodologico ben preciso. Il metodo prescelto in fase progettuale – la ricerca-azione partecipativa – è solo

una parte di questo percorso, che si è arricchito poco a poco grazie alle diverse esperienze professionali delle numerose persone che vi hanno preso parte. L'apertura nei confronti di nuovi possibili scenari (che ci hanno condotto alla fase attuale, come accennato all'inizio di questo lavoro) e la retroalimentazione continua del nostro lavoro secondo l'emergere di nuove circostanze sono stati elementi fondamentali, che hanno permesso la costruzione di un progetto condiviso fin dalla sua genesi. Da questo punto di vista riteniamo di essere stati parte di un lungo e complesso processo di co-costruzione di obiettivi, ipotesi, e risultati; e non semplicemente di una "applicazione" dei risultati di una ricerca antropologica o di "restituzione" di informazioni e dati di campo.

Ciò è stato possibile per diversi motivi. Innanzitutto grazie alle relazioni pluriennali esistenti con i diversi attori locali, basate nella maggioranza dei casi su un rapporto di stima e di fiducia e su una conoscenza reciproca pluriennale. Tali elementi hanno reso possibile, per esempio, il soggiorno nei primi mesi del 2006 delle registe del documentario sulla *sobada* Elena Vera Tomasin ed Erica Barbiani, che hanno trovato nel municipio di Kaua levatrici e donne desiderose di raccontarsi come era accaduto negli anni precedenti. Anche sul versante istituzionale, le collaborazioni già in atto da tempo con le varie organizzazioni governative e con i diversi funzionari e operatori che hanno poi partecipato a vario titolo al progetto sono state un precedente importante, sia durante la stesura che durante l'implementazione delle varie attività. Tali rapporti hanno permesso di arginare le difficoltà emerse lungo il percorso: per esempio quelle legate ai complessi iter burocratici messicani o ai cambi di dirigenza dopo le elezioni, in particolare in due degli enti coinvolti nella partnership; e di ricalibrare continuamente le nostre azioni/intenzioni con umiltà e autocritica. La volontà di dialogare e di negoziare in merito alle esigenze e alle aspettative dei diversi soggetti in campo è stata ancora una volta la chiave positiva che ci ha permesso di portare contenuti non di certo consueti dentro i percorsi di formazione del personale sanitario. La legittimazione data alle pratiche e ai saperi indigeni durante i seminari (amplificata anche – ci siamo resi conto durante il lavoro – dal fatto che una *profesora* che proveniva dal *primer mundo* (come spesso viene denominato il contesto europeo) si occupasse di questi temi – ha permesso per esempio che gli stessi professionisti si sentissero via via legittimati a riconoscerne l'esistenza e la vivacità anche nella loro quotidianità (dai ricordi familiari alla pratica clinica). Fomentare processi di valorizzazione che risultassero essere in qualche modo endogeni (a partire dalle esperienze dei singoli soggetti) è stata una strategia vincente anche nel colloquio con professio-

nisti di un certo rilievo, quali alcuni membri di associazioni di categoria, medici affermati e direttori di corsi di laurea, il cui peso “politico” in merito all’esito del progetto era importante. Non si è trattato sempre di percorsi facili: emblematico, per esempio, l’intervento plateale di un medico-pediatra di chiara fama dopo la proiezione del documentario sulla *sobada* presso la *Sociedad yucateca de historia y filosofía de la medicina*, che riteneva tale pratica “*desaparecida por completo*” (del tutto scomparsa, nonostante le testimonianze presenti nel video!) e sinonimo di arretratezza e superstizione che non dovevano essere in alcun modo fomentate. Anche lo sfumato interesse da parte dell’*IMSS* (*Instituto mexicano de seguro social*)⁽³¹⁾ nel partecipare al progetto ha richiesto una riflessione: dopo aver inviato un loro delegato ai nostri primi incontri di progettazione del seminario e alla conduzione del primo di questi eventi, l’ente non ha più presenziato ad iniziative istituzionali; più per motivi politici e di rapporti con l’altro ente sostenitore (*Servicios de salud de Yucatán*) che per motivi legati direttamente al progetto, avremmo capito in seguito.

Questo atteggiamento di “ricomposizione” continua degli equilibri (sia nei contenuti che nella forma), insieme ad un’“etica militante” (SCHEPER HUGHES 1995) che ci ha permesso di posizionarci in modo non equivoco ai diversi livelli della società yucateca, ha contribuito notevolmente alla buona riuscita del progetto e ci ha permesso di raggiungere dei risultati superiori alle nostre stesse ambizioni.

Una sintesi del lavoro svolto, con fotografie e materiali informativi è disponibile in italiano sul sito di A.R.E.A.S (Associazione di ricerche etnoantropologiche e sociali www.areas.fvg.it) e in spagnolo sulla pagina *Identidad y cultura maya* www.mayas.uady.mx dell’Università autonoma dello Yucatán, sezione *investigaciones recientes*. Sullo stesso sito, nella sezione *exposiciones fotográficas* è presente la mostra fotografica sul lavoro delle levatrici di Kaua, mentre all’indirizzo <http://www.mayas.uady.mx/articulos/indice-salud.html> è disponibile una versione scaricabile del volume “*Interculturalidad y salud reproductiva en el Yucatán de hoy*”.

Note

(1) La prospettiva interculturale alla salute e l’adeguamento culturale dei servizi sanitari in aree maya dello Stato dello Yucatan: una proposta di implementazione [traduzione di chi scrive].

(2) Il seminario “Interculturalità e salute. Approccio teorico e lavoro sul campo nello Yucatan”, della durata di 20 ore, è stato ideato e condotto da Miguel Güémez Pineda e Patrizia Quattrocchi, con la partecipazione di Roberto Campos Navarro, medico e antropologo della *Universidad*

nacional autónoma de México e di Evangelina Zitle Ferro della *Secretaría de salud/Servicios de salud de Yucatán*. A chiusura dell'evento è seguito il *Coloquio "Diálogos entre médicos alópatas y terapeutas mayas"*: un ulteriore momento di discussione di confronto sulle tematiche in oggetto.

(3) Il sistema sanitario messicano (*Sistema nacional de salud*) prevede l'erogazione dei servizi di assistenza sanitaria da parte di diversi istituti coordinati dalla *Secretaría de salud* (SSA): IMSS-Instituto mexicano del seguro social offre assistenza sanitaria a persone con lavoro dipendente nel settore privato; l'ISSSTE (*Instituto de seguridad y servicios sociales de los trabajadores del estado*) assiste i lavoratori dipendenti dello Stato. ISSFAM (*Instituto de seguridad social para las fuerzas armadas mexicanas*) e SMPM (*Servicios médicos de petróleos mexicanos*) riguardano i dipendenti dei rispettivi settori. Dal 2002 esiste anche il *Sistema de protección social en salud* (SPSS), conosciuto come *Seguro popular*. Quest'ultimo dipende dalla *Secretaría de salud* e riguarda la popolazione indigente non iscritta ad altri istituti di assistenza. L'iscrizione da diritto a un pacchetto base di assistenza sanitaria per il proprio nucleo famigliare.

(4) Progettare un modello integrato di assistenza sanitaria che riguardi la popolazione maya. Tale modello prende in considerazione le credenze, gli usi, le tradizioni, ottimizza risorse, si avvale dei saperi dei terapeuti locali [traduzione di chi scrive].

(5) Il processo interculturale riguarda il portinaio dell'ospedale, l'autista dell'ambulanza, il personale ausiliario addetto alle pulizie degli ambienti, fino all'infermiera, al dentista e al medico, senza dimenticare i progettisti, gli ingegneri, gli architetti che disegnano gli ambienti medici, fino ancora al personale amministrativo del centro di salute o dell'ospedale" [traduzione di chi scrive]. Per un'interessante riflessione relativa al Messico si veda LUPO 2001-2001.

(6) La comprensione culturale è molto più complessa della comprensione linguistica e può riguardare anche parlanti la stessa lingua. In campo medico, ciò può accadere per esempio nel dialogo medico-paziente, quando il primo utilizza il linguaggio scientifico della patologia (*disease*) e il secondo quello quotidiano dell'esperienza della malattia (*illness*) (cfr. GOOD B. 2009 [1994]).

(7) Le *tortillas* sono delle sfoglie di mais o di farina industriale. Quelle preparate in maniera casalinga nelle aree maya (sempre di mais) possono avere anche la consistenza di una piadina. Costituiscono il pane quotidiano della cucina messicana e accompagnano sempre gli altri alimenti.

(8) Secondo la concezione locale le puerpere, per esempio, non devono assumere cibi considerati "freddi", come il limone, certi tipi di fagioli o la patata (cfr. QUATTROCCHI P. 2006a, 2011).

(9) L'amaca è sempre presente nelle abitazioni maya: costituisce il luogo privilegiato per dormire la notte e riposare durante il giorno. In merito all'introduzione delle amache nelle strutture ospedaliere messicane, si veda la positiva esperienza effettuata nell'ospedale di Hecelchakán, nello Stato di Campeche nel 1996 (CAMPOS R. 1997).

(10) Ci riferiamo alla questione della progettazione "centralizzata" e su scala nazionale di molte campagne sanitarie, che non tengono in considerazione dinamiche, esigenze, aspettative locali.

(11) A titolo di esempio si visiti la pagina del *Viceministro de medicina tradicional e interculturalidad* della Bolivia <http://www.sns.gob.bo/index.php?ID=ViceMedicinaTradicional>.

(12) Il progetto è stato finanziato dalla Direzione centrale istruzione, cultura, sport e pace della Regione Friuli Venezia Giulia, ai sensi della Legge regionale n.19/30.10.2000 "Interventi per la promozione, a livello regionale e locale, delle attività di cooperazione allo sviluppo e partenariato internazionale". Ogni partner ha poi contribuito a vario titolo all'implementazione di una o più attività.

(13) Tesi di dottorato in Etno-antropologia di Patrizia Quattrocchi "Donne e salute riproduttiva in un villaggio maya dello Yucatan" (Università degli studi di Roma "La Sapienza") e tesi di dottorato di Miguel Güemez Pineda *Representaciones y prácticas sociales ante las complicaciones del ciclo reproductivo en una comunidad del sur de Yucatan*, *Universidad nacional autónoma de México*. Per approfondimenti si veda GÜEMEZ PINEDA M. 1997, 2000, 2007; QUATTROCCHI P. 2006b, 2007, 2011.

(14) Sebbene la maggioranza della popolazione sia oggi bilingue e utilizzi nel contesto pubblico soprattutto lo spagnolo, in alcuni municipi yucatechi più del 90% degli abitanti parla la lingua maya yucateca. Si tratta dei municipi situati nella parte orientale, meridionale e sud-orientale dello stato e considerati per questo motivo nei censimenti ufficiali "a maggioranza indigena."

Soprattutto in queste zone, vive la parte di popolazione ancora monolingue: 17,619 uomini e 25,391, prevalentemente di età avanzata (INEGI 2011). Per un'introduzione alle dinamiche identitarie maya si veda DEL CARMEN LEÓN M. - RUZ M.H. - ALEJOS GARCÍA J. 1992, GUTIÉRREZ ESTÉVEZ M. 1992, BRACAMONTE Y SOSA P.J. - SOLÍS R.G. 1996, GUZMÁN MEDINA V. 2005.

⁽¹⁵⁾ In Messico vivono circa 11 milioni di indigeni, che rappresentano il 10% della popolazione totale: 112.322.737 abitanti nel 2010 (INEGI 2011). Si concentrano prevalentemente negli stati di Oaxaca, Chiapas, Quintana Roo, Yucatán, Puebla, Guerrero e Michoacán.

⁽¹⁶⁾ Del *team* farà parte anche la funzionaria yucateca Evangelina Zitle Ferro, che avrà un ruolo preponderante nella formazione e implementazione della salute interculturale nello Yucatan negli anni seguenti; sarà inoltre la referente dell'ente *Servicios de salud* nel nostro progetto di cooperazione, nonché preziosa collaboratrice delle varie azioni portate avanti fino ad ora (2013).

⁽¹⁷⁾ Per una panoramica dei documenti, progetti e azioni prodotte si veda il sito della *Secretaría de salud* http://www.dgplades.salud.gob.mx/interior/dmtdi_interculturalidad.html.

⁽¹⁸⁾ Capacità di muoversi in maniera equilibrata tra conoscenze, credenze e pratiche culturali differenti rispetto alla salute e alla malattia, alla vita e alla morte, al corpo biologico, sociale e relazionale [traduzione di chi scrive].

⁽¹⁹⁾ Si veda per esempio la riflessione di Roberto Campos sugli ospedali interculturali (CAMPOS R. 1999).

⁽²⁰⁾ Per una panoramica sui diversi modi di intendere il concetto di interculturalità si veda MENÉNDEZ E. 2006-2008, PEREZ RUIZ M.R. 2009.

⁽²¹⁾ Le levatrici yucateche apprendono la professione empiricamente, di solito per trasmissione intra-familiare (suocera-nuora; mamma-figlia ecc.). La maggioranza delle levatrici ha poi nel corso degli anni seguito uno o più corsi di aggiornamento (*capacitaciones*) organizzati dalle istituzioni sanitarie. In tali corsi vengono fornite informazioni sugli aspetti fisiologici e patologici della gravidanza e del parto.

⁽²²⁾ La percentuale di cesarei in Messico è 46,2% in ambito pubblico e 70% in ambito privato (GUTIÉRREZ J.P. - RIVERA DOMMARCO J. - SHAMAH LEVY T. *et al* 2012). Nello stato dello Yucatan nel 2006 la percentuale di cesarei è stata di 37% nel settore pubblico e 67% in quello privato (Secretaría de salud 2007).

⁽²³⁾ Per un approfondimento sulle diverse tipologie di *sobada* presenti nello Yucatan e sui diversi significati che la *sobada* prenatale ha assunto nel contesto di crescente medicalizzazione del parto, si veda QUATTROCCHI P. 2006, 2011.

⁽²⁴⁾ Pur essendo i curricula accademici della Facoltà di medicina e chirurgia dell'Università autonoma dello Yucatan generalmente sprovvisti di formazione su questi temi.

⁽²⁵⁾ L'esigenza di lavorare su questi temi anche in Italia si deve alla crescente presenza nei nostri ospedali di donne straniere partorienti; fatto che rende sempre più necessaria una flessibilità cognitiva e operativa nei nostri operatori sanitari che li renda consapevoli dei diversi modi di intendere, in altre culture, la gravidanza e il parto e in generale il processo riproduttivo. Tra le azioni svolte in Italia, quelle seminariali – rivolte a personale sanitario e ostetrico – e di diffusione del progetto a livello accademico e a livello pubblico.

⁽²⁶⁾ Il municipio di Kaua si trova nella parte orientale dello Stato dello Yucatan ed è il luogo in cui tra il 2001 e il 2003 Patrizia Quattrocchi ha svolto le sue ricerche sulla *sobada*.

⁽²⁷⁾ L'esperienza legata all'archivio non è oggetto di riflessione del presente lavoro ma ne accenniamo brevemente. L'archivio è il prodotto del lavoro di raccolta e produzione di informazioni (ricette, racconti, fotografie, disegni) realizzato da 330 bambini e 16 insegnanti della scuola elementare di Kaua dal mese di febbraio del 2006 a marzo del 2008. Durante i laboratori didattici, che hanno interessato per due giorni a settimana le 12 classi, sono state scattate più di 2000 fotografie, prodotti più di 1800 disegni e una settantina tra ricette e racconti che hanno come protagoniste le piante medicinali. Il materiale è stato sistematizzato in un libro-quaderno, album fotografici e raccoglitori tematici ed è depositato nella piccola biblioteca della scuola in uno spazio appositamente adibito. Durante i laboratori i bambini hanno anche dipinto parte

dei muri perimetrali della scuola con *murales* relativi alle piante medicinali e hanno realizzato un piccolo giardino botanico nella medesima area. Alcune fotografie relative alle attività svolte sono disponibili sulla pagina www.areas.fvg.it

⁽²⁸⁾ Condotta da Patrizia Quattrocchi e Elena Vera Tomasin.

⁽²⁹⁾ Per un'introduzione a tali tematiche si veda DAVIS-FLOYD R. 1992, DAVIS FLOYD R. - SARGENT C. 1997).

⁽³⁰⁾ L'emblema della eccessiva medicalizzazione presente nel nostro paese è l'elevatissima percentuale di tagli cesarei. Secondo la OECD-*Organization for economic co-operation and development countries*: «the highest crude rates of caesarean sections in 2009 were observed in Turkey and Mexico (more than 420 per 1 000 live births) followed by Italy (384 per 1000 live births)» (McPherson K - Gon G. - Scott M. 2013: 8).

⁽³¹⁾ L'IMSS è uno degli enti governativi messicani che offre assistenza sanitaria ai lavoratori.

Riferimenti bibliografici

ALARCÓN Ana María - VIDAL-HERRERA Aldo - NEIRA ROZAS Jaime (2003), *Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales*, "Revista Médica. Chile", vol. 131, n. 9, 2003, pp. 1061-1065.

ALMAGUER GONZÁLES José Alejandro - MAS OLIVA Jaime (curatori) (2008), *Interculturalidad en salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de Salud*, Secretaría de Salud - Universidad Nacional Autónoma de México, México.

AGUIRRE BELTRÁN Gonzalo (1980 [1955]), *Programas de salud en la situación intercultural*, Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

BARTOLOMÉ Miguel Alberto (2006), *Procesos interculturales. Antropología política del pluralismo cultural en América Latina*, Siglo XXI Editores, México.

BOCCARA Guillaume Bruno (2007), *Etnogubernamentalidad. La formación del campo de la salud intercultural en Chile*, "Chungara. Revista de antropología chilena", vol. 39, n. 2, 2007, pp. 185-207.

BRACAMONTE Y SOSA Pedro José - SOLÍS ROBLEDA Gabriela (1996), *Espacios mayas de autonomía. El pacto colonial en Yucatán*, Ediciones de la Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida.

CAMPOS NAVARRO Roberto (1997), *La satisfacción del enfermo hospitalizado: empleo de hamacas en un hospital rural del sureste de México*, "Revista Médica de IMSS", vol. 35, n. 1, 1997, pp. 265-272.

CAMPOS NAVARRO Roberto (1999), *La medicina intercultural en los hospitales rurales de América Latina*, "Nueva Época / Salud Problema", vol. 4, n. 7, 1999, pp. 75-81.

CAMPOS NAVARRO Roberto (2007), *Interculturalidad, la medicina tradicional y los trabajadores de la salud*, pp. 117-131, in QUATTROCCHI Patrizia - GUÉMEZ PINEDA Miguel (curatori), *Salud reproductiva e interculturalidad en el Yucatán de hoy*, Associazione di ricerche etno-antropologiche e sociali - Unidad de ciencias sociales del Centro de investigaciones "Dr. Hideyo Noguchi" de la Universidad Autónoma de Yucatán - Centro peninsular de humanidades y ciencias sociales de la Universidad nacional autónoma de Yucatán - Instituto para el desarrollo de la cultura maya de Yucatán - Comisión nacional para el desarrollo de los pueblos indígenas, Mérida, Yucatán.

CAMPOS NAVARRO Roberto (2010), *La enseñanza de la antropología médica y la salud intercultural en México: del indigenismo culturalista del siglo XX a la interculturalidad en salud del siglo XXI*, "Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública", vol. 27, n. 1, 2010, pp. 114-122.

CITARELLA Luca (curatore) (2000), *Medicinas y cultura en la Araucanía*, Editorial Sudamericana, Santiago de Chile.

CUNNINGHAM Myrna (2002), *Etnia, cultura y salud. La experiencia de la salud intercultural como herramienta para la equidad en las Regiones autónomas de Nicaragua*, Organización Mundial de la Salud, Washington.

DAVIS FLOYD Robbie (1992), *Birth as an American rite of passage*, University of California Press, Berkeley.

DAVIS FLOYD Robbie - SARGENT Carolyn (1997), *Childbirth and authoritative knowledge. Cross-cultural perspectives*, University of California Press, Berkeley.

DEL CARMEN LEÓN María - RUZ Mario Humberto - ALEJOS GARCÍA José (1992), *Del katún al siglo. Tiempo de colonialismo y resistencia entre los Mayas*, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, México.

DUARTE GÓMEZ María Beatriz - BRACHET MÁRQUEZ Vivienne - CAMPOS NAVARRO Roberto - NIGENDA Gustavo (2004), *Políticas nacionales de salud y decisiones locales en México: el caso del Hospital mixto de Cuetzalan, Puebla*, "Salud Pública de México", vol. 46, n. 5, 2004, pp. 388-398.

FARMER Paul (2003), *Pathologies of power. Health, human rights, and the new war on the poor*, University of California Press, Berkeley - Los Angeles - Oxford.

FASSIN Didier (1996), *L'espace politique de la santé*, Presses Universitaires de France, Paris.

FERNÁNDEZ JUÁREZ Gerardo (curatore) (2006), *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*, Ediciones Abya-Yala, Quito - AECI, La Paz - Universidad de Castilla La Mancha, Cuenca - Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III, Madrid.

FERNÁNDEZ-JUÁREZ Gerardo (curatore) (2010), *Salud, interculturalidad y derechos. Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay - buen vivir*, Ediciones Abya-Yala, Quito.

GOOD Byron (1999 [1994]), *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, traduz. dall'inglese, Edizioni di Comunità, Torino, 1999 [ediz. orig.: *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective*, Cambridge University Press, Cambridge, 1994].

GOOD Byron - FISCHER Michael M.J. - WILLEN Sarah S. - DEL VECCHIO GOOD Mary J. (curatori) (2010) *A reader in medical anthropology. Theoretical trajectories, emergent realities*, Wiley-Blackwell, Malden.

GÜÉMEZ PINEDA Miguel (1997), *De comadronas a promotoras de salud y planificación familiar: el proceso de incorporación de las parteras empíricas yucatecas al sistema institucional de salud*, pp. 117-147, in KROTZ Esteban (curatore) *Cambio cultural y resocialización en Yucatán*, Ediciones de la Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida.

GÜÉMEZ PINEDA Miguel (2000), *La concepción del cuerpo humano, la maternidad y el dolor entre mujeres mayas yucatecas*, "Mesoamérica", n. 39, 2000, pp. 305-332.

GÜÉMEZ PINEDA Miguel (2007), *Partería y medicina alopática en Yucatán: Hacia un modelo intercultural de atención a la salud reproductiva*, pp. 15-50, in QUATTROCCHI Patrizia - GÜÉMEZ PINEDA Miguel (curatori) *Salud reproductiva e interculturalidad en el Yucatán de hoy*, Associazione di ricerche etno-antropologiche e sociali - Unidad de ciencias sociales del Centro de investigaciones "Dr. Hideyo Noguchi" de la Universidad Autónoma de Yucatán - Centro peninsular de humanidades y ciencias sociales de la Universidad nacional autónoma de Yucatán - Instituto para el desarrollo de la cultura maya de Yucatán - Comisión nacional para el desarrollo de los pueblos indígenas, Mérida, Yucatán.

GÜÉMEZ PINEDA Miguel (2013), *El enfoque intercultural en salud y la adecuación cultural de los servicios de salud en poblaciones mayas del estado de Yucatán. Una propuesta de implementación* [non pubblicato].

GUTIÉRREZ ESTÉVEZ Manuel (1992), 'Mayas' y 'mayeros': los antepasados como otros, pp. 417-442, in LEÓN PORTILLA Miguel - GUTIÉRREZ ESTÉVEZ Manuel - GOSSEN Gary - DE ALVA Jorge Klor (curatori) *De palabra y obra en Nuevo Mundo*, vol. 1: *Imágenes interétnicas*, Siglo XXI, Madrid.

GUTIÉRREZ Juan Pablo - RIVERA DOMMARCO Juan - SHAMAH LEVY Teresa - VILLALPANDO HERNÁNDEZ Salvador - FRANCO Aurora - CUEVAS NASU Lucía - ROMERO MARTÍNEZ Víctor - HERNÁNDEZ ÁVILA Marco Antonio (2012), *Encuesta nacional de salud y nutrición 2012. Resultados nacionales*, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Mexico.

GUZMÁN MEDINA Violeta (2005), *Una nueva mirada hacia los Mayas de Yucatán. Identidad, cultura y poder*, Ediciones de la Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida.

HAHN Robert - INHORN Marcia (curatori) (2009), *Anthropology and public health. Bridging differences in culture and society*, Oxford University Press, New York.

IBACACHE Jaime (1997), *La salud, el desarrollo y la equidad en un contexto intercultural*, Servicio de Salud Araucanía Sur (Chile).

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA Y GEOGRAFÍA (2012), *Conteo nacional de población y vivienda*, INEGI, México.

KLEINMAN Arthur - DAS Veena - LOCK Margaret (curatori) (1997), *The social suffering*, University of California Press, Berkeley - Los Angeles - London.

LERÍN PIÑÓN Sergio (2004), *Antropología y salud intercultural: desafío de una propuesta*, "Desacatos", n. 15-16, 2004, pp. 111-125.

LOCK Margaret - NGUYEN Vinh Kim (2010), *An anthropology of biomedicine*, Wiley-Blackwell, Oxford.

LUPO Alessandro (2000-2001), *Somiglianze che ingannano e malintesi che curano. Medicina europea e amerindiana in Messico*, "Archivio Antropologico Mediterraneo", n. 3-4, 2000-2001, pp. 129-139.

MCPHERSON Klim - GON Giorgia - SCOTT Maggie (2013), *International variations in a selected number of surgical procedures*, OECD (Organization for economic co-operation and development) [Health Working Papers, n. 61, 25 marzo 2013 <http://dx.doi.org/10.1787/5k49h4p5g9mw-en>].

MENÉNDEZ Eduardo (1990), *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, Ediciones de la Casa Chata, México.

MENÉNDEZ Eduardo (2002), *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*, Ediciones Bellaterra, Barcelona.

MENÉNDEZ Eduardo (2006-2008), *Interculturalità e processi di salute/malattia/cura. Aspetti metodologici*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 21-26, 2006-2008, pp. 25-52.

NICHTER Mark - LOCK Margaret (curatrici) (2002), *New horizons in medical anthropology. Essays in honour of Charles Leslie*, Routledge, London - New York.

OYARCE Ana - IBACACHE Jaime (1996), *Reflexiones para una política intercultural en salud. Primer encuentro nacional de salud y pueblos indígenas*, Puerto Saavedra (Chile).

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1998), *Incorporación del enfoque intercultural de la salud en la formación y desarrollo de recursos humanos*, Organización Panamericana de la Salud, Washington.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2000), *Encuentro internacional "Salud y pueblos indígenas. Logros y desafíos en la Región de las Américas"*, Organización Panamericana de Salud, Puerto Varas, Región de los Lagos (Chile).

PÉREZ RUIZ Maya Lorena (2009), *¿De qué hablamos cuando nos referimos a lo intercultural? Reflexiones sobre su origen, contenidos, aportaciones y limitaciones*, pp. 199-228, in VALLADARES Laura - PÉREZ RUIZ Maya Lorena - ZÁRATE VIDAL Margarita (curatrici), *Estados plurales. El reto de la diversidad y la diferencia*, Universidad Autónoma de Michoacán (México).

QUATTROCCHI Patrizia (2006a), *Confini del corpo e pratiche puerperali. "Apertura" e "chiusura" del corpo femminile tra i Lenca di La Campa (Honduras) e i Maya yucatechi del villaggio di Kaua (Messico)*, "La Ricerca Folklorica", n. 53, 2006, pp. 23-40.

QUATTROCCHI Patrizia (2006b), *¿Qué es la sobada? Elementos para conocer y entender una práctica terapéutica en Yucatán*, "Península" (Unidad académica de ciencias sociales y humanidades de la Universidad nacional autónoma de México), vol. 1, n. 2, 2006, pp. 143-170.

QUATTROCCHI Patrizia (2007), *Salute riproduttiva e obiettivi del millennio. Quale ruolo per le levatrici? Il caso dello Yucatán*, "I Fogli di ORISS", n. 27-28, 2007, pp. 11-36.

QUATTROCCHI Patrizia (2011), *Corpo, riproduzione e salute tra le donne maya dello Yucatán, Messico*, Pacini Editore, Pisa.

QUATTROCCHI Patrizia - GÜÉMEZ PINEDA Miguel (curatori) (2007), *Salud reproductiva e interculturalidad en el Yucatán de hoy*, Associazione di ricerche etno-antropologiche e sociali - Unidad de Ciencias Sociales del Centro de investigaciones "Dr. Hideyo Noguchi" de la Universidad Autónoma de Yucatán - Centro Peninsular de Humanidades y Ciencias Sociales de la Universidad nacional

Autónoma de Yucatán - Instituto para el Desarrollo de la Cultura Maya de Yucatán - Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, Mérida, Yucatán.

SECRETARÍA DE SALUD (2003a), *El enfoque intercultural. Herramienta para apoyar la calidad de los servicios de salud*, Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud - Dirección General Adjunta de Implantación en Sistemas de Salud - Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural - Secretaría de Salud, México.

SECRETARÍA DE SALUD (2003b), *Lineamientos sobre salud intercultural para el personal de salud*, Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud - Dirección General Adjunta de Implantación en Sistemas de Salud - Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural - Secretaría de Salud, México.

SECRETARÍA DE SALUD (2007), *Salud Mexico*, Secretaría de Salud, Gobierno del Estado, México.

SHEPER-HUGHES Nancy (1995), *The primacy of the ethical. Propositions for a militant anthropology*, "Current Anthropology", vol. 36, n. 3, 1995, pp. 409-440.

WAGNER Marsden (2001), *Fish can't see water: the need to humanize birth*, "International Journal of Gynecology & Obstetrics", n. 75, 2001, pp. 25-37.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1985a), *Appropriate technology for birth*, "The Lancet", n. 24, 1985, pp. 436-437.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1985b), *Having a baby in Europe*, World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen (Denmark).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1996), *Care in normal birth. A practical guide. Reproductive health and research. Report of a technical working group* (Publication n. WHO/FRH/MSM/96.24, Geneve).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2006), *Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care. A guide for essential practice*, World Health Organization, Geneva.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2008), *Who European strategic approach for making safer. Improving maternal and perinatal health*, World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen (Denmark).

ZOLLA Carlos - DEL BOSQUE Sofía - TASCÓN Antonio - MELLADO Virginia - MAQUEO Carlos (1988), *Medicina tradicional y enfermedad*, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, México.

ZOLLA Carlos (curatore) (2009), *Biblioteca digital de la medicina tradicional mexicana*, Universidad Nacional Autónoma de México [<http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/presenta.html>].

Schede sugli Autori

Patrizia Quattrocchi, nata a Gorizia nel 1972, antropologa, Dottore di Ricerca in Etnoantropologia presso l'Università degli studi di Roma 'La Sapienza' (2005). Si occupa di antropologia medica, salute riproduttiva e salute interculturale, con ricerche sul campo condotte in Honduras (1998), in Messico (2000-2009), in Italia e in Spagna (2010-2014). In Italia ha anche condotto studi sulle comunità bengalese e cinese.

Nel 1998 realizza una prima ricerca in Honduras sui saperi e le pratiche delle levatrici lenca. Dall'anno 2000 inizia il lavoro di ricerca in Messico, grazie ad una borsa post-laurea dell'Università di Padova (2000-2001) e una borsa di ricerca del Governo del Messico (2003). In entrambi i casi è accolta come *investigadora visitante* presso la *Unidad de ciencias sociales del Centro de investigaciones regionales "Dr. Hideyo Noguchi"* (CIR) dell'Università autonoma dello Yucatán.

Dal 2005 al 2009 è ideatrice e coordinatrice insieme a Miguel Güémez Pineda del progetto di cooperazione tra il Messico e l'Italia "Il Tempo della *Sobada*" sostenuto da un partenariato di 15 enti, di cui 4 messicani e 11 italiani. Dal 2006 al 2009 è *profesora investigadora titular* presso il *Departamento de medicina social de la Unidad de ciencias biomédicas del CIR*, dove partecipa a due progetti di ricerca sui tumori alla cervice uterina e al seno finanziati dal *Consejo nacional de ciencia y tecnología*. Nel primo è co-ideatrice e responsabile dello studio antropologico e del gruppo di ricerca che conduce il lavoro sul campo.

Nel 2010 rientra accademicamente in Italia (Università degli studi di Udine) grazie alla vincita della borsa Marie Curie International Reintegration Grant (7PQ) con il progetto *An intercultural en ethic code on birth. Dialogue between institutional directives and women's needs*: uno studio antropologico sulle politiche e le pratiche del parto non ospedaliero (domiciliare e in case maternità) in Italia, Spagna e Olanda (2010-2014). Tra marzo e aprile 2010 è nuovamente investigadora visitante della *Unidad de ciencias biomédicas del CIR* e nell'ottobre 2012 è profesora invitada della *Unidad de ciencias sociales* per condurre un seminario sulla salute interculturale, diretto ad accademici e funzionari del Ministero della salute.

Ha realizzato seminari e docenze in diverse università italiane (Udine, Trieste, Roma, Milano, Padova, Venezia) e messicane (*Universidad autónoma de Yucatán*, *Universidad nacional autónoma de México*, *Universidad de Oriente-Valladolid*). In entrambi i paesi ha impartito corsi di formazione-aggiornamento per il personale sanitario. Attualmente è docente a contratto di Antropologia culturale presso il Corso di laurea in scienze e tecniche del turismo culturale dell'Università di Udine e di Antropologia medica presso il Master in Pet therapy dell'Università di Trieste.

Ha partecipato quale relatrice a numerosi congressi internazionali e nazionali e ha al suo attivo 45 pubblicazioni, molte delle quali in lingua spagnola. Nel 2011 ha pubblicato la monografia *Corpo, riproduzione e salute tra le donne maya dello Yucatan, Messico* (Pacini Editore).

Nel 1996 contribuisce a fondare l'AREAS (Associazione di ricerche etno-antropologiche e sociali) e dal 2010 ne è vicepresidente (www.areas.fvg.it).

Miguel Antonio Güémez Pineda, nato a Tzucacab, Yucatan nel 1960, antropologo sociale con laurea in Scienze antropologiche presso la *Universidad autónoma de Yucatán* (Messico), master presso la *Escuela nacional de antropología e historia* (ENAH) e studi di dottorato presso la Facoltà di filosofia e lettere dell'Istituto di ricerche antropologiche della *Universidad nacional autónoma de México* (UNAM).

Profesor-investigador titular de la Unidad de ciencias sociales del Centro de investigaciones regionales "Dr. Hideyo Noguchi" (CIR) de la Universidad autónoma de Yucatán. Dal 2010 è *Coordinador de la Unidad de ciencias sociales del CIR*. Insegna Antropologia applicata, Antropologia della salute e lingua maya yucateca [sua lingua materna] presso la Facoltà di scienze antropologiche dell'Università autonoma dello Yucatan.

Dal 1995 al 2010 collabora con il *Consortio en estudios latinoamericanos y del Caribe de la Universidad de Carolina del Norte* (UNC, Chapel Hill) e *Duke University*, dove è titolare del Corso intensivo estivo di lingua maya yucateca. Dal 2005 al 2009 è ideatore e coordinatore insieme a Patrizia Quattrocchi del progetto di cooperazione tra il Messico e l'Italia "Il Tempo della *Sobada*".

Tra le pubblicazioni più importanti vi sono i libri: *Diccionario del Español Yucateco. Colección bicentenario. Lenguas de nuestra Tierra*, Plaza y Valdés Editores - Universidad Autónoma de Yucatán, México, 2011; *Jóvenes y globalización en el Yucatán de hoy* (curatore insieme a Roxana QUIROZ CARRANZA, Universidad Autónoma de Yucatán, 2012; *Salud reproductiva e interculturalidad en el Yucatán de hoy*, AREAS, UCS-CIR-UADY, CEPHCIS-UNAM, INDEMAYA, 2007 (curatore insieme a Patrizia QUATTROCCHI). È inoltre autore di cinque capitoli di libro e di più di 15 articoli pubblicati in riviste nazionali e internazionali su temi di antropologia medica, in particolare sulla medicina tradizionale yucateca. Tra i lavori più recenti vi sono: *La concepción del cuerpo humano, la maternidad y el dolor entre mujeres mayas yucatecas*. "Revista Mesoamérica", año 21, n. 39, 2000, Plumsock Mesoamerican Studies, CIRMA, La Antigua, Guatemala, pp. 305-332; *La lengua maya en el contexto sociolingüístico peninsular*, in Esteban KROTZ (curatore), *Yucatán ante la Ley general de derechos lingüísticos de los pueblos indígenas*, Edición INALI - Universidad de Oriente, México, 2008, pp. 115-148; *De la hegemonía a la subordinación obligatoria: visiones del pasado y el futuro de la partería en Yucatán*, México, "Temas Antropológicos. Revista científica de estudios regionales", Universidad autónoma de Yucatán, pp. 17-143, 2003; *The Maya language in the sociolinguistic context of the Yucatan peninsula*, Working Paper Series, # 37. The Consortium in Latin American studies at the University of North Carolina at Chapel Hill and Duke University, 2005.

Riassunto

Dalla tradizione all'innovazione: un contributo al miglioramento delle politiche sanitarie nello Stato di Yucatan (Messico)

L'obiettivo di questo lavoro è di condividere l'esperienza del progetto di cooperazione tra il Messico e l'Italia "Il Tempo della *Sobada*. Pratiche e saperi sul parto nello Yucatan", di cui siamo stati ideatori e coordinatori dal 2005 al 2009. Si tratta di un progetto di ricerca-azione-formazione partecipativa che nasce dalla volontà di tradurre il linguaggio accademico della ricerca antropologica nel linguaggio della politica e degli operatori del territorio, con il fine di contribuire alla soluzione di problemi specifici. In particolare, il progetto persegue l'obiettivo di migliorare la comunicazione e la relazione tra il personale sanitario, le levatrici e le donne maya yucateche mediante strategie formative di matrice interculturale. In una nuova fase – recentemente apertasi – i risultati ottenuti contribuiscono alla discussione politica sulla opportunità

di adeguare i servizi sanitari dello Stato secondo una prospettiva interculturale, come accade in aree a prevalenza indigena in molti paesi latinoamericani.

Parole chiave: salute interculturale, parto, politiche sanitarie, ricerca-azione-formazione, maya.

Résumé

De la tradition à l'innovation: une contribution à l'amélioration des politiques de santé dans l'État du Yucatan (Mexique)

L'objectif de cet article est de partager l'expérience du projet de coopération entre le Mexique et l'Italie «The Time of *Sobada*. Pratiques et des connaissances sur l'accouchement dans le Yucatan» (2005-2009). Il s'agit d'une recherche-action-formation participative qui a l'intention de traduire le langage de la recherche universitaire dans le langage des décideurs politiques, dans le but de contribuer à la solution des problèmes spécifiques. En particulier, dans une première étape pour améliorer la communication et la relation entre les agents de santé, sages-femmes et les femmes mayas du Yucatan par des stratégies de formation de la matrice interculturel; dans une deuxième phase (en cours) de contribuer au débat politique sur la pertinence de l'adaptation des services de santé de l'Etat selon une perspective interculturelle, comme c'est le cas dans les zones indigènes dans de nombreux pays d'Amérique latine.

Mots-clés: santé et interculturalité, accouchement, la politique de la santé, recherche-action-formation, maya.

Resumen

De la tradición a la innovación: una contribución al mejoramiento de las políticas de salud en el Estado de Yucatán (México)

En este artículo compartimos la experiencia del proyecto de cooperación entre México e Italia "El Tiempo de la *Sobada*. Prácticas y saberes sobre el parto en Yucatán", que diseñamos y coordinamos entre el 2005 y el 2009. Se trata de un proyecto de investigación-acción-capacitación participativa que surge a partir de investigaciones médico-antropológicas, con la finalidad de traducir el lenguaje académico en el lenguaje de los tomadores de decisiones; es decir en un lenguaje que ofrezca soluciones a problemas específicos. En la etapa inicial el proyecto buscó mejorar la comunicación y la relación entre el personal de salud, las parteras y las mujeres en edad reproductiva mediante estrategias formativas de contenido innovador desde el enfoque intercul-

tural; y en una segunda etapa, a la cuál esperamos darle continuidad, pretendemos contribuir a sentar las bases para un debate político sobre la adecuación intercultural de los servicios de salud en zonas maya del estado de Yucatán.

Palabras clave: salud intercultural, parto, políticas de salud, investigación-acción-formación, maya.

Abstract

From tradition to innovation: a contribution to the improvement of health policies in the State of Yucatan (Mexico)

This article presents the cooperation project between Mexico and Italy “The *Sobada* Time. Practices and knowledge on birth in Yucatan” (2005-2009). It means, an applied and participative research in medical anthropology. The coordinators main intention is to bridge policy and research. Translating the academic language into the one used by decision makers, will finding solution-oriented policies and actions. The project aims at improving the communication and the relationship between health practitioners and Maya midwives and women. Its success is due to the employment of innovative educative strategies and tools based on an intercultural perspective of health. A second phase of the project intend to provide recommendations for the re-thinking of the health care services according to the abovementioned approach.

Keywords: intercultural health, childbirth, health policy, action-research-training, Maya.

*Ai ganien non piacciono le iniezioni: concezioni locali e limiti della biomedicina a Wukro, Tigray (Nord-Etiopia)**

Virginia De Silva

dottoranda in Storia, antropologia, religioni all'Università "Sapienza" di Roma.
[virgiroots@hotmail.it]

«Au guérisseur, au devin, au marabout, au médecin, la société attribue une capacité et une légitimité à agir sur les corps, à combattre les maladies et, dans une certaine mesure, à faire reculer la mort. C'est à ce titre que le malade se met entre les mains du thérapeute, qu'il l'autorise à l'examiner, qu'il accepte sa prescription, qu'il rémunère son acte. Il lui reconnaît, ce faisant, un pouvoir particulier: celui de le guérir».
L'espace politique de la santé
Didier Fassin, 1996:123

Introduzione e Contesto

Questo contributo nasce da un *fieldwork* etnografico di cinque mesi realizzato a Wukro, una *woreda* ⁽¹⁾ del Tigray, nel nord dell'Etiopia. Nell'intento di indagare la configurazione del sistema medico ⁽²⁾, la malattia e la cura sono emerse come medaglie dalla duplice faccia, come campi in cui paradigmi medici differenti e quadri di riferimento eterogenei condividono e si contendono uno spazio di gestione (SCHIRIPA P. 2005).

Il sistema medico di Wukro ha, infatti, una configurazione plurale (BENOIST J. 1996): il corpus delle concezioni biomediche e un'eterogeneità di saperi "tradizionali" funzionano come paradigmi di riferimento e di interpretazione a cui gli attori sociali attingono per significare, interpretare ed affrontare gli episodi di malattia.

In Etiopia, la diffusione della biomedicina non è stata un'imposizione proveniente dall'esterno, come per altri paesi africani. L'affermazione di essa e l'assunzione di un ruolo preminente all'interno del sistema medi-

* Testo definitivo del contributo presentato nella V Sessione parallela (*Medicine tradizionali extra-europee*) al 1° Convegno nazionale della SIAM, *Antropologia medica e strategie per la salute* (Roma 21-23 febbraio 2013).

co, corrispondono ad un preciso intento da parte delle forze governative di “ammodernamento” e “sviluppo” del Paese. L’Etiopia inoltre come membro della WHO ha aderito alla Dichiarazione di Alma Ata del 1978 impegnandosi nella promozione della *Primary Health Care* e aprendosi, sotto il governo di Menghitsu, ad un riconoscimento della medicina tradizionale e ad una sua eventuale integrazione nel sistema sanitario di base.

Tale pluralità di tradizioni mediche, così come emerso dalla mia etnografia e da numerosi casi etnografici riportati da altri autori, conduce ad un uso duale (YODER P. 1982) non solo delle risorse terapeutiche, biomediche e tradizionali, ma anche delle categorie interpretative e nosologiche dell’una e dell’altra in una sorta di doppia coscienza⁽³⁾, intesa come espressione delle ambivalenze generate dalla modernità e dei posizionamenti al suo interno (GILROY P. 2003: 216). I differenti paradigmi medici vengono rielaborati in una prospettiva olistica in cui le diverse tradizioni (quella della *modern medicine* e dell’*habesha medhanit*, termini emici con cui vengono designati rispettivamente la biomedicina e la medicina tradizionale) offrono alternative possibili attraverso cui pensare la malattia e la realtà in generale.

Il presente contributo ha l’intento di mettere in luce le dinamiche di negoziazione e di scontro che hanno luogo in questo particolare contesto di sistema medico plurale, in cui gli attori sociali hanno a disposizione differenti risorse interpretative e terapeutiche per affrontare la malattia e in cui le diverse tipologie di operatori si contendono uno spazio di gestione nel campo della cura.

Tali aspetti verranno fatti emergere adottando una particolare prospettiva e cioè analizzando i *rumors* e il diffuso sentimento di paura, registrati durante il campo etnografico, riguardo alle iniezioni. La repulsione verso la pratica iniettiva si verifica solo in determinate contingenze, come spiegherò in seguito, ma può essere assunta come emblema della dialettica tra un sistema globale e globalizzante, quale quello della biomedicina, e un particolare *setting* locale.

Dalle interviste condotte con informatori di diverso tipo, quali pazienti, professionisti biomedici e guaritori del settore tradizionale, emergono i differenti punti di vista sull’interpretazione della malattia e le diverse opinioni riguardo ad un unico aspetto che si dimostra evidente: l’ambivalenza attribuita alla terapia iniettiva.

In un articolo, Susan Reynolds e Siaak van der Geest suggeriscono alcune linee di ricerca circa l’analisi antropologica delle iniezioni; tra queste vi è la proposta di esaminare come le opinioni riguardo le iniezioni si fondono

con i concetti locali esistenti di salute e medicina (VAN DER GEEST S. - WHYTE S. 1994: 154).

Questo contributo cerca, in parte, di rispondere a tale quesito offrendo una testimonianza etnografica di ciò che accade a Wukro.

La naturalità del sovrannaturale: cosa sono i ganien

«I *ganien* erano angeli, ma adesso sono stati maledetti da Dio. Ci sono tantissimi *ganien*: quelli dell'aria, quelli del vento, quello del mare e quello delle cose sporche. [...] i *ganien* sono demoni e sono quelli che prima erano angeli. Anche il *ganien* è invisibile. È come il vento» (Wukro, 25 gennaio 2011 guaritore H.)

«Il demone *Baryia*⁽⁴⁾ ti fa cadere giù, ci sono anche i demoni chiamati *Lejewen* che si trova nell'aria e nel cielo. Ci sono anche demoni chiamati *Debas*, *Desk*, *Gudali*, *Zari*, *Shetelay*, ognuno ha il suo lavoro. Ci sono alcuni che ti schiaffeggiano così e allora la tua faccia si contorce, non hai mai visto persone con la faccia girata? Questo è chiamato *Mithat* o *Tsfat*. Ce n'è un altro chiamato *Gusmat* che ferisce il tuo corpo e le tue spalle. C'è anche *Wefriktat* che scuote il tuo corpo e ti fa venire delle fitte [...]» (Wukro, 28 gennaio 2011 guaritore H.)

Il guaritore H. è un *deberà*; è stato un informatore prezioso durante tutto il periodo della ricerca ed ho lasciato che fossero le sue parole a spiegare cosa siano i *ganien*, alcuni degli agenti sovrannaturali che popolano il dominio magico-religioso (VECCHIATO N. 1993) della medicina tradizionale in Etiopia. Il suo discorso rivela immediatamente l'immanenza di tale mondo e la causalità empirica di attacchi di questo tipo (YOUNG A. 1974);

«Se non vieni colpito da niente, non ti succede niente; qualcosa deve attaccarti per esempio può essere un animale con una pozione [...] Per esempio se un ago ti punge proverai dolore o se passi su un vetro rotto ti taglierai, ma se queste cose non ti succedono non proverai dolore, ogni malattia ha le sue cause. Puoi camminare su qualcosa di cattivo e allora puoi essere attaccato da quello, ti può portare malattie, anche se vai in un luogo contaminato dal sangue o se vai in un lago e nessuno è intorno a te, il demone che aspetta lì può attaccarti e dopo di ciò puoi avere la malattia che ti fa cadere a terra o farti diventare incosciente» (Wukro, 25 gennaio 2011 guaritore H.)

I *ganien*, infatti, secondo il guaritore H. e secondo altri terapeuti tradizionali intervistati, tra i quali *scheij A.* e i guaritori B e Mr A., hanno la prerogativa di attaccare gli esseri umani, provocando una seria compromissione dello stato di salute, se si passa in un luogo contaminato dal sangue oppure in un posto sporco o se si attraversa un circolo di polvere

mossa dal vento o un fiume o un corso d'acqua in particolari ore – la mezzanotte, ad esempio, o il mezzogiorno sono considerati le “loro ore” – oppure passando sui *daka* ⁽⁵⁾.

I *debterà* come H. sono particolari figure di operatori tradizionali, formati all'interno della chiesa ortodossa etiope (YOUNG A. 1975), che hanno non solo la capacità di guarire dagli attacchi dei *ganien* ma anche il potere di evocarli e controllarli al fine di colpire in maniera volontaria le vittime designate.

Le persone attaccate da *ganien* vengono sottoposte a diversi trattamenti: a livello domestico, solitamente si operano fumigazioni con il *din* (*zolfo*); presso i terapeuti tradizionali vengono sottoposte a fumigazioni con erbe e a manipolazioni simboliche, quali la recitazione di *digam*, cioè di preghiere.

Come eterogenee sono le tipologie di operatori tradizionali, altrettanto diversificati sono i trattamenti che vengono elargiti, solo un elemento li accomuna: l'idea di eliminare il demone dal corpo, di farlo uscir fuori.

«Se un *ganien* ti prende ti fa cadere giù, così se la medicina è inserita nella narice di destra, dalla narice di sinistra esce del sangue, un sangue molto nero esce dallo stomaco. Se il paziente è stato attaccato, il sangue nero si distribuirà per tutto il sangue, ma se questo sangue viene fuori il paziente starà meglio» (Wukro, 21 aprile 2011 guaritore B.)

La maggior parte degli operatori tradizionali è concorde nell'affermare che il sangue è il veicolo attraverso cui il demone si muove nel corpo e che per ripristinare un ordine che è al tempo stesso biologico e cosmologico, occorre recuperare l'integrità del corpo del paziente eliminando il demone che in esso dimora.

Se gli agenti sovrannaturali hanno una dimensione così naturale e reale nell'universo della medicina tradizionale, ci si spiega come mai si possa cadere in conflitto con le interpretazioni biomediche della malattia per le quali un'eziologia di tipo sovrannaturale non è accettabile. Come può, dunque, la biomedicina curare qualcosa che per il proprio stesso fondamento epistemologico non è neanche pensabile?

Punti di vista: ganien e/o pneumonia

Nelle ripetute visite presso la principale istituzione sanitaria di Wukro, il Wukro Hospital, un'ospedale distrettuale e nei periodici incontri con alcuni guaritori del settore tradizionale, la mia attenzione si è focalizzata sulle differenti interpretazioni dei segni di alcuni episodi di malattia.

Di volta in volta lo sguardo che si posa sul paziente ne decifra i sintomi secondo il paradigma a cui i propri studi e le proprie convinzioni fanno riferimento. I modelli esplicativi (KLEINMAN A. 1978) dei pazienti, degli operatori biomedici e dei terapeuti tradizionali differiscono spesso sull'eziologia, sulla nosologia, sull'interpretazione dei sintomi e sulle relative scelte terapeutiche. Utilizzando un particolare caso etnografico, proporrò un'analisi sui discorsi che i differenti operatori producono sui discorsi e sulle pratiche altrui. Cosa dicono i professionisti biomedici riguardo gli operatori tradizionali e le loro pratiche terapeutiche e cosa, viceversa, pensano i guaritori riguardo alle concezioni e alle pratiche di impronta biomedica?

Secondo un'analisi epidemiologica, si evince che nella *top ten* dei casi di malattia registrati a Wukro presso gli istituti sanitari, la *pneumonia* o polmonite occupa il primo posto, tanto tra i pazienti adulti che nei bambini al di sotto dei cinque anni.

Dottori e infermieri raccontano che spesso le persone quando notano sintomi quali oppressione al petto, mancanza di respiro e febbre, immediatamente li interpretano come un attacco di origine sovrannaturale da parte dei *ganién*. Secondo i criteri diagnostici biomedici tali segni di malattia rinviano in maniera altrettanto immediata alla categoria nosologica di *pneumonia*. Le loro parole lasciano trasparire un giudizio negativo riguardo l'interpretazione "popolare": tale valutazione "sbagliata", è conseguenza di concezioni della malattia "tradizionali" e quindi arretrate e da eradicare.

Il guaritore H., interrogato sulla sua opinione riguardo la biomedicina afferma che essa sia piuttosto efficace per molte malattie ma che abbia dei seri limiti: l'apparato biomedico nelle sue rappresentazioni e nelle sue pratiche, non ha gli strumenti per comprendere ed affrontare quelle malattie che Dio manda, specie quelle di origine sovrannaturale. Secondo il *debtèrà*, in ospedale fanno spesso degli errori: i pazienti attaccati da agenti sovrannaturali si recano lì e gli operatori interpretano i segni di malattia come un "raffreddore" grave e dunque procedono alla somministrazione di terapie non solo sbagliate ma anche pericolose, quali le iniezioni, decretando un peggioramento delle condizioni di salute del paziente.

Da tutto ciò emerge che a Wukro gli operatori, biomedici e tradizionali, spesso elaborano differenti rimandi al significato dei segni di malattia e si accusano reciprocamente di sbagliare nella valutazione. L'analisi di tali dinamiche conduce all'affermazione che i segni di malattia, non comunicano verità auto-evidenti, ma in quel processo performativo di significa-

zione, dato dall'interrelazione tra un soggetto che deve significare e un altro che interpreta e nell'alternarsi dei due ruoli (HERZFELD M. 2003), i segni svelano la loro natura congiunturale e culturale.

Essi, perciò, non sono cose in sé ma hanno la valenza di relazioni di tipo sociale (TAUSSIG M. 1980).

Una mattina di febbraio, durante un'intervista con due infermieri di turno in ospedale, vengo esortata ad osservare un particolare caso: nella stanza dell'accettazione, seduta su una sedia, c'è una giovane ragazza. Si vede che sta molto male: non riesce a stare in piedi e la sua fatica nel respirare si può percepire anche a distanza. Intorno a lei un gruppo di quattro persone è in fermento; gli infermieri mi spiegano che sono i parenti della paziente. I due operatori sanitari, sostengono che la gravità delle condizioni della ragazza è la conseguenza del fatto che il gruppo di gestione familiare ha portato la paziente in ospedale troppo tardi e solo dopo aver consultato un terapeuta tradizionale. Questa "perdita di tempo" ha aggravato la malattia della ragazza che già alcuni giorni prima era stata registrata in ospedale come caso di polmonite e dimessa poco dopo per volontà dei parenti.

Secondo il racconto degli infermieri, i parenti nutrendo dei dubbi circa la natura della malattia della ragazza si sono rifiutati di sottoporla al trattamento iniettivo. Questo episodio può rappresentare come in quei casi di arbitrarietà del segno di malattia, in cui il gruppo familiare e gli operatori biomedici offrono differenti modelli esplicativi, possano avvenire casi di *uncompliance*.

«Hai visto la ragazza che è appena arrivata? La scorsa volta è venuta e ha preso una medicina ma quando è tornata aveva una polmonite fortissima e l'abbiamo ammessa in ospedale, ma quando i genitori hanno comprato la medicina non ci hanno permesso di iniettarliela. L'hanno portata via e a casa hanno discusso e l'hanno riportata adesso dopo due giorni. Loro hanno paura delle iniezioni» (Wukro, 9 febbraio 2011 infermieri del Wukro Hospital).

Paura delle iniezioni

All'affermazione dei due infermieri «Loro hanno paura delle iniezioni» si potrebbe rispondere con un'altra affermazione altrettanto assertiva che è quella di molti guaritori tradizionali e cioè che «Ai *ganien* non piacciono le iniezioni». Fin dalle prime interviste con i terapeuti tradizionali questa frase è stato un *leitmotiv*; nonostante l'eterogeneità degli operatori, molto diversi

tra loro nei saperi e nelle pratiche terapeutiche, tutti l'hanno pronunciata almeno una volta. Altrettanto forte all'interno della comunità è il *rumors* secondo il quale se un individuo attaccato da un *ganiens* viene portato in ospedale e riceve un'iniezione, muore. Da cosa deriva tale convinzione? Probabilmente l'efficacia della terapia iniettiva, in un contesto come l'Etiopia, può essere inficiata dalle condizioni climatiche ed igieniche che influiscono negativamente sulla conservazione dei farmaci. Occorrerebbe inoltre ricostruire storicamente l'utilizzo della terapia iniettiva a Wukro (BIERLICH B. 2000), facendo attenzione ad eventuali episodi di fallimento terapeutico, come campagne di vaccini finite male, che possono essere rimaste nella memoria storica della comunità concorrendo alla costruzione di una percezione di pericolosità.

La repulsione per la pratica iniettiva, però, non è un atteggiamento costante; essa si verifica solo in particolari contingenze. E' importante, perciò, a mio avviso analizzare quali, dal punto di vista emico della comunità.

Le iniezioni sono considerate molto efficaci e veloci per quanto concerne malattie di origine naturale, tanto che gli operatori biomedici in lingua locale vengono chiamati "quelli che fanno le iniezioni"; non possono però essere utilizzate per malattie di origine sovrannaturale.

«I medici sono bravi per i cesarei, per le iniezioni e per le pillole ecc... Qualche volta se la malattia è fuori controllo, fanno un' iniezione e provocano uno shock; loro lo chiamano blocco circolatorio, ma non possono curarlo con la medicina perché si tratta di un demone» (Wukro, 28 gennaio 2011 guaritore A.)

A mio avviso, le chiavi di lettura di tale atteggiamento sono due: una riguarda una divergenza nelle logiche della cura (tradizionale-biomedica); l'altra è una questione politica di preservazione di uno spazio di gestione nel campo delle terapie (FASSIN D. 1996; SCHIRRIPIA P. 2005).

Le medicine in generale sono centrali nella *health care*, tanto per i pazienti quanto per gli operatori, ma ciò che conferisce ad esse lo "charm" di cui parlano Van der Geest e Whyte è che siano "cose in sé". Esse funzionano al di là della relazione tra terapeuta-paziente, hanno di per sé un potere curativo e sono per questo "democratiche" e "liberatorie" (VAN DER GEEST S. - WHYTE S. 1989).

Perché allora le iniezioni provocano atteggiamenti di così forte ambivalenza? Perché non altri tipi di medicinali come le pillole o le creme per uso topico? Innanzitutto perché la terapia iniettiva è distintiva della biomedicina; nella medicina tradizionale etiopica non esiste nulla che si avvicini ad essa, vi è semmai il *maghuma* che ha un funzionamento total-

mente contrario ad essa: la suzione del sangue sporco per tirarlo fuori dal corpo. L'ingestione di pillole o l'applicazione di creme sul corpo sono più "buone da pensare" perché di poco differiscono dai trattamenti che tradizionalmente vengono somministrati ai pazienti. Entra inoltre in gioco la costruzione del corpo: le iniezioni violano l'integrità del corpo entrando in esso senza l'utilizzo degli orifizi che solitamente rappresentano il confine tra l'individuo e il mondo esterno ed entrano in contatto diretto con le vene, veicolo tramite il quale il demone si muove.

«Sembrerà che il paziente stia meglio dopo che lo iniettano, ma la malattia va in profondità fin dentro le ossa. Non deve essere iniettato perché resterà paralizzato quando lo iniettano nelle sue vene. Possono dargli paracetamolo o glucosio ma non un'iniezione. Questo che dico è per l'esperienza che ho sul lavoro: i risultati di una persona iniettata e una non iniettata non sono gli stessi» (Atsbì, 3 aprile 2011 Scheik A.)

«L'*Aiyinet Baryia* è la malattia che fa cadere, è lo stesso anche questa malattia sono demoni, l'unico cambiamento dagli *evil eye* è che con questa malattia diventi normale e poi di nuovo malato: è una malattia condizionale. Però ci sono anche dei killer, dopo che hai provato la medicina (*habesha*) se non è *evil eye* o altro allora puoi andare all'ospedale, ma se sai che la malattia è *evil eye* se vai in ospedale e ti iniettano per l'*evil eye*, muori: non c'è bisogno delle iniezioni per gli *evil eye*

Perché se ricevono iniezioni i pazienti muoiono?

Li uccide perché è un demone, è una malattia occulta» (Wukro, 15 aprile 2011 guaritore A.)

Ciò su cui vorrei invitare a riflettere è che alla base di questa percezione di pericolosità non vi è solo un problema ideologico, cioè l'impossibilità di mettere in contatto due mondi lontani come quello sovrannaturale e quello scientifico biomedico, ma vi è uno scontro di logiche della cura. Così come la malattia è un campo costruito, anche la categoria concettuale di ciò che è "curativo" viene di volta in volta rielaborata e definita nei particolari contesti locali.

Molta della medicina tradizionale in Etiopia si basa sull'espulsione dell'agente patogeno, sia esso di origine naturale che sovrannaturale, dal corpo del paziente: nella maggior parte dei casi si tratta di medicine che provocano il vomito o la diarrea; nel caso di *ganien* manipolazioni simboliche con *digam* e l'utilizzo di erbe medicinali la cui inalazione fa sì che il sangue nero e con esso il demone abbandonino il corpo del paziente.

La terapia iniettiva ha un funzionamento totalmente contrario alle pratiche tradizionali sopra descritte: silenzia il sintomo nel corpo impedendo la crisi liberatoria e lo viola entrando in contatto diretto con le vene ed il sangue che sono i veicoli attraverso cui il demone si muove nel corpo.

Ciò spiega il perché le percezioni di pericolosità siano indirizzate verso la terapia iniettiva, piuttosto che verso una terapia orale che si avvicina di più alle metodologie terapeutiche tradizionali.

Per dirla con le parole di una donna intervistata a riguardo

«Probabilmente non è la sua medicina» (Wukro 15 marzo 2011 paziente donna)

Tale affermazione, nella sua semplicità, ha in realtà una forte carica eversiva: smonta l'universalità dell'efficacia terapeutica biomedica, universalità su cui la medicina occidentale ha basato le proprie retoriche di legittimazione (MARTINEZ HERNAEZ A. 2000).

La frase "ai *ganien* non piacciono le iniezioni" mette in luce una relazione di tipo oppositivo tra una concezione locale e un aspetto globale: tale argomento è ottimo per analizzare come fenomeni su scala mondiale, quali ad esempio la diffusione della terapia iniettiva, si coniughino in maniera differente in contesti locali (VAN DER GEEST S. - WHYTE S. 1994) e come dunque il sistema mondiale più che creare un'omologazione su scala globale, crei delle differenze che si basano molto più sulle interrelazioni piuttosto che sull'autonomia (HANNERZ U. 1999: 30).

Visto che il campo della salute è anch'esso uno spazio politico nel quale differenti attori sociali, terapeuti tradizionali, operatori biomedici e ancor più organismi nazionali e, in un'ottica di riterritorializzazione della sanità (FASSIN D. 1996), internazionali si contendono la prerogativa di agire e di controllare i corpi come entità biologiche, sociali e politiche (SCHEPER HUGES N. - LOCK M. 1987), il rifiuto di determinate terapie biomediche e al tempo stesso il tentativo di imporle come valide sempre e comunque, non possono che essere letti in una chiave di giochi di potere e supremazia.

Il governo etiopico, nonostante abbia aderito alla Dichiarazione di Alma Ata secondo la quale si riconosce il valore delle medicine tradizionali e la loro integrazione nei servizi sanitari di base, ha comunque scelto la biomedicina come medicina ufficiale dando seguito ad una serie di processi per il riconoscimento dei guaritori tradizionali (VILLANUCCI A. 2010) e ha conferito ad essa il potere di gestire il campo della malattia e delle cure. I guaritori vivono di una legittimazione che è di tipo carismatico e tradizionale (McCORMACK C. 1981) cioè la comunità li autorizza al trattamento dei corpi in virtù del loro particolare potere personale e della loro adesione ai costumi degli antenati e solo in parte, con la nascita di associazioni di guaritori, come professionisti della cura dotati di una legittimazione legale e razionale.

È chiaro dunque che l'unico potere legittimato *in toto* sia quello della biomedicina e che tale supremazia si manifesti nella lotta alle *harmful practices*⁽⁶⁾ e nella considerazione della medicina tradizionale e dell'universo magico-religioso di cui essa si nutre, come concezioni arretrate da eradicare.

In questo gioco di poteri i differenti operatori attuano delle strategie di legittimazione: mentre gli operatori biomedici si concentrano sull'"arretratezza" delle rappresentazioni e delle pratiche tradizionali, da parte dei terapeuti tradizionali non vi è mai un rifiuto della biomedicina che viene invece accolta come efficace e molti sono i guaritori che considerano la cooperazione con gli operatori biomedici come potenzialmente fruttuosa (BISHAW M. 1990). I guaritori si focalizzano piuttosto sui limiti che la biomedicina ha in quel particolare contesto: come fa la biomedicina a curare qualcosa che per il proprio paradigma scientifico non considera nemmeno pensabile? Come può occuparsi di malattie di origine sovrannaturale se la sovrannaturalità perde la naturalità che ha nel mondo tradizionale?

È qui che viene rivendicato il ruolo indispensabile degli operatori tradizionali nel campo delle terapie, come gli unici che grazie ai propri saperi possono liberare gli esseri umani dagli attacchi dei *ganien* e degli *evil spirit* in generale.

«Quando un *chewa*⁽⁸⁾ ha un figlio da uno *zar* o un *wata* o un *gold smith* o quando un *Baryia* (*demone*) ha un bambino con la figlia di un *chewa*, sarà chiamato *welaj*. Ci sono i *zarat* che sono i figli dei *ganien* e sono invisibili. I *ganien* fanno sesso con le donne *habesha* invisibilmente e allora verrà chiamato *garaee*. Ce n'è uno che è nato con tre occhi e qualcosa sulle dita. Questo accade quando i *ganien* fanno sesso con loro nella notte. E noi le diamo una medicina. Ma le siringhe non possono curare queste cose. [...] C'è solo una medicina di erbe fatta con i *digam*. E questa è l'unica cosa che può farli andare via. Ci sono i guaritori per questo. Ecco perché il governo ha introdotto la medicina tradizionale nel passato. C'è quella moderna visto che le persone si sono evolute ma prima non c'erano medici e la gente si ammalava e si feriva. Adesso c'è una medicina tradizionale che può cacciare via gli *arab* e i *ganien*. Il governo l'ha studiato che questi non possono essere curati con le iniezioni e ha detto loro di darci questo. Prima riguardo alla medicina tradizionale dicevano noi non crediamo nei *tenqali* (operatori con poteri magici), ma noi dobbiamo mettere in pratica le lezioni che abbiamo studiato. Se questo è ordinato da Lui (Dio) significa che questa è la medicina. E non provocherà il male e non farà avvicinare l'*aynetela* e la *kureynya*, spariranno dal corpo. I cattivi correranno via dalle persone [...] I medici possono dare pasticche o iniettare con siringhe se conoscono la malattia, in questo modo verrà curata velocemente. Ogni cosa può essere curata nella medicazione, tranne la cosa cattiva» (Wukro, 19 aprile 2011 guaritore H.).

Molti dei terapeuti sottolineano che un intervento prioritario della medicina tradizionale potrebbe avere una funzione preventiva. Per ovviare alla paura delle iniezioni, allora, la soluzione sarebbe piuttosto semplice: essa consisterebbe in una maggiore interazione tra le diverse arene del sistema medico di Wukro e cioè tra operatori biomedici e operatori tradizionali. Una volta diagnosticato che non si tratta di *ganién* o liberato il paziente, la terapia iniettiva potrebbe essere tranquillamente accettata: la prima agirebbe su un piano di efficacia come ripristino di un ordine che è fisico morale e cosmologico allo stesso tempo, l'altra potrebbe concorrere in termini di produttività, come la chiama Allan Young (YOUNG A. 1983) e cioè di scomparsa dei sintomi.

Tale collaborazione però innescherebbe un processo di legittimazione contraria a quella che solitamente avviene e che descrive Fassin (del guaritore che cerca legittimazione e in tal modo finisce per legittimare il potere legittimante della biomedicina): sarebbe una terapia biomedica a necessitare di un intervento preventivo e dell'autorizzazione di un guaritore tradizionale.

È una messa in discussione della biomedicina molto difficile da accettare.

Questo incontro mancato tra operatori biomedici e terapeuti tradizionali, alimenta i casi di *uncompliance* e decreta l'allontanamento di determinate categorie di pazienti dalle strutture sanitarie.

Conclusioni

Durante la ricerca la malattia, che è qualcosa che gli esseri umani fanno (QUARANTA I. 2006: XX), è emersa come uno spazio di transizione entro cui gli attori sociali rompono legami con determinate tradizioni e ne stringono con altre, e transnazionale poiché sulla costruzione di essa influiscono anche politiche di tipo globale, quali ad esempio quelle di organizzazioni mondiali come la WHO. Dunque, forze interne ed esterne agiscono sulla sua formazione e costruzione. Tali forze sono rappresentate dall'apparato biomedico e dai guaritori tradizionali che con le loro differenti tradizioni mediche lottano per assicurarsi campi di esclusività nella gestione delle terapie, in un'ottica foucaultiana di biopolitica o controllo sui corpi.

Data l'eterogeneità dei dispositivi terapeutici (istituzioni sanitarie, guaritori, risorse religiose come le *maychellot* o fonti di acqua santa) i pazienti a Wukro esercitano la loro *agency* scegliendo di volta in volta, secondo il

proprio patrimonio materiale e simbolico e secondo l'episodio di malattia, a quale risorsa rivolgersi. Ascoltando le loro voci ed intervistando molti guaritori, si è designata una classificazione delle malattie in base ad un asse della cura (cfr. BRUNI E. 2010): malattie curabili presso gli istituti biomedici, presso le differenti tipologie di terapeuti tradizionali o presso entrambe; emerge con chiarezza dai documenti etnografici raccolti che le malattie di origine sovranaturale siano considerate "incurabili" con la biomedicina e che in particolari contingenze, sopra descritte, il ricorso ad essa possa addirittura rivelarsi fatale.

Questo contributo si è soffermato sulle dinamiche di relazione tra le concezioni locali di malattia e cura e la biomedicina, come esempio eclatante di universalità o quantomeno di globale diffusione.

L'attenzione, allora, viene posta su come fenomeni globali vengono recepiti e fatti propri in determinati *settings* locali (VAN DER GEEST S. - WHYTE S. 1994).

La paura e il rifiuto delle iniezioni, in casi di attacchi di origine sovranaturale come i *ganien*, vengono in questo lavoro letti come uno scontro tra differenti rappresentazioni del corpo e tra logiche di cura e come critica alla validità dei trattamenti biomedici, spesso proposti come "indiscutibili".

Se a livello locale vige la concezione che lo stato di salute possa essere ripristinato facendo fuoriuscire il *ganien* dal corpo del paziente, è comprensibile che la pratica di un'iniezione che ha un funzionamento totalmente contrario alla fuoriuscita possa essere considerata dannosa o addirittura fatale.

Sottolineando soltanto questo aspetto, però, si può cadere nell'errore di fornire una visione "culturalista" e non è di certo questo l'intento di tale contributo. Occorre allora spostarsi su un altro livello di analisi: quello delle logiche di potere.

Negare l'efficacia delle iniezioni sugli attacchi da parte di *evil spirits* e sottolinearne anzi un effetto dannoso è un'affermazione da parte degli operatori tradizionali del proprio potere di cura.

Dietro ogni rifiuto, infatti, si può contemporaneamente leggere l'affermazione di qualcos'altro: in questo caso si tratta dell'appropriazione di un campo di esclusività nella gestione delle terapie.

I limiti della biomedicina a Wukro, che emergono dai documenti etnografici, possono essere ricondotti alla difficoltà e al rifiuto che l'apparato teorico e pratico biomedico ha nell'adattarsi a tale contesto locale. La bio-

medicina si innesta su un corpus di saperi e pratiche, quale quello della medicina tradizionale che, seppur eterogeneo, è comunque piuttosto forte e definito e fatica ad adattare la risposta terapeutica alla domanda di salute che in quel particolare *setting* viene prodotta.

Alcuni aspetti delle pratiche biomediche sembrano, perciò, non funzionare e non essere convalidati sempre ed ovunque.

Come dice Lenclud

«L'abilità di adattarsi ad ogni contesto dinamico, influenzando e facendo derivare nuove trasformazioni, è un fattore intrinseco ad ogni forma di tradizione» (LENCLUD G. 1987)

Da questo lavoro di campo, emerge che la medicina di tradizione biomedica fatica più di altre a mettere in atto processi di adattabilità e negoziazione.

Note

⁽¹⁾ Le *woredas* sono il terzo livello delle unità amministrative in Etiopia.

⁽²⁾ Per la definizione di sistema medico si intende "l'insieme delle rappresentazioni, dei saperi, delle pratiche e delle risorse, nonché le relazioni sociali, gli assetti organizzativi e normativi, le professionalità, le forme di trasmissione delle competenze, che in un determinato contesto storico-sociale sono finalizzate a individuare. Interpretare, prevenire e fronteggiare ciò che viene considerato come malattia o comunque compromissione di un normale stato di salute" (SCHIRRIPA P. - ZUNIGA VALLE C. 2000: 210).

⁽³⁾ Il termine *doppia coscienza* è stato coniato da Du Bois in relazione all'identità nera nella diaspora.

⁽⁴⁾ *Baryia* è il nome di un demone; secondo la medicina tradizionale l'epilessia viene chiamata *Ayine Barya* che letteralmente significa l'occhio di *Baryia*. L'epilessia viene anche chiamata *zewdek beshita* o malattia che fa cadere.

⁽⁵⁾ I *daka* sono i residui del caffè. La cerimonia del caffè, in lingua locale *bunna*, è un'attività quotidiana.

⁽⁶⁾ Tra le *harmful practices* in Etiopia vengono annoverate il taglio dell'*an' kar*, o uvulectomia, la mutilazione dei genitali femminili o di tagli sugli occhi come pratica per curare malattie oftalmiche.

⁽⁷⁾ Le *kebele* sono le unità amministrative più piccole del governo in Etiopia.

⁽⁸⁾ *Chewa* è il termine per indicare una persona normale.

Riferimenti bibliografici

BERNOIST Jean (1996), *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Karthala, Paris.

BIERLICH Bernhard (2000), *Injections and the fear of death: an essay on the limits of biomedicine among the Dagomba of northern Ghana*, "Social Science and Medicine", vol. 50, 2000, pp. 703-713.

- BISHAW Makonnen (1990), *Attitudes of modern and traditional medical practitioners toward cooperation*, "Ethiopian Medical Journal", vol. 20, n. 2, 1990, pp. 63-72.
- BRUNI Emanuele (2010), *Traditional nosologies and vernacularization of biomedicine*, pp. 65-90, in SCHIRRIPIA Pino (curatore), *Health system, sickness and social suffering in Mekelle (Tigray - Ethiopia)*, Lit Verlag, Berlin.
- FASSIN Didier (1996), *L'espace politique de la Santé*, Presses Universitaires de France, Paris.
- GILROY Paul (2003), *The black Atlantic*, Meltemi, Roma.
- HANNERZ Ulf, *The world system of culture. International flow of meaning and its local anagement*, [manoscritto] p. 6, in CLIFFORD James (1999 [1988]), *I frutti puri impazziscono. Etnografia, letteratura e arte nel secolo XX*, traduz. dall'inglese di Mario Marchetti, Bollati Boringhieri, Torino, p. 30 [ediz. orig.: *The predicament of culture. Twentieth-century ethnography, literature, and art*, Harvard University Press, Cambridge - London, 1988].
- HERZFELD Michael (2003 [1997]), *L'intimità culturale. Antropologia e nazionalismo*, traduz. dall'inglese di Piero Vereni, L'Ancora, Napoli. [ediz. orig.: *Cultural intimacy. Social poetics in the nation-state*, Routledge, New York, 1997].
- KLEINMAN Arthur (1978), *Alcuni concetti e un modello per l'analisi dei sistemi medici come sistemi culturali*, pp. 5-29, in QUARANTA Ivo (curatore) (2006), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- LENCLUD Gerard (1987), *La tradition n'est plus ce qu'elle était... Sur le notion de tradition et de société traditionnelle en ethnologie*, "Terrain", n. 9, 1987, pp. 110-123.
- LEVI STRAUSS Claude (1975), *L'efficacia simbolica*, pp. 210-230, in *Antropologia strutturale*, traduz. dal francese di Paolo Caruso, Il Saggiatore, Milano.
- MARTÍNEZ HERNÁNDEZ Ángel (2000), *Rendere visibile l'invisibile. L'antropologia e la trasparenza del potere biomedico*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", vol. 9-10, ottobre 2000, pp. 9-34.
- MESSING Simon D. (1968), *Interdigitation of mystical and phisical healing in Ethiopia: toward a theory of medical anthropology*, "Behaviour Science Notes", vol. 3, n. 2, 1968, pp. 87-104.
- 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, 1987, pp. 6-41.
- SCHIRRIPIA Pino - ZUNIGA VALLE César (2000), *Sistema Medico*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", vol. 9-10, ottobre 2000, pp. 210-222.
- SCHIRRIPIA Pino (2005), *Le politiche della cura*, Argo, Lecce.
- VAN DER GEEST Sjaak - WHYTE Susan Reynolds (1989), *The charm of medicines: Metaphors and metonyms*, "Medical Anthropology Quarterly", vol. 3, n. 4, 1989, pp. 345-367.
- VAN DER GEEST Sjaak - WHYTE Susan Reynolds (1994), *Injections. Issues and methods for anthropological research*, pp. 137-161, in ETKIN Nina Lilian - TAN Michael L. (curatori), *Medicines: meanings and contexts*, Health Action Information Network, Quezon City (Philippines).
- VECCHIATO Norbert (1993), *Traditional medicine*, pp. 157-178, in KLOSS Helmut - ZEIN Ahmed (curatori), 1993, *The ecology of health and disease in Ethiopia*, Westview Press, Boulder (Colorado).
- WHO (2000), *Anthropological perspectives on injection: a review*, "Bulletin of the World Health Organization", vol. 78, n. 1, 2000, pp. 135-143.
- VILLANUCCI Alessia (2010), *Traditional healers in the context of health care*, pp. 35-61, in SCHIRRIPIA Pino (curatore), *Health system, sickness and social suffering in Mekelle (Tigray - Ethiopia)*, Lit Verlag, Berlin.
- YODER P. Stanley (1982), *Biomedical and ethnomedical practice in rural Zaire, contrasts and complements*, "Social Science and Medicine", vol. 16, 1982, pp. 1851-1857.
- YOUNG Allan (1975), *La magia come "semi-professione". L'organizzazione della magia e della guarigione magica presso gli Amhara*, pp. 83-112, in SCHIRRIPIA Pino - VULPIANI Pietro (curatori), 2000, *L'ambulatorio del guaritore*, Argo, Lecce.
- YOUNG, Allan (1983), *The relevance of traditional medical cultures to modern primary health care*, "Social Science and Medicine", vol. 17, n. 16, 1983, pp. 1205-1211.

Scheda sull'Autrice

Virginia De Silva nasce a Roma il 26 gennaio 1983. Dottoranda in Storia, antropologia, religioni presso la Sapienza Università di Roma: ha conseguito la laurea specialistica in Discipline etno-antropologiche presso la stessa Università con una tesi dal titolo *Curare a Wukro: pratiche di gestione e rappresentazioni della malattia in una città del Tigray*. Ha svolto, tra il dicembre 2010 e il maggio 2011, un *fieldwork* etnografico nell'ambito della IEMET (*Italian Ethnological Mission Ethiopia Tigray*), fondata e diretta dal professor Pino Schirripa; al fine di redigere la tesi di laurea. L'obiettivo della ricerca era di indagare la configurazione del Sistema medico di Wukro, una città situata in Tigray (Nord Etiopia) e distante circa 45 km. dalla capitale federale Mekelle. Oggetto dell'analisi sono stati la tipologia di operatori della cura, i loro saperi e le loro pratiche; le rappresentazioni locali della malattia e i percorsi terapeutici intrapresi dai pazienti. Centrale nell'indagine è stato il rapporto tra medicina tradizionale e biomedicina. Nel 2012 ha partecipato come relatrice al convegno "Politiche, salute, migrazioni. Studi sul Corno d'Africa" presso la Sapienza Università di Roma, e nel 2013 al convegno SIAM "Antropologia medica e strategie per la salute".

Riassunto

Ai ganiien non piacciono le iniezioni: concezioni locali e limiti della biomedicina a Wukro, Tigray (Nord-Etiopia)

Al centro dell'analisi vi è il complesso rapporto tra concezioni locali della malattia e pratiche terapeutiche biomediche. In un contesto di Sistema medico plurale, qual è Wukro, una *woreda* del Tigray nel nord dell'Etiopia; è facile che si verifichino casi di *uncompliance* tra la domanda di salute dei pazienti e le risposte che ad essa offrono i professionisti del settore biomedico. Per analizzare, dunque, queste dinamiche di scontro, si è scelto di parlare della paura delle iniezioni come emblema della dialettica tra locale e globale.

Si propone una lettura di tale aspetto in una duplice chiave: uno scontro di logiche della cura (tradizionale-biomedica) e al tempo stesso una questione politica. Se, infatti, a contendersi il campo delle terapie vi è un'eterogeneità di operatori (biomedici, tradizionali-religiosi), è chiaro che ritagliarsi spazi di esclusività nella gestione di esse è un atto politico di resistenza. Verranno, perciò presi in esame i punti di vista dei differenti attori sociali, riguardo al medesimo aspetto e cioè la paura delle iniezioni se associate a ciò che nell'universo tradizionale viene interpretato come un attacco da parte dei *ganiien*. Nel dominio magico-religioso a cui la medicina tradizionale etiopica attinge, i *ganiien* sono demoni capaci di attaccare gli esseri umani provocando una compromissione dello stato di salute.

La questione verrà affrontata alternando momenti di analisi a documenti etnografici che ne restituiscono i significati emici.

Parole chiave: sistema medico, biomedicina, iniezioni, medicina tradizionale, Etiopia, Tigray.

Résumé

Ganien n'aiment pas les injections. Conceptions locales et les limites de la biomédecine en Wukro, Tigray (Éthiopie du nord)

Au centre de l'analyse il ya le complexe rapport entre les conceptions locales de la maladie et les pratiques thérapeutiques biomédicales. Dans un contexte de système medical pluriel, quelle est Wukro, une *woreda* du Tigray dans le nord de l'Éthiopie, il est facile que se vérifient des cas de *uncompliance* entre la demande de santé des patients et les réponses que à elle offrent les professionnels du secteur biomédical.

Pour analyser, donc, ces dynamiques d'affrontement, on a choisi de parler de la peur des injections comme emblème de la dialectique entre le local et le global. On propose une lecture de cet aspect en un double modèle interprétatif: un affrontement de logiques du soigner (traditionnel-biomédical) et en même temps une question politique.

Si, en effet, à se disputer le champ des thérapies il y a une hétérogénéité d'opérateurs (biométriques, traditionnels, religieux) est clair que réclamer à soi espaces d'exclusivité dans la gestion des thérapies c'est un acte politique de résistance. Donc on analyse les points de vue des différents acteurs sociaux à l'égard de la même aspect: la peur des injections. Les injections ne peuvent pas être associés à ce que dans l'univers traditionnel est interprété comme une attaque par les *ganien*.

Dans le domaine magique-religieux de la médecine traditionnelle, les *ganien* sont démons qui attaquent les humains causant une altération de la santé.

La question sera traitée avec une analyse et des documents ethnographiques qui restituent les significations émiques.

Mots-clés: système médical, biomedicine, injections, médecine traditionnelle, Éthiopie, Tigray.

Resumen

A los ganien no gustan las inyecciones: concepciones locales y límites de la biomedicina en Wukro, Tigray (Nord-Etiopia)

El asunto examinado se enfoca en la compleja relación entre concepciones locales de la enfermedad y prácticas curativas biomédicas. En un sistema médico plural, lo que

es Wukro, una *woreda* del Tigray en el norte de Etiopía, es probable que ocurran unas circunstancias de uncompliance entre la demanda de salud de los pacientes y las respuestas que les dan los profesionales del sector biomédico. Luego, para analizar esta relación conflictiva se optò por concentrar la atención en el miedo de las inyecciones como símbolo de la dialéctica entre lo local y lo global. Se ofrece una llave doble de lectura: un choque entre distintas lógicas de cura (tradicional-biomédica) y al mismo tiempo una cuestión política. De hecho, si hay una cierta heterogeneidad de operadores que contendén por las diferentes terapias (biomédica, tradicional, religiosa), es claro que el recortar espacios de exclusividad en su gestión es un acto político de resistencia. Por lo tanto, se examinarán los puntos de vista de los diferentes actores sociales en relación con el mismo aspecto, es decir el miedo de las inyecciones si se juntan con lo que en el universo tradicional se interpreta como un ataque por los *ganien*. En el ámbito mágico-religioso, de lo cual la medicina tradicional etíope consigue significados, los *ganien* son demonios que pueden atacar a los seres humanos comprometiendo sus estado de salud. Se discutirá el tema alternando el análisis a los documentos etnográficos que nos permiten reintegrar los significados emicos.

Palabras clave: sistema médico, biomedicina, inyecciones, medicina tradicional, Etiopia, Tigray.

Abstract

Ganien don't like injections. Local perceptions and limits of biomedicine in Wukro, Tigray (North-Ethiopia)

The focus of the analysis is the complex relation between local perceptions of sickness and biomedical treatments. In a context of plural medical system like Wukro, a *woreda* situated in Tigray in northern Ethiopia, it's easy occurring cases of uncompliance between demand for health of the patients and answers offered by biomedical practitioners. To analyze these dynamics of conflict, i chose to talk about fear of injections like emblem of the dialectic between local and global aspects.

It offers an interpretation of it at a dual key: a conflict between different logics of care (the traditional one and the biomedical one) and at the same time a political issue. If, in fact, an heterogeneity of operators (biomedical, traditional-religious) contend the field of therapies, it's clear that carve out spaces of exclusivity in the management of that is a political act of resistance.

I'll take in examination the points of view of the different social actors about the same aspect: the fear of injections if associated with what traditionally is interpreted

as an attack by the *ganien*. In the magic-religious domain of the traditional medicine in Ethiopia, *ganien* are evil spirits that can attack human beings and make them sick.

The issue will be addressed alternating moments of analysis to ethnographic documents that return emic meanings.

Keywords: medical system, biomedicine, injections, traditional medicine, Ethiopia, Tigray.

La legittimazione della medicina tradizionale in Uganda.

*Pratiche terapeutiche, stregoneria e business**

Elisa Vasconi

dottore di ricerca in Antropologia, etnologia e studi culturali, Università degli studi di Siena

“Noi puri erbalisti”: tra business e tradizione

Nel settembre del 2010⁽¹⁾ incontrai per la prima volta alcuni membri della *National union and natural products development*⁽²⁾, l'associazione di guaritori con cui negli ultimi anni il Ministero della sanità ugandese ha instaurato rapporti particolarmente privilegiati. Notai che la sede dell'organizzazione altro non era che un *drugshop*, un ampio negozio adibito alla vendita di prodotti erboristici. Nella bottega mi accolsero cinque terapeuti, ognuno dei quali disponeva di una propria area in cui, oltre alle erbe, erano affissi i certificati rilasciati dal Ministero che attestavano la qualità, l'efficacia e la sicurezza dei prodotti. Una pratica espositiva di solito assente tra i guaritori, che raramente sottopongono le proprie erbe a controlli di carattere biomedico. Durante l'incontro il Presidente ricostruì minuziosamente la storia dell'associazione, nata nel 2009 per valorizzare gli aspetti fitoterapici e diffondere le politiche ministeriali, rinnegando e demonizzando il cosiddetto “spiritualismo”⁽³⁾ generalmente attribuito alla medicina tradizionale. I membri dell'organizzazione, pur definendosi in luganda *basawo* (sing. *omusawo*), “guaritori tradizionali”, rivelarono modalità di acquisizione delle conoscenze e delle pratiche mediche differenti rispetto a quelle dei terapeuti appartenenti alle altre associazioni presenti nel territorio nazionale. La *National union* raduna, infatti, “puri” erbalisti che interpretano i manufatti e la medicina tradizionale esclusivamente come

* Testo definitivo del contributo presentato nella V Sessione parallela (*Medicine tradizionali extra-europee*) al 1° Convegno nazionale della SIAM, *Antropologia medica e strategie per la salute* (Roma 21-23 febbraio 2013).

dispositivi di un business altamente proficuo, evidenziando una forma di assoggettamento ad un'economia di mercato sempre più centrale nel settore medico-sanitario. Produttori di rimedi che negano una qualsiasi relazione con il mondo spirituale e accusano gli altri guaritori di stregoneria⁽⁴⁾ e dei sempre più diffusi sacrifici dei bambini. Sono gli interessi economici a condurli verso la medicina tradizionale, non di certo l'ereditarietà delle conoscenze, dei saperi e dei poteri. “*Se vuoi diventare ricco lavora con i prodotti erboristici!*”, questa è stata l'espressione con cui il Presidente dell'associazione esordì durante il nostro primo incontro. Erbalisti che mettono in atto una risemantizzazione terminologica e concettuale, in cui ciò che viene inteso come medicina autoctona, guaritore e strumento di cura è declinato in termini commerciali. D'altronde, il percorso di professionalizzazione impone un precipuo linguaggio istituzionale, favorisce nuove declinazioni delle nozioni mediche locali e conduce alla nascita di figure terapeutiche e di nuove associazioni di guaritori, chiaramente ispirati alle politiche neoliberali, da un lato, e all'aumento delle accuse di stregoneria, dall'altro.

Questa giovane realtà associativa non è altro che un rilevante esempio etnografico che permette non solo di introdurre la mia ricerca in Uganda, svoltasi prevalentemente a Kampala, ma anche di riflettere sul riconoscimento istituzionale della medicina tradizionale⁽⁵⁾ e sulle ridefinizioni delle categorie ad essa concernenti. Un riconoscimento che, da un lato, valorizza gli aspetti fitoterapici e, dall'altro, pone in evidenza una sovrapposizione tra lo spazio della cura e quello dell'occulto che emerge nei discorsi politici e dei media. Le pratiche terapeutiche tradizionali vengono spesso connesse ai più recenti fenomeni, come la proliferazione delle accuse di stregoneria e i *child sacrifices*, che non solo hanno sconvolto l'opinione pubblica ma sempre più inaspriscono le opinioni istituzionali nei confronti dei guaritori ispirati⁽⁶⁾. Il presente contributo ricostruisce così i passaggi salienti della legittimazione delle risorse mediche autoctone in Uganda; esamina i conflitti tra le istituzioni che propongono il riconoscimento, come il Ministero della sanità e l'Oms⁽⁷⁾, e quelle che lo frenano, come il Gabinetto del governo ugandese, costituito dal Consiglio dei ministri⁽⁸⁾; e soprattutto analizza le motivazioni della mancata approvazione del *Traditional medicine practice bill* – la legge che avrebbe legittimato la medicina tradizionale – connesse alla demonizzazione delle pratiche terapeutiche locali e alla sovrapposizione tra i poteri di cura e la stregoneria. La tendenza parlamentare al riconoscimento dei soli prodotti erboristici e al mescolamento delle pratiche spirituali con quelle stregonesche spinge inoltre i guaritori e le diverse associazioni a ridefinire la propria posizione

nel panorama terapeutico locale, a dar vita a nuovi linguaggi e a diverse strategie di cura. Questo contributo propone di interpretare la medicina tradizionale come parte integrante del sistema sanitario e di analizzare i legami che essa intrattiene con le istituzioni⁽⁹⁾, le cui narrative e politiche condizionano le riconfigurazioni delle risorse mediche locali. Tale lavoro indaga, dunque, la dimensione politico-istituzionale della salute⁽¹⁰⁾ (PIZZA G. 2005) ed interpreta i discorsi, i programmi e le riforme dalle istituzioni come materiali etnografici e “testi culturali” (SHORE C. - WRIGHT S. curr. 1997), che consentono di esaminare le modalità attraverso cui si determinano i “confini” e le trasformazioni della medicina tradizionale.

Il riconoscimento della medicina tradizionale: un percorso ancora in fieri

La legittimazione della medicina autoctona in Uganda ebbe origine nei primi anni della post-indipendenza⁽¹¹⁾, quando nel 1963 venne inaugurato il *Natural chemotherapeutics research laboratory* (NCRL), ente dedito al controllo della qualità, dell'efficacia e della sicurezza dei prodotti erboristici. Un laboratorio ancora oggi gestito dal Ministero della sanità per controllare gli aspetti fitoterapici della medicina tradizionale e rilasciare le certificazioni, ai fini di una legale vendita dei manufatti.

Nel 1987 la *Health policy review commission*⁽¹²⁾ proclamò per la prima volta le risorse terapeutiche locali materia sanitaria istituzionale, individuando la loro integrazione nella sanità pubblica come una tra le possibili strategie risolutive di un sistema che, in seguito ai programmi di aggiustamento strutturale, era vicino al collasso (OWOR 1987). Sebbene la Commissione specificò come l'azione fosse rivolta esclusivamente ai prodotti erboristici, la legittimazione iniziò ad acquisire centralità nelle pratiche e nei discorsi nazionali e ad essere costantemente citata negli *Health strategic plan*. Nel 1999 venne pubblicato il *National health policy*⁽¹³⁾, un piano sanitario decennale in cui la Commissione introdusse nell'elenco dei provvedimenti da redigere il riconoscimento della medicina autoctona. Tutto ciò condusse alla redazione di una legge da parte del Ministero della sanità, costantemente supportato dall'OMS, presentata nel 2000 al Gabinetto del governo ugandese: il *Traditional medicine practice bill*⁽¹⁴⁾. L'obiettivo di tale decreto era di regolamentare tanto i prodotti quanto le pratiche terapeutiche, attraverso l'identificazione di criteri con cui riconoscere e registrare i guaritori; l'approvazione di un *Code of ethics*⁽¹⁵⁾; l'organizzazione di *training* per omologare le modalità di coltivazione, raccolta e somministrazione delle erbe; l'obbligatorietà dell'acquisizione di brevetti e certificazioni

rilasciati dal NCRL e dal *National drug authority*⁽¹⁶⁾; l'inclusione delle erbe all'interno del sistema farmacologico nazionale, ecc. Un decreto che il Gabinetto continua ancora oggi a disapprovare, auspicando l'integrazione dei soli prodotti erboristici. Le perplessità espresse dal Consiglio dei ministri sulla legge riguardano prevalentemente la mancata chiarezza nella definizione di cosa si intenda per medicina tradizionale, e la necessità di una più esplicita distinzione tra prodotti e pratiche terapeutiche, facilmente assimilabili alla stregoneria e quindi criminalizzabili.

In Uganda non possiamo, dunque, parlare di un riconoscimento istituzionale *tout court* della medicina autoctona. La *Policy on public-private partnership in health*, considerata tra gli strumenti di democratizzazione e decentramento più rilevanti del settore sanitario⁽¹⁷⁾, è oggi l'unico decreto approvato che presenta al suo interno una sezione dedicata alla regolamentazione dei prodotti erboristici. Questo provvedimento, in linea con gli obiettivi del Consiglio dei ministri, vuole trasformare la medicina tradizionale in una nuova scienza, tradurre le erbe in rimedi ortodossi, intervenire sulla cosiddetta "biografia"⁽¹⁸⁾ dei prodotti, e definire il processo di costruzione dei nuovi "farmaci", dalla coltivazione alla commercializzazione.

Il *Traditional medicine practice bill* è quindi un fallace tentativo di ampliamento del raggio di azione politico-ministeriale sulla "pratica" della medicina tradizionale. Tuttavia, gli obiettivi ministeriali, i discorsi politici, le perplessità espresse dal Gabinetto e i conflitti che il percorso di riconoscimento ha innescato determinano alcune riconfigurazioni delle risorse terapeutiche locali e le reazioni dei guaritori che tentano di ritagliarsi un proprio spazio di legittimazione.

Medicina tradizionale, spiritualismo e stregoneria: healers and not killers

"Come definire lo 'spiritualismo' e gli aspetti immateriali della medicina autoctona? Come poterli controllare?". Queste le domande poste dal Gabinetto nel rapporto inviato al Ministero della sanità che motiva la mancata approvazione della legge. Questioni che esprimono la percezione di una continuità tra "spiritualismo" e stregoneria, tra aspetti intangibili e occulto. Il Consiglio dei ministri, nel timore di legittimare attraverso il riconoscimento delle pratiche terapeutiche locali quelle stregonesche, invita il Ministero a redigere una legge che distingua la "salute" dalla "cultura", ovvero i "prodotti erboristici" dallo "spiritualismo". Un processo di "culturalizzazione" delle pratiche locali che le relega ad una posizione di subordinazione

nei confronti degli aspetti fitoterapici. Il Gabinetto propone infatti che il Ministero della sanità sia votato alla gestione dei manufatti, mentre il *Ministry of gender, labour and social development* alla regolamentazione degli aspetti intangibili e dunque culturali. Proposte che mirano a costruire un nuovo sapere medico, in cui la “pratica tradizionale”, ricca di elementi immateriali, difficilmente classificabili e controllabili, è posta ai margini del sistema sanitario.

Dalla fine degli anni Novanta, numerose sono in Uganda le critiche rivolte ai terapeuti, in particolar modo ai cosiddetti “spiritualisti”, o guaritori ispirati, accusati di stregoneria e incriminati in quanto autori di sacrifici. Quello dei *child sacrifices* è un fenomeno piuttosto recente⁽¹⁹⁾: secondo i dati restituiti dall’UNICEF⁽²⁰⁾, dai rapporti della polizia⁽²¹⁾, da uno studio pubblicato dal *Department of social work and social administration* della Makerere University⁽²²⁾ e dalle dichiarazioni di alcuni dipendenti del *Ministry of gender* da me intervistati, i primi sacrifici sembrano risalire al nuovo millennio e coinvolgere uomini d’affari che praticano rituali di protezione per nuovi edifici e attività commerciali. Dinanzi all’incremento del numero di bambini scomparsi e dei cadaveri ritrovati privi di organi e del cranio, negli ultimi anni la polizia ha aperto delle inchieste collezionando un numero piuttosto elevato di arresti. Omicidi e sacrifici rituali interpretati dai rapporti investigativi come conseguenze delle pratiche stregonesche, delle attività dei guaritori, della credenza nei poteri demoniaci, ma anche del traffico di organi e delle condizioni economiche precarie⁽²³⁾. I moventi correlati ai sacrifici sono attribuiti anche da alcuni studiosi all’acquisizione di potere e danaro (KASSIMIR R. 1998; BERNAULT F. 2006). Lo stesso Bernault parla di una mercificazione dei corpi evidenziando una risignificazione dei fenomeni stregonici sempre più correlati al capitalismo e al mercato globale, che sembrano mettere in luce una modificazione della relazione con il sovrannaturale e dell’economia dello scambio con gli spiriti⁽²⁴⁾. Anche i media, come osserva BUKULUKI P. (2009) e come emerge in un rapporto dell’*Empower and care organization* (EACO) pubblicato nel 2009⁽²⁵⁾, giocano un ruolo fondamentale nel creare confusione tra pratiche stregonesche e quelle terapeutiche. Le testate giornalistiche identificano gli “stregoni” con i guaritori e presentano una sovrapposizione terminologica tra *witch doctor* e *medicine man* o *spiritualist* che sottintende una convergenza della sfera della cura con quella dell’occulto.

La proliferazione delle accuse di stregoneria, il mescolamento identitario tra stregoni e guaritori e la difficoltà di categorizzare un fenomeno come quello dei sacrifici dei bambini rallenta, quindi, il percorso di legittimazione della medicina tradizionale. Dinanzi alla mancata approvazione della

legge, l'OMS continua a sostenere il Ministero della sanità per apportare le adeguate modifiche al decreto e giungere ad un accordo. Proprio la pressione dell'organizzazione internazionale e la costante collaborazione dei suoi funzionari con le istituzioni sanitarie ugandesi rende urgente agli occhi del Consiglio dei ministri la modificazione – a cui il Ministero e l'OMS stanno lavorando – e la conseguente approvazione della legge che riconosca le risorse terapeutiche locali, ma che tuttavia ne legittimi i soli aspetti tangibili e controllabili, differenziandoli da quelli spirituali a loro avviso già regolamentati dal *Witchcraft act*: un atto emanato nel 1957 e ancora presente nella Costituzione⁽²⁶⁾ che evidenzia una vaghezza terminologica che ben poco chiarifica ciò che si intende per magia, occulto e terapeutico. Un amalgama concettuale tipico dei provvedimenti coloniali⁽²⁷⁾ che mette in luce l'attuale inadeguatezza della legge nella gestione di un fenomeno così “caleidoscopico” (BENEDUCE R. curr. 2008).

I discorsi politici e dei media, oltre a tracciare i confini del percorso di riconoscimento delle medicine locali, alimentano incertezze, violenze e conflitti anche tra i guaritori che muovono a loro volta accuse di stregoneria reciproche e modificano l'assetto delle associazioni. Lo scenario istituzionale e mediatico sopra esaminato conduce le realtà associative locali, presenti nel Paese dalla fine degli anni Cinquanta, a reagire e ricollocarsi all'interno del percorso di riconoscimento. Il Ministero della sanità ha a lungo intrattenuto rapporti con la *Uganda neddagale ly'yao*⁽²⁸⁾, la *Uganda herbalist and cultural association*⁽²⁹⁾ e la *National council for traditional healers and herbalists associations* (NACOTHA)⁽³⁰⁾; associazioni che oggi, dinanzi alle critiche parlamentari e alla valorizzazione istituzionale dei soli prodotti, difendono quotidianamente i propri terapeuti proclamandoli “*healers and not killers*”⁽³¹⁾. Il panorama associativo ugandese vanta anche organizzazioni che presentano al proprio interno figure ortodosse come simbolo di integrazione e prestigio: l'*International institute of alternative and complementary medicine* (IICAM), la *Traditional and modern health practitioners together against AIDS* (THETA) e la *Promotion of traditional medicine* (PROMETRA), il cui direttore critica severamente la burocratizzazione relativa ai manufatti. Un sistema che a suo avviso incrementa un movimento finanziario e promuove una medicina tradizionale caratterizzata da una dicotomia che lede la sua efficacia. Risorse locali definite dal direttore della PROMETRA distanti dai fenomeni stregonici e difese attraverso una serie di giochi semantici che sottolineano come in Uganda non ci siano termini che corrispondano pienamente alla definizione inglese di *witchcraft*. L'assenza di una medesima enunciazione renderebbe vane le accuse così come le connessioni tra *child sacrifices*, *witch doctors* e *traditional healers*⁽³²⁾.

Nonostante l'elevato numero di associazioni il Ministero della sanità, in seguito alla mancata approvazione della legge e alle critiche mosse verso le pratiche terapeutiche locali, dichiara oggi di intrattenere rapporti solo con le organizzazioni costituite da erbalisti che disconoscono la relazione con gli spiriti. È in questo panorama che sorge la *National union and natural products development*, la cui descrizione ha aperto questo contributo. Un'associazione che promuove nuove pratiche, prende le distanze dall'intangibile e dall'occulto e diffonde i nuovi "farmaci tradizionali"; Un'organizzazione che si fa interprete dei conflitti, dei discorsi politici e mediatici e mette in luce la realizzazione di un nuovo sistema sanitario, in linea con le politiche neoliberali, che fa dell'integrazione dei prodotti erboristici il baluardo del pluralismo terapeutico e di una salute democratica.

Medicina tradizionale e sistema sanitario: la dimensione politico-istituzionale della salute

Nonostante diversi siano i temi trattati in tale contributo, la trama che ho inteso percorrere vuole individuare la legittimazione dei prodotti erboristici, da un lato, e l'antinomia tra la sovrapposizione delle pratiche di cura tradizionali e quelle stregonesche nei discorsi politici e mediatici, dall'altro, come ambiti privilegiati per le riflessioni di un'antropologia medica arricchita di uno sguardo politico-istituzionale. Le riconfigurazioni della medicina tradizionale, le nuove declinazioni delle risorse terapeutiche e le trasformazioni del panorama associativo locale sono qui indagati in relazione alle istituzioni, ai loro discorsi e alle loro pratiche, dinanzi alle quali i soggetti coinvolti esprimono la propria *agency* e mettono in atto "tattiche di resistenza" (DE CERTEAU M. 1990). Le narrative istituzionali, così come i decreti, qui intesi come "pratiche performative" (SHORE C. - WRIGHT S. curr. 1997), determinano una nuova organizzazione del sapere medico. Le stesse politiche di riconoscimento definiscono di volta in volta le nozioni locali di guaritore, stregone, prodotto erboristico e poteri di cura, tracciando i confini della "medicina tradizionale" attraverso una linea di separazione tra pratiche e conoscenze legali ed illegali.

Concordo con le affermazioni di PIZZA G. (2005: 91), il quale sottolinea la necessità di fare ulteriori passi avanti nella comprensione di quella complessa dimensione politica del sapere e delle categorie mediche che deve essere inquadrata negli articolati processi politico-istituzionali. Diversi sono gli studiosi che hanno riflettuto sulla "dimensione politica della salute" (FASSIN D. 1987, 1992, 1996; SCHIRRIPIA P. 2005) sostenendo

come le risorse terapeutiche tradizionali se, da un lato, possono essere interpretate come “oggetti politici” in quanto rivelatrici di giochi sociali in cui si dispiegano rapporti di forza e giochi di potere – i quali ridefiniscono la posizione delle risorse all’interno del “campo delle terapie”⁽³³⁾ (SCHIRRIPA P. 2005, 2010) – dall’altro si presentano come “oggetto” di specifiche politiche. Dagli anni Ottanta del Novecento, ad esempio, in seguito alla conferenza di Alma Ata, le politiche sovranazionali esaltano le risorse terapeutiche locali come parte integrante della sanità pubblica. La medicina tradizionale vuole essere pertanto, in tale contesto, un terreno d’indagine che apre nuovi orizzonti interpretativi anche su un altro tema, come quello del sistema sanitario⁽³⁴⁾. In Uganda l’integrazione dei prodotti erboristici è infatti definita dalla *Policy on public-private partnership in health* e dal Consiglio dei ministri come uno strumento utile non solo a legittimare il pluralismo terapeutico, ma anche a consolidare il settore privato. I sistemi sanitari in Africa sub-sahariana, in linea con le proposte della Banca mondiale, sono d’altronde caratterizzati da un sempre più evidente processo di privatizzazione (TURSHEEN M. 1999), e diversi sono gli autori che riflettono sull’apporto delle politiche neoliberali nella sanità, sulla monetizzazione e mercificazione della salute (PELLECCHIA U. - ZANOTELLI F. curr. 2011; VAN DIJK R. - DEKKER M. curr. 2010), a cui i processi di professionalizzazione delle medicine autoctone sono oggi estremamente interrelati.

In conclusione, tale contributo propone di esaminare le ridefinizioni della medicina tradizionale e le modificazioni delle nozioni mediche locali attraverso un’interpretazione interdisciplinare che usufruisce degli strumenti analitici relativi all’antropologia medica, delle istituzioni e della *policy*. Un lavoro che, in particolar modo, vuole aprire una riflessione sulle attuali sovrapposizioni terminologiche e concettuali tra poteri di cura e stregoneria – che in Uganda mettono in atto un processo di demonizzazione delle pratiche terapeutiche e al contempo di trasformazione delle stesse – e soprattutto inaugurare un nuovo terreno di ricerca su un fenomeno di emergenza sociale, ancora poco esplorato, come quello dei sacrifici dei bambini, strettamente interconnesso alla riconfigurazione e al percorso di legittimazione della medicina tradizionale.

Note

⁽¹⁾ La ricerca etnografica in Uganda si è svolta prevalentemente tra ottobre-dicembre 2009 e agosto-novembre 2010. Nonostante una parte del campo abbia avuto luogo nel distretto di Moroto (regione della Karamoja, nord-est dell'Uganda) i dati etnografici qui riportati fanno riferimento all'indagine realizzata nella capitale.

⁽²⁾ L'associazione, con sede a Kampala, conta oggi 180 membri, che vorrebbero diffondere l'organizzazione su tutto il territorio nazionale ed acquisire terreni in cui coltivare le proprie erbe. Ciò andrebbe a ridurre i costi, garantire la produzione costante e il controllo igienico della coltivazione e del confezionamento dei prodotti.

⁽³⁾ Con il termine "spiritualismo" si fa qui riferimento alla relazione che alcune categorie di terapeuti tradizionali intrattengono con le divinità. Si tratta di guaritori ispirati che usano la possessione a scopo terapeutico, ed erbalisti che interagiscono con gli spiriti attraverso visioni, preghiere e la dimensione onirica. I media e alcune istituzioni politiche tendono a confondere e sovrapporre tali pratiche di cura con quelle stregonesche.

⁽⁴⁾ I guaritori accusati di stregoneria sono etichettati come *omulogo*. *Eddogo/omulogo* sono termini in luganda generalmente tradotti in inglese con *witchcraft/witch doctor*. Nelle lingue bantu il suffisso *-dogo* indica generalmente la stregoneria, per un approfondimento v. BERNAULT F. 2006.

⁽⁵⁾ "Medicina tradizionale" è l'espressione con cui il linguaggio istituzionale fa riferimento alle risorse terapeutiche autoctone. Ciononostante, i sistemi locali di cura abbracciano campi di sapere e di azione eterogenei, pratiche e conoscenze divergenti per i quali risulta inopportuno l'uso singolare del termine. La "medicina tradizionale", quale che sia la sua definizione, va dunque intesa come una categoria mutevole, variabile, complessa ed inclusiva, della quale va decostruita l'apparente fissità. Gli stessi guaritori, come osserva BENEDEUCE R. (2008a: 132) «si mostrano spesso impegnati in prima persona nella ricerca incessante di nuove metafore e di più efficaci linguaggi o strategie di cura: una ricerca il cui effetto di ibridazione e creolizzazione deve essere analizzato in dettaglio».

⁽⁶⁾ Terapeuti tradizionali che agiscono sotto l'ispirazione degli spiriti che li possiedono. Si tratta di guaritori che vantano importanti contatti con l'alterità spirituale – che suggerisce la nosologia e il trattamento terapeutico per i pazienti – e che, tuttavia, curano anche attraverso specifiche conoscenze erboristiche.

⁽⁷⁾ L'Organizzazione mondiale della sanità, in seguito alla conferenza tenutasi ad Alma Ata nel 1978, promuove il processo di legittimazione delle medicine autoctone e supporta le istituzioni nazionali nel percorso di riconoscimento. Nonostante l'Oms abbia fortemente incentrato le proprie linee-guida sull'integrazione nel sistema sanitario dei prodotti erboristici (WHO 2004, 2005), in Uganda, così come in altri paesi dell'Africa sub-sahariana, l'organizzazione coadiuva il Ministero della sanità nella redazione della legge che riconosca non solo i prodotti ma anche la pratica della medicina tradizionale.

⁽⁸⁾ Il Gabinetto, costituito dal Consiglio dei ministri, è l'organo istituzionale che vaglia le proposte di legge prima di sottoporle al voto in parlamento.

⁽⁹⁾ Per un approfondimento sull'antropologia delle istituzioni v. ABÈLÈS M. 2001; DOUGLAS M. 1986.

⁽¹⁰⁾ Questo lavoro si propone di indagare lo "spazio politico" della salute, non solo inteso come spazio strutturato dai rapporti che il corpo fisico intrattiene con il corpo sociale, come osserva FASSIN D. (1996: 35), ma anche dai rapporti che le istituzioni politico-sanitarie intrattengono a livello internazionale, nazionale e locale tra di esse, con le strutture terapeutiche e con la pluralità dei saperi e delle pratiche mediche.

⁽¹¹⁾ L'amministrazione britannica criminalizzò e marginalizzò le pratiche terapeutiche locali nelle proprie colonie. Per un approfondimento sulla storia del sistema sanitario nel protettorato ugandese v. BECK A. 1970, CROZIER A. 2007, KUHENEN J. 2005, ILIFFE J. 1998, ZELLER D.L. 1971. L'indipendenza condusse invece numerosi governi africani ad interpretare la medicina tradizionale come un efficace strumento politico per la costruzione dell'identità nazionale, e al

contempo ad intraprendere il percorso di legittimazione delle risorse terapeutiche locali (SCHIRIPA P. - VULPIANI P. CUIT. 2000; SCHIRIPA P. 2005).

(12) La Commissione rappresenta un primo passo verso la definizione di una politica sanitaria nazionale e dei piani di salute pubblica. È la più importante istituzione realizzata nella postcolonialità votata all'analisi delle politiche sanitarie, alla promozione di nuovi interventi e alla diffusione di una salute equa e sostenibile (OKUONZI S.A. - MACRAE J. 1995: 126).

(13) Il più importante piano sanitario decennale previsto nella Costituzione ugandese del 1995.

(14) Una legge analoga a quelle approvate in altri paesi dell'Africa sub-sahariana. Per un approfondimento v. ad esempio HSU E. 2008, per la Tanzania; VASCONI E. - OWOAHENE-ACHEAMPONG S. 2010, per il Ghana.

(15) Il *Code of ethics for traditional and complementary medicine* è stato redatto nel 2007 dall'Oms, il *National drug authority* e il NCRL.

(16) Inaugurato nel 1993, con l'approvazione parlamentare del *The national drug policy and authority act*, questo laboratorio ha l'incarico di controllare la tossicità, le modalità di coltivazione e di confezionamento dei prodotti farmacologici, alimentari ed erboristici, e di rilasciare certificazioni e brevetti.

(17) Il decreto, approvato nel 2011 e promosso dalla Banca mondiale, legifera la collaborazione tra il settore sanitario pubblico e privato. Una partnership che mira a intervenire a livello locale con strategie di mobilitazione e partecipazione comunitaria, valorizzando le istituzioni sanitarie pubbliche e soprattutto private, che spesso sono le uniche strutture presenti nei territori rurali (NATIONAL POLICY ON PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIP IN HEALTH 2010: 33).

(18) Per maggiori approfondimenti sull'antropologia del farmaco v. FASSIN D. 1985; VAN DER GEEST S. - REYNOLDS WHYTE S. CUIT. 1988; VAN DER GEEST S. - REYNOLDS WHYTE S. - HARDON A. 1996.

(19) Nonostante i *child sacrifices* siano un fenomeno recente, diverse sono le fonti storiche che descrivono come i sacrifici umani fossero presenti nel Regno del Buganda sin dal XIX secolo, pur trattandosi di rituali strumentali alla conferma e all'incremento del potere del Kabaka, re del Buganda (ROSCOE J. 1911: 209-210; KAGWA A. 1969 [1934]).

(20) Il 16 giugno del 2009 l'UNICEF e il *National council for children*, in collaborazione con il Ministero della sanità, l'Oms e le associazioni di guaritori, organizzarono una conferenza dal titolo "*Accelerated child survival and development*" per sensibilizzare l'opinione pubblica sul tema.

(21) Il rapporto ufficiale della polizia, consegnatomi dall'Ispettore della Polizia Maj. Gen. Kale Kayihura, dichiara che nel 2006 scomparvero 230 bambini, nel 2007 103 e nel 2008 318, di cui 18 ufficialmente uccisi con rituali sacrificali. Nel 2009 la polizia contò 29 vittime e collezionò 125 arresti.

(22) Si tratta di uno studio curato da BUKULUKI P. (2009) che esamina – attraverso una prima *survey* svoltasi in alcuni distretti limitrofi a Kampala – la percezione del fenomeno tra le comunità locali, i media e le istituzioni, e tenta di raccogliere alcuni dati quantitativi relativi al traffico di minori e di organi apparentemente correlati ai sacrifici.

(23) In un rapporto dell'*Anti human sacrifices & trafficking task force* – istituita nel 2009 dall'Ispettore Maj. Gen. Kale Kayihura – questi sono i moventi individuati: «belief in witchcraft and demonic power for good fortune, wealth, employments and good health; existence of fake traditional healers and herbalists who profess to be having such witchcraft and demonic powers; general deterioration in morals and respect for humanity; exposure of markets for human organs; poverty. [...] It is sometimes not easy to differentiate certain genuine cultural practices from the criminal or fake ones until it results into death or sickness or loss of money. Belief in demonic or witchcraft powers is a psychological disorientation which is not so easy to detect and eliminate» (ANTI HUMAN SACRIFICES & TRAFFICKING TASK FORCE 2010).

(24) BERNALTY F. (2006: 213) osserva come sin dal periodo coloniale in Africa orientale il corpo abbia acquisito un valore politico e simbolico rilevante. La relazione tra globalizzazione e mercificazione risale a sua volta al periodo coloniale, di cui ne ricostruisce il percorso storico. L'autore si sofferma anche sull'analisi di Joseph Tonda «of the emergence of a modern economy of 'free sacrifice' in twentieth-century Equatorial Africa changed the local ethos of social and material

exchanges, including the economy of exchanges with the world-of-ancestors [...]. I propose to replace the term 'free sacrifice' by 'transgressive sacrifice', a concept that acknowledges not only the reversal of the symbolic economy of sacrifice but also its dislocation through the experience of social destruction and loss, the breaking of normal exchanges and the role of criminal intruders» (BERNAULT F. 2006: 220).

⁽²⁵⁾ Si tratta di un rapporto relativo al progetto *Stop child and human sacrifice* promosso dall'*Empower and care organization* (EACO), un'organizzazione che lavora nel distretto di Mukono (Uganda centrale) e che dal 2009 ha inaugurato un progetto relativo alla protezione dei bambini e all'abolizione dei sacrifici.

⁽²⁶⁾ A differenza degli altri provvedimenti antistregonici emanati in Africa durante il colonialismo – i quali come osserva ORDE BROWN G. St. J. (1935) evidenziano una vaghezza terminologica e una mescolanza tra le sfere della cura e dell'occulto – il *Witchcraft act* è il primo a inaugurare una distinzione tra "good practices and black magic" e a definire le modalità con cui muovere le accuse di stregoneria. Ciononostante, la presenza del decreto nella postcolonialità conferma ciò che FISIV C.F. (1990) e GESCHIERE P. (2006) rilevano parlando del Camerun, ovvero che il riconoscimento giuridico della stregoneria in quanto crimine possa essere percepito dalla popolazione come una rivincita nei confronti delle legislazioni coloniali che esplicitavano l'inesistenza di un crimine correlato ad una realtà metafisica.

⁽²⁷⁾ Per un maggior approfondimento dei testi che esaminano i provvedimenti antistregonici coloniali vedi ORDE BROWN G. St. J. 1935; RATHBONE R. 1993; BENEDUCE R. cur. 2008; LUONGO K. 2011.

⁽²⁸⁾ Istituita nel 1957, raccoglie diverse categorie di terapeuti: *herbalists, spiritualists, diviners, TBA, bone-setters*. I guaritori per divenire membri compilano un questionario e acquisiscono un certificato rilasciato da una commissione che deve accertarsi della qualità e dei poteri del terapeuta. La quota annuale di iscrizione ammonta 35.000 scellini (1 euro è pari a 3338,71 scellini).

⁽²⁹⁾ Nata nel 1980, è divenuta nel tempo una delle maggiori associazioni: raggruppa *bone-setters, herbalists, diviners, spiritualists, TBA, muslim*, ed oggi sembra contare più di 400.000 iscritti. Ogni guaritore riceve un certificato di riconoscimento, un badge e una tessera al costo di 50.000 scellini annui.

⁽³⁰⁾ La NACOTHA, un comitato nato alla fine degli anni Novanta che si dichiara strumento di sistematizzazione della "vera medicina tradizionale" con sede a Kampala, è costituita da una struttura ramificata e decentralizzata. Rilascia una tessera e un certificato al costo annuale di 30.000 scellini. Secondo un rapporto redatto dai rappresentanti della NACOTHA, l'associazione sarebbe presente in 53 distretti, rappresenterebbe 89 associazioni e circa 800.000 guaritori: dati smentiti dalle ulteriori organizzazioni.

⁽³¹⁾ Nel 2000 nasce, dall'unione di sei associazioni, la *National integrated forum for traditional health practitioners*, la prima federazione che rappresenta i guaritori a livello nazionale e lotta per il riconoscimento politico e legislativo – destinato sia alle erbe che alla pratica terapeutica – e alla difesa delle numerose accuse ad essi rivolte.

⁽³²⁾ Cosa significa stregoneria? Il direttore attribuisce un valore semantico divergente al termine *eddogo/omulogo*. Se *omulogo* si riferisce a tutti coloro che usano in modo negativo le conoscenze e le pratiche terapeutiche locali non è totalmente sovrapponibile alla stregoneria. Un processo di risignificazione strumentale per distanziarsi dalle accuse che cadono sempre più frequentemente sui guaritori che rivendicano conoscenze, pratiche e strumenti terapeutici correlati al mondo spirituale.

⁽³³⁾ SCHIRRIPIA P. descrive il campo delle terapie, ispirandosi al complesso campo di forze bourdieusiano (BOURDIEU P. 1971, 1995 [1994]), come un sistema dinamico che dipende ad ogni momento dai rapporti di forza, dalle negoziazioni e dalle lotte di potere, funzionali nel trasformare e conservare le posizioni e i ruoli al suo interno.

⁽³⁴⁾ A lungo i sistemi sanitari sono stati esaminati con un approccio comparativo (MECHANIC D. - ROCHEFORT D.A. 1996): si vedano i lavori di M. TERRIS (1978) e M. FIELD (1980), che tentano di redigere delle classificazioni dei sistemi suddivisi in tipologie di carattere anomico, pluralistico, assicurativo, pubblico e privato. Così come le opere di MAXWELL R. (1974), ANDERSON O.W. (1989)

o GRAIG L.A. (1993) che oltre a comparare enfatizzano le questioni di carattere economico. Tuttavia, tra i lavori più rilevanti che propongono un'analisi innovativa vi è il testo di J. ROEMER (1991), dove attraverso la descrizione di 68 casi studio definisce il sistema sanitario come "una combinazione di risorse, finanziamenti e amministrazioni che culmina nella distribuzione dei servizi alla popolazione". Tra i più interessanti studi vi è poi quello di J. FRENK (1994) che definisce il sistema sanitario come l'insieme delle interrelazioni di cinque gruppi: gli operatori sanitari, la popolazione, lo Stato, i finanziatori e gli altri settori che producono servizi sanitari. Un'interpretazione che apre le porte a un approccio multi-dimensionale e a una prospettiva transnazionale. Il sistema sanitario può essere difatti definito come l'interrelazione tra le istituzioni – sovranazionali, nazionali e locali, politico-finanziarie-sanitarie, pubbliche e private –, le politiche, le riforme, i programmi, i discorsi e le narrative da esse strutturati ed emanati, le strutture terapeutiche (pubbliche e private) gestite e controllate dalle agenzie governative, il personale sanitario (biomedico e "tradizionale") e gli attori locali; percepito come una gestione politico-istituzionale dei processi di salute e malattia, del corpo, dei farmaci e della pluralità delle risorse mediche presenti in una data società e in un determinato periodo storico.

Bibliografia

- ABÈLÈS Marc (2001), *Politica gioco di spazi*, traduz. dal francese di Antonietta Di Vito, Meltemi, Roma.
- ANDERSON Odin Waldemar (1989), *The health services continuum in democratic States*, Health Administration Press, Ann Arbor (Michigan).
- ANTI HUMAN SACRIFICES & TRAFFICKING TASK FORCE (2010), *Status Report on human sacrifice situation as of end of September*, Kampala (Uganda).
- BECK Ann (1970), *A history of the British medical administration of East African 1900-1950*, Harvard University Press, Cambridge.
- BENEDUCE Roberto (curatore) (2008), *Poteri e identità in Africa subsahariana*, Liguori, Napoli.
- BENEDUCE Roberto (2008a), *Guaritori, medicina tradizionale e potere dell'immaginario nel Sud del Camerun*, pp. 131-175, in BENEDUCE Roberto (curatore), *Poteri e identità in Africa subsahariana*, Liguori, Napoli.
- BERNAULT Florence (2006), *Body, power and sacrifice in Equatorial Africa*, "Journal of African History", vol. 47, 2006, pp. 207-239.
- BOURDIEU Pierre (1971), *Champ du pouvoir, champ intellectuel et habitus de classe*, "Scolies. Cahiers de recherche de l'École normale supérieure", n. 1, 1971, pp. 7-26.
- BOURDIEU Pierre (1995 [1994]), *Ragioni pratiche*, traduz. dal francese di Roberta Ferrara, Il Mulino, Bologna [ediz. orig.: *Raisons pratiques. Sur la théorie de l'action*, Éditions du Seuil, Paris].
- BUKULUKI Paul (2009), *Rapid assessment on child sacrifice in Uganda*, Department of Social work and social administration, Ministry of gender, labour and social development, Kampala (Uganda).
- CROZIER Anna (2007), *Practicing colonial medicine. Colonial medical service in British East Africa*, I. B. Tauris, London.
- DE CERTEAU Michel (1990), *L'invention du quotidien*, vol. I: *Arts de faire*, Gallimard, Paris.
- DOUGLAS Mary (1986), *How institutions think*, Syracuse University Press, Syracuse (New York) (The F.W. Abrams lectures).
- EACO (2009), *Working to abolish child sacrifices in Uganda. Report*, <http://www.asafeworldforwomen.org/partners-in-africa/partners-in-uganda/eaco/studies.html>.
- FASSIN Didier (1985), *Du clandestin à l'officieux. La réseaux du vente illicite des médicaments au Sénégal*, "Cahiers d'Études africaines", 98, XXV-2, 1985, pp. 161-177.

- FASSIN Didier (1987), *La santé, un enjeu politique quotidien*, "Politique Africaine", n. 28, 1987, pp. 2-8.
- FASSIN Didier (1992), *Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*, Press Universitaires de France, Paris.
- FASSIN Didier (1996), *L'espace politique de la santé*, Press Universitaires de France, Paris.
- FIELD Mark (1980), *The health system and the polity. A contemporary American dialectic*, "Social Science and Medicine", n. 14, 1980, pp. 397-413.
- FISIY Cyprian F. (1990), *Le monopole juridictionnelle de l'État et le règlement des affaires de sorcellerie au Cameroun*, "Politique Africaine", n. 40, 1990, pp. 60-71.
- FRENK John (1994), *Dimensions of health system reform*, "Health Policy", n. 27, 1994, pp. 119-134.
- GESCHIERE Peter (2006), *The State, witchcraft and the limits of the law. Cameroon and South Africa*, pp. 95-135, in Eric DE ROSNY (curatore), *Justice et sorcellerie*, Karthala, Paris - Presses de l'Université Catholique d'Afrique Centrale, Yaoundé (Camerun).
- GRAIG Laurene A. (1993), *Health of nations: an international perspectives on U.S. health care reform*, Congressional Quarterly, Washington.
- HSU Elisabeth (2008), *Medicine as business. Chinese medicine in Tanzania*, pp. 221-235, in SOARES DE OLIVEIRA Ricardo - ALDEN Cristopher (curatori), *China returns to Africa. A rising power and a Continent embrace*, Columbia University Press, New York.
- KAGWA Apolo (1969 [1934]), *The Customs of the Baganda*, traduz. dall'inglese di Balintuma Ernest Kalibala, AMS Press, New York [ediz. orig.: *Ekitabo kye mpisa za Baganda*, Billing and Sons, Worcester (Great Britain)].
- KASSIMIR Ronald (1998), *The social power of religious organization and civil society: the catholic church in Uganda*, pp. 54-83, in KASER Nelson (curatore), *Civil society and democracy in Africa. Critical perspectives*, Frank Cass, London - Portland.
- KUHANEN Jan (2005), *Poverty, health and reproduction in early colonial Uganda*, University of Joensuu Publications, Joensuu (Finlandia).
- ILIFFE John (1998), *East african doctors. A history of modern profession*, Cambridge University Press, Cambridge.
- LUONGO Katherine (2011), *Witchcraft and colonial rule in Kenya, 1900-1955*, Cambridge University Press, Cambridge.
- MAXWELL Robert (1974), *Health care, the growing dilemma. Needs versus resources in Western Europe, the U.S., and the U.R.S.S.*, McKinsey, New York.
- MECHANIC David - ROCHEFORT David A. (1996), *Comparative medical systems*, "Annual Review of Sociology", vol. 22, 1996, pp. 239-270.
- National health policy* (1999), Uganda Parliament, Kampala (Uganda).
- National policy on public-private partnership in health* (2010), Ministry of Health, Kampala (Uganda).
- OKUONZI Sam A. - MACRAE Joanna (1995), *Whose policy is it anyway? International and national influences on health policy development in Uganda*, "Health Policy and Planning", vol. 10, n. 2, 1995, pp. 122-132.
- ORDE BROWN George St. J. (1935), *Witchcraft and British colonial law*, "Journal of the International African Institute", vol. 8, n. 4, 1935, pp. 481-487.
- OWOR Raphael (1987), *Report and recommendations of the Health policy review Commission*, Ministry of Health, Kampala (Uganda).
- PELLECCHIA Umberto - ZANOTELLI Francesco (curatori) 2010, *La cura e il potere. Salute globale, saperi antropologici, azioni di cooperazione sanitaria internazionale*, Ed. It, Firenze - Catania.
- PIZZA Gianni (2005), *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma.
- RATHBONE Richard (1993), *Murder and politics in colonial Ghana*, Yale University Press, New Haven (Connecticut).

- ROEMER Milton (1991). *National health systems of the world*, Oxford University Press, Oxford.
- ROSCOE John (1911), *The Baganda. An account of their native customs and beliefs*, MacMillan, London.
- 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.
- SCHIRRIPIA Pino (2005), *Le politiche della cura*, Argo, Lecce.
- SCHIRRIPIA Pino (2010), *Health system, sickness and social suffering in Mekelle (Tigray, Ethiopia)*, Lit Verlag, Berlin - Munster.
- SHORE Cris - WRIGHT Susan (curatori) (1997), *Anthropology of policy. Critical perspectives on governance and power*, European Association of Social Anthropologists [EASA], London - New York.
- TERRIS Milton (1978), *The three world systems of medical care. Trends and prospects*, "American Journal of Public Health", vol. 68, n. 11, 1978, pp. 1125-1131.
- TURSHEN Meredith (1999), *Privatizing health system in Africa*, Rutgers University Press, New Jersey - London.
- VAN DER GEEST Sjaak - REYNOLDS WHYTE Susan (curatori) (1988), *The context of medicines in developing countries. Studies in pharmaceutical anthropology*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht.
- VAN DER GEEST Sjaak - REYNOLDS WHYTE Susan - HARDON Anita (1996). *The anthropology of pharmaceuticals. A biographical approach*, "Annual Review of Anthropology", n. 25, 1996, pp. 153-178.
- VAN DIJK Rijk - DEKKER Marleen (curatori) (2010), *Markets of well-being. Navigating health and healing in Africa*, Brill, Leiden - Boston.
- VASCONI Elisa - OWOAHENE-ACHEAMPONG Stephen (2010), *Recognition and integration of traditional medicine in Ghana: perspective*, "Research Review of Institute of African Studies" [IAS], vol. 26, n. 2, 2010, pp. 1-17.
- ZELLER Diane L. (1971), *The establishment of Western medicine in Buganda*, Columbia University [Ph.D. thesis].
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2004), *WHO Guidelines on safety monitoring of herbal medicines in pharmacovigilance systems*, World Health Organization, Geneva.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2005), *National policy on traditional medicine and regulation of herbal medicines*, World Health Organization, Geneva.

Scheda sull'Autrice

Elisa Vasconi, nata a Frascati (provincia di Roma) il 22 novembre 1983, dal 2012 è Dottore di ricerca in antropologia, etnologia e studi culturali presso l'Università degli studi di Siena, con una tesi dal titolo *Tra democrazia e liberalizzazione. Un'analisi antropologica e comparativa del sistema sanitario in Ghana e in Uganda*. Ha svolto ricerca sul campo ed ha trascorso quattordici mesi in Ghana e sette mesi in Uganda. Si occupa di medicina tradizionale, dell'integrazione tra le diverse risorse terapeutiche e ha condotto la ricerca di dottorato sul sistema sanitario e sui processi di democratizzazione nei due paesi africani. Nel 2011 ha collaborato alla realizzazione della sala sulla medicina tradizionale presso il *Fort Apollonia Museum of Nzema Culture and History*, Western Region, Ghana. Nell'anno accademico 2010-2011 e 2011-2012 ha tenuto un corso semestrale come *visiting lecturer* in Antropologia culturale e Antropologia medica presso il *Department of biology - Coordinator of botany, School of biological sciences, college*

of natural science. Makerere University, Kampala (Uganda). Nel 2010 e 2011 ha tenuto corsi di formazione in antropologia medica presso l'ospedale S. Camillo Forlanini destinati a medici e operatori sanitari.

Ha pubblicato diversi saggi in Italia e all'Estero e curato due volumi con il professor Mariano Pavanello: *La promozione della salute e il valore del sangue. Antropologia medica e sanità pubblica*, Roma, Bulzoni Editore; *Prospettive di studi africanistici in Italia. In memoria di Bernardo Bernardi*, "L'uomo. Società tradizione sviluppo". n. 1-2, 2011 (Sapienza Università di Roma).

Riassunto

La legittimazione della medicina tradizionale in Uganda. Pratiche terapeutiche, stregoneria e business

Questo articolo si basa su una ricerca etnografica svolta in Uganda sul percorso di riconoscimento della medicina tradizionale. In tale contributo sono esaminati i passaggi salienti della legittimazione delle risorse terapeutiche autoctone, i conflitti tra le istituzioni che propongono l'integrazione e quelle che lo frenano, e le motivazioni della mancata approvazione della legge di riconoscimento presentata nel 2002 dal Ministero della sanità al Gabinetto del governo ugandese. I rappresentanti parlamentari richiedono un decreto che integri nel sistema sanitario i soli prodotti erboristici e li separi dalle pratiche terapeutiche, facilmente assimilabili alla stregoneria. Negli ultimi anni, i poteri di cura tradizionali sono infatti confusi e sovrapposti da molte istituzioni e dai media ai più recenti fenomeni che hanno sconvolto l'opinione pubblica, come la proliferazione delle accuse di stregoneria e i *child sacrifices*. La proposta parlamentare di integrazione dei soli aspetti fitoterapici e il mescolamento delle pratiche spirituali con quelle stregonesche spinge i guaritori a dar vita a nuove strategie di cura e nuovi linguaggi, ed incrementa i conflitti tra le associazioni di terapeuti che mettono in atto tattiche di resistenza per ritagliarsi un proprio spazio di legittimazione. Il contributo, oltre ad aprire una riflessione sulla sovrapposizione terminologica e concettuale tra pratiche di cura e stregoneria e sul recente fenomeno dei sacrifici dei bambini, propone di esaminare le riconfigurazioni e le attuali trasformazioni della medicina tradizionale attraverso uno sguardo politico e un'interpretazione interdisciplinare che usufruisce degli strumenti analitici relativi all'antropologia medica e delle istituzioni.

Parole chiave: medicina tradizionale, Uganda, stregoneria, *child sacrifices*.

Résumé

La légitimité de la médecine traditionnelle en Ouganda. Pratiques thérapeutiques, sorcellerie et les affaires

Cet article se base sur une recherche ethnographique menée en Ouganda sur le parcours de reconnaissance de la médecine traditionnelle. Dans cet article, sont examinées les étapes essentielles de la légitimité des ressources indigènes thérapeutiques, les conflits entre les institutions qui en proposent l'intégration et ceux qui l'entravent, et les raisons de la non-approbation d'une loi pour la reconnaissance de ma médecine traditionnelle présenté en 2002 par le Ministère de la santé à le Cabinet du gouvernement ougandais. Les représentants parlementaires réclament un décret qui intègre, dans le système de la santé, seulement les produits à base de plantes et les sépare des pratiques thérapeutiques, facilement assimilables à la sorcellerie. Au cours des dernières années, les pouvoirs de guérison traditionnelles ont été confondu par les institutions et les médias avec des événements les plus récents qui ont choqué le public, tels que la prolifération des accusations de sorcellerie et les sacrifices d'enfants.

La proposition parlementaire d'intégrer les aspects herboristique, et le mélange des pratiques spirituel avec la sorcellerie pousse les guérisseurs à donner vie à des nouvelles pratiques et des nouvelles langues, et augmente les conflits entre groupes de thérapeutes qui adoptent des tactiques de résistance pour obtenir un propre espace de légitimité. Ce texte tente en premier lieu d'ouvrir une réflexion sur les chevauchements terminologiques et conceptuelles entre les pratiques de soins, la sorcellerie et le phénomène récent des sacrifices d'enfants, secondairement il vise à examiner les changements actuels et les reconfigurations de la médecine traditionnelle à travers une perspective politique et une interprétation interdisciplinaire qui s'avantage des outils d'analyse liés à l'anthropologie médicale et des institutions

Mots-clés: médecine traditionnelle, l'Ouganda, sorcellerie, sacrifices d'enfants.

Resumen

La legitimidad de la medicina tradicional en Uganda. Prácticas terapéuticas, la brujería y de negocios

Este artículo se basa en la investigación etnográfica llevada a cabo en Uganda en el camino hacia el reconocimiento de la medicina tradicional. En este trabajo se consideran los pasos esenciales de la legitimidad de los recursos autóctonos terapéuticos, los conflictos entre las instituciones que ofrecen la integración y las que impiden, y las razones para la no aprobación de la ley para su aprobación en 2002 por el Ministerio de salud para el Gabinete del gobierno de Uganda. Los representantes parlamentarios requieren un decreto en el sistema de salud que integra los únicos productos a base de

hierbas y los separa de las prácticas terapéuticas, de fácil asimilación para la brujería. En los últimos años, los poderes curativos tradicionales son una realidad confusa y se entrecruzan muchas instituciones y medios de comunicación a los acontecimientos más recientes que han conmocionado al público, tales como la proliferación de acusaciones de brujería y sacrificios infantiles. La propuesta parlamentaria para integrar los aspectos sólo a base de hierbas y la mezcla con las prácticas de brujería espiritual empuja a los curanderos para dar vida a nuevas prácticas y nuevos lenguajes, y aumenta los conflictos entre grupos de terapeutas que adoptan tácticas de resistencia a hacerse un propio espacio y legitimidad. La contribución, además de abrir una reflexión sobre la coincidencia terminológica y conceptual entre las prácticas de atención y la brujería y el fenómeno reciente de los sacrificios de niños, busca examinar los actuales cambios y reconfiguraciones de la medicina tradicional a través de un punto de vista político y interpretación interdisciplinaria que se beneficia de las herramientas de análisis relacionadas con la antropología y las instituciones médicas.

Palabras clave: medicina tradicional, Uganda, brujería, sacrificios de niños.

Abstract

The Legitimacy of Traditional Medicine in Uganda. Therapeutic Practices, Witchcraft and Business

This article is based on an ethnographic research carried out in Uganda on the path to recognition of traditional medicine. This paper examines: the essential steps of the legitimacy of indigenous therapeutic resources, conflicts between the institutions proposing the integration and those that hinder, and the reasons for non-approval of the law proposed in 2002 by the Ministry of health to the Cabinet of Ugandan government. The parliamentary representatives require a law that integrates within the healthcare system only herbal products and separates them from therapeutic practices, easily assimilated to witchcraft. In recent years, traditional healing powers are confused and superimposed by many institutions and the media to the most recent events that have shocked the public, such as the proliferation of witchcraft accusations and child sacrifices. The parliamentary proposal, to integrate only herbal products, and the mixing among spiritual practices and witchcraft lead traditional healers associations which adopt tactics of resistance to carve out a own space of legitimacy. This article, in addition to opening a reflection on the terminological and conceptual overlap among care practices and witchcraft and on the recent phenomenon of child sacrifices, seeks to examine current reconfigurations of traditional medicine through a political perspective adopting an interdisciplinary interpretation that benefits of analytical tools of medical anthropology and anthropology of institutions.

Keywords: traditional medicine, Uganda, witchcraft, child sacrifices.

*Culture in sanità. Politiche e pratiche dell'accesso e delle presa in carico in un Distretto sanitario romano**

Erica Eugeni

Addottorata, Sapienza Università di Roma.
[erica.eugeni@gmail.com]

Introduzione

Tra maggio 2008 e settembre 2009 ho svolto una ricerca etnografica all'interno di un Distretto sanitario di una ASL di Roma, in un momento particolare della storia della Regione Lazio, caratterizzato dal commissariamento per il deficit sanitario e dalla nomina dell'allora Presidente della Regione Piero Marrazzo a Commissario *ad acta* per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario dai disavanzi del settore sanitario, previsti dal piano di rientro. L'obbiettivo della ricerca, commissionata dall'Agenzia di sanità pubblica della Regione Lazio in collaborazione con Sapienza Università di Roma, un Municipio e una ASL di Roma, era quello di acquisire conoscenze relative ai servizi sanitari e socio-sanitari della Regione e, in questo modo, supportare il processo di riorganizzazione dei servizi sanitari, a cui si intendeva pervenire. Tale processo prevedeva un ripensamento del ruolo dell'ospedale nella risoluzione dei problemi di salute della popolazione e un interesse sempre maggiore verso le attività territoriali sanitarie e socio-sanitarie, attività che coinvolgono nuove figure professionali (ad esempio infermieri di comunità) e prevedono modalità innovative di intervento (multisetoriale, multiprofessionale), di cura e assistenza (cure intermedie, domiciliari). Il progetto intendeva affrontare lo studio di alcuni servizi di uno dei Distretti sanitari della ASL coinvolta, e, per quanto riguarda il mio specifico ambito di interesse, dei discorsi prodotti e delle dinamiche determinate a livello di tutti gli operatori

* Testo definitivo del contributo presentato nella VI Sessione parallela (*Istituzioni e politiche sanitarie*) al 1° Convegno nazionale della SIAM, *Antropologia medica e strategie per la salute* (Roma 21-23 febbraio 2013).

del Distretto stesso – dirigenti, infermieri, assistenti sociali, personale amministrativo – dalla riorganizzazione dell'Azienda sanitaria, avvenuta a seguito dell'Atto aziendale realizzato nel 2008, sulla scia delle direttive già individuate dal Piano sanitario nazionale 2003-2005 e dal documento prodotto dalla Commissione ministeriale per le Cure primarie e per l'integrazione sociosanitaria, nel febbraio 2007. Documenti che hanno ribadito la necessità di promuovere il territorio – dunque i Distretti sanitari e i servizi e le attività ad essi connessi – come sede dell'organizzazione e dell'erogazione delle cure primarie e centro di governo dei percorsi dei cittadini, e la necessità di costruire una rete integrata di servizi sanitari e sociali per assistere i malati cronici, gli anziani e i disabili.

Tra le altre cose, il mio interesse è stato rivolto al processo di creazione di un Punto unico di accesso ai servizi sanitari e sociali all'interno del Distretto (PUA), inteso, come sottolineato nel 2008 dal Direttore dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, come «modalità organizzativa per concorrere a promuovere quel salto di qualità nelle risposte assistenziali per cronicità, disabilità, fragilità in genere, che non può attendere oltre» e «facilitare l'accesso integrato e unitario alle cure territoriali al di fuori dell'emergenza» (ANCONA A. 2008: 6).

Intendendo la salute pubblica come un “fatto di cultura” (FASSIN D. 2005) e la gestione del disagio da parte del sistema dei servizi come un campo costantemente soggetto a mutamenti e caratterizzato da pratiche quotidiane, relazioni di potere e un continuo processo di produzione di significati, in questo contributo vorrei provare ad analizzare le politiche nazionali e locali, e le pratiche e i discorsi di alcuni operatori dei servizi e dirigenti, coinvolti a vario livello nella gestione e nel funzionamento del PUA all'interno di quel Distretto sanitario, per poi riflettere su alcune questioni legate alla gestione istituzionale della fragilità e più in generale della sofferenza, nel contesto dell'attuale sistema di welfare.

I Punti unici di accesso

Le politiche sanitarie pubbliche, nella fase attuale, sono prevalentemente orientate verso un tentativo di gestione della “transizione epidemiologica”, strettamente connessa al cambiamento demografico che sta investendo i paesi occidentali. Il panorama epidemiologico, infatti, si presenta caratterizzato prevalentemente da condizioni croniche stabilizzate, condizioni croniche degenerative, condizioni determinate da fattori eziologici connessi a disuguaglianze sociali. Queste richiedono interventi mirati alla

gestione di una condizione, piuttosto che alla risoluzione di una patologia. Le risposte elaborate muovono nella direzione del superamento di una logica prestazionale, a vantaggio di un'assistenza continuativa e prolungata nel tempo (*long term care*); prevedono percorsi unici e integrati, sia da un punto di vista istituzionale – attraverso la coordinazione dell'offerta sociale e sanitaria – sia tra interventi di carattere “formale” erogati dai servizi sociali e sanitari, e interventi di carattere “informale”, resi possibili dalla rete di relazioni familiari e/o di vicinato della persona. La costruzione di percorsi di assistenza integrati e unici dovrebbe inoltre garantire la tutela delle fasce più vulnerabili – nel momento in cui la vulnerabilità stessa diviene una forma di sofferenza, poiché espone alcuni individui più di altri al rischio di essere discriminati o abusati. Una tale operazione dovrebbe permettere il superamento di possibili difficoltà di accesso determinate dalla dislocazione dei presidi e da condizioni di marginalità o povertà, consentendo equità di accesso a misure e servizi, ma anche, più in generale, semplificazione e sburocratizzazione.

Pressante si fa anche l'esigenza di razionalizzare l'utilizzo delle risorse esistenti e ottimizzare l'impegno, in particolare quello economico, per fronteggiare la crisi dei costi e poter garantire equità nella gestione e nell'assegnazione degli interventi. Si rende così necessario coordinare gli interventi, i contributi, le agevolazioni attivate per ciascun utente da enti e strutture differenti, al fine di limitare la sovrapposizione negli interventi stessi, contenere la dispersione di risorse in prestazioni non appropriate e, riportando all'ordine l'esperienza in eccesso, ostacolare il “fai da te” nei percorsi di cura. A questi due aspetti – cambiamento del panorama epidemiologico e crisi dei costi – si unisce un terzo fattore potenzialmente destabilizzante: la richiesta di qualità ed efficienza da parte di cittadini sempre più consapevoli, dal momento che, come rilevava anche Didier Fassin, la medicalizzazione diffusa della società «rende il pubblico più esigente e meglio informato, dunque più sensibile allo scarto esistente tra ciò che si sente in diritto di attendere dai medici e ciò che, poi, effettivamente ne ottiene» (FASSIN D. 1996: 191-192).

Tra le risposte individuate, a livello dei singoli contesti regionali, vi sono i Punti unici di accesso. In genere si parla del PUA come di una modalità organizzativa finalizzata a facilitare l'accesso ai servizi e alle prestazioni di carattere sociale, sanitario e socio-sanitario, di persone con disagio e non; è infatti destinato alle persone più fragili – nonostante la controversa e non univoca definizione del termine – ma anche, più in generale, a tutti coloro che esprimono un bisogno di salute o una difficoltà sociale; e mira a garantire una presa in carico unitaria della persona e a semplifi-

care l'accesso alle prestazioni stesse, attraverso la costruzione di percorsi agevolati. A livello della programmazione nazionale, regionale e locale, il PUA dovrebbe effettuare una analisi del bisogno espresso dal cittadino; registrarne l'accesso; fornire orientamento e informazioni relative alle opportunità, alle risorse, alle agevolazioni disponibili in base al bisogno espresso; raccogliere alcune domande di prestazioni e servizi ed inoltrarle, eventualmente, agli uffici competenti; fornire una risposta ad alcuni bisogni semplici. Nell'eventualità dei casi cosiddetti "complessi", il servizio dovrebbe aprire una cartella con alcune informazioni e sollecitare l'attivazione di una UVM, cioè di una Unità di valutazione multidimensionale, che effettui una valutazione della persona da un punto di vista sanitario, assistenziale, socio-economico e psicologico. Tale valutazione dovrebbe garantire l'efficacia e soprattutto l'appropriatezza delle prestazioni socio-sanitarie erogate, a partire dall'elaborazione di un Progetto di assistenza individuale (PAI) e dall'individuazione di un responsabile dello stesso. Alla base del percorso assistenziale individuale vi è la presa in carico, fondata, come si legge ne "I Quaderni di Monitor. Trimestrale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali", su una «integrazione che per la persona/cittadino significa essenzialmente unitarietà e coerenza del percorso assistenziale, senza necessità di innumerevoli e frammentari passaggi tra operatori, servizi o aziende diverse, ciò che aumenta il senso di insicurezza e fragilità della persona e mette in discussione l'efficacia dell'azione di tutela della salute» (BELLENTANI M.D. - INGLESE S.A. - BANCHERO A. 2008: 21). Quindi: «la presa in carico può essere definita come una modalità di *governance* di un processo assistenziale articolato e integrato nei suoi diversi passaggi» (BELLENTANI M.D. - INGLESE S.A. - BANCHERO A. 2008: 21) e si traduce in «un piano di assistenza personalizzato [...] che si configura come un vero e proprio patto tra i servizi sociosanitari e la famiglia, che impegna entrambe le parti nello svolgimento del percorso individuato e nel conseguimento degli obiettivi di salute.» (BELLENTANI M.D. - INGLESE S.A. - BANCHERO A. 2008: 21-22). La presa in carico si comporrebbe, dunque, di varie fasi che vanno dall'accoglimento della richiesta di assistenza, all'analisi della domanda – che consente di individuare di cosa la persona e la sua famiglia abbiano "realmente" bisogno – fino alla progettazione dell'intervento a partire dalle risorse individuali, familiari e comunitarie della persona, all'elaborazione di un Piano assistenziale individuale – che individua obiettivi, tempi di realizzazione e risorse –, e alla verifica e alla valutazione in itinere e finale dell'intervento. La realizzazione dei Punti unici di accesso presuppone anche una nuova gestione dell'informazione e della comunicazione tra istituzioni di ambito sociale e servizi di ambito

sanitario e una nuova distribuzione delle responsabilità tra le differenti istituzioni, attraverso la stesura di protocolli condivisi⁽¹⁾.

Un Punto unico di accesso in un contesto locale

Nel contesto della Regione Lazio, la deliberazione della Giunta regionale n. 433 del 19 giugno 2007, *Indicazioni e interventi per la realizzazione di iniziative tese ad integrare le attività sanitarie e sociosanitarie; incentivazione dei processi di de-ospedalizzazione nella Regione Lazio*, ha previsto, tra i processi di integrazione sociosanitaria, la progressiva creazione di Punti unici di accesso in ciascun Distretto sanitario. In seguito, il Decreto del Presidente della Regione Lazio in qualità di Commissario *ad acta*, del settembre 2008, facendo riferimento proprio alla DGR. n. 433/2007 e al D.LGS. 229/1999, ribadiva il ruolo centrale del Distretto socio-sanitario nella risoluzione di problemi legati all'appropriatezza degli interventi sanitari e nell'integrazione dei percorsi assistenziali sanitari e sociali. Il Decreto, in particolare, individuava tra gli obiettivi prioritari la creazione di un Punto unico di accesso integrato in ciascun Distretto, attraverso la realizzazione di un protocollo di intesa ASL – Municipio Comune e di una procedura operativa formalizzata per il funzionamento del PUA, per ciascun Distretto entro il 2009; l'attivazione di un PUA per ciascun Distretto entro 15 mesi dalla definizione del Piano attuativo locale (PAL); la messa a disposizione da parte degli enti coinvolti di due assistenti sociali, due infermieri, tre amministrativi e un medico – di cui un assistente sociale e due amministrativi da parte dell'ente locale –, per almeno un PUA entro tre mesi dalla definizione del PAL.

Nell'ambito del Programma delle attività territoriali (PAT)⁽²⁾ 2008-2011 del Distretto sanitario in oggetto, la realizzazione di un Punto unico di accesso ai servizi sanitari era intesa quale risposta alla mancanza di informazioni in merito all'accesso e alle possibilità di fruizione dei servizi sanitari e alla frammentazione dei percorsi assistenziali, che spesso rendono difficoltoso per il cittadino l'accesso ai servizi e lo costringono alla "regia del proprio percorso". Nel PAT si prevedeva, inoltre, una formazione congiunta di tre mesi degli operatori della ASL e del Municipio.

Il PUA all'interno del Distretto sanitario, era stato aperto ufficialmente il 22 dicembre 2008, con una certa fretta poiché incluso tra gli obiettivi di budget del Distretto per l'anno in corso. Privo del contributo del Municipio corrispondente, esso era stato ribattezzato PASS⁽³⁾: Porta di accesso ai servizi sanitari. La necessità di realizzare tali Punti veniva presentata

dal personale dirigente agli operatori – principalmente, sebbene non esclusivamente, di area sanitaria –, durante i corsi ECM, nei termini politici della garanzia di un’assistenza pubblica erogata sulla base delle “effettive” esigenze di salute dei cittadini, che aggirasse le disuguaglianze rispetto alla fruizione delle cure, che favorisse l’accesso al sistema dei servizi e che, permettendo di erogare solo le prestazioni “realmente” necessarie, consentisse di ottimizzare le risorse a vantaggio di chi ha “realmente” bisogno. Esso avrebbe dovuto svolgere quella che la direttrice del Distretto definiva una “presa in carico leggera”, dunque una comprensione del bisogno del cittadino-utente e una costruzione del percorso assistenziale attraverso i vari servizi. La mancanza di una integrazione anche solo funzionale con il Municipio⁽⁴⁾ e l’assenza di una connessione internet e di alcune attrezzature minime erano individuate come alcune delle motivazioni principali che limitavano la possibilità di diffondere la notizia dell’apertura e della disponibilità del Pass presso gli altri servizi del territorio e la cittadinanza. Questo fece sì che il servizio, nel corso dei sette mesi che trascorsi condividendo con gli operatori le mattinate di apertura, fosse principalmente utilizzato dai soli frequentatori del Distretto e per ottenere informazioni riguardanti il Distretto medesimo; e solo sporadicamente e del tutto casualmente da persone portatrici di richieste coerenti con quanto il servizio avrebbe potuto o dovuto offrire.

L’organico del Pass era costituito da alcuni operatori, assistenti sociali ed infermieri, e un amministrativo, provenienti dai servizi del territorio del Distretto stesso. La rotazione del personale, da molti operatori considerata un limite forte nello svolgimento delle attività di un servizio come il Pass, era giustificata dai dirigenti con la mancanza di risorse disponibili alla costruzione e al mantenimento di un gruppo di lavoro dedicato. Inoltre, la cronica carenza di personale infermieristico presso i servizi del territorio impediva, nella maggior parte dei casi, la presenza congiunta di un assistente sociale⁽⁵⁾ e di un operatore dell’area sanitaria.

Tutti gli operatori interpretavano il Pass come una sorta di ufficio informazioni e vivevano con frustrazione l’“abbandono” del proprio servizio per partecipare ad un’attività che percepivano come svilente e non sentivano di propria competenza. In molti casi, infatti, le informazioni richieste dagli utenti, quando non strettamente connesse al Distretto o ai servizi di competenza degli operatori, non erano conosciute e spesso erano difficilmente reperibili all’interno del database che era stato fornito loro, in alcuni casi non aggiornato, anche nella misura in cui solo pochi tra di loro erano in grado di utilizzare un computer. La mancanza di orientamento e informazione in merito al funzionamento dei servizi – e, spesso, anche alle

competenze e ai ruoli ricoperti dalle differenti figure – anche in un contesto di dimensioni estremamente ridotte, prima ancora che un problema dell'utenza, era avvertita come una difficoltà per gli operatori stessi che avrebbero dovuto agevolare i percorsi dei cittadini. L'impegno profuso nella realizzazione di un servizio che puntava sulla qualità dell'offerta e della presa in carico, inoltre, era avvertito come del tutto inadeguato all'interno di un contesto in cui gli operatori incontravano spesso difficoltà, a causa della carenza di personale, a garantire i servizi essenziali.

La sensazione condivisa dagli operatori era, dunque, che, in quel momento almeno, il servizio fosse aperto per l'Azienda e non per l'utenza e non tenesse dunque conto delle reali aspettative ed esigenze dei potenziali fruitori; che l'aspetto importante, in altri termini, fosse raggiungere un obiettivo aziendale e non la qualità dell'obiettivo raggiunto.

Inoltre, la stessa tipologia del lavoro che essi avrebbero dovuto svolgere all'interno del servizio, anche qualora esso fosse stato operativo in maniera coerente rispetto ai suoi obiettivi e alle sue finalità, era messa in discussione. La presa in carico è sempre di pertinenza degli operatori, sostenevano gli assistenti sociali, al di là di politiche che, orientando la propria attenzione alla dimensione dei percorsi, ne attribuiscono la pertinenza al sistema dei servizi nel suo complesso. La presa in carico "leggera", così come presentata dai dirigenti del Distretto, non esiste, la presa in carico è sempre "pesante" e prevede, in particolare, un investimento forte degli operatori, che devono «mettere le mani in pasta»⁽⁶⁾: «la cultura degli assistenti sociali», sostenne la stessa operatrice nel corso di una nostra conversazione informale, «non è quella di fare da ponte».

All'interno del Distretto, dunque, la creazione del Punto unico di accesso ai servizi sanitari e sociali, che per almeno un anno funse esclusivamente da ufficio informazioni, contribuì ad alimentare negli operatori l'idea della rilevanza degli aspetti economici e degli interessi personali all'interno dell'Azienda e rinforzò l'immagine di un Distretto sanitario come luogo eminentemente politico, all'interno del quale erano in gioco degli interessi che non coincidevano con quelli dell'utenza. La situazione che si era creata aveva, fino a quel momento, determinato una netta cesura tra due tipi di pratiche e due differenti autorità. Una prima, quella dei dirigenti del Distretto, orientata ad una riorganizzazione dei servizi, che puntava sulla qualità dei percorsi e sulla riduzione dei costi e si legittimava attraverso le direttive delle organizzazioni internazionali, la Direzione aziendale, la normativa regionale e nazionale. Una seconda, quella degli operatori che lavoravano, in alcuni casi storicamente, nei servizi e che

avevano l'esperienza del rapporto quotidiano con l'utenza, che fondava il suo riconoscimento su dei saperi tecnici, su una "reale" conoscenza del territorio e su una presenza spesso decennale all'interno dei servizi.

L'integrazione socio-sanitaria come pratica interstiziale

Il PASS era ubicato in una piccolissima stanza al piano terra del Distretto sanitario. L'ingresso, poco visibile, sembrava quello di un ripostiglio. Le tapparelle che oscuravano le finestre che si affacciavano sul corridoio erano perennemente abbassate e rendevano claustrofobico l'ambiente. Accanto il via vai del Centro unico di prenotazione. La stanza ospitava un bancone che correva lungo le pareti al di sotto delle finestre, inutilizzabile se non per poggiare borse o schedari, vecchi scatoloni impolverati, una scrivania, tre sedie e un armadio dove era esposta una tabella che indicava la dislocazione dei vari specialisti disponibili negli ambulatori del Distretto. Le pareti, tristi e spoglie, dipinte di ocre e bianco, erano decorate da stampe rappresentanti vasi di fiori. La mattina del 27 febbraio 2009 erano presenti l'assistente sociale del Dipartimento di salute mentale e un'assistente sociale dell'area dei consultori. L'anziano signor Pietro fu uno dei pochi utenti del servizio che entrò e si sedette dal lato disponibile della scrivania. Iniziò a parlare di sé scegliendo come referente privilegiata l'assistente sociale del DSM. Esordì sostenendo di non farcela più a vivere da solo a casa, che aveva assistito per anni una mamma e un fratello malati e che ora, dopo la loro morte, era solo al mondo. Prendeva anche dei medicinali, aggiunse, per fronteggiare gli attacchi di panico. L'assistente sociale, allarmata, seppur con evidente fatica, data la condizione pubblica in cui era costretta a gestire una situazione così complessa, non essendoci all'interno del PASS spazi idonei per effettuare un colloquio di quel genere, cercò di acquisire il maggior numero possibile di informazioni sull'anziano. Chiamò la collega del Municipio responsabile per l'area degli anziani, che, a sua volta, mise a disposizione per l'utente un servizio in grado di fornire, a richiesta, aiuto per alcune mansioni giornaliere come spesa o disbrigo pratiche burocratiche, e che si rese disponibile, per un colloquio congiunto, il 12 marzo. Il signore, in evidente stato di agitazione, sostenne che non avrebbe fatto gesti irrecuperabili prima di quel giorno, ma che, se avessero rimandato ulteriormente, per lui sarebbe stato un problema. L'assistente sociale promise di impegnarsi a trovare un posto che potesse accoglierlo, ma voleva la garanzia di poter lavorare con tranquillità fino alla data concordata. L'uomo, titubante, rispose che però a quel giorno mancava molto tempo e che aveva paura di entrare

in crisi. L'assistente sociale gli diede allora nuovamente il suo nome e il numero e, per sicurezza, chiese il suo, nonostante non fosse chiaro agli operatori se il PASS potesse o meno acquisire dati personali degli utenti. Quando il signore uscì dalla stanza con in tasca l'appuntamento, l'assistente sociale manifestò la sua frustrazione rispetto al contesto in cui era stata costretta a lavorare: era impossibile fare un colloquio così delicato al PASS in quanto servizio fortemente aspecifico e in quanto organizzato in maniera così precaria. Per di più era stato estremamente difficile per l'utente, ma anche per lei stessa, costruire una relazione all'interno di uno spazio così pubblico. Nei giorni a seguire l'assistente sociale del DSM mi disse che la collega del Municipio l'aveva richiamata e che insieme avevano scoperto che il "caso" del signor Pietro non era di competenza dei servizi del Distretto-Municipio a cui loro afferivano, essendo egli residente in un altro territorio della ASL. L'assistente sociale aveva allora contattato il DSM di competenza segnalando l'utente e chiedendo loro di informarsi presso il Municipio corrispondente.

Dieci giorni dopo, l'assistente sociale chiamò il DSM di competenza per chiedere informazioni sull'utente che aveva inviato e si sentì rispondere che fino ad allora non era stato fatto nulla e che il Municipio era stato contattato telefonicamente, ma che nessuno aveva risposto: avrebbe riprovato più avanti. L'assistente sociale del PASS era allibita e arrabbiata, perché nell'altro servizio non avevano fatto nulla e, per giunta, non si erano neanche preoccupati di farle sapere come stavano andando le cose. Era seccata perché l'assistente sociale del suo Municipio, collega con la quale collaborava ormai da anni, le aveva fatto un favore personale offrendole piena disponibilità, ma poi tutto era stato vanificato e il processo di presa in carico, nonostante la situazione di urgenza, non era andato a buon fine.

A fronte delle difficoltà incontrate nella realizzazione di un' integrazione sociosanitaria da un punto di vista istituzionale, gli assistenti sociali afferenti tanto al Municipio quanto al Distretto sanitario mettevano in pratica e rivendicavano un'integrazione "informale" che "funziona" e che si sovrappone o si sostituisce alle iniziative istituzionali. In questo caso, il percorso del signor Pietro aveva avuto inizio poiché l'assistente sociale presente al PASS si era fatta personalmente carico della sua vicenda gestendo il "caso" come di sua competenza e facendo riferimento alle proprie risorse in termini di relazioni e di conoscenze, piuttosto che rispondere che all'interno di quel servizio, per il suo problema, allo stato attuale, non vi era soluzione.

Al di là dei protocolli di intesa e delle direttive politiche, in questo come in altri casi, gli operatori lavorano in una modalità che, per molti versi,

può dirsi già integrata, sebbene in modo informale. L'integrazione, d'altronde, per gli operatori non sembra essere un fine in sé, come invece appare essere dal punto di vista delle politiche, ma piuttosto una forma di lavoro attraverso la quale raggiungere un determinato obiettivo, mediante l'individuazione di momenti intermedi di cui si fa carico chi ha maggiore possibilità di successo. Una tale modalità di lavoro può incontrare le maggiori difficoltà all'interno del singolo ambito, piuttosto che nella comunicazione interistituzionale. All'interno del contesto sanitario, ad esempio, l'assistente sociale del Dsm allocato nel Distretto in oggetto aveva individuato una difficoltà e un limite comunicativo proprio nella collega del Dsm di un altro Distretto della stessa ASL, mentre il dialogo con l'assistente sociale municipale era apparso molto più proficuo. L'assistente sociale coinvolta nel Pass e quella dell'area anziani del Municipio corrispondente avevano infatti creato una rete di rimandi e di relazioni intorno all'anziano signor Pietro, rispetto al quale il Pass era stato occasione d'incontro, al di là delle regole e dell'organizzazione del servizio stesso, secondo modalità di lavoro sperimentate e consolidate nel tempo, che fanno leva sulla conoscenza individuale piuttosto che sulla prassi istituzionale e si giovano più della continuità e della stabilità degli operatori all'interno dei singoli contesti, che della creazione di nuovi servizi.

Mentre a livello politico e dirigenziale si discute di integrazione ufficiale, l'integrazione non ufficiale è già all'opera, sia che la si intenda come integrazione tra attori afferenti a diverse istituzioni, sia che la si concepisca come modalità di intervento tra figure differenti, ma in maniera comunque fortemente vincolata ai singoli operatori. Una tale modalità di lavoro, tuttavia, necessita di una forte coordinazione tra gli operatori che nasce da una conoscenza personale e da una lunga frequentazione dei servizi; e trova un primo limite nella precarietà lavorativa di molti degli operatori e dunque dei servizi medesimi.

Dalla "cultura della prestazione medica" alla "cultura dei percorsi"

In un contesto caratterizzato dall'aumento dei costi per la sanità determinato dall'attuale panorama della malattia e del disagio e da richieste di cura spesso improprie che il sistema nel suo complesso, così come organizzato, non è in grado di tenere sotto controllo, diventa necessario recuperare il dominio sulle risorse di cura e sulla loro erogazione – in altri termini fronteggiare quella che Fassin (Fassin D. 1996) ha definito messa in causa della "funzione della regolazione economica", intesa come

una delle declinazioni di una più generale crisi della medicina, analizzata dal punto di vista dello Stato. Ciò avviene tanto attraverso un tentativo di controllo sulle prestazioni sanitarie erogate, mediante interventi finalizzati alla razionalizzazione e alla riduzione della consumazione delle cure, quanto mediante l'individuazione di nuove modalità di presa in carico dei malati in spazi alternativi a quello ospedaliero e comunque istituzionale. Il processo in atto presuppone, pertanto, in prima istanza, una nuova gestione dei corpi malati, che si concretizza in un decentramento delle attività di cura, ma anche in un passaggio da una "cultura della prestazione medica" ad una dei percorsi e per conseguenza da una cultura medica basata sul rapporto medico-paziente – e più generalmente operatore-paziente – ad una fondata sulla relazione tra un utente e il sistema dei servizi sanitari e socio-sanitari nel suo complesso.

Una delle espressioni di questa nuova "cultura dei percorsi" è proprio la creazione dei Punti unici di accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari. L'attività dei PUA dovrebbe muovere, come abbiamo visto, in due direzioni: una prima rivolta all'utenza e finalizzata all'accoglienza, all'informazione, all'orientamento del cittadino all'interno dei servizi e all'accompagnamento attraverso di essi, cui soggiace l'idea che la vera rivoluzione sia quella legata alla conoscenza e dunque alla possibilità di accesso alle informazioni stesse, e alla dimensione dell'ascolto (FASSIN D. 2007). Una seconda legata al rapporto con gli altri servizi e orientata a garantire la presa in carico e l'erogazione delle prestazioni appropriate e necessarie. L'esigenza di recuperare il dominio sulle risorse a disposizione, infatti, impone un controllo sull'intero percorso di ricerca di salute dei soggetti. Attraverso servizi come i PUA, allora, si cerca di "contenere" il cittadino all'interno del sistema dei servizi, in quanto corpo indisciplinato non tanto per la sua condizione di malato – come spesso rilevato dalla riflessione antropologica –, quanto per quella di potenziale utente-fruttor di un bene pubblico. In un contesto di crisi, non solo economica ma anche determinata dal cambiamento più generale del panorama epidemiologico e sociale, e di risorse limitate per bisogni che possono potenzialmente espandersi in maniera illimitata, il corpo in condizione di disagio che richiede un intervento dello Stato è un corpo economicamente dispendioso, non più inteso, come ha sottolineato Frankenberg (FRANKENBERG R. 2004), come un "produttore di domande", ma come un "consumatore di risposte". È un corpo che deve essere controllato e valutato per accertare la veridicità del bisogno e la conformità delle sue richieste e delle sue pratiche ad un modello di razionalità clinica ed organizzativa; ma è anche un corpo che deve essere contenuto attraverso un tentativo di standardizzazione dei

percorsi terapeutici e delle pratiche, processo che a sua volta determina una burocratizzazione della presa in carico dei pazienti-utenti da parte del sistema dei servizi. In questo contesto, l'equità diviene una forte "metafora di mobilitazione" (WRIGHT S. 1993, cit. in SHORE C. - WRIGHT S. 1997) – cioè una parola chiave a cui si associano significati e valori positivi, in grado di sostenere l'azione e attrarre il supporto delle masse –, il ricorso alla quale testimonia di una "evoluzione morale" (FASSIN D. 2005) nella legittimazione di interventi di salute pubblica.

Così, in nome della giustizia sociale e di una democratizzazione del ricorso alle risorse di cura, attraverso le attività quotidiane dell'apparato medico-burocratico e dei professionisti della presa in carico, lo Stato si iscrive negli individui e nelle loro pratiche, stabilendo la legittimità dei bisogni e delle richieste e i criteri di efficacia, in una prospettiva che appare, tuttavia, più orientata a garantire l'efficienza e la conservazione del sistema – e quindi a riprodurre le istituzioni di salute – che a tutelare situazioni di potenziale disagio.

L'accoglienza come pratica trasformativa

Nelle politiche sanitarie, il PUA è immaginato come un punto che "guarda" all'interno dei servizi piuttosto che all'esterno, orientato alla razionalizzazione delle risorse e al disciplinamento dei percorsi sulla base di una razionalità biomedica e organizzativa, ma incapace di muovere realmente verso il territorio; un punto di ingresso alle istituzioni piuttosto che alla presa in carico e alla cura, dunque funzionale alle istituzioni stesse, piuttosto che al cittadino. Nella prospettiva degli assistenti sociali coinvolti, al contrario, esso si sarebbe dovuto muovere verso il territorio, mediante un'azione che conducesse gli operatori stessi ad uscire dai servizi e individuare le risorse di assistenza che convivono nello spazio altro rispetto a quello istituzionale, il volontariato, ad esempio. Il PUA/PASS avrebbe dovuto dunque: «recuperare le risorse e generarne di nuove»⁽⁷⁾, accogliendo, prima ancora che i cittadini, il territorio e le sue potenzialità e spostandosi verso di esso, poiché la presa in carico presuppone movimento. Un'accoglienza ai servizi, dunque, che non sia esclusivamente attesa, "rivelazione" di un problema e sua interiorizzazione mediante la costruzione di un percorso, ma prima di tutto un "andare verso". Essa deve mettere in comunicazione l'interno e l'esterno dell'istituzione e svolgere un lavoro prima di tutto con la comunità, trasformando le stesse istituzioni da strutture che lavorano sul territorio in strutture che lavorano nel territorio, che

prima di tutto sono parte di esso e che da esso non possono prescindere, tanto in termini di risorse di cura e di presa in carico, quanto rispetto alla conoscenza dei bisogni del territorio stesso, al di là di quanto questo lascia emergere di sé attraverso le situazioni di disagio che arrivano ai servizi come richieste di aiuto. “L’andare verso” consentirebbe di raggiungere e penetrare quel silenzio in cui spesso versano proprio coloro che si trovano in condizione di maggiore bisogno e le cui sofferenze restano sovente estranee al sistema dei servizi.

Conclusioni

In una situazione come quella del Distretto sanitario in oggetto, la realizzazione del servizio aveva ottenuto un effetto paradossale: pensato come una misura orientata alla razionalizzazione e all’ottimizzazione delle risorse, il PUA necessitava di un investimento economico iniziale in termini, almeno, di spazi e di formazione del personale. La mancanza di queste condizioni era stato uno degli elementi che determinarono la creazione di un servizio che, almeno nel corso dei sette mesi che trascorsi al suo interno, di fatto assorbì più risorse di quante fosse in grado di recuperare, contribuendo ad alimentare, inoltre, la sfiducia degli operatori nei riguardi del sistema nel suo complesso. Esso si era così rivelato improduttivo dal punto di vista medico lungo una molteplicità di piani, superfluo o addirittura iatrogeno per il sistema di salute nel suo complesso. Richiamando personale dai servizi, infatti, all’interno di un sistema sanitario pubblico sempre più orientato alla sostenibilità economica, lo sottraeva alle necessità di assistenza dei singoli contesti di provenienza, già in forte carenza di organico, riducendo in questo modo l’efficacia dei servizi stessi.

Al di là del caso particolare preso in considerazione in questa sede, inoltre, una focalizzazione sull’accesso da parte delle politiche e, per conseguenza, della programmazione sanitaria, se non adeguatamente supportata da programmi che mirino a intervenire più ampiamente anche su altri determinanti sociali della salute – disparità rispetto alla dimensione lavorativa, alle possibilità di alloggio e di educazione, tra le altre – rischia di legittimare un processo di de-socializzazione della malattia e del disagio, che, orientandosi prevalentemente alla gestione del bisogno, ne oblitera e assolve le possibili cause sociali, contribuendo in questo modo alla loro riproduzione⁽⁸⁾ (YOUNG A. 1982).

La creazione di servizi come i PUA, infine, sembra avere una funzione più orientata ad una presa in carico della complessità attuale del sistema, che

delle condizioni di sofferenza fisica e/o sociale, che ad essi si rivolgono in cerca di aiuto e sostegno. Tali servizi, all'interno di un sistema sanitario pubblico provato dalla progressiva verticalizzazione, parcellizzazione e burocratizzazione seguite all'imposizione del modello aziendalistico, e dall'ingresso dei privati e di interessi particolari, possono finire per accentuare la frammentarietà già esistente e rischiare di moltiplicare i rimandi entro una situazione piramidale in cui le rigidità si accentuano piuttosto che affievolirsi. Enfatizzando, in questo modo, la lentezza e l'indifferenza dei meccanismi burocratici di fronte all'urgenza della malattia e del disagio, come il caso del signor Pietro ha mostrato, e trascurando l'impellente esigenza di una riformulazione, ormai improcrastinabile, dell'organizzazione dei servizi deputati all'assistenza, in termini almeno di semplificazione, ottimizzazione dell'impegno, spostamento delle risorse verso le cure primarie e la prevenzione e riallocazione dei poteri e delle competenze. Tale ripensamento, oltre che della valorizzazione della voce dei cittadini e delle istanze che provengono dal contesto sociale, potrebbe giovare della capitalizzazione delle prassi socio-sanitarie consolidate, dei punti di vista e delle pratiche degli attori dell'assistenza, nella prospettiva di rendere non solo la salute ma anche il sistema dei servizi di aiuto un bene comune⁽⁹⁾.

Note

⁽¹⁾ Un approccio integrato alla tutela della persona risente, tuttavia, di numerose difficoltà non solo legate ai singoli contesti, ma anche strutturali, tra queste, ad esempio, il fatto che ad una definizione dei Livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA) che è necessario garantire ai cittadini, anche sul territorio, non sia corrisposta un'analoga definizione dei LIVEAS, i Livelli essenziali di assistenza sociale che devono essere assicurati.

⁽²⁾ Sviluppato sulla base degli indirizzi di programmazione del Piano attuativo locale (PAL), gli obiettivi assegnati dalla Regione all'Azienda sanitaria e il Piano di zona del Municipio, è lo strumento con il quale vengono stabilite le politiche sanitarie e socio-sanitarie del Distretto.

⁽³⁾ Questo benché gli stessi operatori fossero convinti che le due SS indicassero socio-sanitario. Di qui il commento di una assistente sociale: «Noi siamo un PASS con una s sola!».

⁽⁴⁾ A cui si sarebbe giunti solo dopo un lungo processo di negoziazione che, nei fatti, sembrò ratificare più un reciproco riconoscimento delle porte di accoglienza già esistenti presso le due istituzioni, che una reale integrazione.

⁽⁵⁾ Proveniente comunque dai servizi sanitari del territorio del Distretto sanitario.

⁽⁶⁾ D.C. Assistente sociale, AsL. Conversazione informale, Roma 27 maggio 2009.

⁽⁷⁾ I. A. Assistente sociale, AsL. Intervista registrata, Roma 18 giugno 2009.

⁽⁸⁾ Nel suo articolo del 1982, Allan Young rifletteva, tra le altre cose, sul rapporto esistente tra produttività medica, intesa come l'impatto di pratiche e conoscenze cliniche specifiche sul piano della morbidità e mortalità dell'insieme della popolazione, e efficacia. L'Autore sottolineava come, se la produttività di un sistema medico chiama necessariamente in causa questioni connesse alle

abilità e conoscenze tecniche dei terapeuti, non in tutti i casi si può dire altrettanto del contrario. Esistono condizioni in cui i miglioramenti legati all'efficacia non comportano necessariamente un aumento della produttività del sistema nel suo complesso. L'Autore ne individuava tre: quando i miglioramenti vanno a benefici di gruppi specifici e di dimensioni ridotte, con effetti trascurabili rispetto all'insieme della popolazione; quando l'intera popolazione può beneficiare degli miglioramenti introdotti, i quali, tuttavia risultano efficaci solo a condizioni di utilizzo particolari; quando il principale effetto dei miglioramenti stessi è quello di determinare una de-socializzazione della malattia, che nasconde le cause sociali dei tassi di morbidità e mortalità. È a quest'ultima condizione che si intende fare riferimento, in questo caso.

⁽⁹⁾ Faccio riferimento, in questa occasione, alla definizione di Tullio Seppilli di bene comune, inteso non solo come bene posseduto "in comune", ma anche come prodotto che viene "costruito insieme" (SEPPILLI T. 2010)

Bibliografia

ANCONA Aldo (2008), *Sette buone ragioni per investire sui PUA*, pp. 5-7, in *Punto unico di accesso, Presa in carico, Continuità assistenziale*, "I Quaderni di Monitor", 2° Supplemento al n. 21 di "Monitor. Trimestrale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali", 2008.

ABÈLÈS Marc (2001), *Politica, gioco di spazi*, Meltemi, Roma.

ATKINSON Sarah J. (1993), *Anthropology in research on the quality of health services*, "Cad. Saúde Pública" [online], vol. 9, n. 3, 1993, pp. 283-299.

BELLENTANI Maria Donata - INGLESE Stefano Alessandro - BANCHERO Anna (2008), *Punto unico di accesso, Presa in carico, Continuità assistenziale*, pp. 8-22, in *Punto unico di accesso, Presa in carico, Continuità assistenziale*, "I Quaderni di Monitor", 2° Supplemento al n. 21 di "Monitor. Trimestrale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali", 2008.

BIBEAU Gilles (1994), *At work in the fields of public health: the abuse of rationality*, "Medical Anthropology Quarterly", vol. 11, n. 2, 1994, pp. 246-252.

CIPOLLA Costantino - GIARELLI GUIDO (curatori) (2002), *Dopo l'aziendalizzazione. Nuove strategie di governance in sanità*, "Salute e Società", anno I, n. 1, 2002, 224 p.

COZZI Donatella (curatore) (2012), *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario*, Morlacchi Editore University Press, Perugia.

FAINZANG Sylvie - SCHIRRIPI Pino - COMELLES Josep María - Van DONGEN Els (curatori) (2004), *Medical anthropology, welfare state and political engagement*, I. *Health, state and politics*, "AM. Rivista della società italiana di antropologia medica" n. 17-18, ottobre 2004, 328 p.

FASSIN Didier (1996), *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Presses Universitaires de France, Paris.

FASSIN Didier (2005), *Faire de la santé publique*, Éditions de l'École nationale de la santé publique, Rennes.

FASSIN Didier (2007), *Un ethos compassionevole. La sofferenza come linguaggio, l'ascolto come politica*, pp. 93-112, in QUARANTA Ivo (curatore), *Sofferenza sociale*, "Antropologia", anno I, n. 8, 2007.

FASSIN Didier - MEMMI Dominique (curatori) (2004), *Le gouvernement des corps*, Éditions de L'École des hautes études en sciences sociales, Paris.

GIARELLI Guido - GEYER Siegfried (curatori) (2006), *Prospettive europee sui sistemi sanitari che cambiano*, "Salute e Società", anno V, supplemento al n. 1, 2009.

Punto Unico di Accesso, Presa in Carico, Continuità Assistenziale (2008), "I Quaderni di Monitor", 2° Supplemento al n. 21 di "Monitor. Trimestrale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali", 2008.

ISEPPATO Ilaria - RIMONDINI Simona (curatori) (2009), *Le reti dell'accesso per la sanità e l'assistenza*, "Salute e Società", anno VII, supplemento al n. 1, 2009.

PIZZA Gianni - JOHANNESSEN Helle (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.

SEPPILLI Tullio (curatore) (2010), *Salute e sanità come beni comuni: per un nuovo sistema sanitario*, "Educazione sanitaria e Promozione della Salute", vol. 33, n. 4, ottobre-dicembre 2010, pp. 369-381.

SHORE Cris - WRIGHT Susan (1997), *Policy. A new field of anthropology*, pp. 3-39, in SHORE Cris - WRIGHT Susan (curatori), *Anthropology of policy. Critical perspectives on governance and power*, Routledge, London - New York.

WRIGHT Susan (curatore) (1994), *Anthropology of organizations*, Routledge, London - New York.

WRIGHT Susan (1993), *Mobilising metaphors: contested images of "individual" and "community" in contemporary British politics*, paper non pubblicato, "Sociology and Social Anthropology seminar", Hull University, 20 January 1993.

YOUNG Allan (1982), *The anthropology of illness and sickness*, "Annual Review of Anthropology", vol. 11, 1982, pp. 257-285.

Scheda sull'Autrice

Si è addottorata nel 2011 presso la Sapienza Università di Roma. Attualmente insegna, in qualità di docente a contratto, nel Corso di laurea di primo livello in Infermieristica, della Sapienza Università di Roma. Ha collaborato con l'Agenzia di sanità pubblica della Regione Lazio alla realizzazione di vari progetti, tra cui un'indagine sulla qualità percepita dei servizi, le storie di malattia e i percorsi di cura di pazienti affetti da artrite reumatoide, in cura in alcuni ospedali romani. 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. Tra le sue pubblicazioni *Dalla riproduzione alla manipolazione dello Stato: gli usi del capitale sociale nel welfare che cambia. Il caso dell'assistenza domiciliare sociale*. (AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica, n. 35-36, 2013); *Curare nel e sul territorio: integrazione e convivenza delle risorse di cura* (in PAVANELLO M. - VASCONI E. [curatori] 2011); *La promozione della salute e il valore del sangue. Antropologia medica e Sanità pubblica*, Bulzoni Editore, Roma); *Living a chronic illness: a condition between care and strategy* (in FAIZANG S. - HAXAIRE C. [curatori] 2011); *Of body and symptoms. Anthropological perspectives on their social and medical treatment*, URV, Tarragona); *Come parlano i corpi secchi: narrazioni di malattia in emodialisi* ("Errefe. La ricerca folklorica", 2009); *Vivere da malato: sorveglianza e resistenza* ("Rassegna Italiana di Sociologia", n. 1, 2009).

Riassunto

Culture in sanità. Politiche e pratiche dell'accesso e della presa in carico, in un Distretto sanitario di Roma

Le politiche sanitarie attualmente sono orientate ad un tentativo di gestione del mutato quadro epidemiologico, che vede un aumento delle malattie croniche e che è strettamente connesso al cambiamento demografico che sta investendo i paesi occidentali. Pressante si fa anche l'esigenza di razionalizzare l'utilizzo delle risorse esistenti e ottimizzare l'impegno, in modo particolare quello economico. Tra le risposte individuate in Italia vi è la creazione di Punti unici di accesso ai servizi sanitari e sociali (PUA). Intendendo la gestione del disagio da parte del sistema dei servizi come un campo costantemente soggetto a mutamenti e caratterizzato da pratiche quotidiane, relazioni di potere e una continuo processo di produzione di significati, nell'articolo si analizzano le politiche nazionali e locali, e le pratiche e i discorsi di alcuni operatori dei servizi e dirigenti medici coinvolti a vario livello nella gestione e nel funzionamento di un PUA all'interno di un Distretto sanitario romano e si tenta di riflettere su alcune questioni legate alla gestione istituzionale della sofferenza nel contesto dell'attuale sistema di welfare.

Parole chiave: politiche sanitarie, integrazione socio-sanitaria, presa in carico, accesso ai servizi.

Résumé

Cultures dans les services de santé. Politiques et pratiques de l'accès et de la prise en charge, dans un District sanitaire de Rome.

Les politiques de santé sont actuellement orientées vers une tentative de gestion du changement de la situation épidémiologique, qui voit une augmentation des maladies chroniques et est étroitement lié à l'évolution démographique qui caractérise les pays occidentaux. Il y a aussi le besoin de rationaliser l'utilisation des ressources existantes et d'éviter la multiplication des efforts, en particulier celui économique. Parmi les réponses identifiées en Italie, il y a la création de Points d'accès uniques aux services de santé et sociaux (PUA). En considérant la gestion de la souffrance de la part du système des services comme un domaine en constante évolution, caractérisé par des pratiques quotidiennes, des relations de pouvoir et un processus continu de production de sens, l'article analyse les politiques nationales et locales, les pratiques et les discours de certains travailleurs de santé et directeurs médicaux impliqués dans la gestion et l'organisation d'un PUA dans un District sanitaire de Rome, et essaye de réfléchir sur certaines questions liées à la gestion institutionnelle de la souffrance dans le cadre du système actuel du bien-être.

Mots clés: politiques de santé, prise en charge, intégration de services de santé e de services sociaux, accès aux services de santé.

Resumen

Culturas en el campo de la salud. Políticas y prácticas de acceso a los servicios y del cuidado de las personas en un distrito sanitario de Roma.

Las políticas sanitarias actualmente están orientadas hacia la gestión de un contexto epidemiológico cambiante, en el cual asistimos a un incremento de las enfermedades crónicas, estrictamente conectadas a los cambios demográficos que están involucrando los países occidentales. Es urgente la necesidad de racionalizar el uso de los recursos existentes y optimizar las inversiones económicas. Como respuesta, en Italia se han instituido los Puntos Únicos de Acceso (PUA) a los servicios sanitarios. La gestión del malestar de parte del sistema de los servicios se entiende como un campo constantemente sujeto a variaciones, caracterizado por prácticas cotidianas, relaciones de poder y un continuo proceso de producción de significados. Por tanto, en este artículo, se analizan las políticas nacionales e locales, las prácticas y los discursos de algunos operadores de los servicios y de los dirigentes médicos involucrados en los diferentes niveles de gestión y funcionamiento de un PUA insertado en un distrito sanitario de Roma. El intento es reflexionar sobre algunas cuestiones relativas a la gestión institucional del sufrimiento, en el contexto del actual sistema de welfare.

Palabras clave: políticas sanitarias, integración de los servicios sociales y sanitarios, atención sanitaria y social, acceso a los servicios sanitarios.

Abstract

Cultures in medical services. Policies and practices of access and taking care, in a health district of Rome.

The current health policies are oriented to manage the new epidemiological landscape, which is characterized by an increase of chronic diseases and is closely related to the demographic change that is affecting the western countries. There is also the need to rationalize the use of existing resources and optimize the efforts, especially the economic one. Among the answers found in Italy, there is the creation of Unique points of access to health and social services (PUA). Interpreting the management of suffering by the care delivery system as a field constantly subjected to changes, characterized by daily practices, power relations and a continuous process of production of meanings, the paper analyzes the national and local policies, as well as the practices and the speeches of some health workers and medical directors involved in the management and organization of a PUA in a Health district of Rome. Finally it highlights some issues related to the institutional management of suffering in the context of the current welfare system.

Keywords: health policies, take care, integration of health and social care services, access to health care delivery system.

*La reinvenzione del quotidiano nelle persone con tetraplegia**

Valentina Moro^{1,2}, Claudia Dall'Ora², Michele Scandola¹,
Leonardo Piasere¹

⁽¹⁾ CREAA: Centro di Ricerche Etnografiche e di Antropologia Applicata “Francesca Cappelletto”, Dipartimento di Filosofia, Pedagogia e Psicologia, Università di Verona

⁽²⁾ NPSY.Lab-VR: Laboratory of Neuropsychology - Verona”, Dipartimento di Filosofia, Pedagogia e Psicologia, Università di Verona

Premessa

Le pagine che seguono presentano i primi risultati di una ricerca interdisciplinare a cavallo tra neuroscienze, pedagogia e antropologia condotta nell'ambito del CREAA (Centro di ricerche etnografiche e di antropologia applicata “Francesca Cappelletto”) e del Laboratorio di neuropsicologia (NPSY.Lab-VR) dell'Università di Verona. L'indagine cerca di integrare metodologie osservative e analitiche plurime che permettano di sfruttare al meglio le elaborazioni proprie delle diverse discipline di provenienza dei ricercatori e che al contempo, attraverso una vicendevole relativizzazione, consentano una maggiore consapevolezza sulle potenzialità euristiche che si possono creare quando si costruiscono ambiti di indagine dai confini sovrapposti ma anche mobili e sfumati. La convinzione di fondo è che un'integrazione degli sguardi, volendo mantenere la classica metafora visualista, possa portare ad uno sguardo altro proprio perché gioca negli interstizi conflittuali delle discipline così come si sono storicamente costruite. Il mondo della disabilità motoria cronica e della tetraplegia è l'ambito eco-sociale in cui cerchiamo di realizzare questa sperimentazione. Dire che stiamo “muovendo i primi passi” in quest'indagine sarebbe una

* Testo definitivo del contributo presentato nella VI Sessione parallela (*Istituzioni e politiche sanitarie*) al 1° Convegno nazionale della SIAM, *Antropologia medica e strategie per la salute* (Roma 21-23 febbraio 2013).

metafora ben compresa dai lettori ambulanti, ma ironica per quei lettori paraplegici e tetraplegici che quei “primi passi” non potranno muoverli più. Anche le metafore dominanti servono a costruire quel mondo che, da un giorno all’altro, è diventato per loro una battaglia quotidiana, come l’ha definita Robert Murphy (MURPHY R.F. 1990: 141), l’antropologo della Columbia University che, divenuto paraplegico, descrisse il cambiamento subito del proprio “stare nel mondo”. Se Murphy può a giusto titolo essere considerato lo studioso che negli anni Ottanta del secolo scorso ha esplicitamente aperto il campo dell’antropologia della disabilità motoria attraverso l’autoetnografia della propria esperienza, è da segnalare che fra i precedenti vanno annoverati due studi usciti subito dopo la fine della Seconda guerra mondiale, un evento che provocò nel mondo migliaia di simili disabili: il primo è lo studio di un antropologo blasonato come David Schneider e riguardava i militari americani (SCHNEIDER D. 1947), mentre il secondo si presenta come un primo tentativo di analisi comparativa delle attitudini verso i disabili in contesti non occidentali (HANKS J. - HANKS L.M. 1948).

Se si citano questi precursori non è perché qui si voglia proporre la storia ancora poco articolata dell’antropologia della disabilità, ma solo per indicare che da tempo l’antropologia ha incrociato tale fenomeno. L’antropologia della disabilità è un settore di studi ormai ben consolidato, sia nell’ambito dell’antropologia medica che dei *disability studies*, come mostrano alcune recenti e utili panoramiche (REID-CUNNINGHAM A.R. 2009; GINSBURG F. - RAPP R. 2013); ci pare tuttavia che il passaggio da un’antropologia (per quanto “integrata”: BATTLES H. 2011), della disabilità ad un’antropologia delle disabilità stenti ancora a decollare. Quello che ci interessa qui è portare un contributo circoscritto, riguardante la costruzione del quotidiano da parte di persone colpite da tetraplegia, una delle forme più acute di disabilità motoria. Il nostro studio non vuole ridursi alla descrizione degli aspetti più distruttivi che la trasformazione del corpo ha imposto a chi ne è stato colpito, ma vuole focalizzarsi sulla, pur difficilissima, *pars construens* della loro condizione, in linea con quell’idea di una ricerca emancipatoria di cui parlano sia STONE e PRIESTLY (1996) che BATTLES (2011), una ricerca che sia cioè non di puro “sfruttamento scientifico”, ma impegnata contro l’oppressione che spesso le persone disabili subiscono. La lettura fenomenologica è consistente e di alto livello nella letteratura dei *disability studies* degli ultimi vent’anni, e quella sulla disabilità motoria, in particolare, ha portato ottimi contributi sullo studio della “re-incorporazione” delle persone colpite da varie forme di infermità permanente e costrette a fare uso della carrozzina (vedi ad

esempio TOOMBS S.K. 2001; WINANCE M. 2006; PAPADIMITRIOU C. 2008; STANDAL Ø. 2009, 2011). Così, Seymour definisce la re-incorporazione (*re-embodiment*) come «la ri-costituzione dell'auto-identità in relazione al nuovo stato corporeo della persona» (SEYMOUR W. 1998: 107). Tali letture fanno espresso riferimento alla filosofia di Maurice Merleau-Ponty e/o alla teoria della pratica di Bourdieu e/o, meno frequentemente, a quella dell'apprendimento situato di Jean Lave ed. Étienne Wenger, e sono di estremo interesse. Nella stessa linea, ma nella specifica attenzione posta alla costruzione di un quotidiano inteso come un insieme di micro-azioni, ci è sembrato che il concetto di “tattica” di Michel de Certeau (un autore che nella letteratura consultata è pressoché assente e, quando citato, di fatto non utilizzato: vedi ad esempio Rattray 2013) fosse altrettanto utile. È famoso il suo studio sull'uso degli oggetti nella costruzione del quotidiano e sulle retoriche del camminare (DE CERTEAU M. 2001). Gli studi sulla re-incorporazione si sono finora concentrati sull'analisi del “processo di riaggiustamento”, come lo chiama Myriam WINANCE (2006), tra sé e mondo, considerando il più delle volte il rapporto con gli ausili (ad esempio la sedia a rotelle) come un processo di estensione del sé, e gli oggetti come degli “inviti” all'azione, ma non si sono indagate, ci pare, le eventuali astuzie dei consumatori, i loro eventuali *bricolages*. Ora, pur ai confini dell'immobilità, anche i tetraplegici impongono un proprio uso agli oggetti, specie gli oggetti prodotti dall'industria della riabilitazione motoria stessa, ed è su questo aspetto che si concentrano le pagine che seguono⁽¹⁾.

La tetraplegia

Il film *Quasi amici* (2012), di Olivier Nakache ed Eric Toledano, offre squarci di vita quotidiana di una persona completamente paralizzata e mostra senza pietismi e al contempo senza creare eroi, ma con grandissimo senso della realtà, alcuni nodi cruciali della vita di un lesionato spinale. La nostra ricerca segue a suo modo lo spirito di quel film, concentrandosi appunto su alcuni aspetti della quotidianità di una persona che, avendo contribuito fino ad un certo momento della sua vita ad “inventare” un certo tipo di quotidiano, si trova da un giorno all'altro, o quasi, a doverlo “reinventare”, dal momento che, essendo cambiato il suo corpo-sé, è cambiata anche la relazione tra sé e il mondo.

Come noto, da un punto di vista neurologico la lesione spinale comporta l'interruzione della trasmissione dell'impulso nervoso dal sistema nervoso centrale (l'encefalo e il midollo spinale, che appunto subisce la lesione)

agli organi e strutture innervate dai nervi del sistema periferico, che appunto escono dalle radici del midollo spinale e si diffondono al sistema muscolo scheletrico e agli organi interni.

In Italia l'incidenza di lesioni midollari post-traumatiche viene stimata in circa 18-20 nuovi casi per milione di abitanti all'anno, e mostra un universo epidemiologico abbastanza preciso, visto che le cause più frequenti sono legate soprattutto ad eventi traumatici come gli incidenti stradali, gli infortuni sul lavoro, le cadute accidentali e i traumi sportivi. L'età al momento dell'evento mostra due picchi di frequenza, a 20 e 59 anni, e il rapporto maschi/femmine è di 4 a 1 (CONFERENZA STATO-REGIONI 2004). Se si eccettua l'assenza di paralizzati in seguito ad eventi bellici, abbiamo in Italia più o meno lo stesso universo epidemiologico descritto da Murphy per gli Stati Uniti degli anni Ottanta.

Le conseguenze sono devastanti: c'è la paralisi delle parti sottostanti la lesione, la perdita della sensibilità somatica, la perdita del controllo volontario degli organi interni e sindromi dolorose a volte assolutamente debilitanti (BRYCE T.N. - DIJKERS P.J.M. 2006; ULLRICH P.M. *et al.* 2008). Sono in questo momento oggetto di grande interesse la componente di percezione interocettiva, relativa cioè alle informazioni provenienti dagli organi interni (cuore, stomaco, intestino, ecc.) (FÜSTOS J. *et al.* 2012), autonoma (per esempio la sudorazione) (ALEXANDER M.S. 2008) e vestibolare (relativa ai sistemi dell'equilibrio connesso con le posture e i cambiamenti di posizione) (LOPEZ C. *et al.* 2008) che, essendo almeno parzialmente trasmesse dal sistema parasimpatico vagale, distinto dal sistema posteriore di trasmissione midollare, rimangono in parte conservate e arrivano a volte a costituire nel tetraplegico un raffinato sistema di conoscenza e controllo del corpo. L'unico disponibile, visto che i sistemi di percezione somato-sensoriale che veicolano le informazioni tattili e termiche, il senso di posizione delle diverse parti del corpo e il senso del movimento, vanno perduti. Nella persona tetraplegica noi assistiamo così ad una esaltazione di quei *Gestalt switches* di cui parla STANDAL (2009: 117-120, 2011), che sottolineano il passaggio dall'idea dell'“io sono un corpo” a quella dell'“io ho un corpo” e che rendono l'oggettivazione del corpo una caratteristica della disabilità. Tale caratteristica è qui amplificata.

Il quadro neurologico di tetraplegia si definisce quando la lesione midollare avviene tra i livelli vertebrali di C2-C6 e comporta la paralisi sia degli arti superiori che inferiori, compresa la muscolatura del tronco e, nelle lesioni più alte, la muscolatura del sistema respiratorio. Le lesioni che colpiscono i più bassi livelli cervicali comportano dei deficit agli arti superiori limitati

alle mani, mentre le lesioni sottostanti danno come esito la paraplegia, cioè la paralisi limitata alla parte inferiore del corpo. Le capacità funzionali sono dunque direttamente connesse con il livello di lesione. Ad esempio, con una lesione tra il livello C1 e C3 la persona ha una paralisi completa del tronco e dei quattro arti: respira con un ventilatore meccanico, essendo compromessa anche la muscolatura toracica, ma può utilizzare ausili informatici attraverso il movimento della testa e della bocca, quindi azionare un dispositivo di chiamata, leggere, usare un pc o un telefono o azionare un dispositivo di controllo ambientale, usare una carrozzina elettrica con sistema di controllo a mento, a testa o a soffio; può fare anche cose più piacevoli, come dipingere. Quando la lesione è a C6, una certa funzionalità residua della mano permette di estendere il polso, quindi l'individuo riesce a fare delle cose: per esempio, con un cinturino al palmo della mano riesce a tenere un rasoio, lo spazzolino da denti o la forchetta; può anche vestire la parte superiore del corpo e, se uomo, riuscire ad usare autonomamente il catetere per lo svuotamento della vescica (se donna, no).

Grande variabilità esiste in realtà tra le persone rispetto a quelle che sono chiamate le loro capacità residue, anche in riferimento al fatto che la lesione spinale può non essere completa. In questi casi, essendo il midollo sezionato solo in parte, il puzzle delle possibilità funzionali può variare notevolmente, in relazione ai fasci di fibre nervose rimasti integri e ai meccanismi riparativi, in realtà non sempre funzionali, che spontaneamente si attivano. Al di là di questi meccanismi strettamente biologici, un vastissimo raggio di possibilità si apre anche in queste condizioni estreme, legato a molteplici fattori che potremmo per semplicità raggruppare nelle categorie delle variabili di personalità, di contesto affettivo, di ambiente eco-culturale, in cui il caso pure gioca un ruolo ancora da considerare, ma che, ad ogni modo, si configura sempre come sociale, nel senso che forse più che negli stessi ambiti studiati da DE CERTEAU vediamo che «ciascuna individualità è il luogo in cui si espleta una pluralità incoerente (e spesso contraddittoria) delle sue determinazioni relazionali» (2001: 5). Mantenendo la metafora dello studioso francese, quali possono essere le attività di “bracconaggio” inventate da una persona colpita da lesione spinale che esita in tetraplegia nel tentativo di appropriarsi di un ordine dominante costruito da persone motoricamente integre?

La ricerca

Scopo dello studio è l'analisi neuropsicologica e al contempo culturale delle cosiddette possibilità funzionali residue di persone affette da tetra-

plegia grave, di come tali minime abilità motorie possano essere integrate in attività della vita quotidiana e, più in generale, di come gli individui possano riorganizzare la loro quotidianità. Lasciando l'osservazione dei deficit e delle "perdite" alla neurologia e alla psicologia⁽²⁾, l'idea è quella di individuare le modalità con cui queste persone affrontano la metamorfosi che il loro corpo-sé e la loro esistenza subiscono, cercando di assumere, con un procedimento tipicamente etnografico, come prospettiva di osservazione la loro prospettiva. Il termine "metamorfosi" viene qui ripreso dall'autoetnografia di Robert MURPHY stesso che, colpito da un tumore al midollo spinale, perde dapprima l'uso delle gambe per poi divenire progressivamente tetraplegico: «Disability is not simply a physical affair for us; it's our ontology, a condition of our being in the world» (p. 84). Ora, ci sono tanti modi di "esistere" o, con la terminologia heideggeriana, di "essere-nel-mondo", e a noi interessa soprattutto la ricostruzione di quell'essere-nel-mondo che SVENAEUS (2000) ha chiamato *homelikeness*, contrapposto all'*unhomelikeness*, e che potremmo tradurre con "essere-nel-mondo-come-a-casa" e "-non-come-a-casa", che non sono secondo noi due alternative irrimediabilmente opposte, ma i poli di un continuum di difficile determinazione.

La ricerca ha seguito le seguenti modalità interdisciplinari.

- 1) Inizialmente si è proceduto all'individuazione dei nominativi di potenziali interlocutori, individuati in base alle tipologie diagnostiche neurologiche. Nell'ambito della cura e della riabilitazione, infatti, tali classificazioni si configurano come vere e proprie costruzioni di cornici sociali in cui vengono collocati i pazienti e in base alle quali vengono predisposti i piani di azione rieducativi. Esse quindi si configurano come costruzioni eco-sociali che "collocano" un paziente. L'individuazione è stata possibile grazie alla mediazione del personale del Dipartimento di riabilitazione dell'Ospedale Sacro Cuore - Don Calabria di Negrar (provincia di Verona) e dell'Associazione GALM (Gruppo animazione lesionati midollari) di Verona. Dai contatti iniziali con 35 possibili partecipanti alla ricerca (tutti soggetti con lesione spinale sopra C5), sono state individuate 12 persone disponibili a collaborare allo studio, tutte con tetraplegia grave, anche quando incompleta (indice A.I.S. della scala dell'ASIA, livelli A o B)⁽³⁾ e livello di autonomia valutato come molto ridotto (S.C.I.M. III4, range di punteggio = 10-65). La drastica riduzione di numero non deve stupire, data la natura di un'indagine che in tale contesto, come vedremo subito, si presenta come alquanto invasiva. Si tratta di persone in fase di cronicità, e quindi stabilizzate da un punto di vista neurologico, con lesioni che sono avvenute dai

tre ai cinquant'anni precedenti lo studio, e con età variabile dai 17 ai 70 anni. La casistica rispecchia peraltro i dati epidemiologici generali rispetto al genere, che vedono un rapporto maschi/femmine di 4 a 1. Tra i dodici, ci sono infatti solo tre donne.

- 2) Dopo il primo contatto telefonico e la raccolta del primo consenso (cui è ovviamente seguita la firma del reale consenso informato) è avvenuto l'incontro diretto. Due di noi, Claudia Dall'Ora e Michele Scandola, si sono recati ai domicili dei partecipanti per un primo incontro di avvicinamento e conoscenza reciproca. Tramite un'intervista tenuamente strutturata si sono raccolte informazioni sulla storia clinica, il livello di lesione, le possibilità di movimento articolare, l'ampiezza dei movimenti, la forza residua, il grado di controllo motorio e la sensibilità residua nelle diverse parti del corpo. Quindi, si è affrontato il tema di quello che Robert Murphy chiama "la lotta per l'autonomia", nel nostro caso delle autonomie residue: le attività della vita quotidiana che l'individuo riesce ancora a fare da solo, quali con l'aiuto di ausili e quali solo con la presenza di un'altra persona. In molte situazioni, si è assistito ad un vero e proprio cambio di registro comunicativo nel momento in cui si è chiesta una ricostruzione "storica" di quali fossero le azioni che il soggetto non riusciva a fare dopo il trauma e che poi ha reimparato, di quali tattiche – per usare la famosa espressione di de Certeau – si fosse inventato, da solo o con l'aiuto dei famigliari⁽⁵⁾, quali fossero i suoi migliori successi. Il primo incontro si concludeva con la richiesta di autorizzazione a filmare alcune attività della vita quotidiana, scelte naturalmente dal partecipante, e alla programmazione di un secondo incontro per la registrazione del filmato.
- 3) La seconda visita è risultata quasi sempre più semplice per i ricercatori dal punto di vista emozionale e relazionale (non altrettanto si può dire per gli aspetti tecnici della registrazione dei filmati, a volte piuttosto problematica). Tornare in una realtà già conosciuta, per quanto poco, sapendo che chi aspetta ha l'entusiasmo e l'orgoglio di fare sapere che cosa può fare, quali traguardi ha raggiunto, quanti ostacoli ha superato – tutto questo cambia completamente il setting dell'incontro. Inoltre, in questo momento "dimostrativo" gli interlocutori aumentano, dato che entrano in scena famigliari, fidanzate o vicini di casa, diversamente coinvolti nel successo della registrazione. Le osservazioni spaziano da attività di "trasferimento" (dal letto alla carrozzina, dalla carrozzina alla macchina) a momenti riguardanti la cura di sé (farsi la barba, lavarsi i denti, mettersi la crema, preparare un cateterismo), all'uso del computer attraverso sistemi di controllo vocale e puntatori mouse

attivati con il capo, la scrittura e attività del tempo libero (sfogliare un libro, dipingere...).

- 4) L'incontro così creato ha permesso di ipotizzare un'ulteriore fase della ricerca. Se in un primo momento si pensava di concludere un'osservazione già troppo invasiva con il filmato, si è invece constatato che si era creata l'occasione di indagare altri aspetti della vita quotidiana, legati questa volta all'ambito dei desideri e delle aspettative. I contatti sono perciò proseguiti, qualche volta attraverso nuovi incontri, ma più spesso attraverso telefonate o scambi di posta elettronica in cui si sono sondati i desideri (quali sono quelle azioni anche giudicate banali che vorresti riuscire a fare?), il livello di autonomia percepita, i cambiamenti nelle relazioni sociali.
- 5) Non potendo applicare alla lettera la classica metodologia dell'osservazione partecipante, la ricerca sta proseguendo con un'altra modalità, con quello che Marianella SCLAVI (1989) ha chiamato lo *shadowing*, il "pedinamento", per cercare di entrare ancora più direttamente a contatto con il mondo della tetraplegia e la ricostruzione della quotidianità che essa richiede. Il metodo dello *shadowing* prevede che il ricercatore "pedini come un'ombra", con il suo consenso, l'interlocutore per una giornata intera o per lunghi periodi di una giornata. Ma l'applicazione di questa metodologia, che secondo Marianella Sclavi vuole essere "ironica", e che forse lo è fra gli studenti non disabili fra cui lei l'ha adottata, si sta rivelando estremamente complicata se esercitata fra i tetraplegici da ricercatori normodotati. Delle persone contattate, per quanto già note e con ottime relazioni con i ricercatori stessi, molte non si dichiarano disponibili a questa forma di osservazione riferendo il grande imbarazzo, per sé ma anche per i famigliari, che potrebbe creare una persona che le affianchi per lunghe parti della giornata. Ci sono alcuni momenti del giorno, in particolare le difficoltose routine del mattino o il momento del pranzo, che, dopo il lungo periodo di ospedalizzazione in cui ogni forma di intimità diventa in qualche modo condivisa, sembrano subire un processo di marcata re-intimizzazione che difficilmente si accetta di condividere con l'esterno.

Risultati

Come già detto si tratta di persone nella fase cronica della malattia (minimo tre anni dall'insorgenza del danno) che hanno subito un trauma per incidente stradale, sportivo (tuffi in acqua) o per cadute accidentali. Sono

tutti residenti in Veneto. 5 di loro hanno una lesione completa motoria e sensoriale (ASIA A.I.S. = A), mentre le altre 7 hanno un residuo sensoriale ma non motorio (ASIA A.I.S. = B). È interessante notare che, nonostante la paralisi, 8 di loro lavorano: ci sono un commercialista, due impiegati in studio tecnico, un operatore per una compagnia telefonica, una segretaria, un gestore di agriturismo e un pittore, mentre una ragazza studia. Solo tre risultano non occupati (livelli di lesione C5-C6), due donne e un uomo, ma solo uno di essi (il ragazzo) sembra effettivamente avere dei parametri di maggior gravità rispetto al resto del gruppo (ASIA A.I.S. = A e SCIM III = 16).

Le interviste sono molto ricche di spunti di analisi, ma qui ci limiteremo a trattare due argomenti, il corpo (e il dolore) e gli ausili, mentre tratteremo in altra occasione il tema dell'autonomia, un argomento molto sentito dagli interessati ma su cui c'è già abbondante letteratura.

Il corpo. La consapevolezza corporea è risultato di molteplici fattori di ordine somatico, viscerale, vestibolare, cognitivo, emozionale, sociale e culturale. È tuttavia fuori discussione che nella percezione che costantemente abbiamo di essere nel nostro corpo, di essere un corpo, nella percezione di un corpo spazialmente situato e nelle relazioni che creiamo tra noi e il mondo, le informazioni motorie e sensoriali che il nostro stesso corpo ci trasmette sono essenziali.

Nella tetraplegia, come visto, il corpo non si muove più e non trasmette più le normali sensazioni intero- ed esteroceettive. Paradossalmente, per certi versi, subisce un'intensificazione del senso di oggettivazione, di quel passaggio dal corpo-soggetto al corpo-oggetto di cui dicevamo, perché "si fa sentire" più di prima, senz'altro con il dolore. Con il dolore diffuso viene meno quella "trasparenza" del corpo di cui parla STANDAL (2009: 118), cioè viene meno il fatto per cui abitualmente non prestiamo attenzione al corpo nelle nostre attività. Ricerche dimostrano che un'alta percentuale di persone con lesione spinale (dal 75% fino all'81% in due studi americani - TURNES J. - CANDERAS D. 1999; ULLRICH P.M. *et al.* 2008, molti meno, circa il 25%, in uno studio tedesco - STORMER S. *et al.* 1997) riferisce dolori in una o più parti del corpo e il dolore risulta il fattore più fortemente correlato a una negativa percezione della qualità della vita in numerosi studi condotti su vasti campioni (MURRAY R.F. *et al.* 2007; STENSMAN R. *et al.* 1994). Alcuni autori sottolineano che probabilmente il fenomeno è sottostimato, dal momento che normalmente le persone riportano nelle interviste solo il dolore che vivono come il più forte o invalidante, omettendo gli altri; tali autori suggeriscono modalità

di rilevazione più ecologiche, come l'uso del diario (DE WILLIAMS A.C. *et al.* 2000), ma potremmo semplicemente suggerire che si potrebbe operare con l'osservazione prolungata nel tempo. Ci raccontano tre dei nostri intervistati, tutti con lesione completa motoria e sensoriale, secondo i criteri neurologici:

«A livello della mano e dell'addome anche un minimo sfioramento mi fa un male cane, è una cosa paurosa, anche solo tipo la canottiera...ora poi la muscolatura non è più quella di prima e non posso più fare tantissime cose...dal semplice scalino [che un assistente aiuta a fare sollevando la carrozzina] ...se non lo si fa con estrema calma...cioè, sento un male cane» (AF).

«Io devo fare fisioterapia sempre, perché dall'inizio io c'ho avuto un dolore proprio che cade, dall'innervazione lì che esce, qua dietro il trapezio, io ho sempre avuto dolore fin da subito e negli anni il dolore sta scendendo in giù, adesso si è focalizzato qua intorno al gluteo, per cui se io sto più di due o tre giorni che non mi muovo, mi annichilisco proprio» (GM).

«Adesso, io in questi giorni devo far venire l'estetista e quando taglio le unghie è una roba dolorosa, molto molto fastidiosa... e in questi anni è anche passato, un pochino, è un po' migliorato, ma fino a quattro, cinque anni fa anche lavare solo le mani era dolorosissimo ...cioè, anche adesso, ti faccio un esempio, che sono ferme, io sento che c'è qualcosa nelle mani come se mi si gonfiassero» (SC).

Il corpo, che si potrebbe pensare che non dovrebbe più “esistere”, reclama invece un posto privilegiato attraverso le illusioni corporee. Questa sensazione delle mani che si gonfiano, o di parti del corpo che vengono percepite come più massicce o più lunghe del reale, richiama degli studi degli anni Settanta del Novecento (CONOMY J.P. 1973; oggi ripresi anche in forma sperimentale: FUENTES C.T. *et al.* 2013) che, attraverso modalità cliniche ed interviste, mostravano la possibile evenienza in soggetti con lesione spinale, sia in fase acuta che nei periodi successivi, di illusioni somatiche, appunto. Poteva trattarsi della percezione degli arti in una posizione diversa da quella reale, della fluttuazione di parti del corpo verso l'alto, di movimenti involontari (accompagnati da fatica muscolare), di posture dolorose (ad esempio le gambe piegate sotto la schiena o intrappolate tra le sponde del letto, le dita dei piedi aggrovigliate) o di alterazione della massa, delle dimensioni o della continuità corporea (parte della gamba che scompare, aumento di dimensioni di parti del corpo).

Oltre al dolore e all'insorgenza di illusioni corporee, un terzo aspetto emerso dalla nostra indagine riguarda la necessità di un nuovo rapporto del sé con gli organi interni e in particolare circa la gestione delle funzioni vescicali ed intestinali:

«Siccome un problema del para-tetraplegico è quello delle infezioni urinarie, devo procedere a un trattamento attraverso un cateterismo ad intermittenza per evitare la

persistenza di flora batterica all'interno (con conseguenti infezioni urinarie) per cui oggi faccio comunque un tre-quattro cateterismi al giorno...io bevo tantissimo, che aiuta tantissimo anche a livello di funzionalità intestinale...per l'intestino uso lassativi chimici, ma non solo. Più che quelle menate strane prendo yogurt, kiwi, frutta. Prima mi avete aspettato perché dovevo mangiare tre kiwi che mi servono perché domani vado in bagno. Svuoto ogni due giorni, cioè io faccio tipo ieri, giovedì, domani sabato lo rifaccio, poi vado a lunedì, mercoledì... a giorni alterni. Tutto questo viene gestito con un'estrema regolarità, nel senso che io vado in bagno alle otto di mattina, a seconda degli impegni che ho in ufficio chiaramente» (DM).

Che la malattia e la disabilità cambino la relazione col tempo è stato sottolineato da diversi autori (ad esempio, TOOMBS S.K. 1992; STANDAL Ø. 2009: 114), e dalle narrative vediamo che la giornata è scandita primariamente dalle esigenze del corpo e dalla necessità psico-fisica di mantenerlo in equilibrio. La dieta alimentare, gli orari in cui espletare le funzioni intestinali e vescicali e la fisioterapia:

«aiuta tantissimo la statica (fatta ogni giorno), perché in posizione eretta comunque carichi, l'intestino con la gravità si abbassa e ovviamente aiuta, per quello nel mio training settimanale io faccio tre volte alla settimana con un fisioterapista che è bravissimo. Faccio esercizio che non è solo pulizia articolare» (DM).

Uno studio tedesco (BLOEMEN-VRENCKEN J.H.A. *et al.*, 2007) effettuato su 410 persone (di cui il 21% affette da tetraplegia completa, il 13% da tetraplegia incompleta, il 47,9% da paraplegia completa e il 17,9% da paraplegia incompleta) fornisce dei numeri che esprimono chiaramente quanto il controllo del corpo diventi parte centrale della quotidianità del lesionato spinale e ne scandisca i tempi: il 59% di loro riferisce di fare continuamente attenzione alla possibilità di sviluppare arrossamenti o piaghe quando dorme; il 60,3% controlla giornalmente le possibili aree di rossore della pelle; il 57,4% riferisce di fare continuamente attenzione a non urtare le gambe e i piedi durante i trasferimenti; il 46,9% controlla sempre il colore delle urine e il 17,2 lo fa spesso; il 74% beve sempre o quasi sempre due litri di acqua al giorno e il 73,7% riferisce di fare molta attenzione alla sua alimentazione per garantire la funzionalità intestinale; il 70% circa sta costantemente attento ad eventuali sintomi autonomici (sbadigli, mal di testa, arrossamento del viso) che possono essere campanelli di problemi di pressione arteriosa, funzionalità intestinale o vescicale, ecc. Con tutta l'attenzione richiesta quotidianamente per tenere sotto controllo tutto questo, non stupisce che molti pazienti riferiscano una continua percezione di fatica, non solo muscolare ma che più in generale coinvolge la sfera fisica, cognitiva ed emozionale, quella "fatica esistenziale" di cui parla Kay TOOMBS (2001: 253). È come se si vivesse uno squilibrio costante tra l'energia richiesta per effettuare i compiti della routine quotidiana e l'energia disponibile (HAMMELL K.W. *et al.* 2009).

La fisioterapia sembra avere un ruolo particolarmente importante nella percezione corporea di queste persone:

«Io ho bisogno che mi tocchino, che mi massaggino, che mi muovano»;

«serve la fisioterapia, come faccio io ogni giorno, per tenere le articolazioni mobilizzate perché se si calcificano è un casino....o che nel caso esca qualche soluzione (si riferisce agli studi sulle staminali) che dopo ti trovi....a essere bloccato»;

«fare la statica mi aiuta perché qui carico sulle articolazioni, carico sulle ossa quindi per evitare problemi di osteoporosi... e perché comunque se hai sempre una visione da un metro e venti durante il giorno, dal punto di vista psicologico sulla statica rivedi la tua altezza, rivedi le tue cose come le vedevi prima dell'incidente» (DM).

Rispetto a tutti questi aspetti di problematicità, dalla ricerca emergono anche dati che mostrano l'ambivalenza della centralità del corpo, poiché questo, messo a così dura prova, fonte di dolore e fatica, vissuto come limite dell'espressività individuale, è spesso il "luogo" dei più importanti successi nella ricostruzione della quotidianità:

«Beh, io senz'altro volevo avere il controllo del tronco e quello l'ho conquistato decisamente, perché comunque con il controllo del tronco hai anche una postura migliore in carrozzina, hai meno problemi a livello di dolori alla schiena e altre cose e hai una qualità della vita nel quotidiano notevole, puoi spostarti, puoi stare in auto, in aereo senza cinghie» (BM);

«Il mio grande desiderio era riuscire a grattarmi il naso...ora dipingo, preparo la tavolozza, la tela...dipingo orizzontale, sdraiato sul letto, metto il pennello in bocca e faccio le mie cose» (EB);

«Ora riesco a spingere la carrozzina, a mangiare con l'aiuto di un cucchiaino con il manico grosso...però gli altri mi devono tagliare il cibo» (MM);

«Sì, all'inizio al primo ricovero dopo l'incidente mi avevano detto che le mani non le avrei più mosse, dopo invece ho cominciato a scrivere da solo e secondo me è stato un bel traguardo anche quello...e dopo anche il fatto stesso dei cateterismi, ho imparato a farli da solo, prima dipendeva dai miei genitori, due volte al giorno» (EF);

«Salire in macchina» (MV);

«Canto, ho dato l'anima per riuscire a ritornare a cantare anche perché ho avuto la tracheotomia per quasi sei mesi» (SC).

In queste testimonianze appare evidente che il corpo non è mai "da solo", che il corpo diventa il luogo del successo specie nel suo rapporto col mondo, con la fisicità del mondo, con i suoi oggetti. Fra questi, nella vita dei tetraplegici di oggi un posto fondamentale è riservato ai cosiddetti ausili.

Gli ausili. Gli ausili all'autonomia sono quegli strumenti, a volte ideati ad hoc, ma spesso anche reperiti tra gli oggetti della vita quotidiana e "rifunzionalizzati", che permettono alla persona di svolgere azioni quotidiane altrimenti impossibili. Il più eclatante esempio di ausilio

è ovviamente la carrozzina, indispensabile nei lesionati spinali per gli spostamenti. I nostri incontri mettono in luce un rapporto strano e a volte ambivalente con gli ausili (al riguardo vedi anche WINANCE M. 2006). All'inizio dell'intervista le persone riferiscono molto spesso di non usare alcun tipo di ausilio e di arrangiarsi con altre strategie. Sembrano dimenticare il fatto di spostarsi su una carrozzina, di ricorrere a cateterismi quotidiani o di usare il computer tramite comando vocale come strumento di relazione con il mondo esterno. L'utilizzo costante e quotidiano di certi ausili, li fa diventare qualcosa di scontato, essi vengono "incorporati" nella sfera personale, come testimonia anche STANDAL Ø. (2011), per cui l'individuo non ricorda neanche di averli se non espressamente sollecitato da domande specifiche. Qualche interlocutore si riferisce alla carrozzina come a "*una parte di me*", confermando l'interpretazione di Christina PAPADIMITRIOU (2008: 695) che parla della sedia a rotelle come di una "estensione del sé".

Un'interessante etnografia svolta da Myriam WINANCE presso le Services régionaux d'aide et d'information dell'Association française contre les myopathies (2006) affronta proprio il tema di quello che l'autrice chiama «il processo di aggiustamento», analizzato durante l'osservazione del momento della scelta e del "collaudo" della carrozzina, quando cioè il diretto interessato, qualche familiare, il fisioterapista e il terapeuta occupazionale individuano e poi provano l'ausilio. In questo processo tutto il mondo del paralizzato, l'ambiente fisico, le opportunità, le relazioni, le aspettative, viene setacciato alla ricerca dello strumento che sia più funzionale, come a dire che apra il maggior numero di possibilità (metterlo in macchina, fare sport, entrare in ascensore) e che ne chiuda il meno possibile (non sia troppo instabile, sia resistente, ecc.). In questa fase, dice l'Autrice, gli attori mettono in crisi l'idea di persona (di cui parla tanta letteratura antropologica) e la ridefiniscono, la aprono e la rimodellano. Si attua infatti una negoziazione tra individuo e ausilio che è anche una trasformazione del mondo in cui la persona vive (STANDAL Ø., 2011; PAPADIMITRIOU C., 2008). È una trasformazione di due "materialità" che arriva a intersecarle in una comune materialità, intesa come forza o resistenza della loro unione. È facile immaginare che questo aggiustamento sarà per forza di cose anche di tipo emozionale, indispensabile perché la persona diventi "una con il suo ausilio" e il suo agire diventi armonico. Winance dice che l'ausilio, una volta personalizzato, diventa protesi, cioè diventa parte del corpo (e della persona) nel senso che modifica il modo in cui la persona percepisce, si muove e si relaziona al mondo. Nel processo di aggiustamento emozionale, la carrozzina non

è più un ausilio ma un mediatore dell'agire. Cambia allora la relazione tra ciò che è persona e ciò che è mondo.

STANDAL (2009), in uno studio tramite interviste e osservazioni, mostra come i partecipanti esprimano la trasformazione del loro rapporto con la carrozzina: inizialmente percepita come un corpo estraneo a cui resistere, si trasforma, almeno in molti casi, per essere esperita come parte integrale del proprio corpo. Due processi diversi e complementari si realizzerebbero: da un lato la carrozzina diventa parte del corpo di chi la usa (*incorporation*: movimento verso l'interno del corpo) e dall'altro l'utilizzatore della carrozzina diventa parte di un oggetto esterno (*en-wheeled*: movimento verso il mondo esterno) (STANDAL Ø., 2011).

Dalla nostra ricerca appare che in tutti questi processi già in parte noti, avviene però anche qualcos'altro, cioè quell'astuzia del consumatore di cui parla DE CERTEAU (2001), quell'astuzia e cocciutaggine del debole che lotta col potente (in questo caso la disabilità stessa) sfruttando i suoi stessi strumenti e inventando come dice il seguente interlocutore nuove "tecniche" che nessun riabilitatore potrà mai insegnarti perché solo il corpo-soggetto può realizzare sul proprio corpo-oggetto:

«Ma sai, alla fine non credo che sia perché sono venuti fuori dei movimenti nuovi, alla fine è perché a furia di fare le cose trovi il modo di farle,...anche salire in macchina non è stato semplice, caricare la carrozzina, è che a furia di farlo, ci sbatti la testa, cadi, continui e...eh è la macchina! Devi usarla! Se vuoi fare un po' gli affari tuoi devi usarla, per cui trovi gli agganci, non lo so...Sali in macchina, stai per prendere la carrozzina, e...cadi. Il controllo del tronco non c'è, allora ti attacchi al volante...inizi, trovi delle tecniche, il modo, gli appigli, i denti...sì sono tecniche, non è che acquisisci dei movimenti» (NB).

La sequenza di foto della Figura 1 sono un'illustrazione delle parole di NB, tetraplegico con con lesione C5 (ASIA A.I.S. = B), e mostra come egli riesca da solo a salire e scendere dall'auto che egli stesso guida, smontando, caricando e rimontando la carrozzina. Tutto questo viene effettuato con il solo uso dei muscoli del collo e delle spalle (deltoide, trapezio, elevatore della scapola, sternocleidomastoidei). Tale funzionalità residua non sarebbe tuttavia sufficiente se NB non fosse diventato un esperto nell'uso e nel controllo degli sbilanciamenti del tronco (che permettono di sfruttare la forza indotta dallo spostamento del peso corporeo) e di alcune retrazioni muscolo-tendinee che diventano funzionali garantendo per esempio la flessione del gomito, l'estensione del polso e la presa ad uncino delle dita.

Se le parole di NB, riportate sopra, sembrano rimandare direttamente o indirettamente alle "tecniche del corpo" di Mauss, all'"habitus" di

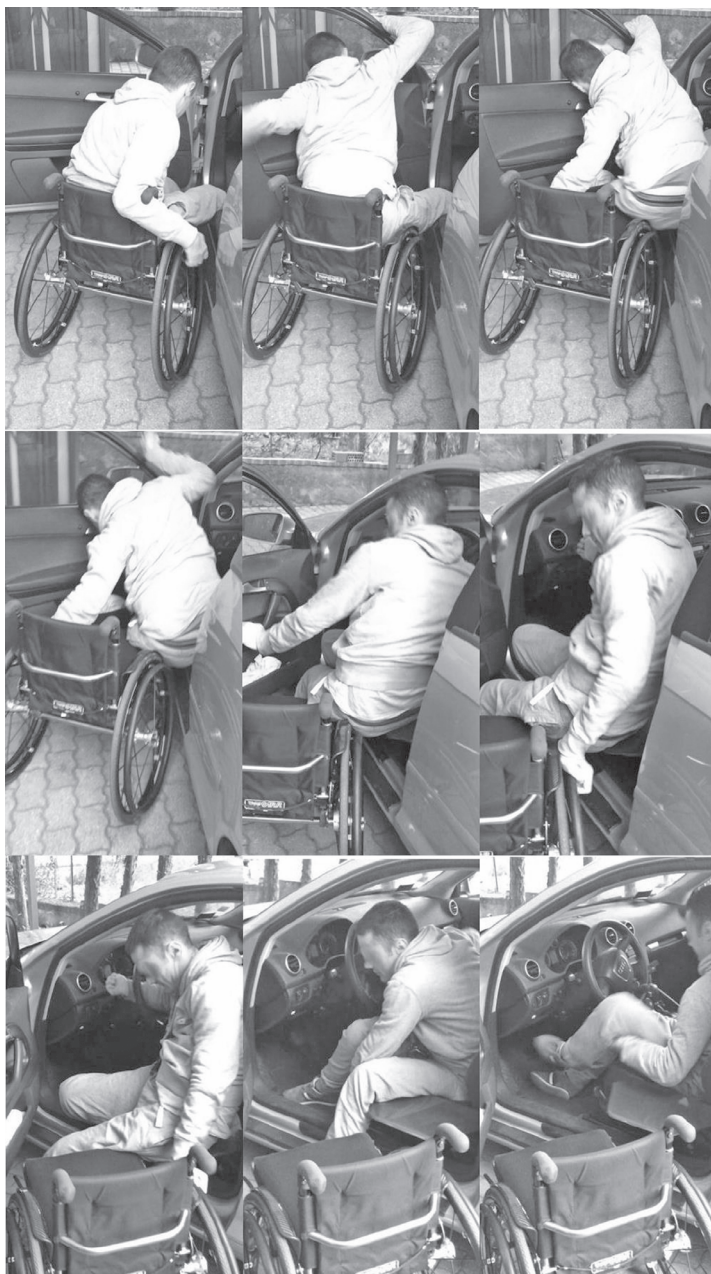


Figura 1

Bourdieu, all'“incorporazione” di tanta antropologia fenomenologica, le immagini che lo mostrano nei suoi movimenti carrozzina-auto-carrozzina rievocano forse più la metafora bellica della “battaglia” quotidiana usata da Murphy e citata sopra. Il concetto di “incorporazione”, come ben mostrato da Giovanni PIZZA (2005), definisce le modalità attraverso le quali gli esseri umani vivono l'esperienza del corpo-sé nel mondo e ne producono la rappresentazione. Ma in seguito ad una lesione spinale sono queste modalità che cambiano: il corpo comincia a muoversi nuovamente nel mondo, autonomamente o no, in modo diverso da prima e con efficacia diversa, sempre e comunque su una carrozzina, un ausilio che porta a cambiare il proprio punto di vista nel senso letterale dell'espressione, visto che si vive la giornata osservando e sperimentando l'ambiente da una minore altezza rispetto a prima. Queste nuove modalità di stare nel mondo impongono una risignificazione nel proprio rapporto con il mondo stesso. Ed è in questa risignificazione che troviamo la pertinenza per quell'analisi “polemologica” proposta da DE CERTEAU (2001: 13): se di per sé il consumatore svolge “un'attività astuta, dispersa” (p. 7), che gioca “con l'economia culturale dominante” (p. 8) e crea un “misto di riti e bricolage” e manipolazioni di spazi (p. 11), il consumatore tetraplegico esalta visibilmente queste furberie poietiche nella sua lotta per vivere in un ambiente costruito per altri corpi e diventato ostile. Egli esalta queste pratiche che, per raggiungere quelli che i riabilitatori chiamano “gradi di autonomia”, arrivano a sviare le “nostre logiche” (p. 12), di noi ambulanti bipedi, arrivano a costruire, come si vede dalle foto, pratiche tanto poetiche in sé, quanto bellicose, quanto totalizzanti: quanti avrebbero mai pensato che si possano usare i denti per salire in macchina? MURPHY (1990: 61) diceva di aver evitato il più possibile l'uso della sedia a rotelle non solo perché era scomoda, ma soprattutto perché era il simbolo della disabilità stessa che lo colpiva. Diventano allora altamente significative del processo di risignificazione le immagini del nostro interlocutore tetraplegico che, letteralmente smontando e rimontando questo simbolo della sua disabilità, impone il suo dominio di debole in un mondo d'altri che vuole rifar suo.

Quanto queste tattiche del corpo, che rimodellano tecniche del corpo culturalmente dominanti, possano influire nei processi di incorporazione è ancora da studiare, ma ci sembra che la loro analisi potrà essere molto utile per disambiguare il concetto stesso di incorporazione/*embodiment* che ultimamente è stato usato a iosa (SHEETS-JOHNSTONE M. 2011).

Da questo punto di vista, l'apporto delle neuroscienze potrà essere importante. Ad esempio, si sta in questi anni facendo sempre più evidente come

i cambiamenti avvenuti nelle strutture cosiddette periferiche siano in grado di modellare l'organizzazione del sistema nervoso centrale. Alcuni studi dimostrano l'esistenza di plasticità cerebrale nelle cortecce motorie e somato-sensoriali dopo lesione spinale (FREUND P. *et al.* 2011; HENDERSON L.A. *et al.* 2011). Inoltre, dei cambiamenti a livello di percezione e rappresentazione corporea sono stati sperimentalmente dimostrati (PERNIGO S. *et al.* 2012; SCANDOLA M. *et al.* 2014), espressione dell'esistenza di una plasticità che va oltre le cortecce motorie e che riguarda più ampi sistemi di consapevolezza corporea.

Anche a proposito di incorporazione è interessante sottolineare come le neuroscienze stiano dimostrando che questi processi attivano dei correlati biologici. È stato infatti dimostrato che l'uso prolungato di un oggetto (per esempio un bastone) modifica le reti nervose implicate nella rappresentazione mentale dello spazio. In particolare, esso allarga le dimensioni del cosiddetto spazio peri-personale, o spazio d'azione, che costituisce quella parte di spazio attorno al corpo all'interno della quale la persona può agire senza dover spostarsi (si veda per esempio SPOSITO A. *et al.* 2012; Scandola *et al.* in preparazione). Anche in questo caso, la "pratica" modella la biologia.

Altrettanto interessante ci pare quella fase in cui la persona "resiste" all'ausilio. Nelle nostre interviste questo aspetto emerge con prepotenza:

«Sì, il cinturino [pensato per l'uso della forchetta] io l'ho tenuto due mesi, dopo l'ho buttato via...ero impedito a mangiare con quell'affare...e mettere dentro la forchetta ogni volta....ho detto: "la prendo in mano io la forchetta" e piano piano» (EF);

«Ci sono degli altri ausili che ti danno una mano, tipo per aprire le lattine...ecco a me non è che piacciono tanto quelle cose lì, a dir la verità...e allora "me rangio".. anche per aprire i succhi...li svito con la bocca» (NB);

«Al cinturino abbiamo preferito usare il cucchiaino di casa, con attorno un po' di tutto finché non diventa grosso, così lo prendo... Al ristorante per alzare i tavoli bassi dove non passa la carrozzina, ci portavamo dei tappi di sughero di damigiana, e li alzavamo» (EB).

In molti casi, l'adattamento di oggetti quotidiani sembra essere più accettabile, forse più "normale" anche quando in realtà diventa molto più macchinoso.

Tutto il processo di messa in discussione della propria individualità e di trasformazione del proprio essere-nel-mondo prima discusso non può che essere lungo e doloroso e forse, per essere disposti ad affrontarlo, la posta in gioco deve essere davvero importante: muoversi, usare la macchina, poter accedere a un computer e al mondo di internet... Per altre azioni quotidiane, compromessi meno radicali sembrano più che sufficienti.

Questa ipotesi trova conferma in una terza dimensione del rapporto con l'ausilio: la sua invenzione nel senso materiale del termine. Alcuni pazienti ci raccontano la progettazione e realizzazione di personali strumenti che permettono loro di fare ciò che amano: una "comoda" (carrozzina utilizzata per espletare le funzioni di evacuazione intestinale) totalmente smontabile, in alluminio, che si può trasportare tranquillamente in aereo in una valigia semirigida (DM), uno speciale poggiapiedi da viaggio, per ridurre il rischio di possibili piaghe da decubito (MLO), un sistema di basculaggio per inserire la carrozzina in automobile (EB):

«cerco sempre di usare tecnologie facilmente reperibili, avevo chiesto di farmi fare la carrozzina in carbonio però a me è capitato in Perù di rompere la carrozzella e là me l'hanno saldata, se la faccio in carbonio torno a casa con lo spago... le cose semplici, banali, funzionano sempre» (EB).

Così, c'è chi si è creato il suo personale leggio, chi la speciale presa per la tavolozza che gli serve per dipingere....

Epilogo

Vediamo che rinegoziare la quotidianità diventa per un tetraplegico una re-incorporazione di nuovi ritmi, di nuovi tempi, di nuove priorità, di nuovi luoghi, di nuovi oggetti, di nuove modalità per affrontare le cose della vita. In questa ricostruzione i desideri rimangono vivi, anche quando le impari forze del tuo rapporto con la fisicità del mondo sembrano renderli inasudibili, come dimostra il fatto che una buona parte di tetraplegici continua a camminare, danzare e correre, anche se soltanto nei sogni (SAURAT M.T. *et al.* 2011). Il rapporto nei para- e tetraplegici tra tattiche e sogni "di resistenza" e di "ricostruzione" è tutto da studiare, ma è chiaro che sono proprio quei desideri rimasti vivi che, quando riconosciuti, aprono all'individuo uno spazio di creatività potenzialmente infinito, che garantisce la possibilità di una nuova gratificante reinvenzione del quotidiano.

Ringraziamenti

La ricerca si sta realizzando grazie al prezioso contributo di alcune persone: Renato Avesani, Direttore del Dipartimento di riabilitazione dell'Ospedale Sacro Cuore - Don Calabria, Negrar (provincia di Verona); Giovanni Brunelli, Fisioterapista presso la stessa struttura; i membri del GAlM (Gruppo animazione lesionati midollari, Sezione di Verona); i partecipanti: MM, EF, MV, DM, PB, SC, AF, NB, SF, MLO, EB, GM. A tutti va il nostro grande ringraziamento. Ringraziamo anche Giovanni Piza per gli utilissimi suggerimenti bibliografici.

Note

⁽¹⁾ Anche il modo in cui è redatto il presente articolo vuole essere sperimentale, cercando di ottemperare a modalità multiple e fondendo esigenze di trasferimento tipiche delle discipline di provenienza degli autori. Così, viene mantenuta la modalità (non in uso in antropologia) che non si limita a indicare solo l'autorialità di chi ha redatto il testo, ma di tutti coloro che sono intervenuti nelle diverse fasi della ricerca.

⁽²⁾ Un'interessante raccolta di narrative è reperibile in COLE J., 2004.

⁽³⁾ La classificazione dell'American spinal injury association (ASIA) è lo strumento neurologico di valutazione della gravità del danno da lesione spinale più utilizzato nel mondo (KIRSHBLUM S.C. *et al.* 2011). È divisa in due parti perché valuta la funzione motoria e sensoriale dei diversi distretti corporei. Per il deficit motorio, la scala utilizza dei muscoli-chiave di cui valuta la funzionalità contrattile (scala 0-5, dove 0 = paralisi totale, 1 = contrazione palpabile o visibile ma senza movimento, 2 = movimento attivo in assenza di gravità, 3 = movimento attivo contro gravità, 4 = movimento contro moderata resistenza, 5 = movimento contro resistenza con forza normale). La sensibilità tattile e dolorifica viene valutata nei diversi dermatomeri come presente o assente. In aggiunta alla valutazione motoria e sensoriale, viene effettuata anche una valutazione della completezza della lesione, l'indice A.I.S (ASIA Impairment Scale). Il punteggio della scala è poi espresso in lettere: A = paralisi completa, senza alcuna funzione motoria o sensitiva ai segmenti sacrali S4-S5; B = è conservata la funzione sensoriale ma non la motoria sotto il livello di lesione e ai livelli S4-S5; C = sotto il livello di lesione più della metà dei muscoli chiave hanno una forza inferiore a 3; D = sotto il livello di lesione più della metà dei muscoli chiave hanno forza superiore a 3; E = le funzioni motorie e sensoriali sono normali.

⁽⁴⁾ Spinal cord independence measure III (ITZKOVICH M. *et al.* 2007; INVERNIZZI M. *et al.* 2010) è una scala di autonomia ideata specificatamente per le lesioni spinali e che valuta: 1) la cura di sé (alimentazione, fare il bagno, vestirsi, punteggio 0-20); 2) la respirazione, la gestione sfinterica vescicale e intestinale e l'uso del bagno (punteggio: 0-40); 3) gli spostamenti (nel letto, trasferimenti letto-carrozzina-wc-doccia-automobile, spostamenti in ambienti interni ed esterni, la gestione delle scale, ecc. - punteggio: 0-40). Il punteggio totale va da 0 a 100, dove ogni voce 0 indica la necessità di assistenza completa e 100 il massimo punteggio di autonomia risultante dai punteggi delle tre parti.

⁽⁵⁾ La presente ricerca non ha indagato il tema della ricostruzione della propria vita su cui sono impegnati anche i famigliari di una persona diventata tetraplegica; su questo aspetto, innovative sono le ricerche di RAPP R. - GINSBURG F. (2001, 2011).

Bibliografia

- ALEXANDER Marca (2008), *Autonomic function and spinal cord injury: are we at a crossroads?* "Spinal Cord", vol. XLVI, 2008, pp. 402-405.
- BATTLES Heather (2011), *Toward engagement. Exploring the prospects for an integrated anthropolog of disability*, "Explorations in Anthropology", vol. 11, n. 1, 2011, pp. 107-124.
- BLOEMEN-VRENCKEN Jos H. A. - POST Marcel W. - HENDRIKS Jetoen M. - DE REUS Edward C. - DE WITTE Luc P. (2005), *Health problems of persons with spinal cord injury living in the Netherlands*, "Disability and Rehabilitation", vol. XXVII, n. 22, 2005, pp. 1381-1389.
- BRYCE Thomas N. - DIJKERS Marcel PJM. (2006), *Assessment of pain after SCI in clinical trials*, "Topics Spinal Cord Injury Rehabilitation", vol. XI, n. 3, 2006, pp. 50-68.
- COLE Jonathan (2004), *Still lives. Narratives of Spinal cord injury*, MIT Press, Cambridge (Massachusetts).
- CONOMY John P. (1973), *Disorders of body image after spinal cord injury*, "Neurology", vol. XXIII, 1973, pp. 842-850.

DE WILLIAMS Amanda C. - DAVIES Huw Talfryn Oakley - CHADURY Yasmin (2000), *Simple pain rating scales hide complex idiosyncratic meanings*, "Pain", vol. LXXXV, 2000, pp. 457-463.

CONFERENZA STATO-REGIONI (2004), *Repertorio atti n. 1967 del 29 aprile 2004. Oggetto: Accordo tra il Ministero della salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul tema recante: "Linee guida per le unità spinali unipolari"*.

DE CERTEAU Michel (2001 [1990]), *L'invenzione del quotidiano*, Edizioni Lavoro, Roma.

FREUND Patrick - ROTHWELL John - CRAGGS Michael - THOMPSON Alan J. - BESTMANN Sven (2011), *Corticomotor representation to human forearm muscle changes following cervical spinal cord injury*, "European Journal of Neuroscience", vol. XXXIV, 2011, pp. 1839-1846.

FUENTES Christina T. - PAZZAGLIA Mariella - LONGO Matthew R. - SCIVOLETTO Giorgio - HAGGARD Patrick (2013), *Body image distortions following spinal cord injury*, "Spinal Cord Injury", vol. LXXXIV, 2013, pp. 201-207.

FÜSTOS Jürgen - GRAMANN Klaus - HERBERT Beate M - POLLATOS Olga (2012), *On the embodiment of emotion regulation: interoceptive awareness facilitates reappraisal*, "Social Cognitive and Affective Neuroscience", vol. VIII, n. 8, 2012, pp. 911-917.

GINSBURG Faye - RAPP Rayna (2013), *Disability worlds*, "Annual Review of Anthropology", vol. 42, 2013, pp. 53-68.

HAMMELL K. Whalley - MILLER William C. - FORWELL Susan J. - FORMAN Bert E. - JACOBSEN Brad A. (2009), *Fatigue and spinal cord injury: a qualitative analysis*, "Spinal Cord", vol. XLVII, 2009, pp. 44-49.

HANKS Jane R. - HANKS L.M. Jr. (1948), *The physically handicapped in certain non-Occidental societies*, "Journal of Social Issues", vol. IV, n. 4, 1948, pp. 11-20.

HENDERSON Luke A. - GUSTIN Sylvia M. - MACEY Paul M. - WRIGLEY Paul J. - SIDDALL Philip J. (2011), *Functional reorganization of the brain in human following spinal cord injury: evidence for underlying changes in cortical anatomy*, "The Journal of Neuroscience", vol. XXXI, 2011, pp. 2630-2637.

INVERNIZZI Marco - CARDA Stefano - MILANI Patrizia - MATTANA Flavia - FLETZER David - IOLASCON Giovanni - GIMIGLIANO Francesca - CISARI Carlo (2010), *Development and validation of the Italian version of the Spinal cord independence measure III*, "Disability and Rehabilitation", vol. XXXII, 2010, pp. 1194-1203.

ITZKOVICH Malka - GELERNTER Ilana - BIERING-SØRENSEN Fin - WEEKS Colleen A. - LARAMÉE Marie Thérèse - CRAVEN B. Chatharine - TONACK Mark - HITZIG Sander L. - GLASER Emma - ZEILIG Gabriel - AITO Sergio - SCIVOLETTO Giorgio - MECCI Munawar - CHADWICK Raymond J. - EL MASRY Waghi S. - OSMAN Aheed - GLASS Clive A. - SILVA Pedro - SONI Bakul M. - GARDNER Brian Patrick - SAVIC Gordana - BERGSTRÖM Emma M. - BLUVSHEIN Vadim - RONEN Jacob - CATZ Amiram (2007), *The spinal cord independence Measure (SCIM) version III: reliability and validity in a multi-center international study*, "Disability and Rehabilitation", vol. XXIX, 2007, pp. 1926-1933.

KIRSHBLUM Steven C. - BURNS Stephen P. - BIERING - SØRENSEN Fin - DONOVAN William - GRAVES Daniel E. - JHA Amitabh - JOHANSEN Mark - JONES Linda - KRASSIOUKOV Andrei - MULCAHEY M.J. - SCHMIDT-READ Mary - WARING William (2011), *International standards for neurological classification of spinal cord injury (Revised 2011)*, "The Journal of Spinal Medicine", vol. XXXIV, n. 6, 2011, pp. 536-546.

LOPEZ Christophe - HALJE Pär, BLANKE Olaf (2008), *Body ownership and embodiment: vestibular and multisensory mechanisms*, "Neurophysiologie Clinique / Clinical Neurophysiology", vol. XXXVIII, 2008, pp. 149-161.

MURPHY Robert F. (1990 [1987]), *The body silent*, Norton, New York - London.

MURRAY Robin F. - ASGHARI Ali - EGOROV D.D. - RUTKOWSKI Susan B. - SIDDALL Philip J. - SODEN R.J. - RUFF Ronald (2007), *Impact of spinal cord injury on self-perceived pre-and postmorbid cognitive emotional and physical functioning*, "Spinal Cord", vol. XLV, 2007, pp. 429-436.

PAPADIMITRIOU Christina (2008), *Becoming en-wheeled: the situated accomplishment of re-embodiment as a wheelchair user after spinal cord injury*, "Disability & Society", vol. XXIII, 2008, pp. 691-704.

PERNIGO Simone - MORO Valentina - AVESANI Renato - MIATELLO Caterina - URGESI Cosimo - AGLIOTTI Salvatore Maria (2012), *Massive somatic deafferentation and motor deafferentation of the lower part of the body impair its visual recognition: a psychophysical study of patients with spinal cord injury*, "European Journal of Neuroscience", vol. XXXVI, 2012, pp. 3509-3518.

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

RAPP Rayna - GINSBURG Faye (2001), *Enabling disability. Rewriting kinship, reimagining citizenship*, "Public Culture", vol. XIII, n. 3, 2001, pp. 533-556.

RAPP Rayna - GINSBURG Faye (2001), *Reverberations. Disability and the new kinship imaginary*, "Anthropological Quarterly", vol. 84, n. 2, 2001, pp. 379-410.

RATTRAY Nicholas A. (2013), *Contesting urban space and disability in highland ecuador*, "City & Society", vol. 25, n. 1, 2013, pp. 25-46.

REID-CUNNINGHAM Allison R. (2009), *Anthropological theories of disability*, "Journal of Human Behavior in the Social Environment", vol. 19, 2009, pp. 99-111.

SAURAT Marie Thérèse - AGBAKOU Maité - ATTIGUI Patricia - GOLMARD Jean Louis - ARNULF Isabelle (2011), *Walking dreams in congenital and acquired paraplegia*, "Consciousness and Cognition", vol. XX, 2011, pp. 1425-1432.

SCANDOLA Michele - TIDONI Emmanuele - AVESANI Renato - BRUNELLI Giovanni - AGLIOTTI Salvatore M. - MORO Valentina (2014) *Rubber hand illusion induced by touching the face ipsilaterally to a deprived hand: evidence for plastic 'somatotopic' remapping in tetraplegics*, "Frontiers in Human Neuroscience", 10 June 2014 [doi: 10.3389/fnhum.2014.00404].

SCANDOLA Michele - MORO Valentina - BONENTE Claudio - AGLIOTTI Salvatore Maria *Peripersonal space of lower limbs - Cross modal interaction* [in preparazione].

SCHNEIDER David M. (1947), *The social dynamics of physical disability in army basic training*, "Psychiatry. Journal for the study of interpersonal processes", vol. X, 1947, pp. 323-333.

SCLAVI Marianella (1989), *A una spanna da terra*, Feltrinelli, Milano.

SEYMOUR Wendy (1998), *Remaking the body. Rehabilitation and change*, Routledge, London.

SHEETS-JOHNSTONE Maxine (2011), *The imaginative consciousness of movement. Linear quality, kinaesthesia, language and life*, pp. 115-128, in INGOLD Tim (curatore), *Redrawing anthropology. Materials, movements, lines*, Ashgate, Burlington.

SPOSITO Ambra - BOLOGNINI Nadia - VALLAR Giuseppe - MARAVITA Angelo (2012), *Extension of perceived arm length following tool-use: clues to plasticity of body metrics*, "Neuropsychologia", vol. L, 2012, pp. 2187-2194.

STANDAL Øyvind F. (2011), *Re-embodiment: incorporation through embodied learning of wheelchair skills*, "Medicine Health Care and Philosophy", vol. XIV, 2011, pp. 177-184.

STANDAL Øyvind F. (2009), *Relation of meaning. A phenomenologically oriented case study of learning bodies in a rehabilitation context*. Norwegian School of Sport Sciences, Oslo.

STENSMAN Richard (1994), *Adjustment to traumatic spinal cord injury. A longitudinal study of self-reported quality of life*, "Paraplegia", vol. XXXII, 1994, pp. 416-422.

STONE Emma - PRIESTLEY Mark (1996), *Parasites, pawns and partners: disability research and the role of non-disabled researchers*, "British Journal of Sociology", vol. XLVII, n. 4, 1996, pp. 699-716.

STORMER Sabine - GERNER Hans Jürgen - GRUNINGER WETNET - METZMACHER K. - FÖLLINGER Sabine - WIENKE Chris - ALDINGER W. - WALKER Naomi - ZIMMERMANN Manfred - PAESLACK Volkmar (1997), *Chronic pain/dysaesthesiae in spinal cord injury patients: results of a multicentre study*, "Spinal Cord", vol. XXXV, 1997, pp. 446-455.

SVENAEUS Fredrik (2000), *The hermeneutics of medicine and the phenomenology of health*, Kluwer, Dordrecht.

TOOMBS S. Kai (1992), *The meaning of illness. A phenomenological account of the different perspectives of physician and patient*, Kluwer, Dordrecht.

TOOMBS S. Kai (2001), *Reflections on bodily change: the lived experience of disability*, pp. 247-261 in TOOMBS S. Kai (curatrice), *Handbook of phenomenology and medicine*, Kluwer, Dordrecht.

TURNER Judith A. - CARDENAS Diana D. (1999), *Chronic pain problems in individuals with spinal cord injuries*, "Seminars in Clinical Neuropsychiatry", vol. IV, 1999, pp. 186-194.

ULLRICH Philip Murray - JENSEN Mark P. - LOESER John D. - CARDENAS Diana D. (2008), *Pain intensity, pain interference and characteristics of spinal cord injury*, "Spinal Cord", vol. XLVI, 2008, pp. 451-455.

WINANCE Myriam (2006), *Trying out the wheelchair: the mutual shaping of people and devices through adjustment*, "Science, Technology and Human Values", vol. XXXI, n. 1, 2006, pp. 52-72.

Scheda sugli Autori

Valentina Moro inizia l'attività di ricerca nel 1995 presso l'Ospedale Sacro Cuore di Negrar (provincia di Verona) dove, attraverso un'intensa collaborazione con l'Istituto di fisiologia umana dell'Università degli studi di Verona, avvia con il prof. Giovanni Berlucchi e il prof. Salvatore Maria Aglioti alcuni progetti di ricerca sui disturbi di attenzione nei cerebrolesi e in particolare sulla negligenza spaziale unilaterale. In quegli stessi anni, l'attività di ricerca si rivolge anche al tema della plasticità cerebrale con particolare riferimento alle implicazioni riabilitative nei soggetti colpiti da ictus o da trauma cranio encefalico.

Durante il Dottorato di ricerca in Scienze psicologiche e psichiatriche conseguito a Verona nel 2004, si occupa delle basi nervose della rappresentazione corporea con particolare riferimento ai deficit di schema ed immagine corporea riscontrabili nei pazienti cerebrolesi e medullosesi.

È attualmente professore associato presso il Dipartimento di filosofia, pedagogia e psicologia per il settore di M-PSI-02 (psicobiologia e psicologia fisiologica). Principale argomento della sua ricerca è l'integrazione tra la rappresentazione corporea e la rappresentazione dell'azione in soggetti con lesione neurologica (cerebrolesi, medullosesi) che studia grazie a una stretta collaborazione con strutture sanitarie del territorio. È autrice di numerosi articoli scientifici apparsi in riviste internazionali e di alcuni testi divulgativi tra cui *L'agire educativo nella riabilitazione neuropsicologica*, Franco Angeli, Milano, 2005; *La plasticità cerebrale. Alle radici del cambiamento*, SEID, Firenze, 2010; *Tornare a scuola dopo una grave cerebrolesione*, SEID, Firenze, 2012.

Claudia Dall'Ora si è laureata in Scienze pedagogiche presso l'Università degli studi di Verona con un lavoro dal titolo *Desideri, aspettative e successi nella vita quotidiana di soggetti con esiti di lesione spinale: uno studio esplorativo*. Lavora da anni nel settore delle attività extrascolastiche per la fascia d'età compresa tra i 6 e i 14 anni, come responsabile della gestione e programmazione di doposcuola e centri estivi. In questi anni ha acquisito competenze relative alla progettazione e realizzazione di laboratori creativi ed artistici, rivolti sia a ragazzi sani che a persone con disabilità.

Michele Scandola è nato a Villafranca di Verona (provincia di Verona) il 27 maggio 1981 ed è assegnista di ricerca presso la Facoltà di filosofia, pedagogia e psicologia dell'Università degli studi di Verona). Il tema della sua tesi di dottorato riguarda i mutamenti della percezione corporea, dell'azione e dello spazio intorno a sé, in seguito ad una lesione al midollo spinale.

Ha partecipato a diversi progetti di ricerca, dal maggio 2010 a marzo 2012 “SAFROS - Patient safety in robotic surgery”, da aprile 2012 a marzo 2013 “Predizione multimodale dell'azione in pazienti con lesioni neurologiche”, da aprile 2013 a marzo 2014 “Predizione multimodale dell'azione in pazienti con lesioni del sistema nervoso centrale e periferico”, e attualmente, da aprile 2014 fino a ottobre 2015 “La rappresentazione del corpo nei soggetti con lesione al midollo spinale”.

Tra le sue pubblicazioni più rilevanti:

Michele SCANDOLA - Emmanuele TIDONI - Renato AVESANI - Giovanni BRUNELLI - Salvatore M. AGLIOTI - Valentina MORO (2014), *Rubber hand illusion induced by touching the face ipsilaterally to a deprived hand: evidence for plastic 'somatotopic' remapping in tetraplegics*, “Frontiers in Human Neuroscience”, 8, 404, 2014.

Valentina MORO - Michele SCANDOLA - Cristina BULGARELLI - Renato AVESANI - Aikaterini FOTOPOULOU (2014), *Error-based training and emergent awareness in anosognosia for emiplegia*, “Neuropsychological Rehabilitation”, 21:1-24, 2014.

Loredana CANZANO - Michele SCANDOLA - Simone PERNIGO - Salvatore M. AGLIOTI - Valentina MORO (2014), *Anosognosia for apraxia. Experimental evidence for defective awareness of one's own bucco-facial gestures*, Cortex, 2014.

Leonardo Piasere ha conseguito il dottorato in Antropologia sociale e storica all'École des hautes études en sciences sociales di Parigi; ha insegnato nelle Università di Trieste, Pisa, Bari, Firenze, Venezia “Ca' Foscari”, Granada e Siviglia; è stato chercheur associé presso il Laboratoire d'anthropologie urbaine del CNRS e chercheur invité presso l'Institut d'ethnologie méditerranéenne et comparative dell'Università di Aix-Marseille. È attualmente professore ordinario di Antropologia culturale all'Università degli studi di Verona. Specialista dell'antropologia del mondo rom, ha condotto prolungate ricerche etnografiche ed etnostoriche su comunità di rom e di sinti in Italia e nei Balcani. Ha diretto e dirige numerosi progetti di ricerca, fra cui “The education of the Gypsy childhood in Europe” e “The immigration of Romanian Roma to Western Europe: causes, effects, and future engagement strategies” (rispettivamente nell'ambito dell'FP5 e dell'FP7 della Commissione Europea). Da qualche anno si interessa di disability studies; è membro del CERC (Centre for governmentality and disability studies “Robert Castel”), dell'Università “Suor Orsola Benincasa” di Napoli. Presso l'Università degli studi di Verona dirige il Centro di ricerche etnografiche e di antropologia applicata “Francesca Cappelletto”. È presidente nazionale della Società italiana di antropologia applicata (SIAA). È fra l'altro autore di una decina di volumi, diversi dei quali tradotti all'estero.

Riassunto

La reinvenzione del quotidiano nelle persone con tetraplegia

La lesione midollare comporta l'interruzione delle connessioni nervose tra il cervello e il sistema nervoso periferico, con la perdita definitiva di tutte le funzioni motorie e sensoriali sottostanti il livello della lesione. Se il danno è nelle zone cervicali, causa tetraplegia e interessa tutto il corpo al di sotto del collo. La disabilità motoria e sensoriale che ne consegue ha carattere di cronicità e chiede un adattamento alle nuove condizioni di vita, funzionale, ma ancor prima psicologico, relazionale e ambientale. È possibile che minime abilità residue possano essere integrate nella vita quotidiana della persona e contribuire alla reinvenzione e risignificazione della sua esistenza? I risultati della ricerca, condotta con metodologie plurali, mostrano che in questa devastante condizione di disabilità è possibile una rinegoziazione, tra contenuti fondanti l'esistenza, in particolare l'immagine di sé e la propria immagine corporea, con le esigenze di un corpo trasformato. Nuovi ritmi, nuove priorità e nuovi oggetti vengono incorporati e la vita quotidiana della persona tetraplegica viene reinventata, con "tattiche", alla DE CERTEAU, stupefacenti agli occhi delle persone "motoriamente abili".

Parole chiave: disabilità, lesione spinale, tetraplegia, autonomia.

Résumé

La réinvention du quotidien chez les personnes atteintes de tétraplégie

La lésion médullaire comporte l'interruption des connexions nerveuses entre le cerveau et le système nerveux périphérique, entraînant la perte définitive de toutes les fonctions motrices et sensorielles situées dans les territoires sous-lésionnels. Si la lésion se situe dans les zones cervicales, elle cause la tétraplégie et atteint tout le corps en dessous du cou. La déficience motrice et sensorielle qui en découle a un caractère chronique et requiert une adaptation aux nouvelles conditions de vie, au niveau fonctionnel, mais avant tout au niveau psychologique, relationnel et environnemental. Est-il envisageable que des capacités minimales résiduelles puissent être intégrées dans la vie quotidienne de la personne, et contribuer à la réinvention et à la re-signification de son existence? Les résultats de la recherche, conduite selon des méthodologies plurielles, montrent que dans cette condition d'incapacité ravageuse, une renégociation est possible sur les contenus fondant l'existence, et notamment l'image de soi et sa propre image corporelle, avec les exigences d'un corps transformé. De nouveaux rythmes, de nouvelles priorités et de nouveaux objets sont incorporés, et la vie quotidienne de la personne tétraplégique est réinventée, avec des "tactiques", à la DE CERTEAU, qui sont stupéfiantes aux yeux des personnes "motricement capables".

Mots clés: disability, lésion médullaire, tétraplégie, autonomie.

Resumen

La reinvencción de lo cotidiano en las personas con tetraplejía.

La lesión medular comporta la interrupción de las conexiones nerviosas entre el cerebro y el sistema nervioso periférico, con la pérdida definitiva de todas las funciones motoras y sensoriales por debajo del nivel de la lesión. Si el daño se sitúa en la zonas cervicales, este causa tetraplejía, afectando a todo el cuerpo por debajo del cuello. La consecuente discapacidad motriz y sensorial tiene carácter crónico y requiere una adaptación a las nuevas condiciones de vida, de tipo funcional, pero también, e incluso primer lugar, psicológico, relacional y ambiental. ¿Es posible que algunas habilidades mínimas residuales puedan integrarse en la vida cotidiana de la persona y contribuir a la reinvencción y resignificación de su existencia? Los resultados de la investigación, llevada a cabo con metodologías plurales, muestran que en tal devastadora condición de discapacidad una renegociación entre los contenidos fundacionales de la existencia, en particular, la imagen de sí y la propia imagen corporal, y la exigencias de un cuerpo transformado es posible. Los nuevos ritmos, las nuevas prioridades y los nuevos objetos son incorporados y la vida cotidiana de la persona tetrapléjica es reinventada, con 'tácticas', dicho con DE CERTEAU, asombrosas a los ojos de las personas sin discapacidades motoras.

Palabras claves: discapacidad, lesión medular, tetraplejía, autonomía.

Abstract

Reinventing the daily lives of quadriplegics

A medullary lesion leads to an interruption in the nerve supply between the brain and the peripheral nervous system with the definitive loss of every motor and sensorial function below the lesion level. If the damage is in the cervical area, it causes quadriplegia and involves all the body below the neck. The ensuing motor and sensorial disability is of a chronic nature and not only requires adapting to new life and functional conditions, but also, and above all, to psychological, relational and environmental difficulties. Can minimal residual abilities be integrated into the person's daily life and contribute to reinventing and giving new meaning to his/her existence? The results of research, conducted through multiple methodologies, show that, under this devastating condition, re-negotiation between basic existential values, especially self and body image, and the needs of a transformed body, is possible. New rhythms, new priorities and new objectives are incorporated and a quadriplegic person's daily life takes on new meaning with DE CERTEAU-like "tactics" that amaze those who are able to move.

Keywords: disability, medullary lesion, quadriplegia, autonomy.

*Sincretismi cognitivi e uso pubblico della scienza. Poetiche e politiche del rischio ambientale e della salute pubblica **

Enzo Vinicio Alliegro

docente di discipline demoetnantropologiche, Dipartimento di Scienze sociali, Università degli studi di Napoli "Federico II"
[enzo.alliegro@unina.it]

1.

A partire dallo studio ravvicinato di un territorio italiano, la Basilicata, in cui importanti multinazionali del petrolio hanno messo in produzione il più grande giacimento d'idrocarburi *on shore* d'Europa (ALLIEGRO E. 2012), il presente saggio intende affrontare alcune problematiche specifiche che si collocano nel campo dell'antropologia medica. Tra gli obiettivi conoscitivi perseguiti vi è quello di verificare la percorribilità di un itinerario analitico indirizzato a decostruire le politiche volte alla difesa territoriale e alla salvaguardia della salute pubblica. In particolare, quei piani d'intervento incentrati su studi ambientali ed epidemiologici ufficialmente presentati dal potere politico ed economico per monitorare attentamente gli effetti delle attività industriali e che in realtà finiscono per essere impiegati quali strumenti retorici altamente persuasivi e legittimanti gli investimenti produttivi.

Ben lungi dal porsi quali distaccati ed asettici meccanismi volti alla misurazione degli ecosistemi e delle sue molteplici variabili, le politiche ambientali ed epidemiologiche, con il loro ben collaudato armamentario concettuale e la loro variegata ed altamente specialistica strumentazione terminologica, possono essere definite quali dispositivi molto sofisticati di disciplina dei discorsi e delle rappresentazioni della salute e della patologia. Attraverso la costruzione di una piattaforma teorico-metodologica

* Testo definitivo del contributo presentato nella VI Sessione parallela (*Istituzioni e politiche sanitarie*) al 1° Convegno nazionale della SIAM, *Antropologia medica e strategie per la salute* (Roma 21-23 febbraio 2013).

altamente affabulatrice, le politiche ambientali convergono verso la configurazione di specifiche direttrici volte alla codificazione dei sistemi di descrizione ed interpretazione dello stato di salute di uomini e di territori; direttrici che inevitabilmente comportano la gerarchizzazione dei discorsi, con l'effetto di regolare il dibattito pubblico sui temi del malessere e del benessere, con evidenti ripercussioni sul versante delle modalità di esercizio del potere e di controllo "simbolico" dei territori, quindi della costruzione del consenso, del controllo e della stroncatura del dissenso.

Mediante l'impiego di una metodologia integrata, che all'indagine etnografica unisce la ricerca archivistica, e una ravvicinata disamina di fonti amministrative di diversa natura, nelle pagine che seguono si cercherà di mettere in risalto quanto i programmi di controllo ambientale e della salute pubblica siano pensabili, in effetti, quali "politiche dell'immaginario" indirizzate al presidio delle rappresentazioni, mediante l'attivazione di meccanismi cognitivi e la messa in campo di specifici dispositivi di simbolizzazione dalle evidenti ripercussioni emotive, protesi al dominio interpretativo di fatti e processi, che nella fattispecie coincidono con l'industria di estrazione e lavorazione degli idrocarburi.

Se il percorso appena delineato è corretto, ci si ritroverà al termine di questo itinerario conoscitivo nella condizione di confermare l'assunto che le politiche che coinvolgono la salute dei territori e degli uomini possono essere pensate, secondo la celebre formula di Marcel Mauss (MAUSS M. 1965 [1950]), quali fatti sociali totali che coinvolgono più livelli del campo sociale, culturale e politico, e che i programmi di controllo ambientale siano pratiche dense di esercizio del potere. Esse, a prescindere dal reale intento di svolgimento e di offerta di un servizio pubblico, finiscono inevitabilmente per mettere in moto, anche inconsapevolmente, rappresentazioni volte ad agire e ad imprimersi nell'immaginario, nelle relazioni sociali, nelle definizioni e concezioni di salute, nelle modalità attraverso le quali gli attori sociali costruiscono i discorsi sul benessere e il malessere, nonché le relative forme di estrinsecazione del disagio.

2.

Per affrontare tali problematiche che concernono l'impatto che complesse piattaforme cognitive e simboliche, elaborate dai saperi colti, hanno nei territori interessati dalle estrazioni petrolifere mediante la decisiva mediazione del potere economico e politico-istituzionale, può risultare non privo d'interesse seguire alcune sollecitazioni provenienti dall'antropologia simbolica (DOUGLAS M. 1979 [1970]; FIRTH R. 1977 [1973]; TURNER V. 1992 [1967]).

Tale scelta non è impertinente, piuttosto dettata dalla complessità semantica a cui il petrolio rinvia, materia bruta che lasciata a se stessa, per usare un'espressione mediata dalla produzione scientifica di Ernesto de Martino (DE MARTINO E. 1975 [1958]), corre verso la morte e che, opportunamente manipolata, culturalizzata, diviene energia, simbolo di progresso, di ricchezza, di potere.

L'industria estrattiva è stata presentata talvolta quale attività di purificazione svolta dall'uomo su un liquido naturale impuro che diversamente risulterebbe inutilizzabile (DOUGLAS M. 1993 [1976]). È sin troppo noto, infatti, che il carburante, così come lo si impiega nei motori di combustione, non esiste in natura. In natura è dato disporre del greggio, una sostanza spuria intercettata dalle trivelle, costituita da componenti liquide e gassose anche letali per la salute degli uomini ed ancora inutilizzabili. È una complessa procedura chimica che si svolge nelle centrali di idrodesolforizzazione e la successiva e definitiva lavorazione condotta nelle raffinerie, a trasformare una sostanza ibrida – impura appunto – in un prezioso propellente energetico, presentato come puro, ripulito da ogni residuo tossico. Semplificando, è dato asserire che se il greggio rimanda alla natura, ovvero a quell'ambito dato che prescinde dall'uomo, il carburante evoca la cultura, quel mondo elaborato dall'uomo; se il primo elemento, il greggio non ancora trattato e lavorato, appartiene alla sfera tellurica ed inumana degli inferi, il secondo, il carburante, richiama l'operato edificante dell'uomo. A distinguere il primo elemento dal secondo, da intendersi quale vero e proprio costruito culturale, è l'intervento dell'uomo resosi capace di piegare alle proprie esigenze e ai propri bisogni un relitto preistorico. È, dunque, un filo sottilissimo, lo stesso che separa il suolo dal sottosuolo e che disgiunge la luce dalle tenebre, ad unire l'uomo – mediante un'azione penetrante che evoca il gesto fecondatore per eccellenza – all'idea di progresso che ha trovato proprio nelle trivelle petrolifere la sua maggiore espressione. Che cosa ha lasciato intravedere l'“era petrolifera”, quando furono resi produttivi tra Ottocento e Novecento i primi campi estrattivi e disposti i congegni meccanici capaci di impiegarne al meglio le potenzialità, se non la possibilità da parte dell'uomo di estendere a dismisura il controllo sull'ambiente, generando idee di velocità, forza e potenza mai accarezzate prima in quei termini? Il petrolio, così concepito, non sembra parlare della forza della natura, ma in realtà del genio dell'umanità proiettata verso il superamento di non importa quale ostacolo. È evidente, dunque, quanto la modernità occidentale abbia trovato nel petrolio il suo motore ideologico, capace di assicurare alla sua impalcatura culturale il sostegno concettuale. Scrivi pe-

trolio, leggi sviluppo, forza, potenza dell'uomo sulla natura, come mostra la letteratura coeva (PERRONE F. 1913).

A differenza delle elaborazioni culturali che hanno accompagnato le attività estrattive sin dal loro apparire, oggi la società occidentale ha smesso di intravedere nel petrolio unicamente una sostanza vitale. Se il petrolio ha incarnato la modernità e l'idea dello sviluppo unilineare, di un progresso illimitato affidato alla scienza ed alla tecnologia, oggi esso rappresenta un suo rigurgito. Movimenti ambientalisti sorti un po' ovunque nel mondo ritengono il petrolio una sorta di veicolo di infezioni civili e politiche, di terribile virus territoriale, di generatore di emissioni tossiche per l'ambiente e gli uomini. È questo ciò che la storia occidentale narra ad alta voce: la parabola del petrolio, il suo percorso prima ascendente e poi discendente che fa della sostanza famelica, già conosciuta nell'antichità ed impiegata nella farmacopea popolare, una pozione malefica, diabolica, per il cui possesso si schierano gli eserciti, si controllano gli oceani, si occupano i territori, si oscurano le coscienze (MAUGERI L. 2007).

Il petrolio, dunque, assunto quale rappresentazione di vita e di progresso, è venuto assumendo un'immagine diametralmente opposta, per farsi specchio di una civiltà che alleva al suo interno i germi del proprio declino (PASOLINI P.P. 1992; BOLOGNETTI M. 2011; SAITTA P. 2010, 2011). Non più, dunque, simbolo di vita, ma di morte. È questo ciò che la storia della società occidentale ci consegna: l'avvicinarsi di due poli percepiti ormai molto vicini tra loro, sino al punto di sfiorarsi, sovrapporsi, infine unirsi: vita e morte.

Il petrolio, dunque, a quale universo semantico rimanda oggi, nei diversi territori in cui si colloca l'industria estrattiva? È divenuto simbolo di vita o di morte? Evidentemente, come il colore del sangue, capace di richiamare la vita quanto la morte, il comparto estrattivo assume i caratteri di elemento polisemico: da una parte simbolo di progresso e velocità, di ricchezza e lavoro (di vita), dall'altra di inquinamento e intossicazione, intrighi e complotti, genocidi ed etnocidi (di morte).

Ben lungi dal porsi unicamente quale grande produttore energetico, appare sempre più chiaro quanto l'industria petrolifera possa essere definita quale possente generatore simbolico. Generatore di simboli che sono tutt'altro che univoci, piuttosto capaci di "significare" cose diverse e di rimandare a sfere dissimili. Da qui la necessità dell'avvio di vere e proprie politiche di governo del significato e di presidio dell'immaginario capaci di dischiudere e di sostenere questo o quel percorso interpretativo. Da qui la necessità di domare l'estensione semantica a cui il petrolio rinvia,

ovvero di elaborare un modello culturale che accetti ed esalti le sue proprietà, che ne decanti le virtù più intime, che ne codifichi positivamente il senso, in contrapposizione a quelle rappresentazioni che fanno del cosiddetto “oro nero” un congegno letale, il male dei mali, una sorta di ordigno pericoloso che la modernità ha nascosto sotto la cenere infuocata di un mondo ormai ridotto a grande dissipatore di vita, concepito quale enorme dispensatore di morte. Da una parte, dunque, il petrolio, quale simbolo di vita, catalizzatore di una palingenesi alimentata da narrazioni di natura mitopoietica; dall'altra petrolio simbolo di morte, sostanza che evoca scenari di apocalisse ecologica e culturale.

Nel quadro di tali argomentazioni che fanno del petrolio uno straordinario produttore simbolico, è proprio verso i processi di simbolizzazione che sarà doveroso ripiegarsi, ovvero su quei meccanismi che portano ad associare specifici significati condivisi culturalmente e fissati storicamente, a determinate cose, che ne sarebbero diversamente (naturalmente) prive. In quanto chiamato a dire, come ogni altro simbolo, qualcosa di qualcos'altro, questo qualcos'altro varia in base ai tempi, ai luoghi, ai contesti, agli attori, ai poteri che si relazionano ad esso e che cercano in qualche modo di padroneggiarlo.

Ed è proprio negli spazi vuoti aperti tra una “cosa” che si fa simbolo – e il suo significato – che si colloca la disputa tra i molteplici portatori d'interesse, a servizio dei quali si pongono i diversi poteri, ciascuno impegnato a fissare il senso e desideroso di fare proprio di quella “cosa” un segno dal significato univoco. È negli interstizi di questa contesa aperta tra sostenitori ed oppositori delle politiche di sviluppo basate sull'industria estrattiva che assumono una rilevanza decisiva proprio i discorsi, le pratiche e le rappresentazioni di ordine ambientale e sanitario, attivati per spingere l'interpretazione in una direzione piuttosto che in un'altra, secondo il proposito di far dire al petrolio questa piuttosto che quella verità.

3.

È in un'area interna, isolata e depressa del Mezzogiorno d'Italia, precisamente in Valle dell'Agri, nella Basilicata potentina, che è localizzata la più imponente attività estrattiva su terraferma d'Europa (ALLIEGRO E. 2012; DOMMARCO P. 2012). Per cogliere l'ordine di grandezza dell'industria estrattiva insediatasi nel cuore dell'Appennino lucano, è utile richiamare alcuni dati: quasi 100.000 barili di petrolio e 3.000.000 di metri cubi di gas (che diventeranno presto 4.500.000) estratti al giorno, più di venti pozzi in esercizio, oltre ad uno di reiniezione per restituire alla terra le

acque profonde di strato, circa 500 chilometri di oleodotti, compreso quello che trasferisce il petrolio alla raffineria di Taranto, un impianto apposito di trattamento dei fanghi di perforazione e una centrale di idrodesolforizzazione (Centro Olio Val D'Agri, Cova) di venti ettari.

Le attività industriali che si svolgono oggi in Val d'Agri sin dagli anni Novanta del Novecento, denominate ufficialmente dal Ministero (come se si trattasse di piantagioni di cereali) "coltivazione di idrocarburi", si basano su un'intensa e capillare azione di infrastrutturazione petrolifera, articolatasi in un complesso ed esteso sistema impiantistico per l'estrazione, la lavorazione, lo stoccaggio e il trasporto del greggio, collocatosi in un contesto di elevato valore naturalistico ed ambientale dominato da radicate tradizioni agricole e zootecniche. Trivelles ed oleodotti, stazioni di pompaggio, enormi serbatoi e camini hanno ormai tolto la scena a vigneti e oliveti, a distese di grano e di erba medica, sino ad insidiare le vette del Parco nazionale dell'Appennino lucano. I luoghi del silenzio acustico e della molteplicità cromatica sono stati scalzati da scenari rumorosi e da orizzonti monocromatici, per essere avvolti in trambusti e vibrazioni che hanno rimodellato i luoghi della tradizione investiti, inoltre, da emissioni odorogene che hanno profondamente inciso nella qualità della vita e nella percezione dello stato di salute di uomini e di territori.

Il cuore di questo invasivo sistema ferroso di produzione è costituito dalla centrale di idrodesolforizzazione, collocata in un'area polifunzionale destinata ad insediamenti civili, agricoli e produttivi. Indicato dalle compagnie petrolifere con il termine asettico e rassicurante di "Centro Olio Val d'Agri" (Cova), tale impianto, sin dalla sua apertura, è stato invece denominato dalla popolazione con l'espressione "mostro", nella sua declinazione tecnica di "mostro raffineria-centro olio". Compreso che il Centro olio non fosse destinato alla raccolta dell'olio di oliva prodotto in loco, è proprio intorno al Cova che sono sorte una serie di tensioni e di dispute. Che cos'è il Cova, quale estensione semantica copre l'espressione "Raffineria-Centro Olio"? Per semplificare, il Cova è simbolo di vita o di morte?

In un documento ufficiale delle compagnie petrolifere l'intero ciclo estrattivo e più in particolare le funzioni del Cova sono stati descritti come segue:

«Il greggio arriva dai pozzi ad un sistema di collettori per poi essere inviato al processo; questo, effettuato sulle quattro linee di trattamento Val d'Agri e sulla linea Monte Alpi, si basa sulla separazione trifase del greggio estratto in acqua, gas e olio greggio [...]. In sintesi il processo è il seguente: l'olio all'uscita dei separatori è prima inviato alle colonne di

stabilizzazione (strippaggio ovvero degasaggio) e poi stoccato in serbatoi a tetto galleggiante in attesa della spedizione in raffineria mediante oleodotto. Il gas di media e bassa pressione associato all'olio, separato all'ingresso in centrale e contenente idrogeno solforato (H_2S), è convogliato ed inviato agli impianti di addolcimento (desolforazione) da cui si ottiene gas dolce. L'idrogeno solforato e l'anidride carbonica sono assorbiti mediante soluzione di Metildietanolammina e si liberano durante la fase di rigenerazione della stessa per il successivo invio al sistema di recupero zolfo, che ha lo scopo di trasformare l' H_2S in zolfo liquido. Lo zolfo liquido è stoccato in apposito serbatoio che lo mantiene ad idonea temperatura fino alla successiva commercializzazione [...]. Il gas cui è stato abbassato il punto di rugiada in acqua passa in una serie di scambiatori a recupero termico ed in uno scambiatore finale raffreddato tramite propano proveniente da un ciclo frigo che porta il punto di rugiada in idrocarburi a $-12^\circ C$. Il gas, quindi, previo prelievo di un certo quantitativo per alimentare gli impianti del Centro Olio, viene compresso fino a circa 70 bar, raffreddato e, dopo aver attraversato i misuratori fiscali di portata, pressione e temperatura, viene conferito a SNAM Rete Gas» (in ALLIEGRO E.V. 2012: 292-293).

È questo il compito a cui il Cova, ad insaputa della popolazione locale, è preposto. Così tratteggiato il processo industriale evoca la cultura contadina del maiale che impone l'impiego di ogni parte con il divieto assoluto di sprechi. In realtà il Cova, a fronte del recupero di gas immesso nella rete Snam e al netto dell'invio del greggio alla raffineria di Taranto, produce molto materiale di scarto, sia solido che idrico e gassoso, tra cui il famigerato idrogeno solforato di cui la popolazione ha ignorato a lungo i reali rischi. Proprio per gli evidenti e temuti impatti ambientali, il Cova è sottoposto ad una legislazione particolare che oltre alla valutazione d'impatto ambientale (V.I.A.) prescrive anche l'acquisizione dell'autorizzazione integrata ambientale (A.I.A.). Inoltre, alla luce della pericolosità dei trattamenti chimici svolti, il Cova è sottoposto alla legge "Seveso Ter" che disciplina gli impianti industriali ad elevata pericolosità. Le sostanze presenti nel ciclo produttivo possono incendiarsi, esplodere, oppure essere immesse in atmosfera con gravi danni per la popolazione, la quale ha vissuto a lungo in una condizione di totale inconsapevolezza, cogliendo il reale rischio a cui è esposta soltanto di recente, a seguito di variegata azioni di lotta svolte da associazioni ambientaliste e da comitati civici fattisi carico di un'intensa campagna di alfabetizzazione scientifica, sui cui esiti si cercherà di fare chiarezza più avanti.

Costretta a convivere con una condizione di ignoranza pressoché totale circa la natura dei molteplici pericoli connessi ai cicli produttivi, per affrontare in qualche modo l'angoscia rappresentata da un elemento estraneo che ha fortemente destabilizzato il territorio d'appartenenza,

la popolazione che vive in prossimità del Centro olio si è dotata di un sistema di controllo incentrato sulle facoltà percettive del proprio corpo, concentrandosi sulle emissioni percettibili del Cova, tralasciando quelle latenti ma letali. L'elemento impiantistico, che s'impone in maniera preponderante finanche a chi il Cova lo guardi da lontano, è certamente costituito da un suo camino alto circa cinquanta metri. Tutt'altro che inteso dalla popolazione quale sistema tecnologico di sicurezza, così come l'azienda ha lasciato intendere, l'alta torre è divenuta per molti anni una sorta di termometro ecologico impiegato in loco per misurare la pericolosità dell'impianto.

La popolazione locale, ritrovatasi a lungo nell'assoluta impossibilità di ricorrere ad apparati strumentali di misurazione e nel vuoto pressoché assoluto di comunicazione diretta di dati, è stata costretta a dotarsi di un sistema non ufficiale di rilevazione incentrato sulla propria dotazione corporale, specie sull'occhio. A partire dai ripetuti sfiaccolamenti della torcia di combustione, quella comunemente e più semplicemente designata dalla popolazione con il nome di "fiamma", si è venuto radicando con il passare degli anni un paradigma valutativo di natura oculare basato su una ravvicinata disamina del colore, dell'altezza e della direzione della torcia. Parallelamente a questa sorta di radiografia visiva, si è sviluppato un vero e proprio sistema semiologico d'interpretazione, che dalla lettura della forma è passato alla valutazione della sua sostanza. Se, pertanto, per i profani, la lingua di fuoco, o di fumo, che fuoriesce sistematicamente dal camino, può sostanzialmente apparire sempre uguale, salvo quei casi eclatanti registrati in occasione di eventi anomali e facilmente percepibili, per gli autoctoni, detentori di un *expertise corporale* e di un *know-how* acquisiti sul campo, essa ha assunto invece sembianze molto diverse, in relazione ai processi di lavorazione e alla direzione dei venti, trasmettendo ansia ed inquietudine piuttosto che calma e normalità. "Fiamma alta o bassa, con code di fumo nero o grigio, con componenti più o meno liquide, accompagnata da sfiati più o meno rumorosi, piegata dal vento in questa o quella direzione, con o senza scintille di fuoco", sono soltanto alcuni dei numerosi esiti di un'osservazione empirica di carattere plurisensoriale (MARAZZI A. 2010; PLESSNER H. 2008 [1980]), che pur concentrandosi sui singoli elementi percepiti, ha finito con il restituire una valutazione di allarme o di normalità di carattere unitario.

Se la fiamma costituisce il perno dominante di un sistema endogeno di valutazione della pericolosità del Cova, la percezione dell'impianto di idrodesolforizzazione da parte della popolazione locale non è stata mai atomistica. Oltre che nell'universo visuale, il Centro olio si è collocato

nell'orizzonte olfattivo e acustico, cosicché la popolazione potesse cogliere un insieme di rumori e di boati, di odori inconsueti definiti inequivocabilmente "puzze". Quello che il sapere degli specialisti provvede nei monitoraggi ufficiali a distinguere e a parcellizzare, in realtà il corpo degli uomini, nell'ambito di sistemi percettivi culturalizzati, tende a riconnettere. Non è un caso, dunque, che in molte occasioni ad emergere sia una sorta di *Sindrome Cova*, ovvero un insieme di punti problematici prodotti da un corpo dotato di un sistema percettivo plurimodale, costituito da funzioni sensoriali interconnesse. Prestazioni olfattive, visive e uditive sono state attivate a partire dal proprio naso, dai propri occhi ed orecchie, in modo tale che si venisse a definire un campo odorabile, visibile e udibile oggetto di continuative valutazioni in cui si configura un "ieri normale", esito di memorie percettive pregresse, e un "oggi anormale", in cui lo spartiacque è rappresentato naturalmente dall'irruzione nella quotidianità dall'industria petrolifera. A partire da approcchi corporali basati sulla lettura di una complessa fenomenologia segnica attestante uno stato ritenuto specchio inequivocabile di disordine olfattivo, visivo ed acustico che rinvia ad equilibri antropici consolidati ma ormai sospesi, non sono mancate anche forme di protesta. In una lettera del 23 ottobre 1997 sottoscritta da una famiglia della Valle è dato leggere:

«La nostra residenza è ubicata in adiacenza del Centro Olio per la trasformazione degli idrocarburi, sito nell'area industriale di Viggiano. Gli effetti delle attività di trasformazione parziale, unitamente alle lavorazioni connesse, si ripercuotono non solo sullo stabile, da noi abitato, ma interessano in modo considerevole le condizioni psico-fisiche degli scriventi. Il rumore e le vibrazioni dei motori di pompaggio, il traffico intenso di autocisterne per il trasporto del prodotto, le emissioni inquinanti emesse direttamente nell'atmosfera ed il calore della fiaccola di sfogo, a pochi metri di distanza, hanno compromesso la nostra serenità» (in ALLIEGRO E.V. 2012: 216-217).

L'invasione dell'industria petrolifera si è impressa indelebilmente su un corpo divenuto, sebbene senza alcun ausilio strumentale, pannello di cera capace di registrare quegli elementi che il sistema culturale di riferimento ha definito fattori di disordine e di squilibrio, categorizzandoli come "fuori norma".

4.

Se nei primi anni di espletamento l'attività petrolifera è stata avvolta da un fitto alone di silenzio, contrassegnato da iniziative di contrasto di stampo familistico volte più che altro alla difesa della proprietà privata, con l'intensificarsi delle estrazioni sono sorte azioni più solide di natura

corale protese alla difesa dei beni comuni (PELLIZZONI L. 2011). Attraverso l'intervento di movimenti civici e associazioni ambientaliste (DE BIASI 2005; MAZZILLI 2005), la voce ufficiale levatasi a copertura dell'industria petrolifera diffusa dal potere economico e politico, interessati a legittimare tale comparto con una grossolana azione di occupazione del territorio e una più sottile strategia di persuasione e di presidio dell'immaginario, è stata in qualche modo discussa e respinta. La parabola divulgata dal credo sviluppatista che il petrolio fosse "cosa buona e giusta" ha cominciato ad essere lentamente erosa. Come ha mostrato la ricerca di campo (ALLIEGRO E. 2012), tale azione di confutazione degli assiomi "filo-petroliferi" ha trovato proprio negli approcci di natura ambientale e sanitaria, piuttosto che in quelli di natura economica, il suo più solido alleato.

Mediante attività molteplici di sensibilizzazione dell'opinione pubblica basate sul volantinaggio nonché su convegni, tavole rotonde, manifestazioni e cortei di piazza, la possente coltre di silenzio che ha protetto per molti anni l'industria petrolifera ha iniziato a mostrare delle crepe. Docenti delle scuole dell'obbligo e degli istituti superiori locali, medici, agronomi, avvocati, geologi, ecc., nati e/o residenti nell'area, sono riusciti a fare breccia nella strategia dissimulatrice e mistificante disposta dal potere economico e politico, indicata in loco come la politica del "tutto a posto". Termini quali H2S, polveri sottili, emissioni fugghive, ecc., hanno iniziato a circolare tra quelle persone che si erano affidate unicamente al proprio corpo per leggere e interpretare il proprio "esserci nel mondo", in un mondo ormai "petrolizzato". Ciò ha significato far sorgere nella popolazione locale non soltanto la presa di coscienza della gravità della situazione, così come restituita (molto empiricamente) dai propri organi sensoriali, ma anche attenzionare quelle sostanze sino a quel momento impercettibili ed invisibili, ma altamente nocive. Per opera degli attivisti locali, quelli che per la vicinanza alle popolazioni locali è utile definire "scienziati di prossimità", i dati proposti dagli "scienziati di stato" (quelli invece impiegati negli enti ufficiali di controllo, come ARPAB, Istituto superiore di sanità, ecc.) e dagli "scienziati aziendali" (chimici, geologi e ingegneri a servizio delle multinazionali), sono stati discussi a voce alta in consessi pubblici, a partire dalla constatazione che il territorio fosse rimasto a lungo privo di una rete moderna ed avanzata di monitoraggio ambientale. Nel quadro di evidenti carenze del sistema pubblico di controllo, basato per molti anni su un numero sottodimensionato di centraline di monitoraggio fisse e mobili, i sodalizi hanno avviato una serrata campagna di richiesta di accertamento strumentale delle condizioni ambientali, tramutando la disapprovazione domestica e il mugugno

individuale in protesta e in richiesta corale. Portatori anch'essi di cultura scientifica, i comitati e le associazioni ambientaliste hanno concorso a far sì che la valutazione del comparto petrolifero si svolgesse nell'ottica di un giudizio di natura medico-ambientale e non più, e non soltanto, per esempio, di matrice economico e socio-culturale, capace di riferirsi anche ai contraccolpi delle attività estrattive sugli assetti produttivi, la struttura sociale, culturale e politica. Stabilito, nel discorso pubblico, questo ordine di priorità che ha prodotto una barriera molto rigida oltre la quale sono stati prima relegati e poi marginalizzati quei discorsi non medico-sanitari, le associazioni hanno poi proceduto verso la scientizzazione degli approcci sulla salute e l'ambiente, con effetti ben visibili almeno lungo una doppia direttrice. Da una parte producendo una sorta di "alfabetizzazione scienziasta" della popolazione, avviando i profani al lessico e ai concetti delle scienze mediche e chimiche chiamate a definire un orizzonte unico di lettura e di interpretazione della realtà; dall'altra, provocando la reazione delle autorità pubbliche. Quest'ultime, nel momento in cui hanno compreso di rischiare di perdere la propria posizione egemonica ed esclusiva in materia di salute pubblica, si sono sentite costrette a rimodellare l'operato per imporsi in termini di fonte autorevole, dispensatrice di verità incontrovertibili.

Nel momento in cui, pertanto, le certezze "pro-petrolio", implicitamente diffuse lungo gli anni dai poteri economici e politici, hanno iniziato a vacillare, è scattata una furiosa reazione da parte delle agenzie regionali e nazionali per la protezione dell'ambiente, le quali, per poter imporre la propria visione dei processi industriali, hanno spinto a fondo l'acceleratore del controllo territoriale, rappresentato come asettico ed oggettivo, di natura chimico-strumentale, provvedendo all'attivazione di politiche incentrate su costosissime reti di controllo e di monitoraggio, nonché su apposite agenzie di comunicazione ambientale. Quali sono stati gli esiti di tali pratiche di controllo pubblico dei discorsi sulla salute? Anzitutto la sottrazione di tali temi al monopolio della piazza, in secondo luogo la rappresentazione di una classe dirigente virtuosa e affidabile e di una pubblica amministrazione all'altezza dei compiti, perché capace di coniugare il comparto estrattivo con le peculiarità endogene, nella cornice di una formidabile alchimia lessicografica, magistralmente fatta confluire nella formula economica accattivante dello sviluppo sostenibile ed ecocompatibile (DE RITA G. - BONOMO A. 1998).

Se l'area interessata dalle estrazioni è rimasta a lungo in una condizione di completa inconsapevolezza di rischi e pericoli, l'avvento delle istanze scientiste viste ha prodotto effetti piuttosto controversi, alcuni dei quali

forse non del tutto previsti dagli stessi attivisti locali. La scientizzazione operata sia dalla “scienza di prossimità” che dalla “scienza di Stato” e dalla “scienza aziendale” ha inciso fortemente sulla popolazione dei “senza scienza”, ritrovatasi in una condizione ibrida, incapace di padroneggiare il nuovo paradigma e allo stesso tempo non del tutto persuasa dell’inefficacia dell’approccio basato sul proprio corpo. Per cogliere tale tensione tra sistemi diversificati di accertamento del disagio è utile seguire una persona del posto in una piazza assolata d’agosto:

«Buonasera a tutti, io mi chiamo [...] e abito vicino al centro olio, sono vent’anni, voi non potete immaginare il disagio che c’è. La notte, a me non serve la luce, ho i doppi infissi, ma con tutto questo, entra la luce e io sento rumore fortissimo e non si riesce neppure a dormire. Non dico le bugie, dico la verità. Non si può vivere più. La puzza è intensa di giorno e di notte. Io quando apro le finestre per far cambiare aria alla casa, voi mi dovete credere, non entra l’aria pulita, l’aria sporca, la richiudo. E sento dentro casa la puzza. Vivo con la puzza, mangio con la puzza. Qualche giorno fa c’è stato un boato fortissimo, io ero nel giardino, stavo cucendo, mio marito era dentro, guardava la tv, sembrava un terremoto terribile, mi dovete credere, io non dico le bugie, dico la verità. Io quando sono scesa in campagna, non c’era niente, c’era un piazzale vuoto. Avevano iniziato a fare il centro olio, ma noi cittadini non sapevamo a cosa andavamo incontro. Adesso lo vediamo. Io vi dico state attenti che il lavoro che promettono non c’è, c’è la mala salute. Lì ci sono donne, uomini, che si ammalano, muoiono, lasciano i figli, la moglie, i mariti. Mi dovete credere, mi dovete credere, non è solo lavoro quello che danno. Danno guai. Mi dovete credere. Io la mattina metto sul gas la macchinetta del caffè, la macchinetta trema. Le vibrazioni nella mia casa ci sono sempre di continuo. Altro che terremoto. Non è che tengo una reggia, tengo una piccola casa, ma per me è una reggia. Ditemi voi, a che cosa potete andare incontro. Sapete a quanti metri io abito dal centro olio, forse, non voglio dire, un 300 o 400 metri, forse neppure. Io dal mio balcone, io vedo la fiamma alta, e ti fa terrore, ti fa mettere paura. E la puzza non è una cosa bella. Loro la chiamano odore. Ma è puzza, no odore. Per loro è odore ma non è odore. Giramento di testa, affogamento di gola, bruciore degli occhi e vomito. Ve lo garantisco io. Sono venuta stasera qua per testimoniare quello che io passo vicino al centro olio, che voi non lo potete immaginare. State attenti, e vedete cosa dovete fare, la mia è disperazione, vera e propria. Grazie e buona sera a tutti» (in ALLIEGRO E.V. 2012: 311).

Con una straordinaria e non comune capacità di sintesi che suscita ammirazione, nella testimonianza corrono più volte le espressioni “è la verità”, “mi dovete credere”, le quali fanno venire alla luce l’interiorizzazione di un conflitto prodotto dalla coesistenza di due modelli di certificazione dei fatti e di due modi diversi di costruire i discorsi sulla salute e l’ambiente: da una parte quello “intimista” che poggia sulle esperienze personali, su

un corpo che si fa percettore di squilibri, quindi recettore di odori, rumori, tremori anomali; dall'altra quello "positivista" che si nutre di prove oggettive esterne all'individuo. La signora è sempre più convinta che la sua testimonianza, intima e soggettiva, appunto, possa essere considerata non vera dai saperi colti, positivisti, oggettivi. Perché accade questo? Perché si diffida del proprio corpo? La signora, come altre persone del posto, è ormai socializzata ai codici dell'accertamento dei saperi colti e si è convinta che le esperienze personali, sebbene profonde, necessitano di prove assolute che sono al di fuori degli individui. In bilico tra percezione soggettiva e certificazione oggettiva, la sua voce si libra in un orizzonte dominato da linguaggi che non padroneggia (H_2S , CO_2 , idrocarburi policiclici aromatici, polveri sottili, ecc.), che creano incertezza ed inquietudine. Linguaggi imposti dalla scienza ufficiale indirizzata a monopolizzare i discorsi pubblici sulla salute, linguaggi colti che in realtà si ritrovano a coesistere con i discorsi dei "senza scienza" in una configurazione di evidente sincretismo cognitivo.

Il diritto alla parola che la popolazione si è data a partire dal versante medico-ambientale è stato pagato a caro prezzo. Il paradigma della verità (MARCONI D. 2007) che poggia sull'accertamento strumentale mediato dai saperi colti, intanto affermatosi, ha generato un'ulteriore conseguenza. Poiché la popolazione ha interiorizzato la lezione del modello positivista che impone l'accertamento della verità a partire da metodologie strumentali specifiche, ma allo stesso tempo ha imparato a diffidare delle agenzie pubbliche di produzione della conoscenza perché ritenute manipolate dal potere economico e politico, nell'area si è diffuso uno stato generale di imbarazzo, di incertezza, di sfiducia (MORUZZI S. 2012). In altre parole, la popolazione nutre fiducia nella scienza (intesa come potenza e come meraviglia), ma dubita degli scienziati (ritenuti non sempre sopra le parti), mentre nel frattempo ha preso la distanza (distanza relativa) dal proprio corpo. Il prodotto è un modello spurio che gerarchizza i saperi e che crea conflitti cognitivi, relegando il discorso intimista, appunto, negli spazi angusti della domesticità, eliminandoli dal campo del discorso pubblico.

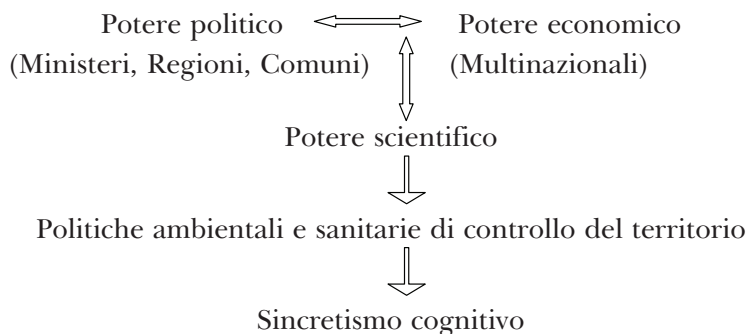
In conclusione, dunque, è sin troppo evidente quanto il *potere economico* (quello delle multinazionali del petrolio) e il *potere politico* (dei ministeri, della regione e dei comuni interessati) abbiano fatto uso del *potere scientifico* (ovvero di costosi e sofisticati programmi epidemiologici e di monitoraggio ambientale che investono la salute degli uomini), per stabilire la propria autorità cognitiva, quindi il controllo dei campi discorsivi ed immaginifici dell'area. Proprio perché il petrolio, come si è venuto argomentando in questo intervento, non è di luce propria che brilla, ma del

lume acceso dagli uomini che lo illuminano da quelle prospettive che più lo motivano, i diversi poteri hanno ritenuto necessario attivare politiche e poetiche di controllo (simbolico) dell'immaginario volte all'ancoraggio del significato di un oggetto sfuggente, polisemico, ambiguo. Secondo questa prospettiva di analisi, le politiche ambientali ed epidemiologiche possono essere definite in termini di: 1. dispositivi politici, ricchi di componenti simboliche, volti a definire e a fissare il quadro teorico-concettuale e la strumentazione terminologica al fine di controllare i discorsi pubblici sulla salute. In altre parole, cosa si debba intendere per salute (di uomini e territori) spetta al potere scientifico stabilirlo, secondo una precisa mappatura, svolta su base legislativa, dei confini che separano il normale dall'anormale; 2. dispositivi politici volti a stabilizzare la fenomenologia patologica e a determinare empiricamente i criteri per l'individuazione dello stato di salute. Vale a dire, come si possa procedere per la misurazione delle condizioni di salute spetta al potere scientifico fissarlo.

Così definite, le politiche sanitarie ed ambientali attivate a difesa del programma petrolifero possono essere pensate in termini di meccanismi sofisticati riduttori di complessità, tesi a polarizzare intorno a posizioni simmetricamente opposte (a norma / fuori norma) sfumature ben più complesse della vita quotidiana. Inoltre, esse si configurano quali dispositivi emozionali e cognitivi che veicolano stati d'animo, attestano competenze, diffondono rappresentazioni, rafforzano immagini, alimentano immaginari.

In contesti produttivi economicamente rilevanti, il potere economico e il potere politico si servono del potere scientifico al fine di arginare fughe rappresentative messe in campo dai territori per delegittimare i programmi di sviluppo industriale.

È attraverso la parola della scienza che il significato indomito del simbolo viene canalizzato secondo i percorsi interpretativi più attesi:



Riferimenti bibliografici

- ALLIEGRO ENZO Vinicio (2012), *Il totem nero. Petrolio, sviluppo e conflitti in Basilicata. Antropologia politica di una provincia italiana*, Cisu, Roma.
- BAVUSI Antonio - GARRAMONE Albano (2001), *La Val d'Agri e il lagonegrese. Luoghi e ambienti da proteggere*, S.T.E.S., Potenza.
- BOLOGNETTI Maurizio (2011), *La peste italiana. Il caso Basilicata*, Reality Book, Roma.
- BREDA Nadia (2010), *Bibo. Dalla palude ai cementi. Una storia esemplare*, Cisu, Roma.
- COZZI Donatella (curatrice) (2012), *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario*, Morlacchi, Perugia.
- DE BIASI Marco (2005), *La Val d'Agri fra Parco e Petrolio*, "Akiris", anno 1, n. 1, 2005, pp. 33-35.
- DE MARTINO Ernesto (1975 [1958]), *Morte e pianto rituale. Dal lamento pagano al pianto di Maria*, Boringhieri, Torino.
- DE RITA Giuseppe - BONOMI Aldo (1998), *Manifesto per lo sviluppo locale. Dall'azione di comunità ai Patti territoriali*, Bollati Boringhieri, Torino.
- DOMMARCO Pietro (2012), *Trivelle d'Italia. Perché il nostro paese è un paradiso per i petrolieri*, Altra-economia, Milano.
- DOUGLAS Mary (1993 [1966]), *Purezza e pericolo: un'analisi dei concetti di contaminazione e tabù*, Il Mulino, Bologna.
- DOUGLAS Mary (1979 [1970]), *I simboli naturali. Esplorazioni in cosmologia*, Einaudi, Torino.
- DOUGLAS Mary (1991 [1985]), *Come percepiamo il pericolo. Antropologia del rischio*, Feltrinelli, Milano.
- FIRTH Raimond (1977 [1973]) *I simboli e le mode*, Laterza, Roma - Bari.
- FOUCAULT Michel (2012 [2004]), *Nascita della biopolitica. Corso al Collège de France 1978-1979*, Feltrinelli, Milano.
- KOENSLER Alexander - ROSSI Amalia (curatori) (2012), *Comprendere il dissenso. Etnografia e antropologia dei movimenti sociali*, Morlacchi Editore University Press, Perugia.
- LOOK Margaret - VINH-KIM Nguyen (2010), *An anthropology of biomedicine*, Wiley-Blackwell, Oxford.
- MARAZZI Antonio (2010), *Antropologia dei sensi. Da Concillac alle neuroscienze*, Carocci, Roma.
- MARCONI Diego (2007), *Per la verità. Relativismo e filosofia*, Einaudi, Torino.
- MAUGERI Leonardo (2006), *L'era del petrolio. Mitologia, storia e futuro della più controversa risorsa del mondo*, Feltrinelli, Milano.
- MAUSS Marcel (1965 [1950]), *Teoria generale della magia e altri saggi*, Einaudi, Torino.
- MAZZILLI Vito (2005) *Petrolio e Parco in Val D'Agri: i dati dello sviluppo*, "Akiris", anno 1, n. 1, 2005, pp. 36-39.
- MORUZZI Sebastiano (2012), *Vaghezza. Confini, cumuli e paradossi*, Laterza, Roma - Bari.
- PASOLINI Pier Paolo (1992), *Petrolio*, Einaudi, Milano.
- PELLIZZONI Luigi (curatore) (2011), *Conflitti ambientali. Esperti, politica e istituzioni nelle controversie ecologiche*, Il Mulino, Bologna.
- PERRONE Francesco (1913), *Il problema del Mezzogiorno. Le teoriche, le direttive*, Luigi Pierro, Napoli.
- PIZZA Giovanni (2005), *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma.
- PLESSNER Helmuth (2008 [1980]), *Antropologia dei sensi*, Raffaello Cortina, Milano.
- QUARANTA Ivo (curatore) (2006), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina, Milano.
- SAITTA Pietro (2010), *Il petrolio e la paura. Popolazioni, spazio e altra economia nelle aree a rischio siciliane*, Aracne, Roma.
- SAITTA Pietro (2011), *Spazi e società a rischio. Ecologia, petrolio e mutamento a Gela*, Think Thanks, Napoli.
- TURNER Victor (1992) [1967], *La foresta dei simboli. Aspetti del rituale Ndembu*, Morcelliana, Brescia.

Scheda sull'Autore

Enzo Vinicio Alliegro insegna discipline demoetnoantropologiche nei Dipartimenti di Scienze sociali e Scienze umane dell'Università degli studi di Napoli "Federico II".

Dopo la laurea in Sociologia conseguita a Napoli con il massimo dei voti, la sua formazione postuniversitaria è proseguita in Italia e all'estero lungo direttrici marcatamente pluridisciplinari: a Roma (Università "La Sapienza") ha conseguito il perfezionamento in *Antropologia*, a Parigi (École des hautes études en sciences sociale) il D.E.A. in *Antropologia storica*, a Firenze (European University) il dottorato di ricerca in Storia e civiltà.

Tra le sue pubblicazioni recenti:

L'Arpa Perduta. Dinamiche dell'identità e dell'appartenenza in una tradizioni di musicanti girovaghi, Argo, Lecce, 2007 (al volume, apparso nella collana "BAM" diretta da Tullio Seppilli, è stato conferito il Premio Saggistica del "Premio letterario Basilicata" 2009) / *Antropologia italiana. Storia e storiografia*, SEID, Firenze, 2011 (Premio "Costantino Nigra" 2011) / *Il Totem Nero. Petrolio, sviluppo e conflitti in Basilicata. Antropologia politica di una provincia italiana*, Cisu, Roma, 2012 (Premio "Carlo Levi" 2012).

Riassunto

Sincretismi cognitivi e uso pubblico della scienza. Poetiche e politiche del rischio ambientale e della salute pubblica

In Valle dell'Agri, in provincia di Potenza (Basilicata), è stato messo in produzione da alcune multinazionali del petrolio il più importante giacimento di idrocarburi "on shore" d'Europa, da cui si estraggono ogni giorno circa 100.000 barili di greggio e 3.000.000 di metri cubi di gas, pari a circa il 6% del fabbisogno nazionale (fonte: UNMIG). Tale attività industriale si svolge attraverso un'intensa e capillare infrastrutturazione territoriale basata su numerosi impianti di perforazione, lavorazione, stoccaggio e trasporto del petrolio collocatisi in un contesto fragile ad alta valenza paesaggistica, agricola e turistica.

Il saggio, mediante la ricerca di campo e l'impiego di un vasta documentazione archivistica, è indirizzato all'analisi delle modalità attraverso le quali le campagne di indagine ambientale e le inchieste epidemiologiche siano state utilizzate dal potere politico, dal potere economico e dalla popolazione locale per tratteggiare specifici discorsi e rappresentazioni che investono la salute pubblica finalizzati alla legittimazione oppure alla critica dell'industria petrolifera.

Parole chiave: antropologia dei conflitti, antropologia dell'ambiente.

Résumé

Syncretisme cognitive et usage public de la science. Poétique et politique de risques territoriale et de la santé publique

Dans la vallée de l'Agri (située dans la région Basilicate, au sud de l'Italie) des multinationales ont commencé à exploiter un des plus grands puits de pétrole "on shore" d'Europe. Chaque jour 100.000 barils de pétrole et 3.000.000 de mètres cubes de gaz sont extraits du sol. Cette activité industrielle s'appuie sur une intense et capillaire infrastructure territoriale qui rend possible le forage du pétrole, le stockage et le transport des hydrocarbures dans un milieu fragile à vocation agricole et touristique. Cet article s'appuie sur une recherche de terrain et d'archives. Nous proposons une analyse des modalités à travers lesquelles les enquêtes environnementale et épidémiologique sont utilisées par les pouvoirs politique et économique ainsi que par la population locale pour produire de discours et de représentations qui investissent la sphère de la santé publique mais qui sont également utilisées pour légitimer ou critiquer l'industrie du pétrole.

Mots-clés: anthropologie des conflits, anthropologie de l'environnement.

Resumen

El sincretismo "cognitivo" el uso público de la ciencia. Poética y política de riesgo ambiental y de salud pública

En Valle dell'Agri, en la provincia de Potenza (Basilicata), se ha puesto en producción por parte de algunas multinacionales del petróleo, el más importante yacimiento "on shore" de Europa, de donde se extraen cada día alrededor de 100.000 barriles de crudo y 3.000.000 de metros cúbicos de gas, aproximadamente el 6% de la demanda nacional. Dicha actividad industrial se desarrolla mediante una intensa y capilar infraestructuración territorial basada en numerosas plataformas de perforación, trabajo, almacenamiento y transporte del petróleo que se colocan en un contexto frágil de gran valor paisajístico, agrícola y turístico.

El ensayo, por medio de la investigación de campo y el uso de una gran documentación archivística, está dirigido al análisis de los modos mediante los cuales el poder político, el poder económico y la población local han utilizado las campañas de investigación ambiental y las encuestas epidemiológicas para perfilar discursos específicos y representaciones, de interés para la salud pública, con el fin de legitimar o criticar la industria petrolífera.

Parabras clave: antropología de los conflictos, antropología ambiental.

Abstract

Syncretism cognitive and public use of science. Poetics and politics of environmental risk and public health

In the Valle dell'Agri in the province of Potenza (in the Basilicata region), several multinational petroleum companies have started exploiting the most important on-shore oilfield in Europe. Every day about 100.000 barrels of crude oil and 3.000.000 cubic metres of gas are extracted, equivalent to about 6% of the national demand. This industrial activity entails an intensive and widespread infrastructural development of the area, consisting in numerous plants for the drilling, refinement, storage and transport of oil. The environmental context in which all this occurs is fragile and has a high value from the point of view of the landscape, agricultural activity and tourism.

This essay, through both field research and the use of vast archival documentation, seeks to analyse the ways in which campaigns of environmental investigation and epidemiological surveys have been used by political and economic powers and by the local population in order to outline specific narratives and representations addressing public health and which have as their goal to either legitimize or to criticize the petroleum industry.

Keywords: anthropology of conflicts, anthropology of environment.

*Le relazioni pericolose: salute e identificazione nei campi rom di Roma**

Lorenzo Alunni

antropologo, ricercatore post-dottorale del Programma Fernand Braudel - IFER presso la Fondation Maison des sciences de l'homme, Paris

Introduzione

Gennaio 2010. Una ragazza del “campo rom” Casilino 900 mi dice: «Se viene la Croce Rossa coi fogli allora vuol dire che adesso ci sgomberano». Il suo è uno dei campi di Roma dove, fra il 2009 e il 2012, si è svolta la ricerca etnografica su cui si basa questo contributo e che ha riguardato in particolar modo le azioni sanitarie specifiche condotte in quegli spazi urbani⁽¹⁾. Mi dice di essere venuta nell'unità medica mobile dove mi trovo, un camper-ambulatorio, per fare una bella scorta di medicine, visto che la sera prima sono passati «quelli della Croce Rossa». Si muovevano nel campo con delle liste di nomi, racconta, per un controllo delle persone effettivamente presenti. La ragazza teme che venga effettivamente realizzato quello che il sindaco e tanti altri promettono da tempo: lo sgombero, previsto dal «Piano nomadi» elaborato dal Comune in collaborazione con Polizia municipale e organizzazioni di assistenza socio-sanitaria.

Un primo passo nella ricerca etnografica in questione era interessarsi alle proporzioni demografiche dei gruppi di popolazione presi in considerazione, ma analizzare quelle stime numeriche significava anche osservare chi aveva commissionato e realizzato quelle valutazioni, secondo quali interessi, come, e in quale relazione con le diverse istanze ideologiche che quelle statistiche le hanno generate e conformate sia nelle metodologie che nei risultati. I censimenti e le schedature del tipo che tratterò costituiscono infatti uno degli strumenti più efficaci per rendere operative le

* Testo definitivo del contributo presentato nella VI Sessione parallela (*Istituzioni e politiche sanitarie*) al 1° Convegno nazionale della SIAM, *Antropologia medica e strategie per la salute* (Roma 21-23 febbraio 2013).

categorie classificatorie e d'identità che lo Stato ritiene atte alle proprie istanze, e sono le statistiche in quanto atti più prescrittivi che descrittivi che mi sembra opportuno affrontare a partire dal caso che descriverò. È poi da uno stato dell'arte della letteratura medica, sociologica e antropologico-medica sul tema affrontato che emerge un'inattesa linea di convergenza, quella che unisce il versante di schedatura individuale che costituisce l'attività di censimento al dato fondamentale che appare a una ricognizione generale degli studi sulla salute dei rom, ovvero il fatto che si tratti in maggioranza di studi di carattere genetico, in virtù delle supposte caratteristiche di quegli «isolati genetici endogamici» così interessanti agli occhi degli studi di Genetica delle popolazioni. Mai nessun altro «gruppo» ha ricevuto così tanta attenzione per il suo corredo genetico (KALAYDJIEVA L. - CALAFELL F. - GRESHAM D. 2011; ZEMAN C. 2003). Ma di carattere genetico è anche la tendenza attuale delle pratiche di schedatura individuale.

Per come sono avvenuti i censimenti nei campi rom romani in vista dell'attuazione del «Piano nomadi» della Giunta in carica durante il periodo dell'etnografia, distinguere i censimenti dalle attività di identificazione individuali e dalle azioni di cura è poco utile. Dietro a questa convergenza fra le nuove forme di identificazione, biometria, cura e controllo, in questione è una dottrina politica che mira ad accreditare un modello di giustizia fondato su forme di legittimità differenziale secondo i cui parametri – è possibile escludere dalle comunità determinate categorie d'individui e gruppi. In questo senso, considerare le forme d'identificazione e schedatura in questione come un semplice strumento di identificazione anagrafica è una visione che escluderebbe la lettura critica di un certo numero di implicazioni che non possono essere ignorate. Ciò che pare essere in gioco con la schedatura è la dinamica attraverso cui il corpo di un singolo entra in un campo di visibilità e, attraverso la schedatura, questo tipo di visibilità viene incorporato attraverso l'identità stabilita fra il corpo del soggetto e il suo essere cittadino: più le tecniche di riconoscimento si fanno raffinate e invisibili (e socialmente differenziate), più lo saranno anche quelle di azione politica. Nella prospettiva della specifica forma di combinazione di lavoro critico e lavoro descrittivo portato avanti dall'antropologia medica, in questo testo cercheremo dunque di rintracciare alcuni degli elementi alla base di una possibilità di convergenza fra i campi della identificazione, cura, sapere genetico-medico e politiche di controllo in relazione alla presenza rom in Italia.

Le statistiche e la costruzione della “questione rom”

Scrivere Charles W. Anderson che «elaborare una politica non significa solamente risolvere dei problemi, ma anche costruirne» (ANDERSON C.W. 1988; HACKING I. 1999). Gli oggetti delle politiche pubbliche sono determinati anche delle forme di visibilità a loro assegnate, e a stabilire l'entità e la forma di questa visibilità contribuiscono anche le statistiche e i censimenti, da cogliere nella loro partecipazione alla costruzione della «questione rom». In questo senso, il sociologo Éric Fassin opera una distinzione analitica fra i Rom come gruppo sociale e una «questione rom» fondata sui «rom» come figura del discorso politico e dello spazio pubblico (Fassin É. 2014). Tale «questione» non esiste a priori, ma è un effetto di situazioni d'interazione che, secondo processi diversi, si nutrono dei discorsi e delle pratiche istituzionali (LEGROS O. 2011). Cogliere le sembianze numeriche e le proporzioni demografiche della realtà sociale con cui si ha a che fare corrisponde di già a mettere in questione ben altri aspetti della «questione rom». I censimenti e le schedature del tipo trattato costituiscono uno degli strumenti più efficaci per rendere operative le categorie classificatorie e d'identità che lo Stato ritiene atte alla diffusione sociale e istituzionale (COMBESSE J.-C. 2011; KERTZER D. - AREL D. 2001). Se, da un lato, le statistiche sono presentate in certi contesti – quali quello dei campi rom romani – come uno strumento per misurare le situazioni d'indigenza e le discriminazioni, dall'altro lato esse sono messe in atto anche in virtù della loro supposta capacità di valutare l'efficacia delle politiche per combattere quelle stesse realtà di marginalità. Dispositivo atto a rispondere a quel bisogno di un principio di decodificazione delle risorse di uno Stato, la statistica è il sapere dello Stato sullo Stato, il sapere su di sé che lo Stato riunisce attraverso l'apparato della polizia (FOUCAULT M. 2005). Ed è qui che s'innesta la ragione probabilmente più pregnante alla base dell'interesse per il dispositivo della statistica nel contesto dei «campi nomadi» a Roma e delle questioni sanitarie che li attraversano: non sono solo le forze dell'ordine ad occuparsi delle statistiche, ma anche le stesse unità sanitarie sui cui si è concentrata l'attenzione etnografica alla base di questo testo. Che a occuparsi di stilare liste di nomi di residenti rom presenti fossero, oltre alle forze dell'ordine, le unità sanitarie presenti nei campi, poco prima o poco dopo aver distribuito dei medicinali o aver collaborato a delle operazioni di sgombero, non può che destare un'attenzione che interroghi gli snodi della sovrapposizione di funzioni che, più o meno direttamente, vanno dal sanitario al securitario e ritorno. Le diverse forme di resistenza opposte dai residenti rom dei campi romani alla schedatura – che infatti ha rilevato un numero di abitanti dei campi stimato attorno alla metà di

quello effettivo al tempo della ricerca etnografica – comprendevano un numero significativo di cittadini che opponevano l'argomentazione del possesso di documenti italiani e di regolare iscrizione al Servizio sanitario nazionale (si veda anche DANIELE U. 2010). La mancanza di censimenti affidabili veniva assunta come causa dell'impossibilità di valutare gli effetti concreti delle scelte politiche, mentre mancava l'interrogativo opposto, ovvero quanto la resistenza a un censimento sia dettata dalla paura dei suoi effetti. L'analisi politica era unidirezionale, ma non considerata sufficiente a una revisione critica delle azioni portate avanti.

Nel 2008 (ovvero poco prima dell'inizio della ricerca etnografica), le operazioni di censimento e schedatura sono state svolte da un gruppo di volontari della Croce Rossa Italiana che ha ricevuto una formazione apposita e che ha utilizzato per la rilevazione una scheda approvata dal Garante della Privacy⁽²⁾. Le informazioni richieste erano di tipo anagrafico, professionale, familiare scolastico e, appunto, sanitario. Nella relazione della Croce Rossa, citata dall'importante demografo Massimo LIVI-BACCI⁽³⁾ (che definisce quella rom «una demografia da terzo mondo»), si legge che i dati sono stati richiesti solo a quelle persone che hanno mostrato disponibilità nel concederli: lo spazio per opporre una certa resistenza da parte dei residenti dei campi rom si apriva significativamente.

Nei processi di decisione amministrativa e più ampiamente politica, le stime numeriche assumono un rilievo che va al di là delle loro stesse prerogative: servono tanto alla critica quanto alla giustificazione di un assetto sociale, costituendo un dispositivo che lo Stato ha a disposizione per le attività e le retoriche di pianificazione delle azioni politiche. Più in generale, per far sì che le decisioni conseguenti ai dati di censimenti e schedature siano considerate legittime, bisogna che prima lo siano le statistiche stesse. Allo stesso tempo, le statistiche hanno l'effetto di cristallizzare l'ordine sociale, e le forme di cristallizzazione tendono a tradursi in forme di legittimazione. La necessità è dunque quella di identificare il legame ideologico fra la necessità statistica, le istanze politiche e morali che le generano, e i loro riflessi in ambiti contigui, quali quello sanitario.

«Le misure non posso essere più precise dei concetti che rappresentano», sostiene l'economista Amartya SEN (1973). A questa concezione si affianca quella secondo cui sorvegliare sul rispetto delle diversità significa anche plasmare un dispositivo statistico e analitico capace di valutarla, secondo l'assunto secondo cui per combattere le discriminazioni bisogna poterle misurare (BOUCHER M. 2001). Ciò che accomuna i due approcci è il presupposto secondo cui è fondamentale cercare di risalire ai modelli ideolo-

gici che informano le categorie statistiche. Dalle stime numeriche dipende l'entità del dispiegamento di forze e risorse messe in campo per la fascia di popolazione in questione, tanto sul fronte sanitario (per esempio di vaccinazione o di *screening* della tubercolosi) che di quello del controllo (per esempio per le decisioni riguardanti spostamenti forzati o espulsioni). La situazione della gestione dei campi rom romani mostra inoltre la possibilità di un uso paradossale di quelle stime, per esempio, quando non si riesce a trovare un rapporto di proporzionalità diretta fra l'entità delle cifre, il volume dei finanziamenti e la portata della retorica politica che viene dispiegata. Se in Italia, dati alla mano, la presenza complessiva dei Rom appare subito come significativamente sovrastimata (PIASERE L. 2004), a Roma veniva esplicitata la volontà di plasmare quel numero in funzione del progetto politico del "Piano nomadi", a partire da una cifra stimata dichiaratamente e altamente imprecisa⁽⁴⁾.

Il dato di partenza, generalmente accettato, è che a Roma si trova la maggiore concentrazione di Rom presenti nel territorio italiano. Le stime medie parlano di una cifra fra le 12.000 e le 15.000 unità. Ma le stime sono molteplici e mostrano risultanti contrastanti. Se si dovesse individuare una loro caratteristica comune, al di là dei modi e degli interessi delle istituzioni o organizzazioni che le hanno effettuate o commissionate, sarebbe quella di una grande difficoltà pratica nel reperire i dati necessari per un mero censimento numerico. A cambiare è piuttosto il grado in cui questa difficoltà viene ammessa o meno, esplicitata o dissimulata. Presentato nel luglio 2009 dal prefetto, dal commissario straordinario e dal Sindaco Alemanno, il "Piano nomadi" stimava una presenza di 7.177 (2.200 persone negli 80 "insediamenti informali", 2.736 dei 14 campi "tollerati" e 2.241 nei 7 "villaggi attrezzati", i campi ufficiali). Il numero era lo stesso di quello presentato dal rapporto della Croce Rossa Italiana. Quella mostrata dal "Piano nomadi" appare come una concezione ben differente della valutazione numerica: l'interesse non è quello di misurare la presenza rom, ma di deciderla, di plasmarla. Questa volontà venne esplicitata fin dalla conferenza stampa di presentazione del "Piano nomadi", in cui il sindaco Alemanno ha dichiarato, chiamando significativamente in causa un parametro di "sostenibilità": «Abbiamo stimato che a Roma ci sono circa 7.000 nomadi e dobbiamo scendere a 6.000 che per una città come Roma rappresenta una cifra di assoluta sostenibilità». Ha aggiunto: «La città è già al limite delle sue possibilità d'accoglienza».

Per affrontare la questione delle valutazioni statistiche nel contesto della cura dei Rom a Roma, c'è inoltre da prendere in considerazione il principio basilare della statistica secondo cui il primo obbligatorio passo da fare

è quello della identificazione delle categorie cui rimanda un dato criterio. La necessità è dunque quella di interrogarsi su quali siano i parametri secondo cui un individuo viene considerato come appartenente al gruppo rom, perché si tratta questo di uno spazio opaco e fluido in cui le istanze istituzionali possono esprimersi e modellarsi con un certo margine di libertà strumentale. Partendo dall'assunto secondo cui dalle analisi tassonomiche, che strutturano categorie e che operano burocraticamente, si può risalire al funzionamento delle istituzioni che le producono, si aprono spazi per la comprensione dei modi di azione e adattamento entro quelle stesse categorie (PALUMBO B. 2011; LE BRAS H. 2007; NOIRIEL G. 2007). Ma le pratiche di censimento e identificazione individuale non possono essere considerate separatamente, ed è secondo questa prospettiva che cominciano a evidenziarsi i legami fra l'ambito statistico, di schedatura e sanitarie. Le dinamiche appena esposte, messe in relazione con le questioni di cura con cui queste operazioni s'intersecano inestricabilmente, mostrano come le stime numeriche emergano di nuovo come una tecnologia decisiva per i processi di soggettivazione e desoggettivazione necessari per la creazione istituzionale di «corpi docili» (AGAMBEN G. 2006). Lo stesso Foucault si occupa di questo tema per affrontare la genealogia della «emergenza delle tecnologie di sicurezza all'interno», specificando – significativamente per questa analisi – di rivolgersi a meccanismi che riguardano il «controllo sociale», la «penalità» e «dei meccanismi che hanno per funzione quella di modificare qualcosa nel destino biologico della specie» (FOUCAULT M. 2005). È a questa dimensione biologica che ci rivolgeremo in quanto segue.

Gli studi sulla salute dei Rom

In un articolo del 1997 intitolato *The health of Roma*⁽⁵⁾, Martin McGee, membro dell'unità European Public Health presso la London School of Hygiene and Tropical Medicine, lamentava il fatto che, nel fare una ricerca nel grande database di ricerche mediche Medline a proposito della salute dei Rom, e nel farla inserendo la parola «gypsy» come chiave di ricerca, il sistema restituiva molto più risultati a proposito della «variante gypsy» di quegli insetti comunemente chiamati «moscerini della frutta» (genere *drosophile*) che sullo stato di salute dei gruppi rom. Altrettanto ironicamente significativa è la premessa che Steve Hajioff e Martin McGee fanno al loro excursus fra gli articoli scientifici degli ultimi quindici anni che tentano di operare uno stato dell'arte degli studi sulla salute dei

Roma: cercando la parola chiave «*Roma*» nelle basi di dati medici, i risultati riguardano molto più la capitale d'Italia che i gruppi rom, lamentano. E, aggiungono, delle 693 citazioni trovate, 378 presentavano fra le parole chiave «*human*» (HAJIOFF S. - MCGEE M. 2000).

A procedere a uno stato dell'arte della letteratura, in particolare quella medica e di scienze sociali della salute, si nota una linea di convergenza con il panorama prevedibile riguardante le forme contemporanee d'identificazione personale e studi genetico-medici. Il dato di partenza che una ricognizione generale degli studi sugli aspetti sanitari della vita dei Rom evidenzia è che si tratta in maggioranza di studi di carattere genetico (anche se con una recente tendenza al riequilibrio) (TREVISAN P. 2004; MONASTA L. 2008), soprattutto in ragione delle supposte caratteristiche di «isolati genetici endogamici», a cui gli studiosi di genetica delle popolazioni prestano un'attenzione tale da attribuire talora determinate caratteristiche di parentela senza quel riscontro empirico a cui gli studi di antropologia della parentela potrebbero contribuire con efficacia. Inoltre, le recenti innovazioni in campo genetico paiono aver spinto ancora più in avanti questa tendenza.

Un simile quadro mostra in definitiva come a una situazione problematica in fatto di accesso alle risorse della cura e a uno stato di salute decisamente svantaggiato rispetto alla popolazione circostante (basti considerare i notevoli squilibri negli indici di mortalità neonatale e perinatale, di vita media e di vaccinazioni nell'ambito di una stessa area urbana, per esempio) corrisponda non un interesse dominante verso le sue determinanti politiche, ma un'attenzione diretta in particolar modo verso le supposte specificità genetiche di un gruppo considerato molto più «chiuso» che altri: si tratta di una sorta di alterizzazione genetica che affianca i processi di costruzione della «questione rom» in termini di «problema sociale». Un ulteriore livello è costituito dal fatto che, nei discorsi degli attori delle prestazioni di cura nei campi, ricorre spesso l'accostamento semplificante fra le «malattie dei Rom» e quelli «della povertà». È da valutare quanto una equipollenza fra «malattie dei poveri e dei migranti» e «malattie dei Rom» contribuisca ad occultare quegli elementi che non tengono conto delle importanti differenze sul piano delle forme di cittadinanza e di come queste dovrebbero corrispondere a diversi, ma ugualmente efficaci, modi di accesso al servizio sanitario nazionale. Tale postura, che corrisponde in una certa maniera a una negazione della specificità rom tanto sollevata dagli studi di tipo medico-genetico, ricorre in numerosi approcci d'intervento sanitario, di costruzione della «popolazione-target». Questo disequilibrio fra le

ricerche di tipo genetico e quelle che dovrebbero riguardare i fattori di rischio ambientale e le loro determinanti politiche costituisce un ulteriore segnale di allerta rispetto alle connessioni fra l'identificazione dei gruppi geneticamente interessanti e la loro gestione biopolitica.

L'identificazione e le sue frontiere

A ripercorrere una storia delle diverse tecnologie di schedatura biometrica e identificazione si noterà che l'obiettivo primario era costituito spesso e volentieri proprio dai gruppi rom, considerabili per questo una sorta di costante avanguardia. Come sostenuto da Giorgio AGAMBEN (2006) e da storici delle "politiche zingare" quali Henriette ASSÉO (1994), giustificare le ardite azioni di tipo securitario sui Rom, da parte delle istituzioni – sia europee che nazionali – generalmente non porta a negoziare quelle stesse azioni ma, piuttosto che rinunciarvi, estenderle a tutta la popolazione. A questo si aggiunge la paradossale posizione dell'Italia nella storia della biometria: da una parte, ha contribuito con i suoi studiosi in maniera determinante allo sviluppo del campo e al suo legame con l'antropologia criminale, e dall'altra è stata uno dei Paesi che, attraverso i suoi migranti, più ne hanno subito le conseguenze e le umiliazioni.

L'attenzione è da porre sui modi in cui la convergenza fra le modalità d'identificazione e il sapere genetico riceve stimoli peculiari alle esigenze di sorveglianza e alla dinamica secondo cui tutti i cittadini possono essere potenzialmente trasformati in «cittadini genetici» (KONRAD M. 2005; FELDMAN G. 2012; LOCK M. 2009). Esiste un certo bisogno di analizzare il modo in cui si pensa il legame fra le pratiche della salute nel contesto medico predittivo, tale quello informato dai dati genetici dei soggetti, e le pratiche che si riferiscono all'ambito dell'identificazione personale e delle politiche di sicurezza. La ricerca genetica ha creato delle nuove maniere di rendere il corpo un luogo di «gestione tecnocratica delle differenze» (CASTEL R. 1995), contribuendo anche a modificare lo sguardo che vi portiamo. Il presupposto da tenere a mente in questa analisi è che il sapere genetico è socialmente differenziato, con gli effetti di violenza sociale che ne possono conseguire. A questo proposito, è da ricordare come Paul RABINOW (1996) abbia parlato di «immaginazione tecnoscientifica», quella capacità di dispiegare pratiche, in particolare nell'ambito della genetica, che nella «fabbrica sociale» sono ancora una volta strettamente legate anche alle questioni di «razza» e di «temperamento».

La pratica della schedatura genetica in Italia è stata proposta nel quadro dell'adesione dell'Italia al trattato europeo di Prum, nel 2008. Quel "pacchetto sicurezza" – promosso appena prima dell'inizio della ricerca etnografica su cui si basa questo testo – si mostrava come una svolta nel concepire a livello legislativo le azioni che riguardano i Rom d'Italia⁽⁶⁾. Uno dei punti salienti è quello della costituzione e della condivisione di database di profili personali. L'Italia ha scelto di aderire al trattato promuovendo una banca dati transnazionale dei profili genetici di tutti gli individui implicati in fatti di giustizia o immigrati clandestinamente⁽⁷⁾, e lo spettro di persone suscettibili di schedatura è largo, soprattutto e il solo fatto di essere sospettato o di essere implicato in una misura di detenzione provvisoria è sufficiente per procedere all'inserimento nella banca dati. Le possibili discriminazioni che ne possono provenire possono assumere forme molteplici, e lo snodo su cui porre attenzione è quanto queste pratiche producano differenza. Se «gli attori del processo legislativo affrontano l'identità rom a partire da una costruzione di questa ipersemplificata, ma al tempo stesso molto stabile» (SIMONI A. 2011), è nelle profondità genetiche del corpo che la legittimazione di queste pratiche viene ricercata.

La storia delle tecniche d'identificazione, dalla fine del XIX secolo ad oggi, mostra una frammentazione crescente del corpo e un controllo di più in più stretto sulla sua percezione. Secondo Jean-Jacques COURTINE e Georges VIGARELLO (2006), «l'identità si distacca progressivamente dall'immagine concreta e dagli indici superficiali del corpo per immergersi nelle profondità astratte del codice biologico dell'organismo». Se TREVISAN (2004) conclude la sua analisi del dibattito sui geni dei Rom prevedendo l'interesse delle future direzioni della ricerca genetica nell'affrontare un'ampia categoria di malattie che affliggono congenitamente molti individui rom, è alla concreta possibilità di derive securitarie della stessa genetica medica che dobbiamo prestare attenzione. Le configurazioni cui viene fatto riferimento più spesso sono quelle della «deriva genetica» e dell'«effetto del fondatore», legate ai processi di trasmissione delle anomalie genetiche. Il processo che conduce a ipotizzare una «identificazione etnica» attraverso il test DNA parte dall'eventuale raccolta di numerosi profili di uno stesso gruppo. La concezione di appartenenza etnica da parte di alcune figure implicate in questo ambito emerge con una certa chiarezza da questo passaggio di un recente manuale di genetica forense: «La chiave della ricerca è dunque la disponibilità di grandi quantità di dati di popolazione di gruppi *eticamente puri*» (CORRADI F. *et al.* 2006, *corsivo mio*). Analizzando il dibattito nello spazio pubblico, riguardo all'argomento della schedatura, si rileva che la sola controindicazione riconosciuta è

quella delle possibili violazioni della privacy. Il modo in cui le informazioni genetiche sono sempre «imparziali», ovvero sempre incomplete e basate su delle presunzioni, ha delle conseguenze sulle «relazioni genetiche» che ne derivano, ovvero sulle relazioni informate da una coscienza genetica (FRANKLIN S. 2003).

A uno sguardo generale, ciò che pare essere in gioco è la dinamica attraverso cui il singolo entra in un campo di visibilità. Attraverso la schedatura biometrica e l'identificazione, questo tipo di visibilità viene incorporato, attraverso l'identità stabilita fra il corpo del soggetto e il suo essere cittadino. Per trovare dei riferimenti per un tentativo di comprensione, conviene fare di nuovo un lungo passo indietro. L'analisi storica di Stephen Jay Gould, che si riferisce principalmente alla biometria e ai test d'intelligenza, dimostra quanto la tendenza a commettere degli errori nelle pratiche biometriche si combini quasi sistematicamente alla xenophobia. Ciò che colpisce particolarmente della ricostruzione di Gould è la constatazione secondo cui i momenti storici di ritorno del determinismo biologico corrispondono a quelli di maggiore tensione politico-sociale, e come le diverse forme di biodeterminismo offrano uno strumento di grande efficacia per il ristabilimento delle distanze sociali (GOULD S. 1996; PIAZZA P. - CRETTEZ X. 2004). La domanda centrale, a questo proposito, riguarda il rapporto fra la schedatura e la categorizzazione degli individui. In altre parole, in che modo una schedatura si trasforma in elemento di razzializzazione e giudizio? S'intravede dunque il meccanismo secondo cui è analizzando il contesto politico in cui si sono dispiegate che si possono rintracciare le connessioni fra la questione della schedatura e quella di una gestione biopolitica degli individui interessati (FOUCAULT M. 1976; FASSIN D. 1996). In questo senso, è significativo quando, durante la ricerca etnografica, l'allora ministro degli interni, nel discutere le basi della "emergenza nomadi" nazionale che avrebbe servito da base al "Piano nomadi" romano, dichiarò: «Entro metà ottobre completiamo le identificazioni di tutti coloro che vivono nei campi nomadi autorizzati e non autorizzati. Un censimento completo. E questa sarà solo una prima fase. [...] Significa che il sistema della sicurezza avrà sempre più informazioni e quindi saremo tutti più sicuri»⁽⁸⁾.

Conclusione

Ogni filosofia politica deve cominciare da una teoria della natura umana, scrive il genetista e filosofo della scienza Richard LEWONTIN (1983). I gruppi rom e i campi, i censimenti, il loro uso, la loro attuazione da

parte di istituzioni sanitarie, la loro partecipazione alla gestione di sgomberi e spostamenti forzati, nelle campagne di cura portate avanti con una continua oscillazione fra retorica umanitaria e retorica securitaria, l'identificazione, le sue nuove forme, le connessioni fra queste nuove forme e la medicina predittiva: se ci si interroga sull'esistenza e sulla possibile chiave di lettura della convergenza di elementi apparentemente indipendenti ma partecipi di un movimento coordinato, a rendersi necessaria per cogliere l'orizzonte ideologico della filosofia politica è una «immaginazione sociologica» che – articolata con l'immaginazione tecnoscientifica di cui parla Paul RABINOW (1996) – estenda in maniera tentacolare le constatazioni in direzione di potenziali sviluppi dei processi osservati. Quando C.W. Wright parlava di «immaginazione sociologica», si riferiva a una «qualità della mente» che crei nell'uomo le condizioni per una «lucida sintesi» di quando accade e può accadere attorno a lui: «L'immaginazione sociologica ci permette di afferrare biografia e storia e il loro mutuo rapporto nell'ambito della società» (WRIGHT C.M. 1995: 16). È in ballo quella stessa capacità di pensare l'evidenza del presente di cui parlava Michel Foucault (FOUCAULT M. 1997).

È seguendo uno stesso approccio critico che gli studi antropologici contemporanei sui *new genetics* e forme di identificazione hanno fatto emergere l'importanza di una dimensione etnografica della schedatura, come percorso conoscitivo e interpretativo irrinunciabile (FRANKLIN S. 2003). Le pratiche su cui focalizzano la loro attenzione sono percepite o rappresentate come neutrali e la loro analisi è teoricamente ispirata a un principio di non-interferenza, ma nessuno vi è coinvolto con una posizione nello spazio sociale “neutra” o “oggettiva”, così come accade nei contesti istituzionali della cura. Al contrario, si tratta di pratiche ben stratificate e socialmente differenziate. Ecco dunque che il contributo dell'antropologia medica si rivela decisivo nella sua capacità di concentrarsi sulle microdecisioni della quotidianità e i posizionamenti morali di un contesto sociale delimitato anche dagli elementi presi in considerazione in questa analisi, per tenere sotto osservazione quel terreno in cui talli fattori possono trovare o meno il loro nutrimento per passare da scenari ipotetici a realtà più o meno naturalizzate. C'è allora da tornare di nuovo alla specificità dell'impresa etnografica e antropologica e focalizzare l'attenzione su un aspetto centrale, cioè la dimensione esperienziale della schedatura, un aspetto che né un approfondimento né genealogico né di mera analisi teorica e, per così dire, predittiva deve farci perdere di vista. In questo senso, è il caso di tornare all'aneddoto di apertura di questo testo, con la ragazza che si voleva accaparrare più scatole di medicine per rispondere

ai presagi che, osservando la presenza di alcuni operatori sanitari, aveva interpretato come annuncio di uno sgombero imminente («Se viene la Croce Rossa coi fogli allora vuol dire che adesso ci sgomberano»): la sua predizione si è avverata l'indomani stesso.

Note

⁽¹⁾ Ricerca discussa anche in ALUNNI 2012.

⁽²⁾ Dal vademecum della Croce Rossa Italiana per l'ingresso ai campi: «A tutela dell'operato della Croce Rossa, date le finalità esclusivamente umanitarie ed assistenziali, non può essere consentita la sua partecipazione ad attività direttamente la Pubblica Sicurezza, inerenti attività di censimento. L'atto di convenzione troverà nel suo interno regolamento la parte relativa al trattamento dei dati sensibili e giudiziari della CRI approvato dal Garante per la protezione dei dati personali, e potrà consentire agli operatori CRI di raccogliere ed utilizzare i dati inerenti le pratiche sanitarie ed umanitarie. I dati statistici di rilevanza epidemiologica, raccolti dalla Croce Rossa, potranno essere utilizzati per analisi di carattere generale sullo stato degli insediamenti, anche da altre amministrazioni e potranno essere messi a disposizione in forma assolutamente anonima. Le notizie riguardanti la situazione sanitaria individuale e nominativa debbono essere conservate dalla Croce Rossa per le proprie finalità assistenziali, e non possono essere trasmesse ad altra amministrazione se non su richiesta dell'assistito o dell'autorità giudiziaria. Valgono per queste informazioni gli stessi limiti previsti dalla normativa sulle cartelle cliniche. Deve essere assicurata sempre l'adesione volontaria a qualunque tipo di attività assistenziale svolta all'interno dei campi. Ricordiamoci che si tratta di persone non sottoposte ad alcuna misura che ne limiti l'esercizio dei diritti fondamentali».

⁽³⁾ In: <http://www.neodemos.it>, 17/05/2011 e 16/01/2008.

⁽⁴⁾ L'organo istituzionale a cui più di tutti è affidato da anni il monitoraggio costante della presenza rom a Roma è il NAE (Nucleo anti-emarginazione), parte della Polizia Municipale. Il referente è l'USI (Ufficio speciale immigrazione), voluto dall'Assessorato alle Politiche sociali e promozione della salute. Nel corso dell'etnografia è più volte emersa una certa resistenza da parte di alcuni dei NAE di rendere noti i dati in loro possesso. Eppure, secondo la coordinatrice di un progetto Caritas dedicato agli insediamenti spontanei rom, tali unità erano in possesso di liste di nominativi dei residenti complete e aggiornate, e pronte per essere utilizzate per eventuali azioni radicali. «Basta un niente che la cosa degenera...», mi disse.

⁽⁵⁾ In: "British Medical Journal", 315, 1997, pp. 1172-1173, <http://www.bmj.com>

⁽⁶⁾ Il suo obiettivo generale era «*a further development of European cooperation, to play a pioneering role in establishing the highest possible standard of cooperation especially by means of exchange of information, particularly in combating terrorism, cross-border crime and illegal migration, while leaving participation in such cooperation open to all other Member States of the European Union*».

⁽⁷⁾ Dal testo di presentazione alla stampa (Ministero degli Interni e della Giustizia congiunti) del "pacchetto sicurezza": «i soggetti in carcere o agli arresti domiciliari; chi è stato arrestato in flagranza di reato o sottoposto a fermo di indiziato di delitto, in questo caso il prelievo è effettuato dopo la convalida del giudice; i detenuti o i destinatari di misura alternativa alla detenzione in seguito a sentenza irrevocabile per delitto non colposo; i soggetti nei cui confronti è applicata una misura di sicurezza detentiva, provvisoria o definitiva».

⁽⁸⁾ Intervista con Roberto MARONI, "La Repubblica", 16 luglio 2008.

Bibliografia

- AGAMBEN Giorgio (2006), *Che cos'è un dispositivo?*, Nottetempo, Roma.
- ALUNNI Lorenzo (2012), *Il mal di testa e lo sgombero. Percorsi terapeutici e percorsi securitari nei campi rom di Roma*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 33-34, ottobre 2012, pp. 197-228.
- ANDERSON Charles W. (1988), *Political judgment and theory in policy analysis*, in PORTIS E.B. - LEVY M.B. (curatori), *Handbook of political theory and policy science*, Greenwood Press, New York.
- ASSÉO Henriette (1994), *Les Tsiganes: une destinée européenne*, Gallimard, Paris.
- BOUCHER Manuel (2001), *De l'égalité formelle à l'égalité réelle*, L'Harmattan, Paris.
- CASTEL Robert (1995), *La Gestion des risques: de l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*, Éditions de Minuit, Paris.
- COMBESSE Jean-Claude (2011), *Analyse critique d'une histoire des traitements statistiques des inégalités de destin*, "Actes de la Recherche en Sciences Sociales", vol. 3, n. 188, 2011, pp. 4-31.
- CORRADI Fabio - FATTORINI Paolo - PREVIDERÉ Carlo - RICCI Ugo (2006), *La prova del DNA per la ricerca della verità*, Giuffrè, Milano.
- DANIELE Ulderico (2010), *Censimenti e razzializzazione della differenza zingara nell'era della sicurezza*, pp. 92-99, in LOMBARDI SATRIANI Luigi M. (curatore), *RelativaMente. Nuovi territori scientifici e prospettive antropologiche*, Armando Editore, Roma.
- FASSIN Didier (1996), *L'espace politique de la santé: essai de généalogie*, Presses Universitaires de France, Paris.
- FASSIN Éric (2014), "La question rom", pp. 7-71, in FASSIN É. - FOUTEAU C. - GUICHARD S. - WINDELS A., *Roms et riverains. Une politique municipale de la race*, La Fabrique, Paris.
- FELDMAN Gregory (2012), *The migration apparatus: security, labor, and policymaking in the European Union*, Stanford University Press, Stanford.
- FOUCAULT Michel (1976 [1975]), *Sorvegliare e punire: nascita della prigione*, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *Surveiller et punir: naissance de la prison*, Gallimard, Paris, 1975].
- FOUCAULT Michel (1997 [1975]), *Illuminismo e critica*, a cura di Paolo NAPOLI, Donzelli, Roma [ediz. orig.: *Qu'est-ce que les Lumières?*, pp. 562-578, in *Dits et écrits*, vol. IV, Gallimard, Paris, 1994].
- FOUCAULT Michel (2005 [2004]), *Nascita della biopolitica: corso al Collège de France (1978-1979)*, Feltrinelli, Milano [ediz. orig.: *Naissance de la biopolitique*, Gallimard, Paris, 2004].
- FRANKLIN Sarah (2003), *Remaking life & death: toward an anthropology of the biosciences*, School of American Research Press, Santa Fe.
- GOULD Stephen Jay (2008 [1996]), *Intelligenza e pregiudizio. Contro i fondamenti scientifici del razzismo*, Il Saggiatore, Milano [ediz. orig.: *The mismeasure of man*, Norton, New York, 1996].
- HACKING Ian (1999), *The social construction of what?*, Harvard University Press, Cambridge.
- HAIJOFF Steve - MCGEE Mark (2000), *The health of the Roma people: a review of the published literature*, "Journal of Epidemiology and Community Health", vol. 11, n. 54, 2000, p. 864.
- KALAYDJIEVA Luba - CALAFELL Frances - GRESHAM David (2001), *Genetic studies of the Roma (Gypsies): a review*, <http://www.biomedcentral.com/1471-2350/2/5>
- KERTZER David - AREL Dominique (2001), *The politics of race, ethnicity, and language in national census*, Cambridge University Press, Cambridge.
- KONRAD Monica (2005), *Narrating the new predictive genetics: ethics, ethnography and science*, Cambridge University Press, Cambridge.
- LE BRAS Hervé (2007), *Quelles statistiques ethniques?*, "L'Homme", n. 184, 2007, pp. 7-24.
- LEGROS Olivier (2011), *Les pouvoirs publics et la 'question rom' en Europe aujourd'hui*, "Études Tsiganes", n. 39-40, 2011, pp. 42-55.

- LEWONTIN Richard - ROSE Steven - KAMIN Leon J. (1983 [1984]), *Biologia, ideologia e natura umana: il gene e la sua mente*, Mondadori, Milano [ediz. orig.: *Not in our genes: biology, ideology, and human nature*, Pantheon Books, New York, 1984].
- LOCK Margaret (2009), *Globalization and the state: is an era of neo-eugenics in the offing?*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 27-28, ottobre 2009, pp. 261-295.
- MONASTA Lorenzo (2008), *Minority health and small numbers epidemiology: a case study of living conditions and the health of children in 5 foreign Roma camps in Italy*, "American Journal of Public Health", vol. 11, n. 98, 2008, pp. 2035-2041.
- NOIRIEL Gérard (2007), *L'identification: genèse d'un travail d'État*, Belin, Paris.
- PALUMBO Berardino (2011), *La somiglianza è un'istituzione: classificare, agire, disciplinare*, in FALDINI L. - PILI E. (curatori), *Saperi antropologici. Media e società civile nell'Italia contemporanea. Atti del I Convegno nazionale dell'ANUAC (Matera, maggio 2008)*, CISU, Roma.
- PIASERE Leonardo (2004), *I rom d'Europa: una storia moderna*, Laterza, Roma - Bari.
- PIAZZA Pierre - CRETTEZ Xavier (2004), *Du papier à la biométrie: identifier les individus*, Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, Paris.
- RABINOW Paul (1996), *Essays on the anthropology of reason*, Princeton University Press, Princeton.
- SEN Amartya K. - FOSTER James Eric (1973), *On economic inequality*, Oxford University Press, Oxford.
- SIMONI Alessandro (2011), *Appunti per una 'lettura romani' del pacchetto sicurezza*, <http://www.juragentium.unifi.it/>
- TREVISAN Paola (2004), *La 'salute' dei rom: una questione piuttosto ingarbugliata. Riflessioni antropologiche sulla letteratura medica riguardante gli zingari*, "La Ricerca Folklorica", n. 50, ottobre 2004, p. 53-73.
- WRIGHT Charles Mills (1995 [1959]), *L'immaginazione sociologica*, Il Saggiatore, Milano [ediz. orig.: *The sociological imagination*, Oxford University Press, Oxford, 1959].
- ZEMAN Catherine (2003), *Roma health issues: a review of the literature and discussion*, "Ethnicity and Health", vol. 3, n. 8, 2003, pp. 223-249.

Nota: questo testo è stato redatto nell'ambito del programma Fernand Braudel-IFER, cofinanziato dalla Commissione Europea (Programma-azione Marie Curie) e dalla Fondation Maison des Sciences de l'Homme, con affiliazione all'Iris (Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux - Sciences sociales, Politique, Santé - EHES, Paris).

Scheda sull'Autore

Dopo la formazione in Antropologia presso l'Università degli studi di Perugia (Laurea triennale e magistrale) e un Master di secondo livello all'École des hautes études en sciences sociales (Paris), nel 2012 ha ottenuto il Dottorato internazionale in etnologia e antropologia (AEDE) in cotutela fra l'Università degli studi di Perugia e l'Université Paris Ouest Nanterre La Défense. La sua ricerca di dottorato è stata diretta dai proff. Giovanni Pizza (Università degli studi di Perugia) e Patrick Williams (CNRS-LAU). Nel 2012 è stato *visiting researcher* presso l'Institute for advanced study di Princeton. Nel 2013-2014 è ricercatore post-dottorale del Programma Fernand Braudel - IFER presso la Fondation Maison des sciences de l'homme, Paris e membro dell'Iris-EHES.

Riassunto

Le relazioni pericolose: salute e identificazione nei campi rom di Roma

Questo contributo si sofferma su un aspetto particolare di una ricerca etnografica condotta fra il 2009 e il 2012 sugli interventi sanitari nei campi rom di Roma: le convergenze fra gli studi medici e di scienze sociali della salute che si concentrano sui gruppi rom, le forme di censimento dei loro componenti e le nuove modalità di schedatura messe in opera a livello locale ed europeo. Uno sguardo sulla letteratura scientifica sulla salute dei cittadini rom – a lungo concentrata in maniera preponderante sulle loro presunte specificità genetiche – pone la questione del rapporto fra cura, identificazione e politiche istituzionali portate avanti nei loro confronti.

Parole chiave: Rom, Roma, identificazione, statistiche, salute, schedatura, genetica.

Résumé

Les liaisons dangereuses : santé et identification dans les camps rom de Rome

Cette contribution se concentre sur un aspect particulier d'une recherche menée entre 2009 et 2012 sur les interventions sanitaires dans les *campi rom* de Rome: la convergence entre les études médicales et de sciences sociales de la santé concernant les groupes Roms, les formes de recensement des individus qui en font partie et les nouvelles formes de fichage opérées soit à niveau local soit européen. Un regard sur la littérature scientifique sur la santé des citoyens Roms – qui s'est longtemps concentrée surtout sur leurs spécificités génétiques supposées – pose la question des relations entre soin, identification et politiques institutionnelles menées à leurs égards.

Mots-clés: Rom, Rome, identification, statistiques, santé, fichage, génétique.

Resumen

Las relaciones peligrosas: salud e identificación en los campos rom de Roma

La presente contribución aborda un aspecto particular de una investigación etnográfica llevada a cabo entre 2009 y 2012 sobre las intervenciones sanitarias en los campos rom de Roma: las convergencias entre los estudios médicos y de ciencias sociales de la salud enfocados en los grupos rom, las formas de censar a sus miembros y las nuevas modalidades de fichaje realizadas a nivel local y europeo. Un análisis de la literatura científica sobre la salud de los ciudadanos rom – que durante mucho tiempo estuvo enfocada en subrayar sus presuntas características genéticas – nos obliga a reflexionar sobre la relación entre cura, identificación y políticas institucionales a ellos dirigidas.

Palabras clave: Rom, Roma, identificación, estadística, sanidad, genética.

Abstract

Dangerous liaisons: health and identification in the Roma settlements in Rome

This contribution focuses on a specific aspect of an ethnographic research conducted between 2009 and 2010 on the healthcare interventions in the Roma settlements in Rome: the convergence of medical researches and of social sciences of health about Roma groups, the forms of census and the new forms of individual filing implemented both on a local and national level. An overview on scientific literature on the health of Roma – longtime focused mostly on their supposed genetic peculiarities – questions the relationship between healthcare, identification and the institutional policies related to them.

Keywords: Roma, Rome, identification, statics, health, filing, genetics.

“Ammalarsi di carbone”.

*Note etnografiche su salute e inquinamento industriale a Brindisi**

Andrea F. Ravenda

professore a contratto di Antropologia culturale, Facoltà di medicina e chirurgia,
Corso in infermieristica, Università degli studi di Perugia
[ravenda01@gmail.com]

«La costruzione dell'oggetto di studio inizia da una decisione – più o meno arbitraria – di isolare alcuni termini, che vengono messi tra loro in un'ipotetica relazione causale» (VINEIS P. 1990: 5)

«It is a product of history as well as a contested way of being in the world» (PETRYNA A. 2009: 648)

Introduzione

Questo articolo⁽¹⁾ si riferisce a una ricerca etnografica ancora in corso, che dal 2010 conduco in un distretto industriale nel Meridione d'Italia – nella provincia di Brindisi – rivolta all'esplorazione dei possibili rapporti tra inquinamento industriale (specificatamente quello prodotto da centrali termoelettriche a carbone) e patologie, e in particolare al complesso legame causa/effettuale che li pone in relazione. Oggetto della ricerca sono i modi e le forme di fabbricazione e di negoziazione di valori e categorie quali “ammalarsi di carbone”, “salute pubblica”, “diritto alla salute”, che si articolano all'interno di un campo molto conflittuale e dominato, in primo luogo, dalle forti contese tra i movimenti di protesta contro l'inquinamento e le compagnie energetiche pubbliche e private.

La capacità delle società contemporanee di gestire e organizzare l'interazione tra l'invasività delle attività umane e l'integrità o la tutela dei sistemi che definiscono l'ambiente fisico e biologico in cui vivere o lavorare, ha da

* Testo definitivo del contributo presentato nella VI Sessione parallela (*Istituzioni e politiche sanitarie*) al 1° Convegno nazionale della SIAM, *Antropologia medica e strategie per la salute* (Roma 21-23 febbraio 2013)

tempo assunto un ruolo rilevante sia nell'ambito della ricerca socio-antropologica sia in quello delle valutazioni e delle azioni concernenti il rischio sanitario e la salute pubblica (HAHN R.A. - INHORN M.C. *curr.* 2009; INHORN M.C. 1995). L'intreccio tra inquinamento industriale, ambiente e salute è divenuto oggetto di ricerche etnografiche che hanno preso in esame diversi aspetti del fenomeno tenendo conto della complessità e contraddittorietà dei rapporti tra fattori di rischio, malattie, proteste e pluralismo legale (AGYEMAN J. - OGNEVA-HIMMELBERGER Y. *curr.* 2009; CHANNEL E.S. 2011, DONOVAN J.M. 2008; FREEMAN M. - NAPIER D. *curr.* 2009; NOVIKOVA N.I. 2002), tra la valutazione del danno, il lavoro e l'autorità medica (BALSHEM 1993, SMITH B. 1981, KUPPE R. - POTZ R. *curr.* 1997; WALDMAN L. 2010) così come tra scienza, le responsabilità delle compagnie industriali e i movimenti sociali (BROWN P. - MORELLO-FROSCH R. - ZAVETOSKI S. *et al.* *curr.* 2012). Da un altro punto di vista le stesse emissioni inquinanti sono state considerate in una prospettiva politico-economica come merce di scambio – da vendere e comprare – nelle complesse dinamiche proprie del *Cap-and-trade*⁽²⁾ (KOSOBUD R.F. - STOKES H.H. - TALLARICO C.D. - SCOTT B.C. *curr.* 2006). Il “diritto alla salute” in rapporto all'inquinamento, in sintesi, è stato studiato come il prodotto di specifiche dinamiche socio-economiche e politiche storicamente determinate, soprattutto a proposito dei piani di sviluppo industriale, essenzializzati nei processi di estrazione, trasformazione, produzione e commercializzazione di materie, materiali e fonti energetiche che tendono a trasformare radicalmente i paesaggi e i contesti socio-culturali all'interno dei quali tali processi avvengono (ALLIEGRO E.V. 2012). Nella prospettiva antropologica, pertanto, il carbone, il petrolio, l'amianto, l'acciaio, non possono essere considerati esclusivamente nelle loro essenze materiche e inquinanti, ma come i nodi complessi di una rete di rapporti di forza molto articolati, tra le cui maglie si sovrappongono diverse sfere della vita privata e pubblica, della produzione culturale, della ricerca tecnologico scientifica e dell'economia (YASSENOVA S. 2003). Per queste ragioni, un approccio antropologico rivolto all'analisi dell'intreccio tra diritto alla salute, inquinamento industriale e interessi socio-economici tende a sovrapporre la dimensione medica a quella legale (AGYEMAN J. - OGNEVA-HIMMELBERGER Y. 2009; WALDMAN L. 2011) spingendosi fino allo studio delle dinamiche e delle azioni eccezionali proprie della gestione delle catastrofi ambientali e delle relative conseguenze verso la costruzione di nuove forme di cittadinanza e di governo (PETRYNA A. 2002, 2009, 2011). Come messo in evidenza dall'antropologa Adriana Petryna nei suoi studi sulle conseguenze del disastro nucleare nel 1986 in Ucraina, infatti, «il governo e l'intervento scientifico hanno rimodellato le

conseguenze di Chernobyl come una complessa esperienza politica e di salute con i propri contorni legali e burocratici» [*traduz. mia, AR*] (PETRYNA A. 2009: 625). Se è vero che la cittadinanza biologica di cui parla Petryna può essere considerata come la rivendicazione di determinati diritti sulla base del danno biologico subito dal corpo esposto alle radiazioni (ROSE N. - NOVAS C. 2005), è altrettanto vero che tale diritto – quando e se conseguito – si presenta come il prodotto di una continua intersezione tra violenza quotidiana, sofferenza, lavoro, politica, scienza e occultamenti di responsabilità che, incorporata dalle persone esposte, definisce le conseguenze del disastro stabilendo i confini stessi della cittadinanza e dello Stato come processi in continuo divenire (PETRYNA A. 2009). Dalla considerazione di un tale quadro generale, dunque, l'esplorazione del nesso causa\effettuale tra inquinamento industriale e patologie a Brindisi – pur nella specificità del contesto locale e delle emissioni inquinanti – è stata considerata come necessaria ricomposizione di un mosaico di variabili determinanti continuamente giocate, sul campo, in una costante tensione generativa tra il corpo e lo stato (PIZZA G. - JOHANNESSEN H. cur. 2009) tanto dal versante delle disposizioni oggettivanti governative e dei relativi occultamenti di responsabilità, quanto da quello delle possibilità di *agency* e *advocacy* degli attori sociali coinvolti.

Il contesto etnografico

Il 12 dicembre 2012 presso il Tribunale della città di Brindisi ha avuto inizio il processo ai danni di tredici dirigenti della compagnia energetica ENEL, proprietaria della centrale termoelettrica a carbone Federico II situata in località Cerano. Le accuse presentate dal pubblico ministero Giuseppe De Nozza sono per «getto pericoloso di cose, danneggiamento delle colture e insudiciamento delle abitazioni» e si riferiscono alle denunce presentate da alcuni agricoltori locali in merito alla presenza di un nastro trasportatore che dal porto della città muove il carbone per oltre dieci chilometri attraversando diversi terreni agricoli sino alla centrale, e specificatamente al grande carbonile a cielo aperto dove è raccolto⁽³⁾. La mattina del 12 innanzi al palazzo di giustizia sono in molti a manifestare indossando felpe, mostrando cartelli e striscioni che riportano slogan come «NO AL CARBONE», «ENEL KILLER», «SIAMO TUTTI PARTE OFFESA». Dentro, in una affollata aula Metrangolo sono novantuno le richieste per costituzione di parte civile, tra le quali quelle delle istituzioni locali e di molti cittadini della Provincia di Brindisi organizzati in movimenti e associazioni. Un avvenimento che, nel suo insieme e nell'articolato iter processuale

ancora in corso, restituisce l'essenza di un contesto etnografico molto articolato e di certo non nuovo per l'Italia e per la Puglia in particolare. Il tema della salute pubblica connessa all'inquinamento industriale in Italia, infatti, è divenuto oggetto di crescenti dispute legali, politiche e socio-culturali, soprattutto nell'intreccio tra valutazioni cliniche e scientifiche, interessi delle compagnie industriali, mercato del lavoro e la concreta esperienza di chi si ammala. All'interno di un simile e complesso quadro generale, la situazione pugliese si presenta particolarmente critica. Secondo la delibera del Consiglio dei Ministri del 30 novembre 1990, infatti, sul territorio regionale sono state individuate tre aree a elevato rischio di crisi ambientale tra cui, oltre ad alcuni siti d'interesse nella Provincia di Bari, spiccano quella di Brindisi (che comprende i comuni di San Pietro Vernotico, Torchiarolo e Carovigno) e quella di Taranto (che comprende anche i comuni di Statte, Crispiano, Massafra e Montemesola). Si tratta di aree che dal dopoguerra sono state soggette a piani di sviluppo territoriale che hanno prodotto un'imponente, rapida e, per certi versi incontrollata industrializzazione con insediamenti pesanti soprattutto sulle zone costiere a ridosso dei centri abitati. Le due centrali termoelettriche a Carbone e il polo petrolchimico nel brindisino, così come le acciaierie e le raffinerie di Taranto, hanno avuto un impatto decisivo trasformando radicalmente il paesaggio locale, degradandone l'ambiente e incidendo profondamente sulle dinamiche socio-economiche e culturali del territorio nei termini di una vera e propria dipendenza dalle "nuove" possibilità occupazionali. Dinamiche storicamente determinabili e scelte politiche concrete che hanno gradualmente prodotto una forte criticità in tali aree, come rilevato con chiarezza dal Piano regionale di salute 2008-2010 elaborato dalla Regione Puglia in cui la gravità della situazione è esaminata quale conseguenza dell'«azione combinata di fattori di rischio ambientale e occupazionale»⁽⁴⁾. L'industria che ha sistematicamente degradato il territorio ha altresì impedito o limitato altre prospettive di sviluppo economico quali, ad esempio, quelle legate all'agricoltura o al turismo, costituendosi come il principale se non unico bacino occupazionale, producendo, allo stesso tempo e in maniera continuativa, polveri sottili e sostanze cancerogene emesse nell'aria, scaricate nei mari o infiltrate nei terreni agricoli e nelle falde acquifere utilizzate per l'irrigazione. Una precisa condizione ambientale che, come rilevato più volte da medici e ricercatori attivi sul territorio, si configura come uno dei principali fattori di rischio connessi all'incremento di patologie tumorali nelle aree in questione⁽⁵⁾. L'Agenzia europea per l'ambiente, infatti, ha segnalato nel 2011 la centrale ENEL di Brindisi come il sito industriale

più inquinante d'Italia. Secondo l'Agenzia le emissioni dell'impianto (in riferimento ai dati del 2009) determinano una mortalità prematura stimabile in 119 casi l'anno⁽⁶⁾. A questi andrebbero sommati gli impatti della centrale a carbone di Brindisi nord (Edipower) che lo scorso anno ha ottenuto una nuova AIA (Autorizzazione integrata ambientale) per tornare a lavorare a pieno regime. In riferimento alla popolazione di Brindisi, uno studio del 2011 – realizzato dall'Istituto di fisiologia clinica del CNR di Lecce e di Pisa con l'Unità operativa di neonatologia dell'ospedale Perrino di Brindisi – ha segnalato un eccesso nelle patologie neonatali riscontrate nel capoluogo pugliese del 18% in più rispetto alla media europea, con uno scarto che raggiunge quasi il 68% in riferimento alle patologie congenite cardiovascolari (GIANICOLO E.A.L. *et. al.* 2012). Il nesso causa/effettuale tra inquinamento industriale e patologie in Puglia, tuttavia, lungi dall'essere condiviso si presenta come oggetto di continue negoziazioni e accese dispute tra le parti coinvolte: medici, ricercatori, politici, compagnie industriali, movimenti ambientalisti etc. Da un lato ci troviamo di fronte ad azioni legali come il sequestro di fabbriche e l'inquisizione per insudiciamento delle colture o – come per l'ILVA di Taranto – disastro ambientale, dall'altro lato le azioni politiche appaiono sempre più rivolte verso la definizione di una permanente “eccezione legale” (AGAMBEN G. 1995; RAVENDA A.F. 2011) che possa permettere alle industrie di continuare la propria attività indipendentemente dalle emissioni inquinanti (preservando il diritto al lavoro per i lavoratori così come i profitti per le compagnie industriali). Proprio in questi ultimi anni, infatti, il caso dell'acciaieria ILVA nella città di Taranto ha innescato un acceso dibattito pubblico sulla soglia legale di emissioni inquinanti per le industrie, incentrato sul rapporto fra il diritto al lavoro e il diritto alla salute. Prima posta sotto sequestro nel luglio 2012 in virtù di una perizia chimica e di una perizia epidemiologica che ne dimostravano il dannoso impatto per la collettività e poi de-sequestrata grazie a un decreto legge emanato dal Governo il 3 dicembre 2012 convertito dal Parlamento nella legge 231 del 24 dicembre 2012 recante *Disposizioni urgenti a tutela della salute e dell'ambiente*⁽⁷⁾, il caso ILVA si presenta come un esempio di sovrapposizione tra valutazioni scientifiche, politica e diritto, atta a definire determinati valori di impatto ambientale e di salute pubblica. Un insieme di azioni finalizzate alla regolamentazione di una sorta di “stato di assedio industriale” per alcune aree del Paese (e alla percezione pubblica di questo). Un “controllo eccezionale” della produzione di inquinamento, alla quale può essere sottoposto l'ambiente, il paesaggio, la stessa vita quotidiana delle persone (CHANNEL E.S. 2011). Come sostenuto

dal filosofo Giorgio AGAMBEN (1995, 2003), infatti, lo *stato di permanente eccezione* non costituisce un *diritto speciale* (come il diritto di guerra), ma consiste nella sospensione dell'ordine legale che ridefinisce la soglia o il limite di legittimazione delle azioni, in questo caso specifico delle compagnie industriali, come azioni necessarie per far fronte a proclamate emergenze. La quotidiana paura di perdere il lavoro, così come le emergenze energetiche e quelle di un'economia in crisi permanente, possono essere considerate come le principali ragioni per l'imposizione di una politica sulle vite o *biopolitica* che estende il limite dell'inquinamento industriale legittimando la possibilità di intaccare i corpi umani. In un tale quadro generale, dunque, il rapporto tra inquinamento industriale e salute in Puglia – specificatamente la provincia di Brindisi – appare iscritto all'interno di campi di forza che sono contemporaneamente biomedici, politici e legali (BOURDIEU P. 2003 [1972]; PALUMBO B. 2009; PIZZA G. 2005) per i quali si è avvertita l'urgenza di un'esplorazione etnografica. La pratica etnografica, infatti, si ripropone di non scindere le complesse politicità causali, ma al contrario di esplorarne la rete, a partire proprio dai nodi di intersezione.

No al carbone

Durante i primi giorni del mese di settembre 2009 mi recai a Brindisi per prendere i primi contatti sul campo con alcuni aderenti al movimento "No al carbone", nato in città già da qualche anno e molto attivo sul territorio sia dal versante dell'informazione sull'impatto delle centrali a carbone sull'ambiente e sulla salute pubblica, sia da quello delle proteste contro le ingerenze delle compagnie energetiche nel contesto politico locale. In quegli stessi giorni si svolgevano i festeggiamenti per il Santo patrono della città, San Teodoro, un cerimoniale di grande importanza sociale, culturale e politica, che culmina con la processione del Santo via mare, nel porto, in conclusione della quale è pronunciato il discorso congiunto del vescovo e del sindaco. Ci troviamo in uno dei luoghi più rilevanti della città, sia dal punto di vista paesaggistico sia etnografico. Il porto naturale di Brindisi, infatti, si presenta come un fiordo insinuato in due canali fin dentro lo spazio urbano, che realizza quella testa di cervo simbolo della città e composta dalle due corna o altrimenti seni di levante e ponente e dalla piccola penisola che se ne ricava, sulla quale sono le Colonne romane termine dell'antica via Appia. Allo stesso modo il porto racchiude molte delle contraddizioni della città: il Monumento al marinaio di mussoliniana memoria e i due castelli di terra e di mare

(uno sede della Marina militare l'altro in totale abbandono), il porticciolo turistico e il villaggio dei pescatori (storico quartiere di pesca) che di traverso guarda la zona industriale dove è situata una delle due centrali a carbone, in linea d'aria, non molto lontana dal centro cittadino. Dopo l'omaggio portato al santo da tutte le sponde del porto, i festeggiamenti terminano con i fuochi d'artificio *sparati* di fronte alla scalinata delle Colonne romane. Si tratta di un momento rituale molto sentito in città, in cui le sfere religiose e sociali tendono a sovrapporsi con gli “umori politici” sondabili e valutabili dai commenti ai discorsi istituzionali e agli *spari* (troppi o troppo pochi) come sintomo della salute dell'amministrazione comunale⁽⁸⁾. Gli attivisti del “No al carbone”, consapevoli della strategica rilevanza dell'evento, avevano pensato di organizzare un'azione di protesta contro le compagnie energetiche, proprio durante il discorso congiunto del vescovo e del sindaco (che è rivolto alla grande folla di cittadini stipati sulla scalinata delle colonne) alzando dal punto più alto della scalinata e quindi sopra la folla di cittadini e di fronte alle istituzioni, un grande striscione con lo slogan del movimento. Avevo avuto modo di parlare di questa iniziativa già qualche ora prima della sua realizzazione con alcuni membri del movimento che mi avevano chiesto di fotografare l'azione “segreta”. Durante il discorso del sindaco lo striscione fu alzato ed io scattai una serie di foto. L'immagine che ne ricavai risultò interessante dal punto di vista semiotico: il luogo storicamente e culturalmente più rilevante della città affollato da persone sopra le quali teste sveltava una grande scritta: «NO AL CARBONE». Le reazioni dei presenti furono diverse. Chi applaudiva rilevando in questo modo la gravità dell'impatto dell'inquinamento industriale sull'ambiente e la salute chi, invece, rumoreggiava che senza le centrali la città sarebbe rimasta senza lavoro; alcuni poi, stizziti, ripetevano che gli attivisti non avrebbero dovuto rovinare la festa che «non c'entra niente con la politica». Subito dopo l'azione, mi trovai con i protagonisti della protesta nello studio di un giornale on-line, dove le mie foto furono trasferite su un computer e immediatamente pubblicate. Alcune settimane dopo, inoltre, un attivista del movimento mi telefonò chiedendomi i file originali da utilizzare per un'altra azione: la realizzazione di un grande manifesto, simile a quelli utilizzati per le pubblicità, da affiggere pubblicamente in città. Al manifesto costruito sull'immagine che avevo scattato, era stato aggiunto, oltre al logo del movimento (una maglietta nera con una scritta bianca «NO AL CARBONE»), un testo analogo al modello delle note campagne contro il fumo delle sigarette: «IL CARBONE NUOCE GRAVEMENTE ALLA SALUTE». Sin da subito è stato chiaro che il campo di ricerca si presentava come uno spazio regolato da rapporti di forza

molto articolati ed emotivamente coinvolgenti che tendevano a trascinare il ricercatore direttamente nella contesa locale.

Se, come detto, le centrali a carbone e il comparto industriale locale offrono lavoro a molti cittadini, le attività delle compagnie energetiche intervengono direttamente sull'organizzazione della vita quotidiana di Brindisi, influenzando le decisioni politiche e le scelte amministrative. Le compagnie investono molto denaro e risorse in progetti sociali, progettazione urbana, attività di ricerca anche nel settore delle energie rinnovabili (eolico e fotovoltaico), così come per la cultura, lo sport, gli eventi di intrattenimento. Lo sport è un esempio paradigmatico della trama tra politica, compagnie energetiche e vita quotidiana della Città. ENEL, infatti, è lo sponsor principale della squadra di basket cittadina – sport più popolare in città – che milita nel massimo campionato italiano. Il proprietario della squadra di basket è un imprenditore molto noto in tutta la provincia, il quale con le sue imprese ha costruito il nastro trasportatore che dal porto trasporta il carbone alle centrali. Inoltre, è anche stato il presidente della Provincia di Brindisi sostenuto da una coalizione di partiti molto forte e radicata sul territorio. Di recente, negli ultimi 4/5 anni, per l'opposizione a queste relazioni tra compagnie energetiche, politica e attività sul territorio, e per il contrasto alle emissioni inquinanti delle centrali, i movimenti sociali hanno guadagnato una maggiore visibilità pubblica e un certo consenso politico da parte dei cittadini, grazie anche a relazioni con attori locali, come giornalisti, artisti, medici, e internazionali, come ad esempio Green Peace che nell'estate 2009 durante un'azione è riuscita con i suoi attivisti a scrivere a grandi caratteri *STUPID* sulla ciminiera della centrale di Cerano. Il movimento "No al carbone", in particolare, organizza diversi tipi di azioni ed eventi: convegni, manifestazioni di piazza, affissione di manifesti pubblici e striscioni in luoghi rilevanti della città. Si tratta di un movimento trasversale che coinvolge diversi cittadini in maniera indipendente e che nelle ultime elezioni amministrative del 2012 è confluito in una lista civica che ha espresso un consigliere comunale. Inizialmente le richieste consistevano nella chiusura di una delle due centrali a carbone e la riduzione delle emissioni per la seconda: «per eliminare le malattie è necessario eliminare il carbone» era la frequente affermazione degli attivisti. In seguito le rivendicazioni del movimento e della lista civica a esso connessa si sono allargate a più ampie questioni connesse al territorio: il lavoro, le politiche culturali, il turismo, l'urbanistica. Il movimento è oggi una delle forze politiche cittadine.

Per le strade della Città è possibile notare, con una certa frequenza, poster e striscioni con slogan come «NO AL CARBONE», «IL CARBONE UCCIDE»,

«COMPAGNIE ENERGETICHE ASSASSINE». Allo stesso modo, durante il giorno o soprattutto di sera, è possibile osservare le fiamme del petrolchimico o i fumi delle centrali a carbone. Come riferito più volte da alcuni membri del movimento: «l’obiettivo delle azioni è chiarire ai cittadini che il carbone uccide e che le compagnie energetiche sfruttano il territorio». L’opinione di Vincenzo G. un operaio di circa quaranta anni tra i più attivi nel movimento e mio importante interlocutore sul campo, è che i politici e le compagnie ricattino i cittadini con il lavoro e il basket, mentre le persone muoiono di tumore: «ognuno di noi ha un morto in famiglia e un morto in famiglia non è come difendere un posto di lavoro, quando una persona muore, muore!». Se pertanto le compagnie energetiche fanno largo uso di sponsorizzazione di manifestazioni culturali e sportive – come una sorta di “spot” performativo – nelle attività del movimento vi è un continuo uso d’immagini, foto, video, spot diffusi poi in rete o utilizzati come cartelloni affissi in città, il tutto convogliato attraverso una presenza quotidiana sui social network (RAVENDA A.F. 2014). Una continua tensione tra le parti, che talora sfocia in azioni legali⁽⁹⁾, coinvolgendo la cittadinanza su più livelli delle sfere pubbliche e della vita privata. Nella prima fase della ricerca, ad esempio, vi è stato un avvenimento molto interessante. Durante i primi giorni del mese di agosto 2010, ho avuto l’occasione di assistere a un’affollata manifestazione di protesta innanzi alla centrale di Cerano. La compagnia energetica aveva organizzato una serie di concerti gratuiti di Simone Cristicchi e Irene Grandi. Nelle settimane precedenti vi erano state molte polemiche sui giornali e i social network tra i movimenti, le compagnie energetiche e gli artisti che avevano portato alla rinuncia da parte di Cristicchi (sostituito da Patty Pravo) ma non a quella della Grandi. Il 7 agosto già dal primo pomeriggio erano molti i manifestanti innanzi alla centrale, muniti di trombe (le *vuvuzelas* diventate celebri grazie ai mondiali di calcio in Sud Africa appena conclusi) con l’intenzione di disturbare il concerto, cercando parallelamente di convincere gli accorrenti spettatori a non entrare. Vi erano ovviamente gli attivisti del “No al carbone” ma anche altre sigle come il WWF, Green Peace, l’associazione locale di Medicina democratica e molti privati cittadini, in tutto alcune centinaia di persone. Accompagnati dal suono molto invasivo delle trombe, erano scanditi insistentemente slogan come: «Il concerto è gratis, lo paghiamo nel reparto di oncologia»; oppure: «A voi offrono la musica a noi la bara» che innescavano tensioni e accessi diverbi tra i manifestanti e il pubblico per lo più formato da famiglie. A un certo punto un uomo sulla trentina accompagnato da moglie e due bambini piccoli, stizzito dall’insistenza di un manifestante si fermò e ostentando un certo nervosismo estrasse

dalla tasca un tesserino subito messo in mostra. In un primo momento osservando questa scena pensai a un rappresentante delle forze dell'ordine restando al quanto sorpreso nel notare che, invece, si trattava di un operaio dell'ILVA di Taranto che mostrando il suo tesserino intendeva legittimare il suo ingresso al concerto come a voler dire che l'esperienza lavorativa nell'acciaieria di Taranto rendeva (lui e la sua famiglia) immuni, forse perché già esposto alle emissioni inquinanti. Un episodio che a prescindere dalle possibili interpretazioni sul "tesserino mostrato", se connesso ad altri esempi etnografici qui delineati, rende evidente come il processo di determinazione causa/effetto tra inquinamento industriale e patologie inneschi forti tensioni sociali, presentandosi al contempo come un intricato problema di natura scientifica e politica.

Cause ed effetti: una conclusione programmatica

Le centrali elettriche a carbone, così come il polo petrolchimico, sono considerate dall'Ordine dei medici e dai movimenti locali, come i principali fattori di rischio per la diffusione di neoplasie e altre patologie connesse. Posizioni che si fondano su ricerche scientifiche come quella sulle malformazioni cardiache neonatali (GIANICOLO E.A.L. *et al.* 2012), rilevando la necessità di una nuova ricerca epidemiologica analitica che ne esplori i nessi eziologici. Per questo motivo, da parte del movimento "No al carbone" è stata richiesta più volte la chiusura di una delle due centrali e la riduzione della produzione e delle emissioni per la seconda. I problemi principali sono stati individuati nei mancati investimenti per la messa a norma del carbonile giacente all'aperto di Cerano e nel nastro trasportatore del carbone che congiunge il porto (dove il carbone è scaricato delle navi) alla centrale, per circa 10 chilometri e che oggi sono oggetto di dibattito nel processo citato. Le compagnie energetiche, di concerto con le istituzioni locali hanno risposto con alcuni interventi di miglioramento tecnologico delle strutture, pur mantenendo una posizione piuttosto netta sulla produttività. Da un lato considerano che la riduzione del lavoro o la chiusura di una delle centrali genererà disoccupazione per molti lavoratori così come ingenti perdite per i profitti delle proprietà. Da un'altra prospettiva, studiosi e politici, per diverse ragioni legati alle compagnie energetiche, considerano necessari nuovi approfondimenti scientifici sulla validità del nesso causa/effetto tra inquinamento industriale e patologie. Non negano la presenza di agenti inquinanti e cancerogeni emessi dalle centrali, ma sono scettici sulla quantità e dannosità di tali emissioni e sulla possibilità di individuare "scientificamente" questi

agenti come cause specifiche di ciascuna patologia (non solo i tumori, ma anche altre patologie) in ogni paziente. Potrebbero essere i pesticidi usati nell'agricoltura, l'inquinamento prodotto da altre industrie o dai mezzi di trasporto, lo stile di vita⁽¹⁰⁾. In aggiunta affermano che l'attività delle centrali sono costantemente monitorate e rispettano le norme di legge, AIA comprese. Nel 2007 ENEL ha diffuso i dati raccolti dal Centro elettrotecnico sperimentale italiano [CESI] (di cui è azionista di maggioranza) secondo i quali non vi sarebbe alcun nesso di causalità tra la presenza della centrale Federico II di Cerano ed i picchi di inquinamento rilevati nell'area del comune di Torchiarolo (provincia di Brindisi) a pochi chilometri dalla centrale. I picchi che in taluni casi avrebbero superato quelli rilevati in una metropoli come Milano sarebbero dovuti soprattutto alla combustione vegetale per il riscaldamento e al trasporto stradale – oltre il 50% – e soltanto per il 10% alla combustione di carbone per la produzione di energia⁽¹¹⁾. Fulvio Conti, amministratore delegato di ENEL, il 24 luglio del 2009, inoltre, come risposta a una classifica stilata dal quotidiano britannico “*The Guardian*”, che inseriva la centrale di Cerano tra i dieci siti più inquinanti d'Europa, ha asserito che «la centrale di Brindisi non inquina, semmai emette CO₂ nell'atmosfera nei limiti di legge [...] emissioni che non sono nocive per la salute»⁽¹²⁾. Le contese e le tensioni tra le parti, dunque, che si giocano su livelli simultaneamente politici, comunicativi e scientifici anche in virtù dell'assenza di un'indagine epidemiologica analitica sulle aree subcomunali interessate dalla presenza industriale che possa produrre dati più chiari. Ad esempio, nel 2012 in un dibattito riguardante i possibili interventi di valutazione nel campo della salute pubblica, le diverse posizioni a livello locale sono state polarizzate in due opposti piani di azione al fine di valutare il rapporto causa/effettuale tra inquinamento e patologie. Da un lato, i movimenti sociali, alcuni medici e i ricercatori a essi legati, hanno nuovamente sottolineato la necessità di un'indagine epidemiologica su aree subcomunali. Dall'altra, la Provincia di Brindisi nella persona del suo presidente Massimo Ferrarese, sostenuta anche da ENEL, ha proposto l'istituzione di una Biobanca. Per i promotori, la Biobanca, grazie alla conservazione dei patrimoni genetici della cittadinanza, potrebbe produrre una mappa sensibile degli agenti patogeni che generano le diverse patologie. Secondo quanto affermato dal presidente della Provincia e riportato dai giornali «con il registro tumori conosciamo il dove e il quando, con la Biobanca conosceremo il come e il perché»⁽¹³⁾. Il dottor Maurizio Portaluri, invece, direttore dell'U.O. di radioterapia dell'ospedale di Perrino di Brindisi e medico molto attivo sul territorio, è entrato nel dibattito sulla Biobanca esprimendo un'opinione

critica rispetto ai possibili e differenti approcci politici che ne definirebbero gli scopi. In un articolo apparso su un organo di stampa locale⁽¹⁴⁾, si è espresso in questi termini:

«Può essere un forziere (una biobanca appunto) in cui i cittadini che lo vorranno depositano volontariamente i loro materiali biologici, ma il loro utilizzo e le conseguenti ricerche rimangono affare dei politici, dei tecnici e delle aziende chiamate a finanziare. Oppure un contenitore in cui i cittadini depositari sono anche coinvolti nelle decisioni sulle ricerche da svolgere e nell'assicurare l'aderenza dell'iniziativa alla finalità esplicita di contribuire alla tutela della salute individuale e collettiva prestando particolare attenzione ai fattori ambientali».

Ben venga dunque la Bioteca e non la Biobanca, secondo Portaluri, sempre a patto che si parta dall'epidemiologia classica senza rimandare la riduzione dell'inquinamento.

Da una prospettiva eziologica, inoltre, è sicuramente possibile che la Biobanca, con la sua opera di conservazione e classificazione possa contribuire a stabilire legami tra gli agenti patogeni, le trasformazioni nei patrimoni genetici e le patologie, ma non è detto che possa stabilire con altrettanta chiarezza i modi in cui gli agenti patogeni sono prodotti, in altre parole, non stabilirebbe alcuna connessione tra chi produce l'inquinamento e le persone che si ammalano. Connessione che appare il problema principale da risolvere. L'indagine epidemiologica, invece, avrebbe la possibilità di connettere tra loro cause multiple (ambientali, ma non solo) in un'ottica probabilistica. Se la Biobanca si focalizza sul genoma diventando una risorsa per la diagnosi e la terapia, e per sperimentazioni di diversa natura, l'inchiesta epidemiologica si concentra – per certi versi potremmo dire come l'etnografia – sui modelli di rischio, in altre parole sulle variabili culturali, sociali, economiche politiche, provando a connetterle secondo una prospettiva stocastica (VINEIS P. 1990). Il rapporto causa/effetto tra inquinamento e patologie che una volta valutato dovrebbe innescare le politiche di intervento, pertanto è negoziato dalle parti coinvolte che intervengono costantemente sulla produzione dei dati scientifici così come sulla definizione di categorie e valori quali “ammalarsi di carbone” o “diritto alla salute”. Ne consegue una complessa sovrapposizione fra campo biomedico/scientifico, legale e culturale che coinvolge diverse sfere locali e globali, pubbliche, private, economiche, della via professionale, della comunicazione. Analogamente, le azioni giudiziarie e politiche in corso, come il citato processo ENEL o il caso tarantino dell'ILVA, tendono a rimodellare i significati e i valori che la ricerca scientifica e soprattutto epidemiologica produce. Processi politici e sociali che sono strettamente interconnessi con le esperienze individuali

di chi si ammalata nella misura di domande sui valori, significati, emozioni che a partire dallo spazio politico della salute si allargano alla sfera della cittadinanza e della democrazia. Come riferitomi da una giovane donna ammalata di tumore al polmone: «Nessuno può provare che la causa della mia malattia è il carbone delle centrali, poiché il problema non è solo biologico o medico, ma è nella pratica, nella mia vita quotidiana». Chiara ha sempre vissuto in un appartamento a meno di un chilometro da una delle centrali a carbone, visibile dalle finestre in un condominio in cui vi sono stati diversi casi di persone ammalate di tumore. Quando per la prima volta ho avuto occasione di incontrarla, stavo lavorando con due colleghi esperti di videoregistrazioni a un documentario sul carbone a Brindisi: il nostro intento era di intervistarla. Vincenzo G. che le è amico, aveva fatto da mediatore con lei e la sua famiglia, suggerendoci lui stesso di intervistarla: «è importante che lei parli, che la sua storia si conosca» ci disse, aggiungendo che sarebbe stato molto importante ai fini della protesta che le persone ammalate riuscissero a prendere parola. Una volta arrivati a casa con Vincenzo fummo accolti con molta cortesia. Dopo aver preso un caffè nella sala da pranzo, iniziammo a spiegare le ragioni della nostra presenza: la ricerca e il documentario, l'intenzione di dar voce alle persone ammalate. I genitori temevano che l'intervista potesse mettere in difficoltà Chiara che aveva mostrato qualche perplessità rispetto alla possibilità di videoregistrare eventuali conversazioni. Avviammo un confronto collettivo sui temi dell'inquinamento, della malattia e sulle possibili connessioni tra i due termini, sul ruolo della medicina tra cura e azione politica, toccando più volte punti d'intensa partecipazione emotiva; il tutto sempre restando in quella sala da pranzo in cui una grande finestra affacciava sul lato della centrale. Al termine della conversazione i genitori di concerto con la figlia acconsentirono a che facessimo l'intervista, ma in un'altra occasione. La storia di Chiara, la sua esperienza di malattia e le relative richieste di significato, la sua vita “nella pratica”, possono diventare linee di attraversamento del contesto etnografico. Dopo quel primo incontro ho avuto occasione di incontrarla diverse volte nel suo passaggio dalla malattia diagnosticata a un trapianto di polmoni in un ospedale privato pugliese che ha concretamente migliorato le sue condizioni. In questo periodo i suoi movimenti hanno attraversato e connesso molti di quei tasselli che definiscono il campo. È stata seguita da un medico molto attivo nel contrasto alle emissioni inquinanti delle centrali, è stata ricoverata in ospedale, ha sostenuto la chemioterapia, ha partecipato a delle iniziative di raccolta fondi per la ricerca sul cancro come testimonial, così come alle proteste contro le compagnie energetiche, ad esempio durante

il concerto di Irene Grandi organizzato a Cerano. Mi ha incontrato come etnografo, ha utilizzato molto i social-network, si è più volte interrogata sul senso della sua malattia, sempre vivendo nella casa vicino alla centrale. I momenti di sconforto e di debolezza dovuti alla malattia e alle relative terapie invasive, il taglio dei capelli e i turbanti che le coprivano la testa, i dolori e la degenza dopo il trapianto tendevano a sovrapporsi alle azioni politiche così come a riflessioni di tipo generale sull'arte e la musica che da sempre la appassionavano, sulla possibilità di viaggiare, di trovare un lavoro a Brindisi o altrove. Da una prospettiva etnografica la sua lotta contro la malattia come esperienza di quotidianità e di trasformazione è divenuta un attraversamento dello spazio politico ed esistenziale che definisce la propria salute così come l'insieme delle eventuali e possibili azioni politiche che definiscono il campo biomedico. Allo stesso modo il carbone a Brindisi può essere considerato come una complessa esperienza biopolitica in cui le disposizioni eccezionali di controllo del limite delle emissioni inquinanti sono costantemente negoziate sui corpi e sulle vite delle persone, nelle tensioni tra le parti, verso la costruzione di nuove forme di governo e di cittadinanza. Per usare le parole di Adriana Petryna si tratta «di un prodotto della storia così come di un modo contraddittorio di essere nel mondo» [*traduz. mia, AR*] (PETRYNA A. 2009: 648). Da una tale prospettiva la ricerca etnografica può dialogare con un'epidemiologia critica che ha già da qualche tempo messo in evidenza i limiti di un approccio esclusivamente statistico/deterministico dell'esplorazione dei nessi eziologici, proponendo in alternativa l'adozione di modelli stocastici «in cui le cause non sono necessarie né sufficienti, ma sono rimpiazzate da una pluralità di reti di causazione» (VINEIS 1990: 24). Accogliendo tale proposta, la sfida etnografica resta quella di attraversare il rapporto tra la pluralità delle reti causali e delle tensioni sociali che determinano e rimodellano le azioni delle persone che si trovano a vivere una vita quotidiana di esposizione ad agenti inquinanti che, pur nell'ambito dei vincoli, limiti e opportunità, sono pur sempre il prodotto di precise scelte politiche, economiche spesso connotate da ambigue operazioni di occultamento.

Note

⁽¹⁾ Parti di questa ricerca sintetizzati in questo contributo sono stati discussi in occasione di tre convegni di antropologia ai quali ho avuto occasione di partecipare tra il 2012-2013 nelle città di Parigi (Université Paris X Nanterre), Mosca (Lomonosov State University) e Roma (Sapienza Università). Desidero per questo motivo ringraziare Giovanni Pizza, Helle Johannessen, Margret Jeager, Engeny Alexandrov, Alessandro Lupo, Erica Eugeni per aver commentato e criticato il

mio lavoro contribuendo in maniera significativa alla mia ricerca. Un ringraziamento va anche a Fabrizio Loce Mandes per aver contribuito alla raccolta di alcuni dei materiali etnografici.

⁽²⁾ Il Cap-and-trade è un approccio di controllo dell'inquinamento basato sul mercato. Si forniscono incentivi economici per conseguire riduzioni delle emissioni di sostanze inquinanti. Allo stesso modo un'azienda può comprare o vendere parti delle proprie emissioni.

⁽³⁾ Gli effettivi capi d'accusa sono stati riportati da vari organi di stampa locali e nazionali come ad esempio “La Repubblica”: bari.repubblica.it/cronaca/2012/08/06/news/enel-40466184/

⁽⁴⁾ Regione Puglia, Assessorato alle politiche della salute, Piano regionale di salute 2008-20010: 39.

⁽⁵⁾ L'Ordine dei medici di Brindisi ha più volte manifestato preoccupazione per la situazione ambientale richiedendo la realizzazione di una ricerca epidemiologica.

⁽⁶⁾ Il rapporto è reperibile sul sito www.eea.europa.eu.

⁽⁷⁾ www.senato.it/leg/16/BGT/Schede/Ddliter/39129.htm

⁽⁸⁾ Per un'analisi del complesso rapporto tra fuochi d'artificio, feste e rapporti di forza si fa riferimento ai lavori etnografici svolti da Berardino Palumbo nella Sicilia sud-orientale (PALUMBO B. 2009).

⁽⁹⁾ Nel 2010 ENEL ha denunciato per diffamazione sia alcuni membri del “No al carbone”, sia di Green Peace.

⁽¹⁰⁾ A tale proposito spostando il nostro contesto etnografico di qualche chilometro, può essere utile citare le considerazioni espresse durante l'estate 2013 da parte di Enrico Bondi, commissario dell'ILVA dal 4 giugno 2013, secondo il quale, sulla base di uno studio proposto dall'ILVA stessa, l'alto tasso di patologie tumorali nella città di Taranto, non sarebbero dovute all'inquinamento delle acciaierie ma all'elevata diffusione cittadina del fumo delle sigarette.

⁽¹¹⁾ Secondo i rilevamenti effettuati dal CESI l'inquinamento atmosferico presente nelle area di Torchiaro sarebbe dovuto, sulla base di una classificazione per macro settori, per il 30% alla combustione di legno e alla combustione per riscaldamento; 25% per i trasporti su strada; 9% agroalimentare; 9% per crostale/terrigeno/aerosol; 8% particolato secondario; 5% edilizio; 4% chimico; 10% energia.

⁽¹²⁾ Le dichiarazioni di Fulvio Conti sono state diffuse dall'Agenzia Reuters e sono reperibili all'indirizzo it.reuters.com/article/itEuroRpt/idITLO37292920090724.

⁽¹³⁾ Le dichiarazioni del Presidente della Provincia di Brindisi sulla Biobanca sono reperibili sul sito della Provincia: www.provincia.brindisi.it/index.php/comunicati-stampa/2480-ferrarese-una-bio-banca-per-la-prevenzione-effettiva-delle-patologie-tumorali-correlate-allambiente.

⁽¹⁴⁾ L'articolo di Maurizio PORTALURI dal titolo *Biobanca o bioteca?: la salute dei brindisini non può attendere* reperibile su: www.brundisium.net/approfondimenti

Bibliografia

AGAMBEN Giorgio (1995), *Homo sacer. Il potere sovrano e la nuda vita*, Einaudi, Torino.

AGAMBEN Giorgio (2003), *Stato di eccezione. Homo sacer II*, Bollati Boringhieri, Torino.

AGYEMAN Julian - OGNEVA - HIMMELBERGER Yelena (curatori) (2009), *Environmental justice and sustainability in the former Soviet Union*, Massachusetts Institute of Technology, Cambridge - London.

ALLIEGRO Enzo Vinicio (2012), *Il totem nero. Petrolio, sviluppo e conflitti in Basilicata*, CISU, Roma.

BALSHEM Marta (1993), *Cancer in the community: class and medical authority*, Smithsonian Institution Press, Washington.

BOURDIEU Pierre (2003 [1972]), *Per una teoria della pratica con tre studi di etnologia cabila*, traduz. dal francese di Irene Maffi, Raffaello Cortina Editore, Milano [ediz. orig.: *Esquisse d'une théorie de la pratique précédée de trois études d'ethnologie kabyle*, Éditions du Seuil, Paris, 1972].

BROWN Phil - MORELLO-FROSCH Rachel - ZAVESTOSKI Stephen *et al.* (2012), *Contested illnesses. Citizens, science, and health social movements*, University of California Press, Los Angeles - London.

- CHANNEL Emily S. (2011), *Coal miners' slaughter. Corporate power, questionable laws, and impunity*, in "North American Dialogue", vol. 14, n. 1, 2011, pp. 7-12.
- DONOVAN James M. (2008), *Legal anthropology. An introduction*, AltaMira Press, Lanham (Maryland).
- FREEMAN Michael - NAPIER David (curatori) (2009), *Law and anthropology*, in "Current Legal Issue", vol. 12 [monographic issue], 2009, pp. 569-587.
- HAHN Robert - INHORN Marcia (curatori) (2009), *Anthropology and public health. Bridging differences in culture and society*, Oxford University Press, New York.
- GIANICOLO EMILIO ANTONIO LUCA (2012), *Congenital anomalies among live births in a polluted area. A ten-year retrospective study*, www.biomedcentral.com.
- INHORN Marcia (1995), *Medical anthropology and epidemiology. Divergences or convergences?* "Social Science and Medicine", vol. 40, n. 3, 1995, pp. 285-290.
- KOSOBUD Richard - STOKES Houston H. - TALLARICO Carol D. - SCOTT Brian L. (2006), *Cost-effective control of urban smog. The significance of the Chicago cap-and-trade approach*, Routledge, London - New York.
- KUPPE Rene - POTZ Richard (curatori) (1997), *Law and anthropology. Natural resources, environment and pluralism*, Martinus Nijhoff Publisher, The Hague.
- NOVIKOVA Natalia I. (2002), *Self-government of the indigenous minority peoples of West Siberia: analysis of law and practice*, pp. 83-98, in KASTEN Erich (curatore), *People and the land*, Reimer, Berlin.
- PALUMBO Berardino (2009), *Politiche dell'inquietudine. Passioni, feste e poteri in Sicilia*, Le Lettere, Firenze.
- PETRYNA Adriana (2002), *Life exposed: biological citizen after Chernobyl*, Princeton University Press, New York.
- PETRYNA Adriana (2009), *Biological citizenship after Chernobyl*, pp. 623-651, in HAHN Robert - INHORN Marcia (curatori), *Anthropology and public health. Bridging differences in culture and society*, Oxford University Press, New York.
- PETRYNA Adriana (2011), *Chernobyl's survivors. Paralyzed by fatalism or overlooked by science*, "Bulletin of Atomic Scientists", n. 0, 2011, pp. 1-8.
- PIZZA Giovanni (2005), *Antropologia medica. Saperi pratiche e politiche del corpo*. Carocci, Roma.
- 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].
- RAVENDA Andrea F. (2011), *Alì fuori dalla legge. Migrazione, biopolitica e stato di eccezione in Italia*, Ombre Corte, Verona.
- RAVENDA Andrea F. (2014), *Imagens disputadas. As produções visuais nas disputas entre companhias energéticas e movimentos contra a poluição industrial, no sudeste da Itália / Immagini contese. Le produzioni visuali nelle contese tra compagnie energetiche e movimenti contro l'inquinamento industriale nel sud-est Italia*, pp. 147-181, in BOLLETTIN Paride (curatore), *Contro-sguardi. Diálogos de antropologia visual entre Brasil e Itália / Contro-sguardi. Dialoghi di antropologia visuale tra Brasile e Italia*, CINUSP-LISA, CLEUP, São Paulo - Padova.
- ROSE Nikolas - NOVAS Carlos (2005), *Biological citizenship*, pp. 439-463, in ONG Aihwa - COLLIER Stephen J. (curatori), *Global assemblage. Technology, politics and ethics as anthropological problems*, Blackwell, Malden - Oxford - Victoria.
- SMITH Barbara (1981), *Digging our own graves: coal miners and the struggle over black lung disease*, Temple University Press, Philadelphia.
- VINEIS Paolo (1990), *Modelli di rischio. Epidemiologia e causalità*, Einaudi, Torino.
- WALDMAN Linda (2011), *The politics of asbestos. Understandings of risk, disease and protest*, Routledge, London.
- YASSENOVA Saulesh (2003), *The Tengiz oil enclave. Labour, business, and the State*, in "PoLAR", vol. 35, n. 1, 2003, pp. 94-114.

Scheda sull'Autore

Andrea Filippo Ravenda è nato a Brindisi il 13 luglio 1980. È professore a contratto di antropologia culturale presso la Facoltà di medicina e chirurgia, Corso di laurea in infermieristica dell'Università degli studi di Perugia. Membro della Società italiana di antropologia medica (SIAM) si è laureato in Lettere e filosofia con una tesi di antropologia medica presso l'Università degli studi di Perugia (2005) e ha conseguito il Dottorato in metodologie della ricerca etno-antropologica (MREA) presso l'Università degli studi di Siena (2009). Il suo principale lavoro di ricerca si è rivolto allo studio etnografico delle relazioni tra migranti e istituzioni in Puglia con una particolare attenzione verso la dimensione biopolitica delle migrazioni. Ha anche studiato la memoria storica della migrazione albanese in Puglia come processo di “patrimonializzazione culturale”. Nel 2011 ha pubblicato un lavoro monografico dal titolo *Alì fuori dalla legge. Migrazione biopolitica e stato di eccezione in Italia*, Ombre Corte, Verona, 2011. I suoi principali interessi di studio e ricerca sono: antropologia medica, antropologia legale, antropologia visuale, fenomeni migratori. Attualmente conduce una ricerca sul campo in una prospettiva integrate tra antropologia medica e legale sul rapporto tra inquinamento industriale e patologie in Puglia.

Riassunto

“Ammalarsi di carbone”. Inquinamento, salute e politica a Brindisi

Brindisi è una città nel sud-est d'Italia, con un'alta densità industriale – due centrali elettriche a carbone e un grande complesso petrolchimico – e un'alta percentuale di morti per patologie tumorali con un eccesso di un cancro ai polmoni. L'inquinamento delle centrali a carbone così come quello prodotto dal complesso petrolchimico è considerato dall'unione dei medici e da alcuni movimenti locali, come la causa principale di malattie e morti. Tuttavia questa relazione causale è costantemente negoziata e ridefinita dalle parti interessate (compagnie energetiche, medici, movimenti sociali locali, politici, ricercatori) in un campo biomedico molto articolato, che coinvolge diverse sfere della vita pubblica, politica, professionale e privata, in cui le relazioni di potere e forti contrasti emotivamente coinvolgenti definiscono la posizione di molti attori sociali. L'articolo si basa su una etnografia iniziata nel 2009 e tuttora in corso, incentrata sull'analisi dei rapporti tra inquinamento industriale e patologie a Brindisi. L'obiettivo è di proporre una analisi etnografica sulle forme e sulle pratiche di negoziazione di categorie e valori come “diritto alla salute”, “ammalarsi di carbone”, “salute pubblica”, all'interno dei processi di determinazione causali tra l'inquinamento e le malattie.

Parole chiave: carbone, inquinamento/salute, epidemiologia, cittadinanza, movimenti di protesta, biopolitica.

Résumé

«Malade de charbon». Pollution, santé et politique à Brindisi

Brindisi est une cité dans le sud-est de l'Italie, avec une forte densité industrielle – deux centrales thermiques alimentées au charbon et une raffinerie de pétrole – et un pourcentage élevé de décès par pathologies cancéreuses avec un excès de cancer du poumon. La pollution des centrales au charbon et celle produite par la raffinerie est considérée comme la principale cause de maladie et de décès par le syndicat des médecins et des mouvements locaux. Cependant, cette relation de cause à effet est constamment négociée et redéfinie par les parties prenantes (les sociétés d'énergie, les médecins, les mouvements sociaux locaux, des politiciens, des chercheurs) dans un terrain biomédical impliquant différentes sphères de la vie publique, politique, professionnel et privé, dans lequel les relations de pouvoir et de forts contrastes définissent l'emplacement de nombreux acteurs sociaux. L'article est basé sur une ethnographie commencé en 2009, se concentre sur l'analyse de la relation entre la pollution industrielle et les maladies à Brindisi. L'objectif est de proposer une analyse ethnographique sur les formes et les pratiques de négociation des catégories et des valeurs telles que «droit à la santé», «malade de charbon», «santé publique» dans les processus de détermination de cause à effet entre la pollution et la maladie.

Mots-clés: coal, pollution \ santé, épidémiologie, citoyenneté, mouvements de contestation, biopolitique.

Resumen

“Harto de carbón”. La contaminación, la salud y la política en Brindisi

Brindisi es una ciudad en el sur-este de Italia, con una alta densidad industrial – dos plantas de energía a carbón y una refinería de petróleo – y un alto porcentaje de muertes por cáncer con un exceso de cáncer de pulmón. La contaminación de las plantas de carbón, así como la de las refinerías es considerado por el sindicato de médicos y algunos movimientos locales, como la causa principal de enfermedades y muerte. Sin embargo, ésta relación causal es constantemente negociada y redefinida por las partes interesadas (las empresas de energía, los médicos, los movimientos sociales locales, políticos, investigadores) en el campo de la biomedicina que implica diferentes esferas de la vida pública, privada, profesional y política en el que las relaciones de poder y de fuertes contrastes definen la ubicación de muchos actores sociales. El artículo se basa en una etnografía que empezó en el 2009 y todavía en curso, en el análisis de la relación entre la contaminación industrial y las enfermedades en Brindisi. El objetivo es proponer un análisis etnográfica sobre las formas y las prácticas de negociación de las

categorías y valores como “derecho a la salud”, “enfermo de carbón”, “salud pública” dentro de los procesos de determinación entre la contaminación y las enfermedades.

Palabras clave: carbón, contaminación/salud, epidemiología, ciudadanía, movimientos de protesta, biopolítica.

Abstract

“Sick of coal”. Pollution, health and politics in Brindisi

Brindisi is a city in the South-east of Italy with high industrial density – two coal-fired power plants and a large petrochemical complex – and a high percentage of cancer deaths with an excess of a lung cancer. The pollution of coal power plants as well as that of petrochemical complex is considered as the main cause of diseases and deaths by the local doctors union and some social movements. However this report is constantly negotiated and redefined by the parties involved (energy companies, doctors, local social movements, politicians, researchers) in a very articulate public health field, that involves different local/global spheres of public, politic, professional and private life, in which power relations and high emotionally contrasts define the position of many social actors. The paper is based on an ethnography started in 2009 and still in progress, focused on the relationship between pollution and disease in Brindisi. The aim of this article is to propose an ethnographic analysis on forms and negotiation practices of categories and values such as “right to health”, “sick of coal”, “public health”, within the causal determination processes between pollution and disease.

Keywords: coal, pollution/health, epidemiology, citizenship, protest movements, biopolitics.



Osservatorio

■ 01. *Panorami*

Leggere la salute globale nell'epoca della grande crisi

[Massimiliano Minelli]

637

■ 02. *Istituzioni*

■ 03. *Resoconti*

■ 04. *Segnalazioni*

■ 05. *Lavori in corso*

■ 06. *Recensioni*

649

Roberta Sartor - Costanza Amici, *L'utile moltiplicazione degli enti* [Piero COPPO - Stefania CONSIGLIERE (curatori), *Rizomi greci*, Edizioni Colibrì, Milano, 2014, 188 pp. (Atti del Laboratorio Mappe, vol. I)], 649 / Massimiliano Minelli, *Il rovesciamento pratico. Storie di lotte e metamorfosi della psichiatria radicale in Italia* [John FOOT, *La "Repubblica dei matti"*. Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1978, Feltrinelli, Milano, 2014, 378 pp.], 655 / Elisa Pasquarelli, *Esplorare un enigma. La malattia di Alzheimer tra dilemmi diagnostici, progetti di prevenzione e linee di ricerca nel campo della genetica* [Margaret LOCK, *The Alzheimer conundrum. Entanglements of dementia and aging*], 663 / Gianfranca Ranisio, *Antropologia del corpo e della riproduzione in due significativi contributi* [Irene MAFFI (curatrice), *Nascita* e Patrizia QUATTROCCHI, *Corpo, riproduzione e salute tra le donne maya dello Yucatan (Messico)*], 668 / Sergio Torsello, *Il "male di San Donato" nel Salento: un nuovo studio riapre la riflessione* [Donato MARGARITO, *La festa di San Donato: possessione e catarsi. Etnografia del morbus sacer*], 674 / Roberta Raffaetà, *Pazienti*

esperti, consenso informato e libertà di scelta: una nuova prospettiva [Annemarie MOL, *The logic of care. Health and the problem of patient choice*], 677 / Roberta Pompili, *Dietro le emozioni* [Cristina PAPA, *Identità di genere e maternità. Una ricerca etnografica in Umbria*, Morlacchi Editore University Press, Perugia, 2013, 122 pp.], 684

■	07. Schede di lettura	691
■	08. Spoglio dei periodici	—
■	09. Tesi universitarie	—
■	10. Documenti audiovisuali	—

Hanno contribuito alla redazione delle varie sezioni dell'Osservatorio, in questo fascicolo di *AM*, i seguenti collaboratori:

Costanza AMICI, Sabrina FLAMINI [SF], Massimiliano MINELLI [MMi], Elisa PASQUARELLI, Roberta POMPILI, Roberta RAFFAETÀ, Gianfranca RANISIO, Andrea Francesco RAVENDA [AFRa], Roberta SARTOR, Tullio SEPPILLI [TS], Sergio TORSELLO.

01. Panorami

Leggere la salute globale nell'epoca della grande crisi

Massimiliano Minelli

ricercatore confermato in discipline demotnoantropologiche
Dipartimento di Filosofia, scienze sociali, umane e della formazione,
Università degli studi di Perugia
[massimiliano.minelli@unipg.it]

La crisi economica iniziata nel 2008, con il crollo a catena di banche, *corporations*, gruppi industriali che avevano costruito la loro potenza sulla speculazione finanziaria, ha ridefinito gli odierni equilibri del capitalismo e acuito il suo violento impatto soprattutto sulle popolazioni più povere del mondo. Dopo la prima fase di panico generalizzato, il sistema ha avuto un assestamento che ha aggravato però le condizioni di vita di fasce sempre più ampie di popolazione rispetto a livelli di salute, politiche sociali e diritti umani. Un fenomeno globale di tali dimensioni richiede adeguati strumenti d'analisi per una critica dei processi economici e politici che hanno drammatici effetti, diretti o mediati, sulla salute collettiva. La prospettiva d'insieme in cui collocare eventi e mutazioni di così grande portata è costituita oggi dalla *salute globale*, un campo di studi in cui si sono affermati nell'ultimo decennio numerosi progetti interdisciplinari di ricerca, approcci allo sviluppo, programmi sanitari e di formazione delle professioni mediche (cfr. la relazione di Ivo Quaranta in questo volume di AM, JANES C.R. - CORBETT K.K. 2009; KLEINMAN A. 2010; BIEHL J. - PETRYNA A. 2013). In tale ambito, la recente pubblicazione del quarto rapporto indipendente *Global Health Watch 4. An alternative world health report*, realizzato da esponenti di movimenti sociali, organizzazioni non governative e parti della società civile, offre un efficace quadro della situazione attuale (PHM - MEDACT - MI - TWNH - AI - ALAMES 2014). Ha anche il pregio di far scorgere aspetti della salute globale rispetto ai quali la denuncia dell'ingiustizia sociale e della violazione di diritti umani si accompagna a proposte di mobilitazione in difesa dei sistemi sanitari pubblici. In questo stesso campo sono apparsi nel 2014 in Italia alcuni importanti contributi alla comprensione del rapporto fra determinanti sociali, disuguaglianze economiche e salute in prospettiva internazionale (MACIOCCO G. - SANTOMAURO F. 2014; SARACENO B. 2014; VINEIS P. 2014). La lettura incrociata di questi materiali consente di ragionare sulle trasformazioni del capitalismo contemporaneo e sui destini della salute collettiva, evidenziando le conseguenze derivanti da aggressive forme di sfruttamento, estrazione di valore, finanziarizzazione, mobilitazione differenziale di reti transnazionali in cui circolano, e sono in prevalenza mercificate, risorse, conoscenze e tecnologie del campo medico. È una lettura che

ha come prima conseguenza l'individuazione e l'ordinamento di alcuni problemi da affrontare con rinnovato impegno nello studio antropologico della salute globale nell'epoca della grande crisi.

Inquadrare la crisi

Quando nel 2008 scoppiò la crisi, la prima reazione fu un immediato aumento della spesa degli stati a sostegno del sistema finanziario privato, insieme a ripetute richieste di contenimento del debito dei singoli paesi. Le richieste provenivano soprattutto da Fondo Monetario Internazionale e Banca Mondiale, gli stessi organi sovranazionali che per vent'anni circa avevano risolutamente puntato sui programmi di aggiustamento strutturale. Programmi che, com'è noto, avevano già indebolito o letteralmente demolito i sistemi di salute pubblica nelle aree più povere del mondo. Già dalla fine degli anni Ottanta, infatti, privatizzazione, tagli alla spesa e deflazione delle valute erano stati imposti ai paesi in via di sviluppo, aumentando la distanza fra i paesi ricchi e quelli più poveri (PFEIFFER J. - NICTER M. 2008; PFEIFFER J. - CHAPMAN R. 2010). Più specificamente, nei paesi a basso reddito l'immissione d'ingenti risorse negli interventi verticali su singole emergenze sanitarie e la dispersione dei finanziamenti in una miriade di direzioni, in nome della maggiore "dinamicità dei privati", erano state la causa dell'indebolimento delle politiche di salute primaria e dei sistemi educativi (PFEIFFER J. - NICTER M. 2008: 410). In questo modo, nello stato di emergenza finanziaria e sotto la minaccia del fallimento per insolvenza di molti paesi schiacciati dal debito, le recenti nuove richieste di riduzione degli investimenti pubblici con conseguenti tagli ai sistemi di welfare hanno aggravato la deregolamentazione degli anni precedenti. Per quanto riguarda il quadro dei fenomeni economici, la crisi finanziaria globale e la seguente recessione hanno avuto effetti differenziali in aree geopolitiche distinte, in alcuni casi aumentando la divaricazione dei sistemi di welfare e le turbolenze dei mercati. In Europa, inoltre, le politiche di austerità con il prolungato effetto recessivo hanno inciso sulla precarizzazione delle vite, soprattutto dei più giovani, combinandosi con la disoccupazione e la riduzione delle protezioni sociali. In questo modo, entro i singoli confini nazionali è aumentata la distanza tra grandi ricchezze e povertà estreme, soprattutto per quel che concerne l'accesso ai servizi pubblici di base, alla cura primaria e alle risorse fondamentali.

Lo scenario appena descritto a grandi linee è oggetto di un attento esame nel quarto rapporto *Global health watch 4* (PHM - MEDACT - MI - TWNH - AI - ALAMES 2014, d'ora in avanti *GHW4*), un volume che raffigura la situazione attuale come un aggravamento delle conseguenze di processi di sfruttamento delle risorse e accentramento di capitali nel settore privato con un generale arretramento della salute pubblica nel mondo. Collocandosi lungo una linea tracciata dalla Conferenza di Alma Ata nel 1978, il *GHW4* pone l'accento sulla necessità di attuare politiche sanitarie alternative, puntando sulla *primary health care*, sulla valorizzazione delle risorse comunitarie e sulla partecipazione democratica alle scelte strategiche in salute. Con questo approccio, il rapporto dichiara l'ambizioso obiettivo di cambiare l'agenda globale, coinvolgendo un vasto e diversificato pubblico di lettori, costituito da attivisti, studiosi, agenzie di sviluppo, *policy makers*. L'aspetto più interessante di questo progetto collettivo, frutto della partecipazione volontaria di numerosi

ricercatori e operatori di diversi paesi, è che propone una analisi indipendente e parallela ai rapporti Oms sulla salute globale, con un chiaro orientamento politico ed etico su fondamentali problemi di salute pubblica rispetto ai quali il ruolo di guida dell'Oms si è molto indebolito.

Il testo è diviso in cinque sezioni. Nella prima parte affronta i fenomeni economici e politici internazionali; passa poi a esaminare la crisi dei sistemi di salute e il dibattito che li riguarda. Nella terza sezione inserisce l'organizzazione dell'assistenza sanitaria nel più vasto quadro della protezione sociale, richiamando la necessità d'interventi di natura sistemica. Nella quarta parte propone al lettore un osservatorio sui meccanismi di privatizzazione in campo sanitario e su possibili riforme dell'Oms. Analizza infine, nella quinta e ultima sezione, casi specifici di resistenza alle politiche neoliberiste e progetti innovativi in fase di sperimentazione.

Per quel che concerne le dinamiche economiche, nel *GHW4*, dopo aver esaminato le tre fasi della crisi – aggiustamento strutturale, finanziarizzazione, austerità – si propone di contrastare le politiche di contenimento della spesa, invertendo la direzione di alcuni flussi di risorse dalla parte pubblica ai grandi soggetti privati. Uno di questi meccanismi in diversi paesi è costituito dai regimi fiscali: attuare forme di tassazione progressiva consentirebbe di invertire i procedimenti di estrazione di ricchezza, che ora sottraggono risorse al lavoro e le trasferiscono nella speculazione finanziaria. Allo stesso modo, innalzare efficaci ostacoli alla migrazione di capitali nei paradisi fiscali, attraverso un sistema di tassazione globale, permetterebbe di contrastare la pratica dei grandi attori economici di comprare forza lavoro dove più conviene per poi investire i profitti in paesi con bassa imposizione fiscale. Nel modo in cui gli attuali processi di scala globale hanno “effetti a distanza” ipotecando il futuro non vanno dimenticate le ripercussioni sul welfare europeo degli accordi commerciali bilaterali tra Europa e Stati Uniti come il TTP – *Transatlantic trade and investment partnership*. Il *GHW4* dimostra che lo sguardo complessivo su questi processi permette di mettere in luce le connessioni tra fattori economici che altrimenti apparirebbero come separati, sottolineando i loro effetti sulla vita delle persone e immaginando azioni concrete per intervenire sulla riproduzione delle disuguaglianze economiche, con i loro riconosciuti effetti sui livelli di salute.

Azioni a distanza

Nella maggioranza dei casi esaminati dal *GHW4*, il problema principale è capire come la crisi economica si trasformi in crisi sanitaria. È questa la domanda cruciale che Paolo Vineis richiama più volte nel suo libro sulle epidemie nell'era della salute globale (VINEIS P. 2014). Come si è detto, alcune caratteristiche dei flussi economici sono chiare: la prevalenza degli attori privati e l'arretrare della gestione pubblica di beni comuni; la incombente richiesta delle organizzazioni sovranazionali – come il FMI e la BM – per l'attuazione di politiche di aggiustamento strutturale che si sono combinate con la recessione; la finanziarizzazione di ampi settori dell'economia e i vincoli per il contenimento del debito, con la spinta verso politiche di austerità. Eppure sono le complesse combinazioni di molteplici cause con i loro effetti cumulativi a richiedere modelli analitici e di previsione più raffinati. In questo senso, Vineis adotta una definizione di salute globale proveniente dallo United States Institute of Medicine, per indicare gli «aspetti della salute collettiva che trascendono i confini nazionali, possono

essere influenzati da circostanze o mutamenti in altri paesi, e possono esser meglio affrontati da azioni e soluzioni cooperative» (VINEIS P. 2014: x). Come ha mostrato il recente dibattito sulla definizione stessa di *salute globale* – se cioè questa espressione riconfiguri le nozioni di salute pubblica, salute internazionale, medicina tropicale, o rappresenti una specifica nuova area di studio (MINELLI L. 2013) – la globalizzazione ha tra le sue caratteristiche peculiari l'interconnessione di fenomeni apparentemente distanti: la salute dei migranti, l'industria dell'alimentazione, la precarizzazione del lavoro, gli effetti del cambiamento climatico.

Le emergenze riguardanti la questione ambientale danno a Vineis l'opportunità di rilevare alcune peculiari caratteristiche dei processi di globalizzazione in salute, i flussi e le ricombinazioni plurifattoriali. Mostrare la forma dei processi significa in questo caso anche individuare i nodi politici sui quali agire per interrompere i circuiti della disuguaglianza «legata alla distribuzione asimmetrica tra chi inquina (i paesi più ricchi) e chi subisce le conseguenze (i paesi più poveri)» (VINEIS P. 2014: 23). Il quadro delle conseguenze sulle famiglie più povere delle inondazioni in Bangladesh offre un plastico esempio della somma delle vulnerabilità tra i più poveri, a fronte di quelle che impropriamente sono considerate “catastrofi naturali”. Le ricerche svolte poco dopo le recenti inondazioni hanno evidenziato che:

«le famiglie più povere erano per vari motivi più soggette sia alle inondazioni sia alle conseguenze delle stesse: le loro case erano più fragili e costruite in luoghi in cui gli altri non volevano costruire; le possibilità di recupero dopo l'inondazione erano più limitate; e la capacità di essere pronti di fronte agli eventi (*preparedness*) era più frammentaria. Perfino l'accesso alle cure mediche era più ristretto. Il livello raggiunto dalle inondazioni all'interno delle case era superiore a 1 metro per le famiglie con reddito inferiore a 600 dollari l'anno, e di 10 centimetri per chi disponeva di più di 1200 dollari. Il reddito medio annuo nelle famiglie che avevano adottato in anticipo misure protettive era di 1500 dollari, contro i 976 di chi non lo aveva fatto; il danno ammontava a 245 dollari per i primi e a 391 per i secondi: la povertà tende spesso ad autoaggravarsi» (VINEIS P. 2014: 23-24).

Molte di queste combinazioni di effetti dipendono da contraddizioni che hanno conseguenze a lunga distanza – spaziale e temporale – rispetto alla prima catena causale. Interessanti al riguardo sono gli studi che mostrano le interazioni tra *sprawl* urbano, ambiente costruito, condizioni di vita ed epidemia di obesità e diabete – situazioni sanitarie che non possono essere interamente attribuite alle abitudini alimentari individuali –. Sostiene Vineis che il rapporto fra tassi di obesità e ambiente costruito deve essere studiato attraverso le cosiddette interazioni non lineari, secondo cui l'effetto d'insieme di cause differenti è superiore alla somma dei loro effetti disgiunti:

«Le interazioni non lineari sono indispensabili per capire e prevedere fenomeni macroscopici come le crisi del credito e il collasso dei mercati finanziari; e sono efficaci anche nello spiegare i fenomeni sanitari» (VINEIS P. 2014: 33).

L'epidemia di obesità nel libro è vista anche come una malattia dello sviluppo. Drammatici sono i problemi che si moltiplicano in fasi alterne di sviluppo economico, quando dopo un periodo di crescita economica che vede allargarsi le fasce di consumo delle classi medio-basse si verifica un declino e un nuovo progressivo impoverimento delle popolazioni urbane. L'aumento del consumo di grassi e zuccheri raffinati, nel cosiddetto *junk food*, e la scarsa attività fisica, dopo aver caratterizzato gli stili di vita nella fase espansiva, divengono per il loro basso costo elementi della quotidianità al tempo della crisi. Si vede così che uno stesso processo economico può produrre di-

versi esiti, anche contraddittori, sulla salute delle popolazioni, in congiunture storiche differenti. Per la maggioranza dei problemi menzionati gli interventi più efficaci sono la prevenzione e la promozione di pratiche quotidiane in grado di ridurre i fattori di rischio. Si tratta di quelle stesse politiche pubbliche che sono però messe in pericolo dai tagli di risorse ai sistemi sanitari e dalla parallela formazione di mercati della salute in cui si vendono singole prestazioni fornite da privati.

«Vi sono motivi di preoccupazione riguardo al futuro della prevenzione primaria perché la tendenza a ridurre la spesa pubblica e a privatizzare parte dei sistemi sanitari avrà delle conseguenze sulle attività preventive, che non sono remunerative sul piano economico (con l'esclusione forse della diagnosi precoce) e pertanto non presentano attrattive per il settore privato. La riduzione dei budget per l'assistenza primaria (medicina di base) avrà probabilmente un'influenza negativa sulla propensione dei medici a impegnarsi nella prevenzione. Negli Stati Uniti, in Europa e in Canada meno del 4 per cento della spesa sanitaria pubblica è destinato alla prevenzione del cancro (in tutte le sue forme)» (Vineis P. 2014: 71).

Le analisi più avanzate portano a investire in interventi sistematici che socializzino i problemi e li mettano al centro di uno spazio politico della salute, evitando le prestazioni individuali e i trattamenti farmacologici su singole malattie. Per interrompere gli effetti a distanza delle economie internazionali di scala è necessario puntare sulle azioni collettive più consapevoli promosse nei contesti quotidiani di vita. È questa una scelta che apre spazi di riflessione sulla natura e l'efficacia degli interventi più efficaci allo scopo di agire sulle conseguenze locali di modi di sfruttamento dell'ambiente e delle risorse sviluppatisi lontano.

L'attacco ai sistemi pubblici di salute

Gli esiti di una crisi economica seguita da recessione si manifestano nell'arco di pochi anni in cambiamenti dell'andamento demografico ed epidemiologico. Quando si dice che le disuguaglianze hanno un impatto sui livelli di mortalità e sugli anni di vita attesa nella popolazione, ci si riferisce al fatto che le malattie si sviluppano diversamente in rapporto ai contesti sociali in cui le persone vivono, lavorano, invecchiano, muoiono. In questo quadro di riferimento, nel testo *La salute globale*, Gavino Maciocco e Francesca Satomauro contribuiscono alla definizione dei determinanti sociali di salute e a esplorare adeguate, sostenibili ed efficaci politiche di salute pubblica in una dimensione mondiale e integrata (MACIOCCO G. - SANTOMAURO F. 2014). In particolare essi interrogano le relazioni fra determinanti di salute e disuguaglianze, individuando le correlazioni fra i contesti storico-sociali e le condizioni di salute delle popolazioni. Poiché i determinanti sociali dipendono dalla pluralità delle organizzazioni sociali e dei mondi culturali, la relazione tra problemi di salute e contesti è strutturalmente polisemica e politetica. Va ricordato, difatti, che ambienti sociali simili possono avere impatto diverso su differenti popolazioni attraversate da disuguaglianze. Il modello dei determinanti sociali mette al centro gli individui con i loro fattori costituzionali virtualmente imm modificabili (età, sesso, patrimonio genetico), nell'ambito delle relazioni interpersonali e comunitarie, con attorno circoli di ampiezza crescente in cui collocare i fattori sui quali i singoli hanno un minore controllo. I cerchi più grandi sono dunque costituiti dai fattori modificabili soltanto con strategie politiche (l'ambiente di vita, le condizioni di lavoro e i livelli di reddito, l'alimentazione, la possibilità di accedere a beni e servizi di istruzione e di salute, condizioni abitative soddisfacenti, acqua e

impianti igienici). Un insieme di elementi di contesto che sono a loro volta in rapporto con macro-condizioni economiche, sociali, culturali, ambientali.

Dal punto di vista antropologico, l'articolazione fra i diversi livelli è problematica e spinge a chiedere se, e sino a che punto, la lettura dei determinanti possa essere sensibile alla dimensione politica dell'esperienza degli attori sociali e alla loro agentività. Un aspetto che com'è noto tende a riemergere spesso nel campo della salute quando si intende mobilitare la partecipazione sociale. I determinanti sociali vanno letti in rapporto con le condizioni di vita, le conseguenze delle disuguaglianze sui limiti imposti alla capacità di agire delle persone e proprio in questo ambito storico-politico si entra in contatto diretto con la "violenza strutturale", quando le ingiustizie sono naturalizzate e sono aggravate dai limiti imposti ai più poveri nell'accesso alle risorse e nell'utilizzo dei servizi di salute. In realtà, tuttavia, lo schema a cerchi concentrici ha permesso di sostenere convincentemente che il modo più efficace di intervenire sulla salute pubblica è agire con politiche mirate sulle cause distali, ovvero sulle "cause delle cause" di malattia. Come mostrano Maciocco e Santomauro, il livello integrato di analisi porta a riconoscere come i principali fattori di rischio siano dovuti a processi socioeconomici, connessi ai livelli di reddito e d'istruzione, alla qualità dell'ambiente, a stili di vita e abitudini quotidiane. Gli effetti differenziali di queste dimensioni sullo stato di salute concernono l'alta probabilità che i gruppi a basso reddito siano esposti contemporaneamente a più fattori di rischio che si rinforzano a vicenda. L'effetto combinato di vari fattori esprime uno specifico gradiente sociale, com'è dimostrato dal fatto che il rischio di mortalità cresce in ragione inversa rispetto alle risorse sociali di cui dispongono gli individui.

Anche nei paesi con sistemi di salute pubblica universalisti si sono imposti nell'ultimo decennio veri e propri mercati paralleli della salute, in cui diviene inevitabile la necessità di pagare per spese sanitarie out of pocket al fine di avere rapidamente una diagnosi ed essere curati. La formula *welfare mix* suona come un eufemistico richiamo alla necessità di risolvere da soli, come utenti-consumatori di servizi, i problemi creati dall'arretramento dello stato sociale. Su questo punto, la storia dello smantellamento del sistema sanitario nazionale inglese, proprio perché ha rappresentato un pilastro del welfare europeo, è particolarmente impressionante. Colpisce, nonostante le differenti dichiarazioni d'intenti, la sostanziale linea di continuità che ha attraversato le riforme Thatcher, Blair, Cameron. Sebbene fosse fallito il primo tentativo di privatizzazione del NHS britannico negli anni del governo Thatcher, il principio di *fundholding* impostosi in quel momento – che distingueva fra enti gestori, inquadrati come acquirenti di servizi, e strutture ospedaliere e territoriali, considerate come produttori di servizi in competizione fra loro – ha accompagnato in modo carsico le diverse proposte di riforma, conservatrici e laburiste, per riemergere e consolidarsi con l'attuale governo Cameron. Con la nuova legge del 1 aprile 2013 questo modello si è trasferito alla organizzazione dei *Clinical commissioning groups* (CCG), consorzi di *general practitioners* (GP), che d'ora in avanti gestiranno la maggioranza dei fondi per comprare e distribuire prestazioni da *providers*. La ricostruzione di Maciocco e Santomauro prospetta un futuro preoccupante:

«Con i fondi assegnati i CCG finanzieranno le attività dei GP e i servizi che verranno offerti ai loro pazienti da parte dei vari *providers*: dalle cure domiciliari all'assistenza specialistica e ospedaliera. Saranno i GP a scegliere e a remunerare i *providers*, e ciò ha sollevato la questione del loro potenziale conflitto d'interessi: GP prescrittori di prestazioni erogate da *providers* privati con possibili interessi in comune con i GP stessi» (MACIOCCO G. - SANTOMAURO F. 2014: 110).

Le più avanzate esperienze di sistemi sanitari universalistici sono nate e cresciute in alcune democrazie europee dopo il secondo conflitto mondiale, in uno schema di sovranità esercitata entro i confini dello stato-nazione. Le pratiche contemporanee della salute globale devono confrontarsi invece con aree di sovranità sovranazionali e arene politiche in cui pubblico e privato si confondono in zone grigie di negoziazione e ridefinizione dei mercati della salute. D'altra parte, i processi di globalizzazione non necessariamente aumentano l'uniformità degli scenari, e alimentano piuttosto la costituzione di zone di giurisdizione circoscritte, regolate da stati di eccezione (ONG A. 2013 [2006]). In questo senso negli ultimi decenni si è avuta una proliferazione dei confini, piuttosto che una loro riduzione, in uno spazio economico e sociale globale di natura eterogenea. Qui i processi di produzione capitalistici si sono «organizzati in reti ibride e flessibili che si estendono attraverso terreni globali sempre più differenziati» (MEZZADRA S. - NEILSON B. 2014: 90). La gestione della crisi nella UE in uno scenario globale rivela tutti i limiti, ma può anche far emergere le potenziali trasformazioni della vita sociale, in riferimento alla produzione strategica di nuovi confini nelle relazioni internazionali.

La Grecia come altri paesi dell'Europa meridionale tra i quali l'Italia ha deciso di passare negli anni ottanta da un modello di gestione mutualistico al sistema sanitario nazionale. Tuttavia il passaggio è stato segnato da contraddizioni profonde e ha prodotto un dispositivo misto in cui coesistono una parte di finanziamento generale e una parte sostenuta da versamenti per le mutue da parte dei datori di lavoro. Tale dispositivo ha svelato le sue contraddizioni profonde portando la spesa sanitaria fuori controllo. Nel momento in cui la crisi economico-finanziaria si è abbattuta sul paese, con tagli su servizi ospedalieri e territoriali, il 40% circa delle spese sanitarie era out of pocket, pagato cioè dai cittadini. In breve tempo, per molti greci la perdita del lavoro ha significato perdere anche la copertura assicurativa che permetteva l'accesso alle cure. Maciocco e Santomauro mostrano la gravità dell'attuale situazione attraverso i dati più aggiornati pubblicati da *The Lancet*:

«gli indicatori volgono al peggio: a) sono aumentati i casi di infezione Hiv tra i tossicodipendenti (erano 15 nel 2009, sono stati 484 nel 2012); b) è aumentata la mortalità tra le persone di oltre 55 anni a causa della difficoltà di accesso ai servizi; c) è cresciuta la mortalità infantile così come i nati morti e i nati con basso peso alla nascita; d) dal 2012 al 2013 sono aumentati i casi di tubercolosi; e) è ricomparsa la malaria. La stessa rivista denuncia l'indifferenza delle autorità internazionali (Commissione europea, Fondo monetario internazionale) nei confronti di questa tragedia, un'indifferenza ai limiti del negazionismo che è durata troppo tempo» (MACIOCCO G. - SANTOMAURO F. 2014: 142).

Gli effetti sulla salute pubblica in Grecia – mortalità infantile, tassi di mortalità crescenti, aspettativa di vita ridotta – sono descritti e denunciati anche nel *GHW4*. Per fronteggiare la grave situazione nuove alleanze tra diversi soggetti della società civile e reti sociali sono sorte in difesa del sistema pubblico. La mobilitazione di associazioni e forze sociali ha portato alla nascita delle “*social solidarity clinics*”, dimostrando che è possibile un altro modo di lavorare partecipativo e non gerarchico con una lettura dei bisogni e un'organizzazione dal basso delle pratiche comunitarie (nella parte del *GHW4* dedicata alle lotte per la salute in Europa, cfr. E6.2 – *Solidarity in response to the 'crisis'*, PHM - MEDACT - MI - TWNH - AI - ALAMES 2014: 375-376).

Salute mentale globale

I dati più convincenti sugli effetti delle disuguaglianze economiche provengono dalla misurazione dei tassi di mortalità infantile e della riduzione degli anni di vita attesa. Eppure i problemi che avranno maggior peso internazionale nei prossimi decenni saranno dovuti all'aumento di malattie croniche, con alto livello d'invalidità e bassa mortalità, e in senso ampio alle forme di disabilità. È considerando questa emergenza di scala globale che sembrano particolarmente importanti gli studi sulla salute mentale. Nel libro *Discorso globale, sofferenze locali. Analisi critica del Movimento di salute mentale globale* Benedetto Saraceno ricostruisce gli ultimi venti anni della salute mentale da un punto di vista privilegiato, attingendo a esperienze acquisite durante la sua direzione del Dipartimento della salute mentale dell'OMS (SARACENO B. 2014). Nel suo racconto – un prezioso *insider account* dall'interno del ristretto numero di decisori delle politiche globali sulla salute – sono disegnati gli scenari in cui ha preso vita il movimento di salute mentale globale, mostrandone gli esiti più rilevanti, insieme alle contraddizioni che l'hanno accompagnato. Saraceno ricorda che la scelta strategica, condivisa da Oms e Banca Mondiale, di precisare le priorità in base ai livelli di disabilità connessi alla malattia ha segnato una svolta nella lettura complessiva del futuro della salute globale. Lungo questa linea, la collaborazione dei primi anni Novanta tra Oms e il gruppo di antropologi e medici della Harvard Medical School coordinati da Leon Eisenberg e Arthur Kleinman ha portato nel 1995 alla stesura del *World Mental Health* (DESJARLAIS R.R. - EISENBERG L. - GOOD B. - KLEINMAN A. 1995) un testo cui si deve il primo organico tentativo di presentare aree di sofferenza sociale in correlazione con povertà e disuguaglianze nei paesi a basso reddito (*low-income countries*). Com'è noto, tutto questo è potuto accadere con la messa a punto e il raffinamento di indicatori come il DALY (*Disability adjusted life year*) che misura gli anni perduti per disabilità dovuta a malattia. Il DALY include in un'unica misura la mortalità e la disabilità, sommando gli anni vissuti con una disabilità per malattia (YLD – *Years lived with disability*) e gli anni di vita perduti a causa della morte sopraggiunta a causa di una patologia (YLL – *Years of life lost*). Spiega Saraceno che il DALY ha certamente consentito di evidenziare la presenza di malattie caratterizzate da bassa mortalità ed elevata disabilità (soprattutto le malattie mentali) considerando il grande numero di malattie croniche, endemiche e neglette, che hanno pagato un prezzo altissimo per la loro “invisibilità sociale”. Ne è risultata una ridefinizione dell'agenda globale, anche se – ricorda Saraceno – dopo la prima fase di entusiasmo per la promessa di garantire la cura a un numero più alto di pazienti, si è trattato di prendere atto dei limiti delle prevalenti letture riduzioniste, spesso supportate dall'industria farmaceutica. Va infatti ribadito – e questo è un filo rosso che percorre tutto il libro – che la risposta a problemi di salute mentale così importanti non consiste solo nel far accedere più persone alle cure, se non si mettono in discussione i protocolli, le azioni e le risorse della psichiatria biofarmacologica e classificatoria. Il cambiamento necessario deve riguardare i saperi e le pratiche della biomedicina che sono riprodotti meccanicamente da centri accademici, industrie farmaceutiche, gruppi privati proprietari di nosocomi. In questo scenario si sono inseriti nuovi soggetti della società civile e dell'economia sanitaria impegnati in operazioni di *advocacy* e di lobby. Quando oggi ci si riferisce al movimento di salute mentale globale si deve perciò considerare questo intreccio di attori, risorse e differenziali di potere.

Il solo obiettivo di aumentare il numero dei pazienti trattati specialmente nei paesi a basso e medio reddito si è rivelato parziale e irrealistico. Di fatto, le iniziative di ampliamento del numero di persone che potessero accedere a migliori condizioni

di salute, annunciate dallo slogan “*health for all*”, si sono tradotte in “trattamento per tutti”, creando grandi opportunità per le multinazionali farmaceutiche. Sugli esiti di questa scelta ha influito certamente il modo in cui vengono ricombinati nei singoli paesi la riproduzione del sapere psichiatrico e la presenza della rete istituzionale perlopiù basata sull’ospedalizzazione. Saraceno ricorda che il caso del Brasile è emblematico sia per la qualità dei processi innescati sia per i rapporti di forza e i conflitti che hanno accompagnato la riforma. In Brasile dall’epoca del primo governo di Luiz Inácio Lula Da Silva sono cambiate la quantità e la qualità degli investimenti federali in salute mentale, con minori risorse destinate agli ospedali psichiatrici e maggiori investimenti nella salute mentale territoriale, creando i CAPS (*Centros de atenção psicossocial*). Nelle nuove strategie si è puntato sulla riduzione del numero di posti ospedalieri, cercando così opportunamente di diminuire le dimensioni degli ospedali psichiatrici, per favorire il loro completo superamento e la disseminazione di servizi psichiatrici di comunità. D’altra parte, proprio l’esperienza avanzata del Brasile ci ricorda le difficoltà incontrate nella integrazione fra *Primary health care* e secondo livello di servizi di salute mentale comunitaria, contro «la sorda, a volte feroce e cieca, opposizione da parte della maggior parte dell’establishment psichiatrico brasiliano, costituito essenzialmente da professori universitari e dai rappresentanti delle associazioni professionali» (SARACENO B. 2014: 105).

Il campo della salute mentale comunitaria è particolarmente interessante perché vi svolgono un ruolo determinante gli interventi a-specifici e sensibili ai contesti, su cui il sistema sanitario ha ridotta capacità d’incidenza. A livello macro le politiche di salute mentale più efficaci dipendono da mutamenti sociali strutturali e storicamente profondi, mentre a livello micro sono molto importanti la sperimentazione e la partecipazione sociale nelle realtà locali, sulle quali incidono le reti sociali, le politiche democratiche e le pratiche professionali e comunitarie. Soprattutto è necessario analizzare le situazioni storiche specifiche a tre livelli: occupandosi di quadro giuridico e di politiche dei diritti; potenziando l’azione intermedia dei servizi di salute; organizzando interventi tecnici di qualità, soprattutto sperimentando pratiche non inquadrabili nella cornice stretta del disturbo/diagnosi/prescrizione farmacologica.

I movimenti e le lotte per i diritti

La globalizzazione vista dall’alto lascia intravedere flussi, assetti, frizioni e segni delle miserie lasciate sul terreno. Ma è la complessità della concreta esperienza dei protagonisti dei processi di trasformazione a offrire ricchi elementi di riflessione sui fattori che incidono sulla sofferenza sociale, l’organizzazione dei servizi, le modalità di presa in carico dei problemi. Lo studio di esperienze situate, per quanto riguarda sia le situazioni più difficili sia le esperienze sperimentali più avanzate, permette di entrare in ambiti che sono al contempo concreti e complessi. Il *GHW4* dedica ampio spazio a *case studies* di esperienze di resistenza e azione popolare in diversi paesi. Un esempio interessante a questo riguardo è costituito dalla storia recente della Bolivia, in cui nel 2009 la nuova costituzione democratica ha sancito la nascita di uno stato plurinazionale, riconoscendo il ruolo di protagonista alle comunità indigene e alla loro azione politica nella definizione dei diritti di cittadinanza (PHM - MEDACT - MI - TWNH - AI - ALAMES 2014: 333-340). L’alta percentuale di nativi tra la popolazione ha portato a ridefinire i linguaggi e i concetti necessari a costruire uno spazio comune per la salute e il benessere. Il dibattito centrato sulla qualità della vita, definita attraverso il concetto

di “*vivir bien*”, ha ruotato attorno alla lotta per i diritti delle popolazioni indigene che rivendicano l'importanza della questione ambientale e della riforma agraria e in senso complessivo dell'allargamento dei diritti sociali. L'esperienza boliviana valorizza criticamente la rivendicazione della salute come bene comune e intreccia la questione dei diritti comunitari sui luoghi di riproduzione della vita (questione indigena), con la ridefinizione della cittadinanza e del lavoro (questione sociale). In entrambi i casi, ci si misura con aree di sovranità sulle quali si gioca l'esistenza stessa della *forma-stato* e le possibilità per la democrazia.

L'esempio della Bolivia certamente mostra che le analisi delle situazioni politiche nei singoli paesi servono a evitare approcci riduzionisti alla realtà e a immaginare innovative piattaforme di sperimentazione. Tuttavia, le ricostruzioni di queste pratiche nei report sulla salute globale si rivelano talvolta poco sensibili alle differenze specifiche, soprattutto perché incorporano un piano biomedico di significazione. La prospettiva della salute e dei diritti è prevalentemente posta in rapporto con l'accesso a servizi medici, senza tematizzare la necessità di trasformare i saperi e le pratiche mediche quando entrano in un reale rapporto con le comunità. E quando rispetto a questo discorso ci s'interroga sulla costruzione di azioni culturalmente sensibili, i casi esaminati sembrano modellarsi attorno a rivendicazioni di comunità locali, con un contenuto identitario. Le promesse maturate in Bolivia sembrano così assumere un valore antagonista soprattutto perché sono viste come difese delle specificità culturali. Questa torsione del piano discorsivo risente del fatto che il confronto politico sulla globalizzazione sembra essere prevalentemente urbano-centrico. Sviluppatisi in prevalenza nelle grandi metropoli mondiali – nei luoghi in cui sorgono istituzioni e simboli del potere finanziario e politico, dove le manifestazioni pubbliche possono essere riprese e diffuse dai grandi network della comunicazione globale – i movimenti contro gli effetti della globalizzazione si organizzano in prevalenza attorno alla difesa dei diritti in misura minore alla comprensione delle trasformazioni del capitalismo contemporaneo. In queste circostanze è necessario domandarsi quale conoscenza si abbia effettivamente dei processi che attivano i “movimenti di cittadinanza” in specifiche realtà storiche, con le tecniche di comunicazione e le strategie di finanziamento capaci di alimentare le reti di globalizzazione dal basso (APPADURAI A. 2014 [2013]: 235 e segg.).

Mettere in relazione la conoscenza approfondita delle realtà locali con l'agenda globale è un problema che richiede un'accurata analisi di processo, nella consapevolezza che ogni caso singolo costruisce una rete ibrida, sociale, culturale e politica. Lo studio di questa dimensione situata della prassi corporea, nel fronteggiare collettivamente la malattia e nella rivendicazione dei diritti, permette di entrare in rapporto con le dimensioni incorporate della sofferenza sociale e delle disuguaglianze economiche. In questo scenario è necessario un uso consapevole e sperimentale della ricerca antropologica intensiva, con partecipazione allargata e alimentata attraverso l'etnografia. Molti antropologi lavorano a questa impresa al fine di precisare strategie più efficaci per uno studio analitico e storico della scomposizione e riconfigurazione delle forme del capitalismo contemporaneo e dei suoi mutamenti in atto (BIEHL J. - PETRYNA A. 2013). A questo proposito va evidenziata una differenza tra le analisi dei casi che appaiono nella letteratura antropologica, in cui le storie sono soprattutto finalizzate a cogliere l'intreccio tra violenza strutturale e agentività individuale, e gli studi di caso dei report sulla salute globale, nei quali la violazione dei diritti umani è al centro di un'operazione di denuncia e di mobilitazione sociale. Una critica che potrebbe essere mossa agli approcci di questo secondo tipo è che sembrano essere ritagliati sul modello

dell'universalità delle dichiarazioni dei diritti umani, a scapito di una ricostruzione critica delle dinamiche politiche. Non può sfuggire in questo caso il nesso tra l'affermazione del principio per la tutela di un diritto e la definizione problematica della stessa natura umana che rende possibile la rivendicazione di tale diritto. La salute e i diritti si incrociano in specifiche condizioni storiche, ove soggetti, significati e rapporti di potere dicono che cosa è umano, e ci invitano a chiedere ogni volta: «se l'accesso alla cura è considerato un diritto umano, chi è considerato umano abbastanza da avere tale diritto?» (FARMER P. 2003: 206).

Bibliografia

- APPADURAI Arjun (2014 [2013]), *Il futuro come fatto culturale. Saggi sulla condizione globale*, traduz. dall'inglese di Marco Moneta e Mara Pace Ottieri, Raffaello Cortina, Milano [ediz. orig.: *The future as cultural fact. Essays on the global condition*, Verso, London - New York, 2013].
- BIEHL João - PETRYNA Adriana (2013), *When people come first: critical studies in global health*, Princeton University Press, Princeton.
- DESJARLAIS Robert R. - EISENBERG Leon - GOOD Byron - KLEINMAN Arthur (1995), *World mental health: problems and priorities*, Oxford University Press, New York.
- FARMER Paul (2003), *Pathologies of power. Health, human rights, and the new war on the poor*, University of California Press, Berkeley - Los Angeles - Oxford.
- JANES Craig R. - CORBETT Kitty K. (2009), *Anthropology and global health*, "Annual Review of Anthropology", vol. 38, 2009, pp. 167-183.
- KLEINMAN Arthur (2010), *Four social theories for global health*, "The Lancet", vol. 375, n. 9725, 1° maggio, 2010, pp. 1518-1519.
- MACIOCCO Gavino - SANTOMAURO Francesca (2014), *La salute globale. Determinanti sociali e disuguaglianze*, Carocci, Roma.
- MEZZADRA Sandro - NEILSON Brett (2014), *Confini e frontiere. Moltiplicazione del lavoro nel mondo globale*, Il Mulino, Bologna.
- MINELLI Liliana (2013), *Salute Globale: troppe definizioni, un solo obiettivo?*, "Sistema Salute. La rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute", vol. 57, n. 2, aprile-giugno 2013, pp. 135-138.
- ONG Aihwa (2013 [2006]), *Neoliberalismo come eccezione. Cittadinanza e sovranità in mutazione*, traduz. dall'inglese e cura di Michele SPANÒ, La Casa Usher - Volo, Firenze - Lucca [ediz. orig.: *Neoliberalism as exception: mutations in citizenship and sovereignty*, Duke University Press, Durham, 2006].
- PEOPLE'S HEALTH MOVEMENT - MEDACT - MEDICO INTERNATIONAL - THIRD WORLD NETWORK HEALTH - ACTION INTERNATIONAL - ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE MEDICINA SOCIAL (ALAMES) (2014), *Global health watch 4. An alternative world health report*, Zed Books, London.
- PFEIFFER James - NICTER Mark (2008), *What can Critical Medical Anthropology contribute to global health? A health systems perspective*, "Medical Anthropology Quarterly", vol. 22, n. 4, 2008, pp. 410-415.
- SARACENO Benedetto (2014), *Discorso globale, sofferenze locali. Analisi critica del Movimento di salute mentale globale*, Il Saggiatore, Milano.
- VINEIS Paolo (2014), *Salute senza confini. Le epidemie al tempo della salute globale*, Codice Edizioni, Torino.

06. *Recensioni**L'utile moltiplicazione degli enti*

Roberta Sartor

antropologa

[sartoroberta@gmail.com]

Costanza Amici

antropologa

[costanza.amici@gmail.com]

Piero COPPO - Stefania CONSIGLIERE (curatori), *Rizomi greci*, Edizioni Colibri, Milano, 2014, 188 pp. (Atti del Laboratorio Mappe, vol. I)

L'utile moltiplicazione degli enti

Rizomi Greci è un libro composto da un collettaneo di articoli i cui Autori Claudia Baracchi, Stefania Consigliere, Piero Coppo, Laura Faranda, Simona Paravagna, hanno animato con le loro personali prospettive di ricerca alcuni degli incontri del “Laboratorio Mappe, Spazio interdisciplinare Sistemi di conoscenza”. Il sottotitolo del testo, “*Atti del Laboratorio, volume primo*”, lascia intuire al lettore il complesso lavoro di condensazione dei discorsi portati dai singoli intrecciati con i dialoghi emersi in questi incontri, di cui la raccolta collettanea è una restituzione scritta, e perciò stesso parziale. Anche le autrici di questa recensione si situano in questa posizione di parzialità e complessità, essendo loro stesse state parte del Laboratorio e voci intrecciate nel dialogare sui *rizomi greci*.

È a partire dal disagio condiviso della dimora di un “noi” – e s'intenda, semplificando, noi occidentali – che il gruppo di ricercatori del Laboratorio Mappe, ciascuno con diverse competenze nell'ambito delle scienze umane, si è prefisso di scandagliare le caratteristiche di fondo della modernità e dell'iper-modernità. Questo era uno dei fondamenti su cui è nato nel 2010 il Laboratorio in seno all'associazione ORISS, anno che coincide con la chiusura del lavoro redazionale quasi ventennale de “*I Fogli di ORISS*” di cui l'ultimo articolo dell'ultimo numero è significativamente intitolato *Ragioni di un laboratorio* (CONSIGLIERE 2010). Il bisogno avvertito fu quello di creare uno spazio-tempo di riflessione lento e calmo rispetto alla concitazione rumorosa ed emergenziale che la crisi ha indotto e prodotto ora come allora. La cosmovisione occidentale, quella di un “noi” non sempre condiviso ma così comunemente delineato e confinato, era ed è alle prese con falde e sabbie paludose che inglobano etica e logica, epistemologia ed esistenza, scienze e politica. All'attestazione della messa alle

strette di un modo di vita (il nostro) consegua la possibilità, presagita come necessità, di unirsi con l'intenzione di ricominciare a pensare le nostre radici e aprire poi – non immediatamente – a forme diverse di esseri umani nel mondo. Speranza vuole che, osservando e rintracciando come scelte del passato abbiano scartato dei modi di vita proficui essi possano essere riabilitati e rivalutati aprendo per ciò stesso un possibile spazio trasformativo e possibili prospettive di attualizzazione. L'obiettivo ambizioso si esplicitava nel percorrimiento di un cammino decostruttivo a ritroso con l'intenzione da una parte di rintracciare bivi e capovolgimenti che hanno portato a questa forma di “noi” e all'esaurimento della sua forza propulsiva e generativa, e dall'altra per aprire lo sguardo sulle molteplici voci e anime inesprese o escluse, capaci di delineare mondi e vie possibili di ricostruzione.

La strategia per giungere a questo scopo è stata la pianificazione di una serie di proposte d'incontro attorno a dei temi adeguati alla linea teorica scelta: l'esplorazione antropologica e archeologica dei *fondamenti* teorico-pratici dell'occidente rintracciando e lasciando emergere la pluralità aliena celata nel suo stesso grembo.

Per indagare tali fondamenti la lezione di de Martino, ancora una volta, è magistrale: per soddisfare l'esigenza della comprensione dell'alterità, lo studio antropologico impiega un ampliamento dell'orizzonte del discorso attivando una funzione comparativa fra sistemi di pensiero o fra modi della conoscenza radicalmente altri. In merito alla comparazione semantico-ontologica egli giunge alla proposta di una “duplice tematizzazione”, ovvero sia quella della “storia propria” che quella della “storia aliena”

«questa duplice tematizzazione della storia propria e della storia aliena è condotta nel proposito di raggiungere quel fondo universalmente umano in cui il 'proprio' e l' 'alieno' sono sorpresi come due possibilità storiche di essere uomo, quel fondo dunque, a partire dal quale anche 'noi' avremmo potuto imboccare la strada che conduce all'umanità aliena che ci sta davanti nello scandalo iniziale dell'incontro etnografico. In questo senso l'incontro etnografico costituisce l'occasione per il più radicale esame di coscienza che sia possibile all'uomo occidentale» (DE MARTINO E. 1977: 390-391).

Uno dei grandi salti di qualità dell'antropologia, così come della sociologia, del secolo scorso è stata la considerazione del contesto endotico socio-antropologico: si può fare antropologia in casa propria procedendo ad uno scavo di natura archeologica.

Il passato viene interrogato in qualità di problema e vengono messi in luce quei crocicchi particolarmente significativi per lo sviluppo e la sedimentazione della storia di un 'noi' dotato dei propri miti di fondazione e dei propri eroi ed eroine. Tralasciando le possibilità in cui “avremmo potuto imboccare la strada all'umanità aliena che ci sta davanti” si cela e si dimentica il reticolato rizomatico in cui ogni snodo è dinamicamente l'affermazione di qualcosa e la negazione o estromissione di altro. E, ancora, continuando ad affidarci alla retorica dei miti di fondazione della modernità occidentale e alle conseguenti prassi, si inverano di volta in volta le narrazioni dei manuali e le categorie inerti della storiografia (al singolare, è bene notare) piegata tanto all'erezione di monumenti quanto alla distruzione degli stessi come se la *Tradizione* fosse solo elogiabile o deprecabile ma sempre una e una sola. È possibile, invece, come mostra questo libro, interrogare la nostra genealogia chiedendoci come siamo arrivati al punto in cui siamo, attraverso quali strade e quali scelte di percorso. In questo studio radicale del pronome “noi” si depositano ispirazioni altamente erudite e speranze mondane: fra teogonie, frammenti di filosofia antica, versi omerici si declama che se delle strade sono state imboccate nel passato, allora altre ancora,

assurde e diverse, possono essere intraprese nel presente e per il futuro, altre ancora se ne possono cominciare per cambiare rotta qualora si senta il disagio del punto in cui questo “noi” ora sta di casa.

L'immagine concettuale che unisce i diversi articoli contenuti nel testo è quella del rizoma che, nella sua derivazione da Deleuze e Guattari, consente di pensare ad un sistema di molteplicità senza gerarchie interne e senza un punto specifico d'entrata e d'uscita, a un sistema cioè dotato di più linee relazionali. Scrivono, infatti, i due autori:

«Il rizoma collega un punto qualsiasi con un altro punto qualsiasi, e ciascuno dei suoi tratti non rimanda necessariamente a tratti dello stesso genere, mettendo in gioco regimi di segni molto differenti ed anche stati di non-segni [...]. Rispetto ai sistemi centrici (anche policentrici), a comunicazione gerarchica e collegamenti prestabiliti, il rizoma è un sistema acentrico, non gerarchico e nonificante» (DELEUZE G. - GUATTARI F. 1980: 33 sgg.).

Il rizoma, così definibile, è lo sfondo alquanto complesso di questi contributi ed è perfettamente accostabile al nome di cui questo gruppo di ricerca si è dotato (Laboratorio Mappe). Uno dei sei principi infatti su cui si costituisce tale immagine concettuale nel pensiero dei due studiosi menzionati, è quello detto “cartografia”: la forma della mappa predispone un percorso di possibilità e non sempre chi naviga, cammina, corre o vola deve seguire i sentieri più battuti, più frequentati, più brevi o ancora più comodi. Ci sono, in altri termini, infinite vie di percorribilità per interrogare il passato e il presente, e istituirle è un lavoro che richiede saper esercitare l'arte della creatività.

Un rizoma combina tra loro fenomeni e concetti molto distanti, tali per cui si possono rintracciare sempre relazioni logiche o casuali, e comunque, sempre relazioni scambievolmente in interazione. Ogni contributo affronta un processo complesso di percorribilità che impiega strumenti di volta in volta specifici: un punto fermo e comune rimane l'attributo che ai rizomi viene conferito nel titolo, ovvero “greci”.

La storia delle religioni, la filologia, lo studio dei miti, la storia della filosofia presentano un'immagine della Grecia come la radice prima, complessa, stratificata, di ciò che oggi si può chiamare monismo ontologico, ovvero la propensione per il fondamento al singolare retto da argomentazioni logico-deduttive razionali.

Della Grecia aurorale, Laura Faranda mostra come, attraverso una certa scelta ermeneutico-politica dei testi fondanti che fa di Platone uno spartiacque, i filosofi siano andati costruendo alcune logiche del “sé”, quelle dell'io soggettivo conchiuso, e non altre. Uno, solo ad esempio, degli esiti più importanti proprio della figura occidentale della soggettività e della coscienza introspettiva, è l'interdizione del corpo maschile e tanto più di quello femminile. Nei poemi omerici, prima dell'incoronazione del *logos* e della parola scritta, è rintracciabile una “grammatica del sé” che nell'impiego più tardo verrà ricondotta alle variabili semantiche “rivelatrici del sé” e di un mondo interiore. Nel lessico epico, invece, tali espressioni sono vincolate alla corporeità e in ultima analisi ad un modello antropologico differente da quello attuale: esse suonano come delle “impostasi preconsce” di una reazione fisica espressa con parole specifiche e rintracciabili che la lingua omerica usa per concettualizzare la sfera emotiva. Con l'autrice, quindi, sono state indagate le logiche che hanno edificato l'ambito della psiche, oggetto delle varie discipline dotate di una metodologia quanto più vicina all'ideale della Scienza pura.

Occorre inoltre capire oggi, in questo presente di crisi, quanto di quelle costruzioni sia ancora attivo e fecondo. Lungo quest'ultima scia s'inserisce l'articolo di Piero

Coppo che eredita dall'etnopsichiatra Tobie Nathan la convinzione che nella clinica psicopatologica i miti abbiano un ruolo fondamentale poiché permettono di restituire la specificità del dato clinico: essi mettono i disordini in una narrazione ordinata dando loro un senso, movimento primo di ogni *ethos* di trascendimento, per usare categorie demartiniane. Freud non aveva forse usato in questa maniera la sua lettura del mito edipico? Ci sono notizie anche di altri racconti e altre storie collettive che hanno prodotto e producono miti. Vi sono, tuttavia, dei miti, o delle forme di configurazioni di esperienze umane (morte, nascita, conflitti di potere, relazioni con dimensioni non-umane, successione delle generazioni, ecc.) che meritano di avere un valore universale? Su quest'ultimo interrogativo pondera una certa etnopsichiatria e riflette sulle ragioni politiche della scienza che, nell'ambito della psiche, costruisce un modello antropologico secondo il quale l'essere umano deve passare sotto le forche caudine del mito edipico per essere pienamente tale.

Da questo sfondo problematico prende forma una divagazione attorno al mito antico greco quale sede di una prima negoziazione fra generi, maschie e femminile, componente strutturale degli ordinatori culturali di ogni cosmovisione. Mediante la letteratura contemporanea, l'autore problematizza lo studio dei generi in relazione alla psicopatologia dell'iper-modernità fornendo delle nuove connessioni fra padri assenti e ombre delle madri.

La Grecia di Simona Paravagna è segnata dalla ripresa del ruolo basilare della *métis*, divinità ingoiata da Zeus al fine di diventare il re dell'Olimpo, la cui importanza era stata segnalata da puntuali riferimenti testuali da Jeanne Pierre VERNAT e Marcel DETIENNE (1974). Si tratta di una facoltà che sfugge alla logica deduttiva e pertanto non è ben definibile ma si può dire abbia a che fare con la saggezza, l'intuito, l'analisi istantanea e la decisione conseguente, la perspicacia, l'acutezza. Un campo in cui la *métis* viene praticata e silenziata è quello della medicina della quale si dà questa definizione una "pratica che si vuole razionale" (STENGERS 1995) e perciò in grado, mediante il modello scientifico, di squalificare tutte le pratiche in cui il *logos* non sia stato setacciato e posto come unico elemento garante di un sapere e una pratica. Nel suo articolo Stefania Consigliere insiste sui processi che hanno fatto della logica il telaio del retto argomentare. Alcuni densi passaggi storico-filosofici hanno eretto il logicismo a un modello totale e totalizzante che la manualistica proietta nella culla greca: il modo di conoscenza, nostro e moderno, si basa sulla deduzione e l'inferenza, sul rigore del calcolo, la bellezza della coerenza e, in definitiva, sul monismo onto-teologico. L'Autrice, trovando solido sostegno in Enzo MELANDRI (1968), pone nell'immagine della Grecia da noi ereditata il luogo del trauma a cui attribuire le nostre (individuali quanto collettive) limitazioni, fissazioni e fantasie. È lì che s'istallano alcune fissità i cui sintomi patologici esplodono nelle nevrosi delle strettoie politico-epistemologiche odierne.

Claudia Baracchi rivede l'immagine della Grecia quale grembo in cui abbiamo situato il passato, il presente e il futuro della modernità occidentale, tracciando la linea di ricerca ed emersione di ciò che del nostro passato ci è divenuto oscuro. Ad esempio, sono state sotterrate le parti dei testi filosofici fondativi in cui si parla delle sintonie con l'"Oriente" (come Egitto, India) o quelle in cui viene abilitato un Aristotele mai immaginato. Ne la *Metafisica* quest'ultimo non apre con l'assunzione secondo cui "gli esseri umani desiderano conoscere" ma con "tutti gli esseri umani desiderano aver visto [*eidenai*]. In quest'ultima traduzione, significativamente, è la sensorialità del "vedere" a divenire "aver visto" a sottolineare un *prius* alogico della logica, in cui la

sensazione, frequentata e ricordata, origina uno sguardo in grado di attraversare i fenomeni e di cogliere struttura e relazioni.

Nei *Rizomi greci* l'idea ereditata della Grecia viene aperta e resa terra da dissodare secondo varie traiettorie di ricerca e punti di vista, genericamente definibili come antropologici, psicologici e filosofici. Stefania Consigliere e Simona Paravagna, e in parte Laura Faranda e Claudia Baracchi, indagano quanto vi sia di politico nella scelta originaria di innalzare il *logos* a miglior modo della conoscenza e, in ultima analisi, l'unico legittimato. Tale riflessione sembra finalmente poter aprire la possibilità di un confronto paritario con i modi conoscitivi e le vie pratiche dei territori disegnati dal *pathos*, che ad oggi hanno vissuto ed esperito l'alienante subalternità alle scienze del *logos*.

Alla luce degli articoli di questo testo si può concludere che l'immagine della Grecia, che abbiamo avuto fino ad oggi, come culla, grembo, matrice mitologica della modernità occidentale, non sia il risultato di una disamina di studiosi che parzialmente risalgono alcuni percorsi dei rizomi, ma quella che "noi occidentali" vogliamo e possiamo vedere attraverso la tradizione storiografica prevalente per giustificare lo *status quo* attuale del nostro mondo. Per lo più questi storiografi non mettono in luce fattori vitali come le contaminazioni fra filosofia e pensiero vedico, o la struttura antropologica-fisiologica del mondo greco. Infatti, per lungo tempo il sistema di conoscenza logico deduttivo fu solo uno dei possibili: vi erano altresì i miti (precisamente, questi preesistevano), le religioni misteriche, i riti iniziatici, la matematica pitagorica, la filosofia come pratica che scandisce, anche corporalmente, un'esistenza (HADOT 1981).

È stato proprio il caso, quindi, di proporre una lettura orizzontale, nomadica, multidirezionale dell'immagine greca che invita ad un'ulteriore e continua espansione rizomatica lontana dall'espansione arborea scandita nella verticalità gerarchica fra radici, tronco e rami. La molteplicità degli sguardi è qui un valore. William of Ockham scriveva nel Seicento, agli albori della Scienza moderna, in una delle formulazioni del suo principio divenuto gnomico: *Pluralitas non est ponenda sine necessitate* (Non si ponga la pluralità qualora non sia necessaria). Date le condizioni attuali del nostro mondo è necessario spiegare diversi fenomeni mediante molte ipotesi mantenendo, anche per incanto e magia, invariata la semplicità dei percorsi. Moltiplicare gli enti, in questo caso è stato intensamente utile per rivisitare e scompigliare i miti dell'occidente moderno. La stessa metodologia scompaginante può essere impiegata per interrogare altri snodi importanti che hanno costruito il presente: è un lavoro di connessione infinito, che avviene almeno su mille piani, indirizzato a dare speranza nella possibilità di cambiamento e di rafforzarne l'esigenza. L'esame del passato porta con sé anche la possibilità di un arenamento nell'infanzia, nei conflitti dei padri e delle madri, in un *illo tempore*, che ha i tratti di un'esasperazione della terapia psicoanalitica che chiede al paziente "Cosa le ricorda?". Lo psicologo James Hillman considera a fondo questo sguardo all'indietro e segnala, infatti, come la psicoanalisi freudiana trasformi continuamente il passato in presente e lo faccia divenire principio esplicativo assoluto sia nella suo operato tecnico che nella sua vulgata diffusa dai mass media (HILMANN J. - VENTURA M. 1993). È un rischio che vale la pena correre anche nelle rizomatiche escursioni nella Grecia antica. Pur tuttavia sarebbe interessante a questo punto che la direzione dello sguardo muti e si volga dal dietro, all'avanti e qui si concentri creando nuove mappe da proporre e condividere.

Ne potrebbe conseguire un altro proponimento, ovvero quello di aprire le porte del viaggio esplorativo e critico narrato in *Rizomi Greci* per rifare la cartografia del legame

fra mito e rito attraversando la pluralità delle declinazioni rizomatiche delle relazioni e delle partizioni fra teoria e pratica. Che le mappe, cioè, possano essere anche ridisegnate a partire dalle tracce silenziate e subalterne, ma ben vive e attive al di fuori dei palazzi del sapere, e da nuovi e diversi percorrimenti. Che siano anzi proprio questi a rendere possibili, nell'apertura del confronto, nuove tracce direzionali e di orientamento del pensabile. Lo stimolo è forte, specialmente considerando lo sfondo del nostro odierno mondo. In un momento storico-culturale come quello che stiamo vivendo, l'auspicio è che l'invito al confronto per esplorare i fondamenti delle nostre teorie coinvolga i modi e i mondi delle pratiche soggiacenti e derivanti da tali teorie, mettendo così in movimento le realtà concrete cui tutto ciò allude per rifondare nuovi orizzonti di possibilità e un presente futuribili.

In botanica, i rizomi corrono sotto terra, in orizzontale, sono in grado di produrre i germogli e apparati radicali di interi nuovi rizomi. Per questa attitudine alla moltiplicazione il testo riporta nel titolo questo prestito filosofico-botanico: esso intende essere, in fondo, un invito per intrecciare ancora altri punti di vista con sensibilità, ascolto e confronto generativo. Anche in stagioni difficili e in modo sotterraneo e sott'acquatico, i rizomi trovano strade stando in uno stato di vita latente, così come fanno le ninfee, l'iris o il mughetto.

Bibliografia

CONSIGLIERE Stefania (2010), *Le ragioni di un Laboratorio*, "I Fogli di ORISS", n. 33-34, 2010, pp. 165-177.

DELEUZE Gilles - GUATTARI Felix (1997), *Mille piani. Capitalismo e schizofrenia*, Castelvechi, Roma [ediz. orig.: *Mille plateaux. Capitalisme et schizophrénie*, Éditions du Seuil, Paris, 1980].

DE MARTINO Ernesto (2002 [1977]), *La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali*, a cura di Clara Gallini, introduzione di Clara GALLINI e Marcello Massenzio, Einaudi, Torino.

DETIENNE Marcel - VERNANT Jeanne Pierre (2005), *Le astuzie dell'intelligenza nell'antica Grecia*. Laterza, Roma - Bari [ediz. orig.: *Les ruses de l'intelligence. La métis des grecs*, Flammarion, Paris, 1974].

HADOT Pierre (2005), *Esercizi spirituali e filosofia antica*, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *Exercices spirituels et philosophie antique*, Études Augustiniennes, Paris, 1981].

HILLMAN James - VENTURA Michael (1998), *Cento anni di psicoanalisi e il mondo va sempre peggio*. Raffaello Cortina, Milano [ediz. orig.: *WEve had a hundred years of psychotherapy and the world's getting worse*, Harper Collins, New York, 1993].

MELANDRI Enzo (2004 [1968]), *La linea e il circolo. Studio logico-filosofico sull'analogia*, Quodlibet, Macerata.

*Il rovesciamento pratico.
Storie di lotte e metamorfosi della psichiatria radicale in Italia*

Massimiliano Minelli

ricercatore confermato in discipline demoetnoantropologiche, Dipartimento di Filosofia,
scienze sociali, umane e della formazione, Università degli studi di Perugia
[massimiliano.minelli@unipg.it]

Foot John, *La “Repubblica dei matti”. Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1978*, Feltrinelli, Milano, 2014, 378 pp. (Storie / Feltrinelli).

1.

Da più parti, in Italia e all'estero, provengono da anni inviti a scrivere storie approfondite e documentate del movimento anti-istituzionale della psichiatria italiana. A questo non facile compito lo storico inglese John Foot ha dedicato il suo ultimo libro, un testo che concentra l'attenzione sulla psichiatria radicale negli anni 1961-1978, dalla prima fase, coincidente con l'apertura dell'ospedale psichiatrico di Gorizia, alla legge 180. Foot svolge così il non facile compito di scrivere la storia di circa due decenni decisivi nell'Italia del Secondo Dopoguerra, con una visione d'insieme, cercando di restituire il senso di un movimento multicentrico e differenziato al suo interno. Com'è noto, si tratta di un processo di mutamento unico nel campo della salute e delle politiche pubbliche, che di questa sua unicità ha per certi versi pagato un alto prezzo di fraintendimenti, in alcuni casi, d'interpretazioni malevole e interessate, nella maggioranza delle circostanze. Negli ultimi decenni, le conquiste della legge di riforma psichiatrica sono state oggetto di attacchi frontali per la sua abrogazione o per indebolirne i principi cardine, la sua dimensione democratica in difesa del diritto alla salute e dei diritti di cittadinanza. Ogni volta che la democrazia è in questione, le conquiste sono in pericolo. Certamente una risposta a questi attacchi oggi deve affidarsi ad analisi storiche critiche, insieme a una consapevole valorizzazione della memoria sociale.

È in questo quadro, che va riconosciuto alla ricerca di Foot il merito di proporre una narrazione aperta della realtà italiana, in dialogo con l'esterno e con le sperimentazioni anti-istituzionali di altri paesi europei. Si tratta un'impresa che può avere esiti positivi se è perseguita con un certo distacco, avvalendosi dei vantaggi di uno “sguardo da lontano”, al sicuro dal coinvolgimento nelle polemiche che animano un campo conflittuale, come quello della psichiatria. Di questa conflittualità l'Autore è consapevole e non a caso ricorda più volte la difficoltà di “mettere le mani tra le braci” per ordinare gli accadimenti, le posizioni e le prese di posizione. L'Italia è il paese in cui si è fatto di più – egli scrive – ma è anche la realtà in cui la ricostruzione delle memorie e delle diverse anime del movimento crea ancora accese discussioni: «è un nido di vespe e per questo è tanto più interessante» (p. 47).

2.

Il testo è diviso in due parti, la prima delle quali affronta gli anni 1961-1968, il periodo in cui Basaglia insieme alla sua équipe ha lavorato a Gorizia in quella straor-

dinaria esperienza di superamento del manicomio e di riappropriazione di diritti e possibilità di vita per chi vi era stato rinchiuso. Un lavoro prezioso che ha dato l'avvio a un più vasto movimento sociale negli anni seguenti. La storia narrata in questo libro infatti comincia nel 1961 a Gorizia, una città di provincia sulla frontiera fra Italia e Jugoslavia, esattamente nel momento in cui Franco Basaglia elabora un progetto di cambiamento radicale, coinvolgendo un gruppo di giovani psichiatri, invitati a seguirlo in un ospedale, periferico secondo molte accezioni. Gorizia rappresentava veramente uno dei luoghi di confine, sulla linea di conflitti aspri, come ci si accorse anni dopo quando le stesse condizioni per continuare il progetto vennero meno. Le vicende che seguirono, intrecciarono inestricabilmente le azioni per la liberazione degli internati con le trasformazioni sui confini materiali e simbolici che separavano i pazienti dagli operatori, chi viveva in ospedale da chi abitava in città, le componenti della popolazione italiana e quella slava, i partiti della sinistra e della destra. E tutto questo proprio dove passava la cortina di ferro. In tutta la sua contraddittorietà, l'immersione nella pratica di Gorizia è anche un tentativo di trovare elementi necessari a fare la storia dei processi politici che hanno dato vita al Sessantotto. Qui effettivamente venne scritto uno dei libri più importanti di quel momento e uno tra i più letti anche dalle generazioni a venire: *L'istituzione negata*. Come ripete più volte Foot, riferendosi all'esperimento, al libro e al luogo: «Gorizia fu un riflesso e un motore del Sessantotto italiano» (p. 128).

La seconda parte del volume inserisce progressivamente nell'affresco del movimento anti-istituzionale le realtà e le vicende di Perugia, Parma, Reggio Emilia, Arezzo, Trieste. Nel pieno della trasformazione a Gorizia, già nel 1964 il dibattito sul manicomio e sulle condizioni di vita dei pazienti psichiatrici assunse una portata generale, investendo il panorama politico nazionale. Nel 1965, quando cominciarono le assemblee generali a Gorizia, in occasione delle nuove elezioni amministrative provinciali, alcuni esponenti locali del partito comunista presero il ruolo di guida nella trasformazione degli ospedali psichiatrici di altre città: Ilvano Rasimelli a Perugia, Mario Tommasini a Parma, Bruno Benigni ad Arezzo. Negli anni seguenti la lotta contro i manicomi fu il principio della riforma della salute mentale sui territori: a Reggio Emilia, Arezzo, Trieste – di cui si parla nel libro – e in molte altre realtà. In tutti i casi si tratta di vicende di lotta e di liberazione in cui il fulcro è costituito dal rapporto tra la pratica quotidiana di deistituzionalizzazione e concreta trasformazione dei contesti sociali. A decretarne il successo o la sconfitta fu spesso l'esito del dialogo o dello scontro tra gruppi di lavoro, organizzazione politica e realtà urbane in cui il manicomio era inserito e cresciuto. In effetti, va ricordato che il movimento della psichiatria radicale si è consolidato contrapponendosi ai manicomi che erano grandi macchine istituzionali, capaci di assorbire molta forza lavoro e generare un cospicuo indotto economico nelle aree periurbane che li ospitavano. Poiché erano in genere nati dalla trasformazione di precedenti strutture religiose ai margini delle città, la situazione specifica in cui le azioni anti-manicomiali si sono affermate è quella di città di piccole e medie dimensioni in rapporto di simbiosi con quei grandi contenitori della devianza. I modi in cui questo rapporto si è rotto e ha generato reti di sostegno nel tessuto sociale ha definito perciò i margini di successo o di fallimento di molte coraggiose pratiche innovative. Inoltre, nelle città di medie e piccole dimensioni, con grandi ospedali con i quali fare i conti, il cambiamento dovuto alle migrazioni all'urbanizzazione e all'abbandono delle campagne, all'industrializzazione e alla crescita del movimento operaio e di quello studentesco, ha certamente dato un impulso decisivo alla sperimentazione di una nuova salute mentale senza il manicomio. È in questo orizzonte di cambiamenti

profondi della società che le storie ricostruite da Foot fanno apprezzare il valore delle metamorfosi della psichiatria radicale in Italia. In questa cornice, raccontare la storia di un movimento policentrico (GIACANELLI F. 2014) vuol dire anche portare alla luce e restituire al dibattito iniziative parziali e tentativi che hanno avuto una vita breve o una minore visibilità, pur alimentando un cambiamento complessivo della società italiana di quegli anni.

3.

Foot sostiene che «soltanto se distogliamo una parte della nostra attenzione dalla persona di Basaglia potremo apprezzare davvero la centralità del suo ruolo» (p. 44). Perciò, nonostante il progetto della sua ricerca si sia focalizzato sin dalle fasi preliminari su Franco Basaglia, egli ha dovuto operare un mutamento di sguardo, nella convinzione che per studiare questa figura centrale del cambiamento della salute mentale in Italia e nel Mondo è necessario prendere le distanze e collocarla in un contesto articolato e plurale. Scrive Foot:

«Perfino la terminologia si rivela problematica. In origine il titolo di questo libro doveva essere *Una storia del movimento basagliano*, ma procedendo nella ricerca è risultata sempre più evidente l'inadeguatezza di questa definizione. Si è dovuto preferire un'espressione più goffa: movimento anti-manicomiale, psichiatria critica o radicale, movimento anti-istituzionale. Paradossalmente, uno dei risultati di questo lavoro su Franco Basaglia è consistito nella ricollocazione del ruolo stesso di Basaglia all'interno del movimento» (p. 52).

Questo percorso di conoscenza è stato intrapreso con una particolare sensibilità per le iniziative parallele svoltesi in altri paesi europei alla metà degli anni Sessanta. Sin dalle prime pagine, a colpire nella ricostruzione dell'esperienza goriziana sono le relazioni di alto profilo con il dibattito culturale e con la sperimentazione in atto in altre realtà: Maxwell Jones in Scozia, David Cooper e Ronald Laing in Inghilterra, le politiche di *settor*e in Francia. Nel tracciare la genealogia della "comunità terapeutica", per esempio, sono richiamati esperimenti come la stanza dei giochi di Laing, i reparti aperti a Londra, le pratiche extraistituzionali, come Kingley Hall, nel quinquennio 1965-1970. Va detto al riguardo che negli anni di Gorizia, Basaglia formulò in modo diretto la critica alla comunità terapeutica, sperimentandone al contempo il potenziale e i limiti. Le prime assemblee di Gorizia al reparto B si erano ispirate appunto alla comunità terapeutica di Maxwell Jones, soprattutto ai meeting periodici tenuti a Dingleton. L'esperienza scozzese di apertura delle porte e di discussione dei ruoli ebbe certamente un'influenza sulla pratica di quegli anni, ma una differenza sostanziale emerse già poco tempo dopo, quando a Gorizia nel 1965 cominciarono le assemblee generali. Come ricorda Pirella, mentre i *general meetings* erano sembrati a Maxwell Jones troppo affollati e complessi per poterne analizzare le interazioni e le dinamiche comunicative, a Gorizia, fu invece la dimensione collettiva, vitale, apparentemente caotica delle assemblee generali a segnare un passaggio cruciale verso la presa di controllo da parte dei pazienti della situazione e della discussione (BASAGLIA F. - ONGARO BASAGLIA F. - PIRELLA A. - TAVERNA S. 1978: 38-39). Il dibattito costante sui problemi concreti e la vita quotidiana, dentro e fuori l'istituzione, permise inoltre all'équipe di costruire strumenti di analisi della realtà sociale e dei suoi meccanismi di funzionamento. Allo stesso modo, Kingley Hall fu il capostipite delle strutture intermedie che conosciamo oggi, un luogo di convivenza in cui ritrovare forme più

autentiche di relazione. Eppure, agli occhi di Franca e Franco Basaglia era sembrata un modo di prostrarre l'illusione di poter uscire dal gioco, di trovare una zona libera in cui sperimentare forme di vita fuori dalle contraddizioni sociali, concentrandosi sull'interazione comunicativa, riducendo però lo spazio per una critica dei rapporti di potere e per stabilire alleanze necessarie a un cambiamento radicale. In questo senso, il gruppo goriziano non vide mai la comunità terapeutica come modello e cercò costantemente di coniugare il lavoro svolto all'interno (attraverso le assemblee generali) con l'esame complessivo dell'ordinamento e del funzionamento sociale in cui quell'esperienza prendeva corpo e si realizzava storicamente. Scriveva Basaglia a proposito della comunità terapeutica: «l'immissione del sociale nel campo psichiatrico [...] implica la messa in causa dei valori e dei principi su cui si fonda il gruppo sociale in cui la malattia si manifesta e soprattutto i limiti di norma da esso definiti» (BASAGLIA F. 1982: 108). Sosteneva in altri termini che abbattere i luoghi dell'internamento è possibile soprattutto quando si sta lottando per un obiettivo generale, come trasformare le istituzioni e le relazioni politiche. In fondo si trattava di mettere in discussione, con una strategia complessiva, la nozione di malattia e la società in cui questa si produceva, si manifestava ed era oggetto di interventi riparatori.

Per Foot, l'esperienza di Gorizia, pur così avanzata non ebbe la possibilità di investire significativamente il mondo esterno. Il lavoro fatto per aprire le porte, per ridiscutere i rapporti di potere, per ridefinire le capacità di controllo sulla propria vita, ebbe una direzione che dall'interno guardava verso l'esterno, ma non riuscì ad avere l'auspicato impatto sulla città. In tal senso l'ospedale psichiatrico di Gorizia si rivelò un luogo nevralgico di sperimentazione politica soprattutto perché cambiò la vita di quelli che si trovarono a investire pensiero e azione sulla condizione marginale in cui erano finiti dopo il distacco dal mondo universitario. In proposito va ricordato che le personalità degli interpreti di questa storia affascinante hanno certamente avuto particolare valore, anche se nel libro i profili dei compagni di Franco e Franca Basaglia hanno tratti sfumati. Più caratterizzati sono i lineamenti di coloro i quali si confrontarono da posizioni differenti con Franco, soprattutto Giovanni Jervis. Allo stesso modo, è certamente interessante e significativo il riconoscimento del ruolo fondamentale di Franca Ongaro nella pratica di Gorizia e nella elaborazione del pensiero di Basaglia. Alla creatività e al disordine di Franco corrispondeva infatti, secondo Foot, l'ordine e l'organizzazione dei contenuti di Franca, una donna forte e indipendente, in rapporto complementare e dialettico con il marito. Pensando a Basaglia tuttavia, questo tentativo di disegnare le personalità dei collaboratori e degli amici non convince, perché si tratta di un uomo e di uno psichiatra che ha lottato molto contro la psicologizzazione e individualizzazione delle dimensioni sociali che investono la soggettività.

In verità la complessa interazione tra i diversi piani segnò in vari modi la deistituzionalizzazione in Italia: le assemblee, l'allargamento dell'autogestione, il confronto sui cambiamenti fatti e quelli ancora da fare. Come ricorda Foot, «questa era democrazia in azione: democrazia vera, diretta, quasi senza mediazioni [...] le assemblee erano dunque terapeutiche, ma nello stesso tempo erano rivoluzionarie» (pp. 14-15). Tutto questo accadeva in un periodo in cui si investiva sul senso di responsabilità individuale e collettiva, la malattia era messa tra parentesi e si portavano alla luce i problemi sociali e politici alla base della sofferenza e del disagio. Tuttavia, mentre aumentava la probabilità di successo, si manifestava il forte rischio che l'esperienza fosse riassorbita in una "riforma" senza intaccare i processi di riproduzione della violenza, divenendo un modello da imitare e replicare, piuttosto che un modo specifico di fare i conti con la soggettività di ciascuno in un processo di cambiamento attraverso una pratica generativa.

4.

La seconda parte del libro riflette su come sia potuto accadere che la narrazione della vicenda di Basaglia, da Gorizia a Trieste, piuttosto lineare nonostante le difficoltà incontrate (p. 193), abbia in parte oscurato il carattere policentrico e polifonico della lotta anti-manicomiale in Italia. La tesi centrale di questa parte è la seguente:

«Per certi versi Parma divenne un esempio opposto a quello di Gorizia. Il cambiamento, a Parma, avvenne fuori dal manicomio. Dentro, i degenti venivano ancora legati e permaneva un clima di violenza e oppressione. A Gorizia gli agenti del cambiamento furono i tecnici (gli psichiatri) e i pazienti, a Parma furono gli amministratori. I tecnici (con qualche eccezione) rimasero a guardare. [...] In questa prospettiva, Perugia fu il luogo in cui i due processi furono quasi immediati e contemporanei» (pp. 201-202).

Non dovrebbe sorprendere perciò che il caso ricorrentemente citato, a scandire le principali svolte del libro, sia costituito da Perugia. Qui, in quello che Foot chiama l'esempio "perfetto", sembrano essersi congiunti per alcuni anni gli elementi che in altre realtà hanno prodotto il cambiamento con sintesi parziali: la strategia comune a tecnici, amministratori, popolazioni locali, sindacati, partiti politici. È con Perugia e Parma, e poi con Arezzo e Reggio Emilia, che nel libro si descrive più da vicino l'impatto sistemico avuto dall'apertura degli ospedali psichiatrici sulla rete delle istituzioni dell'esclusione e dell'abbandono sociale (istituti per l'infanzia, per la disabilità, classi differenziali, ospizi per gli anziani...). La stessa esperienza di Trieste, che oggi è certamente la più conosciuta all'estero, è stata possibile in questo quadro di iniziative sul territorio, mentre il manicomio veniva svuotato. È infatti la lotta al sistema complessivo del controllo sociale che ha permesso di delineare un progetto organico di servizi territoriali di salute mentale. Non a caso a Perugia, dove questo processo è iniziato durante l'abbattimento dell'ospedale psichiatrico, il sistema della salute mentale comunitaria era già stato istituito al momento dell'entrata in vigore della legge 180. Nella città umbra, sostiene Foot, il lavoro per l'umanizzazione dell'ospedale è diventato un progetto per un suo superamento definitivo, coinvolgendo diverse anime di un movimento plurale e dialettico, senza un leader che dettasse in qualche modo la linea, con diverse concezioni sulle pratiche da attuare, sebbene in un progetto comune. Le assemblee popolari degli anni 1973-1974 che hanno portato all'approvazione del regolamento dei nuovi centri di igiene mentale sul territorio hanno segnato il momento più alto di partecipazione e di confronto democratico. In questo senso l'Umbria ha visto evolversi un processo specifico che ha alcuni punti di forza: nei primi anni Settanta già si era pronti a costruire nella regione strutture che avevano interamente superato le modalità di lavoro della prima fase di umanizzazione del manicomio appena conclusa. Qui si manifesta il ruolo fondamentale della politica e la spinta propulsiva avutasi con la collaborazione tra tecnici e amministratori locali.

Più in generale, per capire come ciò sia avvenuto dovrebbero essere ricostruite le diverse componenti e le strategie all'interno del Partito Comunista Italiano. Come ricorderà Bruno Benigni, protagonista ad Arezzo insieme ad Agostino Pirella, le spaccature interne al partito e in alcuni casi la costruzione di un orientamento unitario hanno fatto la differenza. In tal senso, come a Perugia, la nuova pratica attuata da Jervis a Reggio Emilia, da Pirella ad Arezzo, da Basaglia prima e da Giacanelli poi a Parma, è interessante perché ha puntato risolutamente sul lavoro all'esterno dell'ospedale, definendo un modo di procedere diverso da Gorizia qualche anno prima, quando cioè l'attenzione si era concentrata quasi esclusivamente sul manicomio

e su chi vi era rinchiuso. Anche in questo caso, per Foot, vi sono alcune differenze. Nel rapporto tra ospedale e territorio, ad esempio, Perugia sembra essere diversa anche da Parma, dove il mutamento era stato avviato “da fuori” e grazie alla spinta risolutiva di Mario Tommasini «fu il territorio ad aggredire il manicomio, che resisteva al cambiamento» (p. 191).

Solo alla fine di questo lungo itinerario, Foot può disegnare il paesaggio del 1978, l'anno della legge 180, introducendo gli eventi e gli scenari nei decenni successivi, vale a dire le strategie territoriali e la riorganizzazione dei servizi. Lo spazio minore dedicato a Trieste, se pensiamo all'importanza che l'esperienza triestina ha avuto negli ultimi decenni a livello mondiale, è per certi versi sorprendente. In questo caso, l'Autore decide di narrare le vicissitudini della realizzazione più compiuta della salute mentale comunitaria, secondo il progetto di Franco Basaglia, solo a grandi linee e in modo complementare rispetto a Gorizia, il luogo in cui tutto ebbe inizio. A guidare la sua ricostruzione sembra essere soprattutto la volontà di scongiurare il pericolo che Trieste divenga un mito a scapito della realtà storica. La storia di Marco Cavallo che ha permesso a molti di cogliere il carattere rivoluzionario dell'intero movimento è presa da Foot quasi a esempio di come il mito possa impossessarsi della storia. Ecco perché, soprattutto rispetto a quanto è avvenuto di straordinario a Trieste, Foot dice che il compito principale dello storico è ricostruire i fatti con precisione, in modo da affrontare con adeguati strumenti i miti e le leggende che hanno accompagnato la legge 180. Di fronte all'enigmatico intreccio di azione, discorso e memoria, il testo si conclude dunque con una dichiarazione a favore della storia contro il processo di mitopoiesi delle memorie dei movimenti (cap. 20. *La fine del manicomio. Trieste, 1971-1979*; cap. 21. *La legge 180: mito e realtà*).

5.

Dove avanza la storia, il mito arretra. Ci si può domandare però se il mito che accompagna alcune fasi cruciali del movimento non risponda anche, in modo quasi compensativo, a una mancanza di visibilità delle pratiche quotidiane che hanno materialmente fatto la 180 negli anni seguenti. Viene da chiedersi se la dimensione del mito con cui tenta di misurarsi Foot non abbia una relazione organica e feconda con la difficoltà a ricostruire, documentare e trasmettere il paziente lavoro quotidiano che per decenni ha alimentato la pratica dei servizi disseminati nei territori. Una pluralità di microstorie fatte di “gesti minori”, compiuti da persone alle prese con un'esperienza di inserimento lavorativo, con la condivisione di spazi di vita, con la difesa dei diritti di cittadinanza. Sul piano dell'analisi storica, questa complessità ovviamente genera problemi, soprattutto per la difficoltà oggettiva con cui deve confrontarsi chi è stato coinvolto in un processo di trasformazione e intende lasciare traccia di quanto ha visto mutare giorno per giorno. È a questa problematica ricostruzione della memoria sociale di una profonda esperienza di trasformazione che occorre riferirsi sia nella lettura dei documenti della prima fase rivoluzionaria del movimento sia nell'ascolto delle testimonianze degli anni più recenti.

Il rapporto tra visibile e invisibile rappresenta, effettivamente, una possibile pista di lettura che attraversa longitudinalmente il volume. Non può sfuggire, ad esempio, come in una storia fatta attraverso i documenti scritti e le testimonianze pubblicate dai protagonisti, fondamentali risultino le analisi di fonti iconografiche e audiovisive. La documentazione fotografica e filmica è citata in punti strategici del volume: le

immagini compaiono per introdurre i personaggi principali, per descrivere luoghi e situazioni, per ricostruire le azioni di denuncia e i dibattiti sulla condizione inumana dei ricoverati, per richiamare esperienze concrete di pazienti e operatori. La scelta è giustificata dall'impatto profondo che hanno avuto i reportage e i servizi di giornalisti e fotografi sulla opinione pubblica. L'Autore si sofferma soprattutto sul documentario *I giardini di Abele* di Sergio Zavoli, trasmesso dalla Rai il 3 gennaio 1969, e sul libro fotografico *Morire di classe* di Carla Cerati e Gianni Berengo Gardin. Un libro politico che – ricorda Foot – «è anche un oggetto di design». La potenza delle immagini in svariati momenti è stata certamente cruciale, all'inizio soprattutto per documentare l'orrore del manicomio, in seguito il potenziale di ogni uscita all'esterno e dei tentativi di rompere i confini istituzionali. D'altra parte, per capire cosa accadde in quel Sessantotto a Gorizia, quando nell'entusiasmo per i cambiamenti apportati, si profilava la delusione per l'isolamento e l'ostilità della politica locale, così come i caratteri dei luoghi divenuti poi alcune concrete manifestazioni delle utopie della realtà, si dovrebbero ricostruire le pratiche che rendono reale l'utopia e al tempo stesso proiettano in avanti la scoperta di ciò che accade e sorprende: in definitiva, una descrizione partecipe delle forme liberate di pratica. Va ricordato, in proposito, che in quei luoghi e in quegli incontri non si dovrebbero vedere soltanto «incarnazioni di teorie», ma anche soprattutto il significato incorporato delle trasformazioni in corso. Da qui la necessità espressa da molti protagonisti di non bloccare in teorie e modelli quanto si andava scoprendo giorno per giorno.

Nella sua corrispondenza con Giulio Bollati, Franco Basaglia aveva pensato all'espressione *Rovesciamento pratico* per intitolare un libro su Gorizia (p. 125) richiamando la centralità delle operazioni concrete necessarie e a ogni cambiamento reale e, per certi versi, la impossibilità di separare teoria e prassi. Nell'abbattimento delle istituzioni totali si capisce che il problematico rapporto tra conoscenza e prassi si impone in tutta la sua cruciale importanza. In proposito Foot ricorda opportunamente l'introduzione alla nuova edizione de *L'istituzione negata* in cui Franca Ongaro si misura con i limiti di una scrittura che restituisce come cosa morta quanto è stato invece vita vissuta, un compito arduo sia per i testimoni impegnati a ricordare sia per lo storico. Alla necessità di tornare sulle cose minute di Franca Ongaro, in cui ritrovare «vitalità, fisicità, fatica, contraddizioni concrete, ansia, difficoltà, affettività, senso dei rapporti e dei legami» (ONGARO BASAGLIA F. 1998: 2) fa eco l'urgenza di fare la storia delle «storie non scritte» di Agostino Pirella. Nel percorso di Foot, tuttavia, l'opposizione tra astratto e concreto, che sembra tracciare una linea di distinzione tra le posizioni più ideologiche e quelle più politiche, appare riduttiva. L'idea che l'astrazione sia ideologica e distante dalla realtà, è infatti lontana dalla cultura del movimento di critica e riforma che per decenni ha esplorato nuove strategie e possibilità. Una frase di Franco Basaglia tratta dalle *Conferenze brasiliane* offre le migliori coordinate per continuare a riflettere sul problema, mostrando che il rapporto tra ideologia e prassi è complesso e articolato. Sono idee che egli espresse rispondendo alla domanda di come le conquiste nel campo della salute mentale possano «investire altri movimenti istituzionali» e cambiare la società.

«Certo, l'organizzazione sociale, il potere hanno sempre la possibilità di recuperare le trasformazioni. Ma il potere non è infinito. È molto difficile recuperare la pratica, mentre è molto facile recuperare l'ideologia. Allora dobbiamo stare attenti a ciò che consideriamo rivoluzionario, che non è creare ideologie ma riflettere sulle cose che in pratica trasformiamo. Questo è molto difficile da recuperare. Nel mio caso per esempio, io non vado in giro per il mondo perché sono una star della liberazione, io sono un

testimone, uno che porta un messaggio. Anche se i giornali in Italia parlano di me, e magari di ciò che abbiamo fatto come di un paradiso terrestre, la nostra azione pratica non è stata recuperata. Vede, la cosa importante è che abbiamo dimostrato che l'impossibile diventa possibile. Dieci, quindici, vent'anni fa era impensabile che un manicomio potesse essere distrutto. Magari i manicomi torneranno a essere chiusi e più chiusi di prima, io non lo so, ma a ogni modo noi abbiamo dimostrato che si può assistere la persona folle in un altro modo, e la testimonianza è fondamentale. Non credo che il fatto che un'azione riesca a generalizzarsi voglia dire che si è vinto. Il punto importante è un altro, è che ora si sa che cosa si può fare. È quello che già ho detto mille volte: noi, nella nostra debolezza, in questa minoranza che noi siamo, non possiamo vincere perché è il potere che vince sempre. Noi possiamo al massimo convincere. Nel momento in cui convinciamo, noi vinciamo, cioè determiniamo una situazione difficile da recuperare» (Basaglia F. 2000: 142, *corsivo mio*).

Una trasformazione radicale provoca un cambiamento non recuperabile, le azioni disseminate divengono difficili da disinnescare, offrendo nuove prospettive alla pratica che trasforma contesti di vita. Questo sapere che prolifera, scommette sul futuro e non è "catturabile da un sistema", è al contempo trasformativo e difficile da trasmettere, per questo contiene una specie di felice paradosso.

Riferimenti bibliografici

BASAGLIA Franco (1982), *Scritti. II. 1968-1980. Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica*, Einaudi, Torino.

BASAGLIA Franco (2000), *Conferenze brasiliane*, a cura di Franca ONGARO BASAGLIA - Maria Grazia GIANNICHEDDA, Raffaello Cortina Editore, Milano.

BASAGLIA Franco - ONGARO BASAGLIA Franca - PIRELLA Agostino - TAVERNA Salvatore (1978), *La nave che affonda*, Savelli, Roma.

GIACANELLI Ferruccio (2014), *Nascita del movimento antimanicomiale umbro*, Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute, Perugia [SMAS. Studi e materiali di antropologia della salute, 1. *Per una storia della riforma psichiatrica in Umbria*].

ONGARO BASAGLIA Franca (1998), *Nota introduttiva*, pp. 1-9, in BASAGLIA Franco (curatore), *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Baldini e Castoldi, Milano [1 ediz.: Einaudi, Torino, 1968].

Esplorare un enigma. La malattia di Alzheimer tra dilemmi diagnostici, progetti di prevenzione e linee di ricerca nel campo della genetica

Elisa Pasquarelli

Dottore di ricerca in Etnologia e etnoantropologia
Sapienza Università di Roma

Margaret LOCK, *The Alzheimer conundrum. Entanglements of dementia and aging*, Princeton University Press, Princeton (New Jersey) 2013, 310 pp.

In questo libro, Margaret Lock ci accompagna nell'universo complesso della malattia di Alzheimer a partire dalla fondazione storica di questa categoria nosologica, che risale all'inizio del Novecento, fino alle più recenti prospettive della ricerca scientifica nel campo della genetica su questa patologia. Prodotto di una ricerca etnografica di lunga durata, avviata nel 2002, il testo accoglie un ricco materiale attinto da interviste condotte negli Stati Uniti, in Canada e nel Regno Unito con scienziati di diversi settori – medici, epidemiologi, genetisti, biologi – da osservazione svolta in contesti clinici, da conferenze e seminari, oltreché da una nutrita bibliografia.

Perché la malattia di Alzheimer rappresenta un enigma? Per la sua intrinseca ambiguità, potremmo rispondere. Dilemmi teoretici e scientifici hanno storicamente accompagnato i processi di creazione, definizione e consolidamento di quest'etichetta, per poi riversarsi nel discorso biomedico elaborato nei decenni successivi fino a quello più attuale. Ben sintetizzato dal sottotitolo di questo volume, uno dei dubbi più insistenti e persistenti, dal momento che conserva piena attualità, concerne il rapporto tra ciò che la designazione nosologica incasella come stato patologico e ciò che può essere ritenuto, pensato, o semplicemente essere un "normale" processo biologico di invecchiamento. L'Autrice, nella sezione introduttiva del libro, ci informa che la questione non è risolta. Si tratta di un quesito in sospeso che si tramanda fin dalla nascita della malattia di Alzheimer. Emil Kraepelin, il celebre tassonomista tedesco, conia la dicitura conferendole legittimazione ufficiale in seguito all'osservazione di un certo, invero esiguo, numero di "casi" in cui il panorama sintomatologico tipico di questa condizione si era manifestato in soggetti di età relativamente giovane (sotto i sessant'anni). All'epoca, questa costellazione di sintomi afferiva alla nozione di "demenza senile", che si applicava a persone sopra i settant'anni di età, e che era considerata sostanzialmente normale. Lo stesso ispiratore dell'eponimo, Alois Alzheimer, ed eminenti studiosi a lui contemporanei, per questo, espressero delle perplessità verso l'istituzione di un'etichetta separata perché, come lo stesso Kraepelin peraltro riconobbe, il quadro patologico che identificava non era ben compreso. Sebbene fin dalla nascita della nozione di malattia di Alzheimer, esponenti di spicco della comunità scientifica si siano misurati, in un dibattito pluridecennale, su nodi problematici della definizione nosografica connessi all'autonomia del profilo anatomopatologico che le era stato attribuito in modo elettivo, esso è riconosciuto valido ancora oggi. Le lesioni cerebrali che lo caratterizzano sono le placche amiloidi e i grovigli neurofibrillari, ma, significativamente, è ormai appurato con l'ausilio delle più sofisticate

tecnologie per la produzione di neuroimmagini (LEIBING A. 2006), si riscontrano anche nei cervelli di persone anziane decedute senza aver ricevuto una diagnosi di deterioramento cognitivo, pure a livelli tali da farla paventare, mentre talora mancano in quelli di individui etichettati come malati di Alzheimer (WHITEHOUSE P.J. - GEORGE D. 2008; KAUFMAN S. 2006: 26). Già Alois Alzheimer ebbe modo di constatare che il nesso fra le placche e la demenza senile non era chiaro, e ipotizzò che la loro comparsa fosse tipica del normale processo di involuzione senile del sistema nervoso centrale (ALZHEIMER A. 1991 [1911]), rimanendo convinto, insieme ad altri, che la distinzione fra demenza senile e normale invecchiamento non fosse ancora delucidata (POLLEN D. A. 2000: 116). Le discrepanze tra le evidenze cliniche e le risultanze neuropatologiche suggeriscono che la validità della circoscrizione nosologica sia ancora disputabile, poiché un confine discreto, univoco, tra “normale” e “patologico” nel processo biologico di invecchiamento non è stato afferrato. Alla costituzione dell’“enigmaticità” della malattia di Alzheimer contribuiscono anche altri elementi: allo stato attuale può essere diagnosticata con certezza solamente post-mortem, mediante un’autopsia cerebrale: in vita, la diagnosi è clinica e si parla sempre e solo di “possibile” o “probabile” Alzheimer. Ancora, la malattia di Alzheimer rimane uno stato a eziologia sconosciuta. Non esistono, al momento, terapie farmacologiche in grado di arrestarne o rallentarne il decorso progressivo. Questi aspetti critici rievocano costantemente il problema di distinguere normale e patologico nel processo di invecchiamento e di stabilire se la malattia di Alzheimer sia un’entità patologica distinta da un estremo quantitativo dell’invecchiamento normale (cfr. KAUFMAN S. 2006). Si tratta di questioni che attraggono l’interesse di voci (auto)critiche della biomedicina, come dimostra, per esempio, uno fra i più famosi esperti della malattia di Alzheimer, il neurologo e geriatra statunitense Peter J. Whitehouse, quando si chiede se tale condizione di salute sia una «malattia cerebrale cronico-degenerativa trovata in natura o un eponimo di due parole inventato dagli esseri umani» (WHITEHOUSE P.J. 2007: 460). Su queste questioni, Lock si sofferma in esordio al volume, complessivamente composto di nove capitoli con densi inserti etnografici, tratteggiando anche i meccanismi di consolidamento e standardizzazione della malattia di Alzheimer attivi a partire dalla “riscoperta” di questa patologia, su cui il dibattito scientifico si era per qualche decennio sopito, che risale agli anni Sessanta del Novecento. La malattia di Alzheimer, come costruito biomedico, ha subito un processo di riconcettualizzazione sfociato nel passaggio storico da una concezione iniziale come demenza presenile, avallata da Alois Alzheimer e altri colleghi sulla scorta dell’età dei “primi” pazienti del medico tedesco, a una visione come patologia senile, che sollecita ampie preoccupazioni politico-sanitarie ed economiche a fronte del fenomeno sociodemografico dell’invecchiamento della popolazione. Questa trasformazione è un atto di rilievo più politico che scientifico perché «il numero dei cosiddetti casi è cresciuto da uno agli stimati 25 milioni nel mondo, non solo a causa dell’invecchiamento della popolazione ma a causa della ridefinizione della senilità e della demenza senile come malattia di Alzheimer» (WHITEHOUSE P.J. 2007: 460). Ciò nondimeno, le apprensioni politico-economiche che ruotano intorno alla prefigurazione dei costi socioassistenziali legati all’invecchiamento della popolazione e, quindi, all’aumento dei “casi” di demenza, congiuntamente alle difficoltà diagnostiche e all’impossibilità terapeutica che caratterizzano la malattia di Alzheimer, hanno condotto la ricerca verso un progetto di prevenzione, assegnato sia all’affidabilità di biomarcatori univocamente apprezzati, sia all’individuazione di stadi preclinici. Su questo progetto, Margaret Lock si concentra a partire dal terzo capitolo, nel quale introduce il concetto di Mild Cognitive Impairment.

Il Mild Cognitive Impairment (MCI), letteralmente “deterioramento cognitivo lieve”, emerge in campo biomedico alla fine degli anni Ottanta del secolo scorso per iniziativa di Ronald C. Petersen della Mayo Clinic (Rochester, Minnesota) che lo utilizza come categoria diagnostica, come spiega Lock, per individui “cognitivamente normali”, in grado di vivere in modo autonomo e indipendente, i quali lamentano però un soggettivo disturbo di memoria (p. 79). Per definizione, il Mild Cognitive Impairment inquadra «uno stato transitorio tra l'invecchiamento normale e la demenza, o, più specificamente, la malattia di Alzheimer» (PETERSEN R. C. *et al.* 1999: 303), della quale si costituisce come (potenziale) stato preclinico. Tuttavia, sussistono delle perplessità circa il carattere predittivo del Mild Cognitive Impairment rispetto all'instaurazione di una futura demenza perché i dati sperimentali sui tassi di conversione sono disomogenei: tra le persone che ricevono questa diagnosi, alcune sviluppano effettivamente la patologia dementigena, ma altre rimangono stabili e, significativamente, in alcune i sintomi addirittura regrediscono (cfr. PETERSEN R. C. *et al.* 2001, GRAHAM J.E. 2008). Il Mild Cognitive Impairment è figlio dei tentativi di individuare a livello clinico fasi prodromiche della malattia di Alzheimer per rispondere alle difficoltà diagnostiche che ho già descritto, ma rimane a sua volta un dominio ambiguo, sia per la varietà degli esiti futuri, sia perché vuole prefigurare un intermezzo tra “normalità” e “demenza”, e quindi implica la valutazione, tutt'altro che univoca o universale, di ciò che sia “normale”. La considerazione della normalità nel processo biologico di invecchiamento risponde a stimoli di origine storico-culturale, sociale, ideologica, ad attitudini personali e presupposti impliciti sull'anziano e l'anzianità, e non è riducibile a regole neutrali: giusto per fare un esempio, il disturbo di memoria, che è il primo criterio per la proclamazione ufficiale del Mild Cognitive Impairment, è genuinamente ritenuto da molte persone un normale corollario dell'avanzamento dell'età. Alla fine degli anni Ottanta del Novecento, si assiste alla “molecolarizzazione” della malattia di Alzheimer (cap. 4), espressa dalla ricerca di stadi prodromici di questa patologia individuabili mediante segnali corporei specifici, anche con vent'anni di anticipo sulla comparsa dei disturbi di memoria e dei primi cambiamenti comportamentali: l'auspicio era quello di identificare dei biomarcatori sicuri, uniformemente accettati e affidabili. L'analisi del liquido cerebrospinale risultò uno degli strumenti potenzialmente più soddisfacenti (MATSSON N. - BRAX D. - ZETTERBERG H. 2010), perché consente la misurazione, su soggetti in vita, della quantità di proteina amiloide e della proteina tau iperfosforilata, che sono in relazione, rispettivamente, con la presenza di placche e grovigli neurofibrillari: in teoria, nei soggetti con malattia di Alzheimer la proteina A β_{1-42} (beta amiloide 1-42) decresce, mentre la tau aumenta (cfr. BRAAK E. *et al.* 1999; BRAAK H. - BRAAK E. 2000; WHITEHOUSE P.J. - GEORGE D. 2008), tuttavia, la validità diagnostica di questo sistema deve fare i conti con il fatto che, spesso, i cervelli di persone decedute con una diagnosi di Alzheimer mostrano lesioni cerebrali aggiuntive (come i corpi di Lewy) e non è possibile stabilire quale abbia svolto la funzione eziologica determinante nell'insorgenza della demenza (cfr. GROWDON J.H. 1999).

Nei capitoli che seguono, a partire dal quinto, Lock affronta la questione del ruolo della genetica nella malattia di Alzheimer, inserendo un'ampia documentazione etnografica (capp. 6-7-8). L'ideologia della suscettibilità genetica ha una fisionomia ambivalente perché l'indicazione di un'esposizione individuale al rischio di sviluppare una determinata patologia sulla base esclusiva del genotipo non è predittiva: bisogna considerare la variabilità delle risultanze fenotipiche sulle persone e l'esistenza di geni che virtualmente potrebbero associarsi a qualunque malattia, delle influenze ambientali che agiscono su di essi e, più generalmente, tenere conto del fatto che molto spesso

i geni predispongono, ma raramente dispongono (COOK-DEGAN R.M. 2000). Risale al 1996 la scoperta che una modifica del quarto allele del gene polimorfico chiamato apolipoproteina E (ApoE) localizzato nel cromosoma 19 poteva essere in relazione all'insorgenza dell'Alzheimer tardivo. Fra le varianti genetiche dell'apolipoproteina E, cioè ε2, ε3, ε4, solo quest'ultima è considerata un fattore di rischio per l'Alzheimer tardivo, mentre la modifica del secondo allele sembra in rapporto a una diminuzione del rischio (ALTSTIEL L. - PAUL S. 2000: 264). La proliferazione dell'offerta di test genetici predittivi che ha fatto seguito a queste scoperte scientifiche solleva questioni etiche relative al senso che l'informazione sulla suscettibilità può rivestire per le persone: la malattia di Alzheimer rimane una patologia priva di trattamenti terapeutici efficaci e quindi sapere di essere portatore di una determinata mutazione genetica che espone al rischio non può sfociare in azioni preventive/curative finalizzate, inoltre l'affidabilità del dato genetico è controversa. La mutazione del quarto allele dell'apolipoproteina aumenta la possibilità generale che un individuo che ne è portatore sviluppi la malattia di Alzheimer «ma la sua presenza non causa la malattia, né la sua assenza protegge dalla malattia» (WHITEHOUSE P.J. - GEORGE D. 2008: 151), anzi «molti individui, probabilmente la maggioranza, che eredita l'ε4 non sviluppa l'Alzheimer nemmeno in età avanzata» (GROWDON J.H. 1999: 282); questo fatto è indicativo della variabilità dei percorsi che conducono al fenotipo patologico, di cui la mutazione genetica rappresenta uno solo dei sentieri possibili. L'Autrice sottolinea la necessità di considerare, quindi, l'interazione reciproca fra diversi geni e l'influenza di più ampie e complesse interrelazioni fra cofattori genetici, proteici e ambientali rispetto agli esiti fenotipici in singole persone. È un approccio, questo, che di recente è stato accolto dalla genomica e dall'epigenetica, branche di studio in cui i biologi molecolari, discostandosi da una prospettiva limitata al singolo gene, superano le concezioni deterministiche di percorsi biologici lineari e unidirezionali per abbracciare una visione dinamica del rapporto tra DNA e micro-fattori interni al corpo e macro-fattori esterni a esso. I modelli dell'epigenetica riconoscono dunque che la biologia individuale subisca l'influenza di variabili storiche, sociali, politiche e ambientali, pur facendole per ora solo sporadicamente oggetto di ricerca.

All'inizio dell'ultimo capitolo Lock si chiede se il modo di pensare all'Alzheimer come una condizione puramente materiale, localizzata esclusivamente nel cervello, sia il migliore. È, questo, un modo riduzionistico che sostiene l'obiettivo di trovare farmaci efficaci, e l'enfasi sulla prevenzione non lo ribalta ma ne cambia soltanto la prospettiva, poiché quei medicinali, una volta identificati, verrebbero semmai somministrati prima che si verifichino i cambiamenti comportamentali indotti dalla patologia. Invece, l'Autrice invita a guardare alla malattia di Alzheimer come a un fenomeno globale; che la ricerca continui è chiaramente auspicato, ma con una visuale che non si limiti alla frenetica ricerca di una cura né si affidi a processi di sviluppo della conoscenza che, per ragioni economico-finanziarie, non sono "realistici" che per i segmenti più ricchi del mondo.

Bibliografia

ALTSTIEL Larry - PAUL Steven (2000), *Alzheimer disease and the new biology*, pp. 261-268, in WHITEHOUSE P.J. - MAURER K. - BALLENGER J.F. (curatori), *Concepts of Alzheimer disease. Biological, clinical and cultural perspective*, The John Hopkins University Press, Baltimore.

ALZHEIMER Alois (1991 [1911]), *Über eigenartige Krankheitsfälle des späteren Alters*, traduz. in inglese e con una introduzione di FÖRSTL Hans - LEVY Raymond, *On certain peculiar disease of old age*, "History of Psychiatry", vol. 2, n. 5, 1991, pp. 74-101.

BRAAK Eva - GRIFFING Katherine - ARAI Kimihito - BOHL Jürgen - BRATZKE Hansjürgen - BRAAK Heiko (1999), *Neuropathology of Alzheimer's disease: what is new since A. Alzheimer?*, "European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience", vol. 249, supplemento III, pp. 14-22.

BRAAK Heiko - BRAAK Eva (2000), *Neurofibrillary changes. The hallmark of Alzheimer disease*, pp. 53-71, in WHITEHOUSE P.J. - MAURER K. - BALLENGER J.F. (curatori), *Concepts of Alzheimer disease. Biological, clinical and cultural perspective*, The John Hopkins University Press, Baltimore.

COOK-DEEGAN Robert Mullan (2000), *The genetics of Alzheimer disease. Some future implications*, pp. 269-290, in WHITEHOUSE P.J. - MAURER K. - BALLENGER J.F. (curatori), *Concepts of Alzheimer disease. Biological, clinical and cultural perspective*, The John Hopkins University Press, Baltimore.

GRAHAM Janice E. (2008), *Facilitating regulation. The dance of statistical significance and clinical meaningfulness in standardizing technologies for dementia*, "BioSocieties", vol. 3, n. 3, 2008, pp. 241-263.

KAUFMAN Sharon R. (2006), *Dementia-near-death and "Life Itself"*, pp. 23-42, in LEIBING A. - COHEN L. (curatori) *Thinking about dementia. Culture, loss, and the anthropology of senility*, Rutgers University Press, New Brunswick.

LEIBING Annette (2006), *Divided gazes. Alzheimer's disease, the person within, and death in life*, pp. 240-268, in LEIBING A. - COHEN L. (curatori) *Thinking about dementia. Culture, loss, and the anthropology of senility*, Rutgers University Press, New Brunswick.

LEIBING Annette - COHEN Lawrence (curatori) (2006), *Thinking about dementia. Culture, loss, and the anthropology of senility*, Rutgers University Press, New Brunswick.

MATTSSON Niklas - BRAX David - ZETTERBERG Henrik (2010), *To know or not to know. Ethical issues related to early diagnosis of Alzheimer's disease*, "International Journal of Alzheimer's Disease", vol. 2010 [doi: 10.4061/201/841941], 4 pp.

PETERSEN Ronald C. - DOODY Rachele - KURZ Alexander - MOHS Richard C. - MORRIS John C. - RABINS Peter V. - RITCHIE Karen - ROSSOR Martin - THAL Leon - WINBLAD Bengt (2001), *Current concepts in mild cognitive impairment*, "Archives of Neurology", vol. 58, 2001, pp. 1985-1992.

PETERSEN Ronald C. - SMITH Glenn E. - WARING Stephen C. - IVNIK Robert J. - TANGALOS Eric G. - KOKMEN Emre (1999), *Mild cognitive impairment. Clinical characterization and outcome*, "Archives of Neurology", vol. 56, vol. 3, 1999, pp. 303-308.

POLLEN Daniel A. (2000), *The history of the genetics of Alzheimer disease*, pp. 115-124, in WHITEHOUSE P.J. - MAURER K. - BALLENGER J.F. (curatori), *Concepts of Alzheimer disease. Biological, clinical and cultural perspective*, The John Hopkins University Press, Baltimore.

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.

WHITEHOUSE Peter J. - GEORGE Daniel (2008), *The myth of Alzheimer's. What you aren't being told about today's most dreaded diagnosis*, St. Martin's Press, New York.

WHITEHOUSE Peter J. - MAURER Konrad - BALLENGER Jesse F. (curatori) (2000), *Concepts of Alzheimer disease. Biological, clinical and cultural perspective*, The John Hopkins University Press, Baltimore.

*Antropologia del corpo e della riproduzione
in due significativi contributi*

Gianfranco Ranisio
professore straordinario di Antropologia culturale
Università degli studi di Napoli Federico II

Irene MAFFI (curatrice), *Nascita, scritti di Irene MAFFI, Robbie DAVIS-FLOYD, Elizabeth\DAVIS, Marilène VUILLE, Patrizia QUATTROCCHI, Anita REGALIA, Giovanna BESTETTI, Sara VELTRO, "Annuario di Antropologia", vol. 12, 2010, 170 pp.*

Patrizia QUATTROCCHI, *Corpo, riproduzione e salute tra le donne maya dello Yucatan (Messico)*, Pacini Editore, Pisa, 2011, 278 pp.

In questi due libri il tema della riproduzione ritorna in maniera forte a segnalarsi come un ambito di studi ancora suscettibile di ripensamenti e di analisi, anche in rapporto alle profonde trasformazioni del mondo contemporaneo. Strettamente collegato alla riproduzione è il dibattito sulla medicalizzazione, infatti attualmente la medicalizzazione si è estesa a tutte le fasi che precedono la nascita, a tal punto che l'evento è programmato prima ancora del concepimento e il corpo della donna è continuamente monitorato. Il modello tecnocratico della nascita (DAVIS-FLOYD R. 1992) è ancora più esteso rispetto al dibattito degli anni Ottanta e Novanta, mentre le scelte di un modello di parto a domicilio appaiono posizioni elitarie, di donne che hanno compiuto un percorso di autoconsapevolezza rispetto a queste tematiche, appartenenti in genere a classi sociali medio-alte.

Il numero di *Antropologia* curato da Irene MAFFI e dedicato alla nascita raccoglie contributi di diversa impostazione e approccio, istituendo come un ponte tra gli aspetti nuovi, che sono emersi nell'ultimo decennio, ed altri che ci riportano al dibattito sviluppatosi negli anni Ottanta.

Il testo di Patrizia QUATTROCCHI fornisce un'analisi attenta e accurata delle pratiche e dei saperi delle donne maya dello Yucatan, in relazione al parto, analisi che rappresenta il punto di arrivo di un'esperienza pluriennale di ricerca e di studio, giunta ormai a mature acquisizioni scientifiche.

Il numero di *Antropologia* raccoglie interventi anche differenti ed intende far dialogare più competenze disciplinari, quelle delle antropologhe, quelle delle ostetriche e delle ginecologhe ma anche esperienze di ricerca sul campo o in un campo virtuale, come il web. Nell'introduzione, Irene MAFFI ricorda l'importanza che il dibattito sulla nascita ha avuto negli studi delle donne e nelle scienze sociali negli anni Settanta-Ottanta, facendo riferimento al testo di Gélis e a quello di Jordan, due lavori che hanno costituito un po' il punto di riferimento per un dibattito che ha interessato il movimento delle donne e gli studi di genere. Questi lavori avevano infatti sottolineato che in culture differenti temporalmente (GÉLIS J. 1984) e spazialmente (JORDAN B. 1984 [1978]) l'evento nascita assumeva significati più ampi di quelli biologici, era connotato simbolicamente

ed emergeva come evento socioculturale, da analizzare nella sua complessità. In quegli anni quel tema si connotava di significati pragmatici, simbolici e politici e costituiva l'oggetto di un dibattito che accomunava donne di diverse provenienze disciplinari e di tradizioni nazionali differenti.

Gli studi raccolti in questo numero, tranne quello di Patrizia QUATTROCCHI, sono rivolti al contesto occidentale e al modello biomedico, sia perché questo è stato esportato come modello anche in altri paesi sia perché, anche all'interno del contesto occidentale, è importante considerare le differenze tra le varie tradizioni mediche relative alla nascita, e non appiattire il discorso come se ci si trovasse di fronte ad un unico modello, genericamente proprio della medicina occidentale. Ad esempio, il modello statunitense e quello olandese rappresentano due modalità differenti di affrontare il parto e la nascita.

In tale prospettiva i vari articoli presenti in questo numero sottolineano che gli studi, le prese di posizione degli anni Settanta-Ottanta risultano solo in parte superati, infatti il processo di medicalizzazione che ha coinvolto la gestione della nascita ha fatto del parto per definizione un evento a rischio e la gestante una paziente e, in quanto tale, bisognosa di cure mediche.

Il contributo *L'intuizione come sapere autorevole nella pratica ostetrica e nel parto a domicilio* è la pubblicazione in italiano di un articolo uscito nel 1996, che nasce dalla collaborazione tra competenze diverse, quella dell'antropologa Robbie Davis Floyd, alla quale dobbiamo la riflessione sul modello tecnocratico della nascita negli anni Novanta e quella dell'ostetrica Elizabeth Davis. Le autrici conducono la loro analisi a partire dalle interviste condotte a 22 ostetriche americane circa il ruolo che l'intuizione gioca nell'assistenza al parto e le loro esperienze al riguardo.

Le autrici si soffermano sui casi concreti descritti dalle ostetriche che hanno fatto ricorso alla loro intuizione in situazioni di parti a domicilio, ponendo in evidenza, attraverso l'analisi delle interviste, che le ostetriche hanno acquisito per effetto della formazione nelle facoltà universitarie un gergo biomedico e vi è una forte dissimmetria nelle istituzioni sanitarie tra ostetriche e ginecologi. Tuttavia, di fronte a tale situazione, le ostetriche intervistate sottolineano con orgoglio professionale come il loro sapere sia un qualcosa di più profondo di quello che si impara nei corsi di medicina, un sapere che chiama in causa e affina competenze più interiori: l'intuizione, appunto, come sapere autorevole, la capacità del saper sentire. Si tratta, secondo le autrici, di una forma di conoscenza basata su processi cognitivi profondi, che non solo crea una connessione tra la partoriente e l'ostetrica ma che si pone anche come una rete connettiva che collega tra loro i vari soggetti del parto attraverso la psiche, le emozioni, la percezione fisica.

Marilène VUILLE nel saggio *Demedicalizzare la nascita? Considerazioni storico-sociali su un'espressione polisemica* si sofferma invece sul modo in cui si è costituito il concetto di medicalizzazione, ne analizza le implicazioni per porre in evidenza che per demedicalizzare il parto bisognerebbe agire sulla stessa definizione di parto come evento rischioso e pericoloso, per spostare l'accento sul parto come fatto sociale e, quindi, sugli aspetti sociali del parto. È però interessante come l'autrice rivolga l'attenzione alla società contemporanea e ai limiti e al senso che avrebbe nella situazione attuale il recupero dei significati sociali del parto. Di fronte alla condizione di solitudine in cui attualmente si trova la donna che sta per partorire, ella rileva che solo la medicina sembra offrire un sostegno, come dimostrano numerose ricerche dalle quali appare

che le donne sono favorevoli agli interventi medici e si sentono rassicurate dalla tecnologia della nascita. Per questo Vuille ritiene che è importante che gli aspetti sociali, le responsabilità sociali siano recuperate nel periodo successivo al parto, che è un periodo di maggiore vulnerabilità per il neonato e di difficile transizione per la madre.

Anita Regalia e Giovanna Bestetti in *La via chirurgica alla nascita: il caso Italia* si soffermano sull'alto numero di cesarei in Italia ricercandone le ragioni in una spiegazione multifattoriale che chiama in causa l'ignoranza degli stessi operatori, i problemi legati al contenzioso medico-legale, le motivazioni economiche ed infine, ma non per questo meno rilevanti, il comportamento e l'orientamento delle donne stesse, che basano le loro decisioni rispetto al parto su di una scarsa informazione o sulla circolazione di notizie errate. Anita Regalia, ginecologa e Giovanna Bestetti, psicopedagogista, riportano l'esperienza dell'Ospedale San Gerardo di Monza che persegue una politica restrittiva rispetto al taglio cesareo programmato e riesce a ottenere il contenimento del ricorso al taglio cesareo.

Le autrici rilevano che, di fronte a un processo di medicalizzazione così pervasivo, non è più sostenibile la tesi che le donne accettino passivamente e in una condizione di totale subordinazione la visione medicalizzata imposta loro da una scienza medica maschilista. Rispetto agli studi degli anni Ottanta, la novità che emerge nella ricerca attuale è la scelta, da parte delle donne, in favore dell'evento medicalizzato. Resta però da valutare sulla base di quale tipo di formazione/informazione tale scelta viene compiuta. A tal proposito analizzano lo scambio di opinioni in un forum sul web dal quale emergono a grandi linee tre tipologie di donne che si rifanno a tre filoni: la cultura del naturale buono sempre, la cultura della fisiologia, e le culture della medicalizzazione basate su due presupposti: gravidanza e parto possono essere considerati fisiologici solo a posteriori, l'equazione tecnologia = scienza = progresso è sempre valida. Dalle donne di quest'ultimo gruppo il cesareo è rivendicato come un diritto. Le autrici ritengono perciò che sia importante fare una buona informazione e comunicazione, ma che sia importante comprendere le cause profonde anche emotive di queste scelte. Dalla loro analisi emergono temi come la mancanza della fiducia in se stesse da parte delle donne, la paura del dolore ma anche della propria incapacità, mentre il taglio cesareo si rivela non più come un intervento chirurgico dettato da necessità cliniche, ma come una modalità di nascita condizionata dai valori sociali sulla riproduzione.

Nel saggio che conclude la rivista, Irene MAFFI e Sara VELTRO, *Storia di un'ostetrica: alla ricerca dell'autenticità della nascita*, sotto forma di intervista ripercorrono la storia di Sara Veltro, un'ostetrica indipendente, come ama definirsi, socia fondatrice nel 1983 di La Lunanuova, un'associazione di ostetriche. Sara Veltro riporta la sua storia, i suoi modelli di riferimento, le sue esperienze dirette di parti a domicilio, ciò che costituisce nella sua esperienza gli aspetti profondi del sapere dell'ostetrica, il rapporto con la donna che si instaura durante il parto, le sue opinioni rispetto alla cultura della nascita predominante.

In modo differente si delinea la situazione nei paesi non occidentali, nei quali la medicalizzazione viene vissuta come una forma di occidentalizzazione e di imposizione di saperi estranei alla propria cultura. Nel contributo su questa rivista, *I mille volti della sobada. Saperi riproduttivi e pratiche di resistenza nello Yucatan contemporaneo*, Patrizia Quattrocchi pone in luce la condizione delle donne maya, madri e ostetriche, per sottolinearne la capacità di resistere e rifiutare l'imposizione del sapere biomedico, difendendo pratiche locali che si ricollegano al loro sistema culturale e alla loro identità,

anche attraverso processi di negoziazione e di interazione con i modelli biomedici, che consentano di mantenere la gestione autonoma delle proprie capacità riproduttive. L'antropologa analizza i significati della *sobada*, un massaggio terapeutico praticato tra le donne Maya dello Yucatan, che è anche al centro della trattazione, nel volume *Corpo, riproduzione e salute tra le donne maya dello Yucatan*, nel quale riporta i risultati delle ricerche condotte per oltre un decennio, a partire dal 2000, in Messico, nel villaggio di Kaua, che si trova nella parte orientale dello Yucatan. In questo testo, nel quale queste tematiche sono approfondite e più ampiamente trattate, l'antropologa contestualizza il fenomeno della *sobada* nel contesto storico e geografico della ricerca, fornendo una serie di informazioni sulle condizioni socioeconomiche del territorio, anche in riferimento ai processi di modernizzazione che interessano quest'area. Le politiche nazionali messe in atto per la tutela della salute riproduttiva hanno comportato sin dagli anni Ottanta il coinvolgimento delle levatrici tradizionali nel sistema sanitario attraverso corsi di addestramento e soprattutto di aggiornamento rispetto ai protocolli igienico-sanitari. Questo permette alla ricercatrice di analizzare le forme di pluralismo terapeutico, anche inedite, a cui questo processo ha dato luogo, considerando i rapporti tra biomedicina e medicine "altre", ponendo in evidenza come si tratti per lo più di scelte terapeutiche alterne e compresenti, che determinano forme di assistenza mista e descrivendo il ruolo delle medicine locali rispetto ai processi di occidentalizzazione e di medicalizzazione. Si delineano così i contrasti tra i saperi, tra gli operatori indigeni e le istituzioni sanitarie. Nella difesa dei sistemi terapeutici locali da parte delle donne indigene, le levatrici svolgono un ruolo fondamentale, che è non solo di preservazione ma anche di rielaborazione di saperi. Le levatrici tradizionali (*parteras*) accompagnano la donna durante la gravidanza sino al puerperio, prendendosi cura di lei, svolgendo un ruolo più ampio di quello di assistenti al parto e soprattutto eseguendo varie *sobadas* durante tutto il periodo.

Lo studio sulla *sobada* costituisce perciò il filo conduttore di questo lavoro, il filo che guida l'autrice attraverso i processi che riguardano la salute riproduttiva, le concezioni e le tecniche del corpo. La ricercatrice dimostra la sua capacità etnografica di entrare in empatia e di sapersi relazionare con le donne del villaggio, sia con le levatrici, che praticano la *sobada*, che con le madri, attraverso una metodologia che si è andata sempre più affinando nel corso della ricerca e che permette di far emergere la complessità delle voci e dei punti di vista.

La *sobada* è presente anche in altri contesti dell'America latina ma qui assume forme particolari sia nella sua elaborazione che nella sua rifunzionalizzazione come strategia rispetto alla medicalizzazione, in particolare come pratica preventiva contro l'estensione dei parti cesarei.

Infatti in questo contesto la *sobada* è praticata soprattutto da donne per le donne, con speciale riferimento alla gravidanza e al parto, però è anche una tecnica terapeutica chiamata a intervenire di fronte ad una serie di disturbi, per cui esistono vari tipi di *sobadas* effettuate non solo alle donne, ma anche agli uomini e ai bambini. La ricercatrice ci fa conoscere le donne che praticano la *sobada* nel villaggio di Kaua, ponendo in evidenza che questa non solo consiste in una particolare manipolazione del corpo che necessita di un lungo apprendistato e di una sapiente conoscenza dell'uso delle mani, ma soprattutto si lega ad una particolare rappresentazione del corpo. Attraverso la manipolazione si ritiene di potere mettere "in ordine" il proprio corpo, riposizionando gli organi interni, che sono concepiti come mobili e che è necessario riportare in equilibrio, rispetto a coordinate precise, secondo un significato complesso che

rimanda a una differente concezione del corpo e dei meccanismi simbolici da attivare rispetto alla gestione della salute.

È molto interessante come Quattrocchi si soffermi su queste pratiche, in particolare quando fa riferimento al *cirro*, termine per il quale non si può trovare una corrispondenza con la concezione anatomica occidentale, ma che rappresenta un organo regolatore che è fondamentale per il benessere dell'individuo. Questa pratica permette di sottolineare la difficoltà di ricondurre nelle categorie biomediche non solo le categorie diagnostico-terapeutiche indigene, ma anche gli stessi termini classificatori, che rinviano a una concezione locale dell'anatomia.

Il corpo umano è rappresentato come un insieme di organi in continuo movimento, ma particolarmente mobile è il corpo femminile. L'antropologa affronta e discute le problematiche di genere inerenti alle rappresentazioni e alle simbologie legate al corpo, con riferimento ad un'area più vasta di quella della ricerca stessa, dalle quali emerge l'immagine di un corpo femminile "in disordine" da ricomporre. All'Aurice, che si interroga sui significati complessi di queste concezioni, non interessa tanto rintracciarne i rapporti con l'antica cultura dei Maya, quanto individuare quali significati queste pratiche veicolino oggi, come si pongano all'interno di una cultura sincretica, che ha mescolato nel corso dei secoli elementi di differenti provenienze, rielaborandoli e riadattandoli al proprio contesto. Nella prospettiva analizzata, la *sobada* rappresenta attualmente non solo una modalità di controllo della mobilità del corpo e quindi del disordine simbolico soprattutto femminile, ma anche una forma di resistenza sia delle donne, che hanno timore del cesareo e degli interventi chirurgici sul corpo, che delle *parteras*, le quali, in difesa del loro status, affermano e rivendicano un proprio sapere sentito come esclusivo.

Da questo testo emerge una risposta su scala locale alla crescente medicalizzazione del parto, e in questo la *sobada* si arricchisce di nuovi e complessi significati ricollegandosi a una concezione, che rifiuta la visione occidentale del corpo come macchina o insieme di parti, concezione che legittima gli interventi tecnologici, richiamandosi, invece alla concezione di un corpo da poter "comporre" e controllare all'interno di un contesto a gestione femminile. Le donne maya trovano in questa tecnica tradizionale non solo una risposta, ma anche un modo e una strategia per contrastare il timore del cesareo, esprimendo una forma di resistenza che passa attraverso una tecnica manuale a gestione femminile, che si lega a proprie rappresentazioni simboliche, permeate da valori identitari.

È molto interessante anche l'esperienza fatta dall'antropologa nel passaggio dalla fase più propriamente della ricerca a quella dell'azione e della divulgazione, attraverso il progetto di cooperazione Italia-Messico "Il tempo della *sobada*", esperienza che le ha permesso di produrre, all'interno di un lavoro di équipe, materiali (un testo e un documentario) fruibili a diverso livello, diretti a operatori sanitari e a studenti di scienze della salute, sperimentando la possibilità di restituire al villaggio i contenuti della ricerca e di avere un confronto con i soggetti della ricerca.

Alla fine di questo percorso espositivo, appare evidente che il tema che lega questi due testi non è tanto la nascita quanto il ruolo che assumono i processi di medicalizzazione in contesti differenti, le forme di resistenza o di accettazione che incontrano, tenendo conto che la medicalizzazione del parto è considerata in entrambi i casi prevalentemente in rapporto all'incremento delle tecniche chirurgiche e in particolare all'alto numero di cesarei in Italia, come nel Messico.

Riferimenti bibliografici

DAVIS-FLOYD Robbie (1992), *Birth as an American rite of passage*, University of California Press, Berkeley - Los Angeles.

GÉLIS Jacques (1984), *L'arbre et le fruit. La naissance dans l'Occident moderne (XVI-XIX siècle)*, Fayard, Paris.

JORDAN Brigitte (1983 [1978]), *La nascita in quattro culture*, Emme Edizioni, Milano [ediz. orig.: *Birth in four cultures. A crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*, Eden Press, Montreal, 1978].

*Il “male di San Donato” nel Salento:
un nuovo studio riapre la riflessione*

Sergio Torsello

giornalista pubblicista, direttore artistico “La Notte della Taranta”

Donato MARGARITO, *La festa di San Donato: possessione e catarsi. Etnografia del morbus sacer*, Grafiche Giorgiani, Montesano Salentino (provincia di Lecce), 2013, 174 pp. (a cura della Pro Loco di Montesano Salentino).

Questo saggio di Donato Margarito colma finalmente una vistosa lacuna nel campo degli studi sul culto “popolare” di San Donato nell’area salentina. La più recente bibliografia sull’argomento è ferma infatti alla fine degli anni Ottanta del secolo scorso se si esclude la recente ristampa del documentario firmato da Luigi Di Gianni nel lontano 1965 (DI GIANNI L. 2006). Si tratta di un contributo denso e riccamente articolato che tocca però solo alcuni aspetti del complesso sistema di pratiche, storiche e contemporanee, legate alla devozione tributata al santo protettore contro il “morbo sacro”.

Attestato a Montesano Salentino e a San Donato di Lecce, ma sicuramente praticato in passato in altre aree salentine, il culto di San Donato ingloba al suo interno una molteplicità di aspetti rituali, devozionali e storici che risulta assai difficile scindere nel loro intricato manifestarsi. La stessa definizione di “male di San Donato” include gli «infiniti morbi», come scrisse Alfonso Maria Di Nola, «che la tradizione popolare cumula sotto questo comune denominatore: le convulsioni infantili, le eclampsie, la stupidità, il delirio, le assenze mentali, lo stupore e talvolta anche quella epilessia che l’ignoranza dei medici antichi circondò di mistero e di significati soprannaturali» (DI NOLA A.M. 1987). Tra tante, possibili chiavi di lettura l’Autore ne sceglie una: quella, per così dire, degli antecedenti “mitici” (in particolare la ipotetica radice orfico-dionisiaca del rituale). A tale ipotesi, tuttavia, non fa seguito una approfondita indagine dei nessi storici nella loro evoluzione diacronica e sincronica.

Siamo dunque nel campo di un metodo “congetturale”, come afferma a più riprese lo stesso Autore, giacché non vi è nessun elemento di prova che stabilisca un nesso di continuità storica tra la figura del vescovo di Arezzo martirizzato sotto Giuliano l’Apostata per decapitazione (da qui, forse, il patronato contro tutti i mali che hanno a che fare con la testa) e il “dio dell’ebbrezza”, se non su un pur suggestivo piano analogico. Così come non è possibile affermare con certezza – come sostiene invece l’Autore – che nel caso del culto di San Donato ci si trovi davanti ad un esempio di trance da possessione. La trance da possessione – insegna Gilbert Rouget – è quasi sempre una trance “identificatoria”, nella quale sono fondamentali l’azione di un’entità soprannaturale che s’impadronisce dell’individuo, un aspetto iniziatico, procedure cerimoniali segrete e riservate, una accentuata componente coreutico/musicale (ROUGET G. 1986 [1980]). Tutto ciò manca nella drammatizzazione rituale del “male di San Donato”. Qui piuttosto siamo nel campo delle dinamiche di taumaturgia, della potenza dei santi con i quali il devoto instaura una «contrattualità votiva» – per dirla

con Marino Niola – «a cui corrisponde una pratica rituale dall'acceso investimento corporeo» (NIOLA M. 2007: 100).

Più interessante pare, infatti, la parte in cui l'Autore esplora la rete semantica e i codici simbolici che si diramano dalle pratiche intessute attorno al culto del Santo e al suo patronato antiepilettico. Margarito analizza il rapporto tra struttura sociale e forma del rito facendo ricorso alle categorie derivanti dalla semiotica strutturalista di derivazione saussuriana (la distinzione tra *langue* e *parole* ad esempio o la natura "attanziale" del rituale), ma anche dalla filologia, (nel caso delle relazioni, testuali ed "ideologiche", tra la tradizione "popolare" della *Tragedia di San Donato* e quella agiografica della *Passio Donati* aretina), evidenziando alcuni stimolanti nodi tematici: l'azione riplasmatrice del cattolicesimo che tenta di inglobare il culto nella liturgia ufficiale, la dimensione "collettiva" del rituale che rimane ancorato ad una prospettiva di guarigione individuale ma coinvolge l'intera comunità fino configurarsi quasi come un maussiano "fatto sociale totale".

Garbata ma non condivisibile, inoltre, la critica ad Ernesto DE MARTINO (1961) che fa da prologo all'intero volume. All'etnologo napoletano, Margarito attribuisce la responsabilità di aver condizionato con *La terra del rimorso* la ricerca successiva innalzando il tarantismo a elemento chiave della cultura salentina («l'alfabeto omnicomprensivo del paradigma della taranta», p. 23) che di fatto avrebbe "oscurato" altri importanti aspetti della cultura popolare locale. Ma questo, ad un esame più attento, è forse un effetto della grandezza della monografia demartiniana e dei suoi, a volte controversi, usi contemporanei che di fatto trascendono le stesse intenzioni dell'Autore. La tesi di Margarito è che il tarantismo sia invece «*parole* e non *langue*, la lingua e non il codice, una regola e non la grammatica» (p. 23). Margarito, che è un intellettuale colto e raffinato, evita accuratamente di scivolare in uno sterile *revanchismo* municipale. Ma non considera che tarantismo e "male di San Donato" – le due «malattie culturali» del Salento, come scrisse Annabella Rossi (1970: 7) –, si situano dentro lo stesso orizzonte simbolico e culturale conservando, però, a livelli diversi, la rispettiva autonomia. E forse, da questo punto di vista, un approfondimento comparativo tra i due rituali – *al quale pure l'Autore brevemente accenna passando in rassegna la letteratura sull'argomento, in particolare gli studi della Rossi (1970, 1986) e di Adriano PUCE (1988)*, poteva essere più che utile. Invece, proprio l'utilizzo del duplice schema della riduzione «al tipo» (possessione) e agli «antecedenti» (orfismo/dionisismo), per usare una precipua terminologia demartiniana (DE MARTINO E. 1961: 187), di fatto omologa i due rituali, dissolvendo analogie e differenze anche quando queste, soprattutto sul piano storico, potevano indicare nuovi percorsi di ricerca. Si pensi in particolare al tema *della costruzione e della rappresentazione sociale del corpo malato nell'Europa cristiana e a quello della "pesatura paraliturgica"*, le cui complesse implicazioni simboliche sono state mirabilmente analizzate da Giordana CHARUTY (1996) in Francia e, in Italia, da Alfonso Maria DI NOLA (1986, 1988) e Guglielmo LÜTZENKIRCHEN (1981).

Sempre in questa direzione, andrebbe valorizzata, come indicazione per ulteriori scavi documentari, una importante fonte settecentesca segnalata da Davide GENTILCORE (2003) che attesta la pratica della "pesatura" nella diocesi di Oria (provincia di Brindisi). In appendice, infine, sono analizzati alcuni elementi peculiari del rito, la *'nturciata* (la processione con le torce) e la pratica dell'*incubatio* (usanza di origine greca che consiste nel dormire nei santuari in attesa della grazia del santo) come ulteriori conferme delle connessioni con antichi culti radicati in quella che fu la Magna Grecia. Queste notazioni critiche, in definitiva, confermano quanto il saggio di Margarito – *che*

si chiude con una significativa appendice fotografica sulla festa di Montesano Salentino ad opera di Donato Mele – costituisca un contributo indubbiamente stimolante che potrà rivelarsi in grado di riaprire la riflessione sull'argomento, suggerendo nuove prospettive di ricerca e spingendo ad ulteriori approfondimenti.

Riferimenti bibliografici

CHARUTY Giordana (1996), *Il male del santo*, pp. 47-76, in CHARUTY Giordana (curatrice), *Nel paese del tempo. Antropologia dell'Europa cristiana*, Liguori, Napoli.

DE MARTINO Ernesto (1961), *La terra del rimorso. Contributo a una storia religiosa del Sud*, Il Saggiatore, Milano.

DI GIANNI Luigi (2006), *Il Male di San Donato*, un film di Luigi DI GIANNI, con interventi di Luigi CHIRIATTI, Vincenzo ESPOSITO, Eusebio FERRARO, Mirko GRASSO, Maurizio MERICO, Annabella ROSSI, Gianluca SCIANNAMEO, DVD allegato, Kurumun Edizioni, Calimera (provincia di Lecce).

DI NOLA Alfonso Maria (1987), *Un santo per dimenticare la storia. Sud e tradizioni*, "Apulia. Rassegna Trimestrale della Banca Popolare Pugliese", II, giugno 1987.

DI NOLA Alfonso Maria (1988), "Mensuratio" e "Ponderatio corporis", "Storia e Medicina Popolare", vol. VI, n. 1, gennaio-aprile 1988, pp. 3-6.

GENTILCORE Davide (2003), *Il vescovo e la strega*, Besa, Nardò (provincia di Lecce).

LÜTZENCHIRCHEN Guglielmo (1981), *Il male di San Donato*, pp. 28-56, in Guglielmo LÜTZENCHIRCHEN et al., *Mal di Luna. Folli, indemoniati, lupi mannari: malattie nervose e mentali nella tradizione popolare*, con un saggio introduttivo di Alfonso M. DI NOLA, Newton Compton, Roma.

NIOLA Marino (2007), *I santi patroni*, Il Mulino, Bologna.

PUCE Adriano, *Il male di San Donato nel Salento. Contributo psicologico sociale*, "La Ricerca Folklorica", n. 17, 1988, pp. 43-59.

ROSSI Annabella (1986 [1965]), *Le feste dei poveri*, Sellerio, Palermo.

ROSSI Annabella, *Lettere da una tarantata*, Di Donato, Bari 1970 [nuove edizioni a cura di Paolo APOLITO: Argo, Lecce, 1994; Squilibri, Roma, 2015].

ROUGET Gilbert (1986 [1980]), *Musica e trance. I rapporti fra la musica e i fenomeni di possessione*, edizione italiana riveduta e aumentata a cura di Giuseppe MONGELLI, Torino [ediz. orig.: *La musique et la trance*, Gallimard, Paris, 1980].

*Pazienti esperti, consenso informato e libertà di scelta:
una nuova prospettiva*

Roberta Raffaetà

Dipartimento di Sociologia e scienze sociali, Università degli studi di Trento
[roberta.raffaeta@unitn.it]

Annemarie MOL, *The logic of care. Health and the problem of patient choice*, Routledge, London, 2008, 129 pp.

La crescita esponenziale di malattie croniche grava in maniera significativa sul sistema sanitario e sul mercato del lavoro di molti Stati occidentali. Le difficoltà di gestione di tale patologie hanno indotto la promozione di comunità di pazienti esperti (*expert patients*). Negli Stati Uniti è stato sviluppato il *Chronic Disease Self-Management Programme* (CDSMP), da cui è derivato *The Expert Patients Programme* (EPP) utilizzato in Inghilterra. Una versione simile esiste anche in Australia e tale strategia si sta diffondendo, sebbene in gradi e secondo modalità diverse, in tutto l'Occidente. Il metro di misura, utilizzato dai promotori di tale approccio per valutarne i risultati, è la stima dell'impatto di tale programma sull'utilizzo dei servizi: «Pazienti sicuri e informati che praticano auto-cura sperimenteranno un miglior stato di salute e utilizzeranno meno risorse sanitarie» (LORIG K.R. *et al.* 1999: 12).

Alcuni Autori hanno evidenziato i limiti di tale orientamento (GATELY C. *et al.* 2007; LINDSAY S. - VRIJHOEF H.J.M. 2009; RICHARDSON G. *et al.* 2008; ROGERS A. 2009), che pianifica la gestione della salute pubblica attraverso un approccio di stampo individualista che trae ispirazione da uno stile di vita consumistico, per cui anche la salute diviene un prodotto da vendere, un'esperienza da vivere che può essere mappata da indici di soddisfazione. Questi Autori avvertono che le recenti trasformazioni in sanità pubblica tendono a enfatizzare le caratteristiche di autonomia dei pazienti, celebrando l'indipendenza e la razionalità e dimenticando aspetti quali la fiducia con il proprio medico e la vulnerabilità proprio della persona malata. Essi affermano che i programmi di *self-managment* si basano più su un discorso di speranza che di realtà e richiamano, invece, alla necessità di una maggior consapevolezza circa le complesse dinamiche sociali che influiscono sugli stati di salute e di malattia e sulla loro gestione.

A dispetto di queste osservazioni, le comunità di pazienti esperti stanno guadagnando crescente consenso in anni recenti, aumentando la loro visibilità e la loro influenza anche per quanto riguarda lo sviluppo di politiche sanitarie. Numerosi sono i gruppi di pazienti come il Picker Institute Europe (<http://www.pickereurope.org/>) e il Boston Women's Health Collective (<http://www.ourbodiesourselves.org/>). La retorica che accompagna questo approccio alla salute è articolata in termini positivi, ottimistici e corredata di un repertorio simbolico di grande impatto. Il messaggio che viene lanciato è che attraverso le comunità di pazienti esperti venga segnato il passaggio dal dominio medico di stampo paternalista ad una maggiore autonomia e riconoscimento delle competenze dei pazienti. Tanto è l'entusiasmo verso questo approccio al punto che

alcuni autori hanno sottolineato come i pazienti stessi siano divenuti essi stessi degli attori principali nei processi di medicalizzazione (PINELL P. 1998; RAFFAETÀ R. 2011).

Il libro di Annemarie Mol⁽¹⁾ si colloca all'interno di questo dibattito, analizzandolo però (com'è sua abitudine) da una prospettiva peculiare. Più che interessarsi a temi di rilevanza etica, l'Autrice esplora, attraverso un procedimento etnografico, quali siano le conseguenze pratiche di tale trasformazione nelle politiche sanitarie. Mol, che si auto-definisce "filosofa", ma si potrebbe anche definire antropologa o sociologa, lavora in Olanda e analizza temi inerenti la sanità pubblica attraverso una prospettiva teorica che si pone in continuità ed in alternativa, in chiave femminista, a quella scuola di pensiero nota come ANT (*Actor Network Theory*)⁽²⁾.

Il libro è diviso in 6 capitoli. Nel primo capitolo l'Autrice enuncia il focus della Sua analisi, la prospettiva teorica e la metodologia utilizzata. Secondo Mol l'«*ideal of choice*»⁽³⁾, ovvero il paziente esperto capace di scegliere autonomamente in maniera ottimale per la sua salute, appare una chimera. Essa mostra come gli esseri umani, essendo per loro natura interdipendenti, irrazionali e vincolati a tutta una serie di fattori sociali e naturali non possiedano in realtà un ampio grado di scelta e molto spesso imitano scelte di altri; sottolinea anche come il dover scegliere non sia comunque una soluzione ideale poiché richiede l'impiego di molto tempo e energie. L'Autrice sottolinea come l'Occidente non abbia solo ideali di libera scelta, autonomia, razionalità, ma anche di solidarietà, giustizia, rispetto e, anche, di «*care*»⁽⁴⁾; negare ciò è una forma di colonizzazione interna, che limita la buona presa a carico dei pazienti, li marginalizza e autorizza l'indifferenza nei loro confronti (*neglect*). L'Autrice passa brevemente in rassegna la letteratura che si è occupata di questi aspetti della cura, ma dice di voler esaminare le pratiche di cura da una prospettiva diversa, slegando l'idea di *care* dalle associazioni convenzionali⁽⁵⁾ con valori quali generosità, dedizione e gentilezza. Essa vuole dimostrare la contemporaneità di *care* e il suo legame con la tecnologia, quest'ultima spesso associata all'idea di razionalità. Secondo l'Autrice «*Care is not opposed to technology, is not a pre-modern remainder in a modern world*»⁽⁶⁾ (2008: 5).

Mol passa quindi in rassegna e discute i temi di contrasto tra chi difende il diritto all'autonomia dei pazienti ed i suoi oppositori, individuando il nodo centrale di tale dibattito nell'affermazione o negazione della libertà di scelta (*choice vs not-choice*). Il criterio in base a cui le varie posizioni difendono o negano tale libertà consiste nella valutazione delle capacità che diverse persone hanno in diverse situazioni e che dipende da variabili quali la gravità della malattia e la capacità d'accesso a varie risorse come soldi, tempo, energie, relazioni sociali, educazione. Mol dichiara esplicitamente di voler analizzare il problema da una prospettiva diversa, mutando così i termini del dibattito, la sua rilevanza e trasformando al tempo stesso la valenza ontologica della "scelta". Il dibattito tra sostenitori e oppositori della libertà di scelta è, a suo parere, epistemologicamente povero perché imbrigliato nella mera analisi delle *abilità* degli individui. «*The logic of cares*»⁽⁷⁾ si pone in un ambito discorsivo diverso, che sormonta entrambe le posizioni: al posto delle *abilità*, Mol considera le *pratiche* che accompagnano le reali «*situations of choice*»⁽⁸⁾ che influenzano azioni ed interazioni, corpi, persone, vite, storie, informazioni, tecnologie e giudizi (2008: 7). Tali pratiche, come le situazioni che le persone si trovano ad affrontare quotidianamente, sono sempre complesse ed includono diversi attori; di conseguenza anche la scala d'analisi del problema deve cambiare. Mol considera quindi le interazioni collettive che si vengono a creare quando diversi attori⁽⁹⁾ si trovano a cooperare in vista di un obiettivo ultimo, invece di concentrare l'analisi a livello dell'individuo preso nella sua singolarità. Le «*situazioni*

di scelta” analizzate dall’Autrice sono quelle messe in campo da persone che hanno il diabete: essa ha osservato diversi contesti di cura e ha raccolto interviste in profondità di malati, familiari, medici, infermiere e rappresentanti di apparecchiature mediche. La sua metodologia è in linea con il suo approccio teorico: Mol non richiede ai suoi interlocutori di esprimere le proprie opinioni circa la libertà di scelta, ma di raccontarLe la propria vita quotidiana con il diabete.

Nel secondo capitolo l’Autrice critica la *«logic of the market»*⁽¹⁰⁾, che trasforma il paziente in un “cliente” a cui vendere un prodotto, che può essere un artefatto tecnologico, una serie di servizi o una combinazione dei due. Mol prende in esame la pubblicità di un rilevatore del tasso di zucchero nel sangue e la mette a confronto con le narrazioni delle persone che utilizzano questa tecnologia: essa fa emergere la discordanza tra le promesse pubblicitarie e le reali situazioni di utilizzo. Essa mostra come la logica di mercato proponga modelli distanti dall’esperienza del malato; per esempio l’ideale del paziente-eroe, che nonostante la malattia conduce una vita normale ed attiva. Tale modello alimenta la speranza e indebolisce l’accettazione della malattia, della fragilità e dei fallimenti. Nella *logic of care*, invece, i fallimenti fanno parte del gioco.

Questo è un importante limite della *logic of the market*, ma ne esiste uno maggiore: affinché il cliente possa decidere se acquistare un prodotto o meno, egli deve essere informato circa le caratteristiche del prodotto. Il prodotto da vendere, quindi, deve possedere delle caratteristiche che possono essere anticipate. In altre parole, secondo l’Autrice, il prodotto ha dei limiti, è finito e *«bounded»*⁽¹¹⁾. Tale finitezza non è però una *«matter of size»*⁽¹²⁾: non importa che un prodotto sia piccolo o grande, piuttosto, è una *«matter of time»*⁽¹³⁾ perché i corpi malati sono anche corpi imprevedibili e, di conseguenza, le relazioni di cura sono dei processi che non possono venir incapsulati in formati prestabiliti. La necessità di definire le caratteristiche di un prodotto costituisce, secondo l’Autrice, il maggior limite all’applicazione di una logica di mercato alle questioni di sanità, perché la cura richiede *«various hands working together (over time) towards a result»* (2008: 18). Essa mostra come le situazioni di cura mettono in scena pratiche collettive ed interattive che includono *«professionals, machines, medication, bodies, patients and relevant others»* (2008: 19) e che non possono essere comprese all’interno di un prodotto definito.

Mol, nel terzo capitolo, boccia anche un’altra opzione: *«the logic of choice»*⁽¹⁴⁾, che considera il paziente come un “cittadino”. L’Autrice osserva che cittadini e pazienti hanno necessità profondamente diverse. Per il cittadino il corpo è un’astrazione perché il “silenzio degli organi” non è ancora stato rotto dalla sofferenza. Reclamare il diritto di scelta è, quindi, legittimo e ha, in questo contesto, una sua legittimità. La situazione è diversa quando si considera la realtà vissuta da chi vive con una malattia: in questo caso il diritto di scelta non è affatto una priorità e la sua importanza svanisce all’istante, dissolvendosi nell’urgenza che accompagna i vari tentativi di cura. Per la persona malata la questione urgente è *«what to do»*⁽¹⁵⁾, piuttosto che *«who decide»*⁽¹⁶⁾.

La complessità insita nelle relazioni e situazioni di cura è resa ulteriormente esplicita nel capitolo quarto e quinto. Il quarto capitolo ha lo scopo di fare emergere la differenza irriducibile tra *«managing»*⁽¹⁷⁾ e *«doctoring»*⁽¹⁸⁾. Mol affronta innanzitutto l’aspetto temporale della malattia e mostra come essa sia uno stato fluido il cui trattamento non può venir condensato nell’unico momento della scelta. Passa poi ad affrontare il tema dell’imprevedibilità, insito sia nell’uso della tecnologia, per sua natura mediatore inventivo, sia nella malattia stessa, che è uno stato imponderabile che può comportare trasformazioni improvvise ed effetti inaspettati. Queste considerazioni portano Mol

a concludere che la cura è un processo: un continuo aggiustamento del corpo, delle persone e delle variabili. Muovendo da tali premesse nel quinto capitolo Mol critica la pianificazione degli interventi di salute pubblica basati sulla modificazione degli stili di vita ed abitudini individuali: tali discorsi prendono forma a partire dallo sviluppo di categorizzazioni omogeneizzanti di “persone a rischio” e dalla definizione di “comportamenti sani”. Mol mostra che sarebbe più proficuo abbandonare tale retorica ed incominciare ad interferire con la qualità della vita della collettività attraverso i servizi messi a sua disposizione.

Il filo rosso che attraverso il libro è la descrizione del clima di incertezza che pervade le situazioni di scelta e di cura perché un corpo malato è un corpo imprevedibile, che mal si adatta a scelte anticipate: è quindi difficile condurre delle scelte terapeutiche a priori. Nella conclusione, quindi, l'Autrice identifica una «*morality in action*»⁽¹⁹⁾, il cui valore consiste nel mobilitare diverse risorse ed attori alla ricerca di una soluzione alla malattia. Ciò che Mol definisce «*the good in practice*»⁽²⁰⁾ implica la possibilità di adattarsi durante il percorso di cura alle mutevoli variabili e condizioni, la capacità di includere nel proprio orizzonte la possibilità di un fallimento e di cercare senza sosta un rimedio alla sofferenza.

La ricerca descritta in questo lavoro è stata finanziata dal programma “*Ethics, Research and Policy*” della Netherlands Organisation for Scientific Research; il contributo che Mol ritiene di poter offrire è soprattutto teoretico e derivante da una ricerca di tipo qualitativo, quindi non adatto a generalizzazioni. In conclusione arriva comunque ad enunciare alcune raccomandazioni: (1) allocare risorse per lo sviluppo di interventi di cura, mettendo in discussione le attuali priorità in bilancio per la ricerca medica (per esempio la ricerca di tipo farmacologico); (2) considerare la ricerca qualitativa: il «*telling stories*»⁽²¹⁾ come «*a matter of public coordination to best implement human factors into technology, drugs, health care*»⁽²²⁾.

L'Autrice sottolinea anche che il suo argomentare non deve essere inteso come una descrizione dello stato attuale delle situazioni di cura, ma un *intervento*, di tipo retorico, mirato a far emergere, rafforzare e rivitalizzare *the logic of care*. Il suo intervento si snoda precisamente nell'appropriazione dello spazio discorsivo di *good care*, uno spazio lasciato perlopiù deserto dalle scienze sociali e colonizzato da standard razionalistici di efficienza ed efficacia, che allo stato attuale dettano il linguaggio e l'orizzonte concettuale delle pratiche di cura, ma che appaiono delle definizioni vuote alla luce delle complessità poste dalle situazioni di scelta e di malattia. D'altro canto, Mol dichiara di aver utilizzato la *logic of care* come un'eterotopia, ovvero un luogo altro rispetto all'abituale, col fine ultimo di comprendere meglio la *logic of choice* e adattarla, così, alle reali esigenze dei pazienti. L'Autrice avverte esplicitamente il lettore (2008: 84) che il suo operare è stato simile a quello di un artista davanti alla sua opera: selezionare forme pure. Ammette di aver distillato buone pratiche di cura, per fare emergere il potenziale di tali interventi, e riconosce che le sue riflessioni sono «*a good place to start from*»⁽²³⁾ (2008: 83), ma conclude il suo lavoro con un invito ad intraprendere ulteriori ricerche in questa direzione per comprendere in che maniera la *care* si articoli in diverse situazioni e quali siano le sue interazioni con la *logic of choice*:

«That the logic of choice and the logic of care are so profoundly different begs the question as to what happens when these two modes of thinking and acting get mixed together – as they do in real life. The possible interferences are many. [...] Only detailed empirical studies of different sites and situations are likely to give insight into the various kinds of interferences. I do not doubt that some of these will

prove to be surprisingly creative, and better for living than the 'pure' forms I have distilled from the messiness of hospital practice»⁽²⁴⁾ (2008: 83).

È proprio nella conclusione che l'Autrice condensa i meriti, ma anche i limiti del suo lavoro. Nonostante il suo lavoro sia, come sempre, accattivante, intellettualmente stimolante e retoricamente sorprendente, le sue riflessioni partono da una visione riduttiva della *logic of choice*, che è causata dall'analisi di una casistica numericamente esigua. Gli esempi da lei descritti si limitano alla scelta di una specifica tecnologia (il misuratore del tasso di zucchero nel sangue) da parte di persone con un problema cronico come il diabete. Svariate situazioni di scelta si pongono, invece, anche rispetto ad interventi medici di varia natura che non sono processi che richiedono adattamento come nelle condizioni croniche, ma atti cruciali non reversibili e/o decisioni determinanti: per esempio scegliere se eseguire vaccinazioni, se assumere determinati medicinali o eseguire operazioni chirurgiche. La scelta, inoltre, si impone a volte a persone non ancora malate che, nelle categorizzazioni di Mol potrebbero rientrare nella tipologia di "liberi cittadini", oppure rispetto ad atti di prevenzione. Altre volte, invece, la scelta è affidata a una persona altra rispetto a quella malata, come le scelte affidate ai genitori per la salute dei figli minori. In tutti questi casi poter scegliere sembra avere un qualche senso e in alcuni casi questa opportunità potrebbe anche essere considerata una priorità.

Il testo di Mol apporta una prospettiva metodologicamente originale ai problemi in discussione, dato che analizza i contesti pratici in cui le persone decidono rispetto a vari interventi di cura. Tale approccio è fecondo di ricadute teoriche, poiché l'Autrice sgancia il dibattito sulla libertà di scelta dal suo legame tradizionale con il solo dominio della conoscenza: l'analisi delle capacità di conoscenza dei pazienti e del rapporto tra logiche dominanti e marginali che determinano i rapporti di potere fra medico e paziente (VELPRY L. 2008). Non si tratta di aggiungere la conoscenza dei pazienti a quella dei professionisti della salute perché in questo modo, secondo Mol, la questione circa il modo in cui la conoscenza (sia dei pazienti che dei medici) si viene a formare rimane inesplorata perché l'incontro clinico si basa su pratiche specifiche che devono essere indagate⁽²⁵⁾.

In conclusione, il testo di Mol sembra operare un gioco di luci: oscura alcuni aspetti per farne emergere altri con più vigore. Dato, però, che di ogni scritto se ne può fare qualsiasi uso, è bene ricordare che è un procedimento retorico che nella sua originalità argomentativa si espone al rischio di venir utilizzato per nascondere i limiti dell'attuale stato degli interventi di cura e gli squilibri di potere presente nelle relazioni di cura e che l'atteggiamento etico proposto, quello della *morality in action*, rischia di essere confuso con una più cieca etica interventistica. Spesso, d'altronde, vale la pena prendere certi rischi.

Note

⁽¹⁾ Questa recensione deriva da uno dei seminari a cadenza regolare con il gruppo RUCOLA (Research unit on communication, organizational learning and aesthetic) del Dipartimento di sociologia e ricerca sociale dell'Università di Trento, organizzati dalla professoressa Silvia Gherardi. Questi incontri mi hanno fatto comprendere quanto i confini tra l'approccio antropologico e quello di certa sociologia siano in realtà sfumati. Lavori come quelli della Mol rappresentano

un'ottima opportunità per instaurare un dialogo fertile tra l'antropologia medica e determinati orientamenti in seno alla sociologia che si occupano di salute e medicina attraverso una metodologia etnografica. Per esempio, potrebbe essere interessante comparare questa recensione con quella pubblicata l'anno scorso in una nuova ed interessante rivista italiana a respiro internazionale: "Tecnoscienza. Italian journal of science & technology studies" (n. 1, 2010).

⁽²⁾ I maggiori esponenti di tale orientamento sono Bruno Latour, Michael Callon e John Law. Per un'ottima introduzione vedi LATOUR B. 2005.

⁽³⁾ L'ideale della scelta.

⁽⁴⁾ Nella lingua inglese esiste una differenza tra *care* e *cure*. Per una rassegna dettagliata delle loro differenze vedi TWIGG J. 2000. *Care* viene tradotto in italiano con il verbo "curare", "pratiche di cura", oppure "prendersi cura".

⁽⁵⁾ Mol riporta studi di matrice femminista e di bioetica.

⁽⁶⁾ Le pratiche di cura non sono opposte alla tecnologia, non sono una traccia premoderna in un mondo moderno.

⁽⁷⁾ La logica del prendersi cura.

⁽⁸⁾ Situazioni di scelta.

⁽⁹⁾ Secondo l'approccio ANT, qui utilizzato da Mol, per "attore" si intende qualsiasi entità dotata di *agency* (agentività), sia essa umana o non-umana. Anche attori non-umani hanno agentività se determinano un qualche cambiamento nel network delle relazioni. Un classico esempio è il dosso artificiale, che ci induce a rallentare.

⁽¹⁰⁾ La logica di mercato.

⁽¹¹⁾ Definito.

⁽¹²⁾ Questione di grandezza.

⁽¹³⁾ Questione di tempo.

⁽¹⁴⁾ La logica della scelta.

⁽¹⁵⁾ Cosa fare.

⁽¹⁶⁾ Chi decide.

⁽¹⁷⁾ Gestire.

⁽¹⁸⁾ Essere un medico.

⁽¹⁹⁾ Moralità in azione.

⁽²⁰⁾ Letteralmente "il bene nella pratica". Il bene, è qua inteso nella sua accezione etica, quindi si potrebbe anche tradurre con "l'eticità nella pratica".

⁽²¹⁾ Raccontare storie.

⁽²²⁾ Un modo di coordinazione pubblica per implementare al meglio i fattori umani nella tecnologia, nei farmaci, nella sanità pubblica.

⁽²³⁾ Un buon punto di partenza.

⁽²⁴⁾ Il fatto che la logica della scelta e la logica della cura siano così profondamente diverse conduce all'interrogativo su cosa succeda quando questi due modi d'azione e di pensiero sono mescolati tra loro – come avviene nella vita reale. Le possibili interferenze sono molte [...]. Solo studi empirici dettagliati di diversi luoghi e situazioni possono dare indicazioni sui vari tipi d'interferenza che si vengono a creare. Non dubito che alcuni di questi studi daranno degli spunti molto interessanti e saranno più aderenti alla vita reale rispetto alle forme 'pure' che ho distillato dalla confusione della pratica ospedaliera.

⁽²⁵⁾ Mol chiarisce questo concetto con particolare chiarezza in MOL A. 2005.

Riferimenti Bibliografici

GATELY C. - ROGERS A. - SANDERS C. (2007), *Re-thinking the relationship between long-term condition self-management education and the utilisation of health services*, "Social Science & Medicine", vol. 65, n. 5, settembre 2007, pp. 934-945.

LATOUR B. (2005), *Reassembling the social. An introduction to actor-network theory*, Oxford University Press, New York.

LINDSAY S. - VRIJHOEF H.J.M. (2009), *A sociological focus on 'expert patients'*, "Health Sociology Review", vol. 18, n. 2, 2009, pp. 139-144.

LORIG K.R. - SOBEL D. - STEWART A.L.P. - BROWN B.W. - BANDURA A. - RITTER P.L., *et al.* (1999), *Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: A randomized trial*, "Medical Care", vol. 37, n. 1, gennaio 1999, pp. 5-14.

MOL A. - LAW J. (2004), *Embodied action, enacted bodies: The example of hypoglycaemia*, "Body & Society", vol. 10, n. 2-3, giugno 2004, pp. 43-62.

MOL A. (2008), *The logic of care. Health and the problem of patient choice*, Routledge, London.

PINELL, P. (1998), *Médicalisation et procès de civilisation*, in ARIACH, P. - DELANOE D. (curatori), *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Anthropos, Paris.

RAFFAETÀ R. (2011), *The allergy epidemic, or when medicalisation is bottom-up*, pp. 59-77, in FAINZANG S. - HAXAIRE C. (curatori), *On bodies and symptoms. Anthropological perspectives on their social and medical treatment*, URV Publicacions, Tarragona.

RICHARDSON G. - KENNEDY A. - REEVES D. - BOWER P. - LEE V. - MIDDLETON E., *et al.* (2008), *Cost effectiveness of the expert patients programme (epb) for patients with chronic conditions*, "Journal of Epidemiology and Community Health", vol. 62, n. 4, aprile 2008, pp. 361-367.

ROGERS A. (2009), *Advancing the expert patient?*, "Primary Health Care Research & Development", vol. 10, n. 3, luglio 2009, pp. 167-176.

TWIGG J. (curatore) (2000), *Bathing - the body and community care*, Routledge, London.

VELPRY, L. (2008), *The patient's view: Issues of theory and practice*, "Culture, Medicine and Psychiatry", vol. 32, n. 2, giugno 2008, pp. 238-258.

Dietro le emozioni

Roberta Pompili
antropologa, Perugia

Cristina PAPA, *Identità di genere e maternità. Una ricerca etnografica in Umbria*, Morlacchi Editore University Press, Perugia, 2013, 122 pp.

Identità di genere e maternità

Negli ultimi anni è aumentato l'interesse e l'attenzione verso le tematiche che riguardano i rapporti sociali e la costruzione del femminile e del maschile: ovvero come nella contemporaneità si producono differenti modelli di femminilità e mascolinità.

Importanti studi femministi si sono da sempre soffermati a decostruire l'idea che esistesse un elemento di naturalità, legato alle differenze biologiche riguardo agli uomini e le donne, che alimentasse una diversa divisione dei ruoli nella vita sociale, nonché la stessa divisione sessuale del lavoro.

Cristina Papa è una studiosa che in Italia è stata pionieristica nell'affrontare questi temi nella settore disciplinare dell'antropologia. In una sua vecchia pubblicazione *Dove c'è molte braccia c'è molto pane* (1985), attraverso una ricca e puntuale ricerca teorica ed etnografica si è occupata del tema della divisione sessuale del lavoro nella famiglia mezzadrile umbra. In questo suo importante lavoro appare per la prima volta nel nostro paese e nel dibattito dell'antropologia italiana il riferimento teorico al lavoro di Rayle Rubin, ovvero la tematizzazione di un sex gender system come modello di costruzione sociale del sesso/genere nelle differenti società e culture. Nel tempo il lavoro teorico di studiose femministe e antropologhe ha riletto la pluralità e complessità dei sex gender systems, ovvero delle pratiche discorsive che producono nei diversi contesti la soggettività genderizzata.

A distanza di molti anni Papa torna con un suo nuovo testo *Identità di genere e maternità* (2013) sullo studio della struttura dicotomica della lingua del genere interessandosi alla stretta relazione di quest'ultima le forme storiche della famiglia.

Osserviamo la prima parte del saggio nella quale sono raccolti una serie di contenuti teorici. Nel primo capitolo Papa indaga il contributo che le teorie sociologiche ed antropologiche tra Ottocento e Novecento hanno avuto nella legittimazione dei modelli di genere dominanti, in cui la sfera del maschile viene fatta coincidere con la razionalità mentre quella del femminile con l'emozionalità. Per Durkheim se la donna "fra i popoli selvaggi" era fisicamente più forte e simile all'uomo, la specializzazione delle funzioni affettive femminili delle funzioni intellettuali maschili è il risultato dello sviluppo della civiltà. Il processo di differenziazione e distinzione complementare tra il maschile e il femminile vengono dall'autore considerati elementi chiave alla base della solidarietà coniugale il cui vincolo reciproco e duraturo risulta indispensabile per la stabilità sociale.

Anche Parsons si sofferma sull'importanza delle trasformazioni legate al processo di industrializzazione e le mutate funzioni della nuova famiglia nucleare: nella società

urbana industriale l'amore dei genitori ed in particolare della madre assolve una funzione di assicurazione del figlio che si trova indirizzato verso un futuro incerto, con un percorso non tracciato in precedenza e protetto come accade nella società tradizionale.

La teoria funzionale di Parsons legge i distinti ruoli familiari attraverso la loro articolazione in due assi: la funzione strumentale del marito-padre, riguarda le relazioni della famiglia con il mondo esterno, mentre la funzione espressiva, gestita prevalentemente dalla moglie-madre, la quale è orientata verso la regolazione delle relazioni interne alla famiglia e al governo degli stati emotivi dei suoi membri. Papa continua la sua disamina evidenziando come lo schema di Parsons offre delle coppie di opposti che hanno una valenza utilizzabile al livello generale strumentale/espressivo; conoscitivo/emotivo; maschile/femminile.

Per l'autrice la stessa struttura analitica duale la ritroviamo in studiosi che hanno un approccio culturale apparentemente molto diverso, ad esempio i sostenitori della teoria del matriarcato. Bachofen, Morgan ed in maniera diversa lo stesso Engels, proiettano un generico "principio femminile" al di fuori della storia, in un tempo ipotetico e mitico in cui si sarebbe collocato il dominio delle donne. La seguente "sconfitta del femminile" con la successiva tappa dell'instaurazione di un patriarcato ci porta di fatto ad una idea di un'iscrizione biologica ed incarnata del femminile e del maschile, che di fatto negherebbe le questioni sociali come terreno in cui interrogare differenze e disuguaglianze.

In Levi- Strauss le coppie oppositive di natura/cultura donna/uomo si strutturano oltre il simbolico innervando il sociale. Se la comunicazione è alla base della vita comunitaria, infatti, il patto che costruisce il vincolo sociale è la regola esogamica dello scambio delle donne da parte degli uomini. Questo elemento viene definito come universale e pertanto elemento della natura, come nella natura si situa la successiva collocazione subalterna del femminile.

Nel secondo capitolo Papa si sofferma ad evidenziare alcune teorie sociali che decostruiscono i modelli dominanti di genere da una parte e che contestualizzano dall'altra la nascita della famiglia moderna nella società occidentale e la sua stretta relazione con il prevalere di una tipologia del femminile in quanto naturalizzato e materno. Nel tempo, infatti, sono intervenute studiose e studiosi che hanno messo in discussione tali modelli, nonché la stretta associazione tra la "donna" e la "madre": importanti ricerche hanno documentato la variabilità delle idee, delle concezioni, delle retoriche e delle pratiche nei diversi gruppi umani e nei diversi momenti storici in relazione a questi aspetti delle dinamiche sociali.

Il lavoro dell'antropologa Margaret Mead ha avuto il grande merito di dimostrare come nelle "culture altre" si esperisce in modo differenziato la vita emotiva. Il saggio *Sesso e temperamento* (1935) si focalizza sulle differenze culturali esaminate fra tre tribù della Nuova Guinea: gli Arapesh, i Mundugumor e i Ciambuli. In queste tre società i modelli di vita erano decisamente differenti da quelli occidentali: gli Arapesh maschi si comportavano in modo "materno" e "sensibile", caratteristiche che generalmente si ritengono femminili, i Mundugumor maschi erano più vicini al modello occidentale, mentre tra i Ciambuli gli uomini avevano un contegno femminile, ovvero erano dispettosi, portavano i riccioli e andavano al mercato e al contrario le donne erano energiche, disadorne, e con la tendenza ad assumere atteggiamenti direttivi. In base alle sue osservazioni, la Mead poté affermare che le cosiddette caratteristiche

maschili e femminili non sono basate sulle differenze di sesso, ma riflettono i condizionamenti culturali di società differenti.

Ma secondo Papa ciò che ha comportato un vero scossone ai discorsi essenzializzanti che ha cristallizzato il femminile ed il maschile dentro le coppie dicotomiche natura/emozioni cultura/razionalità è stata la storicizzazione dei sentimenti di infanzia e dell'amore materno.

La sua disamina di testi storici parte dal lavoro fondamentale di Aries che si è soffermato a descrivere le differenze nel passato rispetto alla cura dell'infanzia: in particolare la presenza fino al XVIII secolo del baliatico e l'alta mortalità infantile attestano una diversa sensibilità verso i bambini. Medici e moralisti si scaglieranno nel XVII secolo contro il baliatico sostenendo fortemente l'allattamento al seno. Il lavoro dello studioso mette in evidenza come il sentimento dell'infanzia, così come quello dell'amore materno sia una acquisizione recente: la sua nascita è contemporanea all'ingresso nella storia della famiglia moderna la quale ha il compito di assolvere a funzioni morali oltreché all'educazione sentimentale-affettiva dei suoi componenti. Per lo storico Shorter la famiglia moderna si struttura, a differenza di quella tradizionale, come unità emozionale; mentre è Elisabeth Badinter nel suo celebre *L'amore in più*, a fare emergere come il cambiamento e la nascita del sentimento materno sia da mettere in relazione con le politiche popolazioniste dello Stato che alla fine del '700 spingono le donne verso un modello di identificazione che ha la madre come modello.

La seconda parte del saggio di Papa presenta i dati di una ricerca svolta in Umbria sul tema della famiglia e parentela nelle classi popolari tra fine ottocento e metà del secolo scorso. Narrazioni e retoriche vengono meticolosamente scandagliate attraverso la lettura di una ricca ed eterogenea documentazione (dati demografici, "ricostruzioni di famiglie", letteratura folklorica, interviste a donne ed uomini ex mezzadri o contadini anziani) volta a restituirci uno sguardo puntuale riguardo alla maternità e ai modelli di genere presenti in quel periodo storico.

Dietro le emozioni

Il testo di Papa pone dunque la centralità su temi di straordinario interesse per le scienze sociali, in primo luogo rimettendo al centro i modelli dominanti di discorsi che producono la soggettività.

Come gli individui diventano soggetti *gendered*? cioè, come si auto-rappresentano come donne e uomini, come vengono rappresentati dagli altri, e come organizzano le loro pratiche sociali in modo da riprodurre i modelli dominanti, nei discorsi e nelle pratiche?

Il femminismo contemporaneo, gli studi di Foucault e così come innumerevoli altri lavori hanno da tempo demistificato l'idea illuminista di un soggetto unico, razionale, generalmente maschio, occidentale e borghese. Gli stessi *man's studies*, e il lavoro di Connell hanno introdotto l'esistenza di modelli plurimi di mascolinità e il concetto di mascolinità egemonica che hanno rotto con l'idea dell'esistenza di un unico *sex gender system* condiviso da tutti gli attori sociali di una data società. Le differenze culturali rispetto ai modelli di genere, dunque riguardano non solo le differenti società o diversi momenti storici: le differenze intra-culturali riguardano la molteplicità di modelli e di pratiche a cui in una stessa società un soggetto può fare riferimento anche il relazione al genere. In questo senso, un attore sociale può assumere posizioni soggettive molte-

plici in relazione ad una serie di discorsi e pratiche sociali, alcune di queste posizioni possono anche trovarsi in contraddizione e in conflitto tra loro.

La forma duale del discorso dominante è stata da tempo inoltre interrogata dai *queer's studies* in quanto modello eteronormativo che esclude la possibilità di rappresentazione di soggettività e sessualità eccedenti il binarismo. Se il sesso e il genere sono per qualcuno “una profezia che si autoavvera” è perché essi vengono performati, ovvero prodotti e riprodotti attraverso atti, parole e immagini dentro una rete di rapporti di potere. In questo senso la categoria della performatività (BUTLER 1990), da tempo al centro del dibattito su questi temi, mette anche in luce l'aspetto contestuale, relazionale e dinamico di sesso e di genere. L'antropologia femminista dal canto suo si è da tempo occupata di demistificare l'idea di un universale donna (ad esempio MOORE 1988), oltre ad avere documentato variamente – e lo avevamo accennato a partire dalla Mead – come i fatti biologici della maternità non producono un rapporto madre-figlio come una unità universale e immutabile.

Il lavoro di Papa pone l'accento su un aspetto fondamentale da indagare: quello del dispositivo emozionale nella costruzione di dicotomie e sentimenti di appartenenza e attaccamento.

A tale proposito gioverà anche ricordare come sia la tematizzazione della costruzione sociale delle emozioni a cui si è interessata sia il femminismo, nonché la stessa antropologia (LUTZ, ABU-LUGHOD) è diventata una questione che occupa diversi ambiti di ricerche.

Ad esempio dei lavori interessanti sono stati quelli che hanno individuato come la questione delle emozioni e del lavoro di cura “emozionale”, normalmente ascritto nella divisione sessuale del lavoro e al femminile debba essere ricompreso nelle trasformazioni sociali e produttive contemporanee.

Una rilettura materialista su tema delle emozioni si è infatti concentrata sulla necessità di connettere le ideologie del genere e delle emozioni con l'allocazione delle risorse. HOCHSCHILD (1983) ad esempio si è occupata in un suo lavoro delle hostess delle compagnie aeree. La studiosa utilizza il concetto marxista di sfruttamento che le consente di realizzare dei collegamenti tra le donne e i sentimenti degli uomini e la divisione del lavoro, costo del lavoro, e la riproduzione della forza lavoro e il profitto. Il lavoro emotivo dell'hostess consiste nel sorridere piacevolmente durante un volo e fare sentire ogni passeggero felice attraverso la sua presenza e le sue attenzioni. Ma la maggior parte dei lavori di servizio, occupati da donne dipendenti, richiedono questo tipo di requisiti di tipo emozionale. Per Hochschild queste pratiche importanti sono praticamente definite come riproduzione dei legami affettivi, ma sono ignorati o banalizzati come forme del lavoro. Se, inoltre, generalmente l'emozione è definita come un'espressione naturale e se i sentimenti delle donne verso i parenti si presume debbano essere naturalmente positivo o materni, e ancora più potente è l'incentivo ideologico che posiziona il lavoro gratuito delle donne nella dimensione domestica come piacevole o come per una attività di libera “scelta” del tempo libero. Utilizzando questo approccio sulle emozioni intese come requisito di “manodopera” Hochschild ha provocatoriamente definito il sistema di divisione ineguale del lavoro domestico, a partire dall'analisi delle coppie eterosessuali della classe media, come una “economia di gratitudine”. Il suo lavoro mostra come inoltre che il dualismo che riproduce una distinzione da una parte le emozioni legate all'altruismo (leggi la compassione) e dall'altra l'interesse personale (leggi la razionalità) è artificiale e che di fatto questi aspetti non necessariamente si escludono a vicenda.

Nel testo *Per amore o per forza* Cristina MORINI (2010), giornalista e saggista, osserva come i dispositivi di potere che un tempo erano specifici del controllo del femminile e del lavoro gratuito di cura, oggi vengono trasferite all'esterno e vengono assunti come forme del controllo e della valorizzazione nel lavoro tout court. Nel lavoro contemporaneo vengono, infatti, mobilitate le risorse affettive, relazionali, linguistiche e cognitive della cooperazione sociale. Parlare di femminilizzazione del lavoro indica, allora, come gli aspetti relazionali ed affettivi requisiti chiave per la vita sociale domestica, tendono ad essere investiti di significato nella messa al lavoro della produzione, e dunque i dispositivi di subalternizzazione del femminile eccedono la dimensione domestica e si inscrivono nella eterogeneità dei soggetti subalterni.

La filosofa Sara AHMED in un suo testo, *The promise of happiness* (2010) torna a tematizzare gli aspetti legati alla costruzione sociale delle emozioni. La studiosa suggerisce come l'orizzonte politico della felicità e la sua promessa debbano leggersi come una tecnologia-produzione della soggettività, in grado di orientare i nostri desideri verso alcuni oggetti (la famiglia, bambini), alcuni stili di vita (monogamia), alcune narrazioni (cittadinanza, matrimonio).

Se la felicità è promessa attraverso la prossimità con alcuni oggetti è perché le biografie delle persone sono sempre intimamente connesse con degli oggetti. D'altra parte l'evocazione di un oggetto può essere piacevole anche se noi non abbiamo ancora sperimentato l'oggetto in questione come piacere: questo accade, secondo Ahmed, prima di tutto a causa del potere dell'immaginazione umana, ma anche perché il giudizio su alcune cose buone non solo precede il nostro incontro con le cose, ma ci dirige verso le cose stesse. L'attesa della felicità, dunque, ci consegna specifiche immagini sul futuro.

La nostra libertà nel perseguire questi oggetti e la promessa di felicità che lasciano presagire, Ahmed sostiene, è, dunque, un'azione che viene diretta: il nostro orientamento verso di essi risponde ad un mandato politico e sociale verso alcuni orizzonti di personalità e socialità.

Ahmed elenca tre casi di studio chiave – “la femminista guastafeste” “il *queer* infelice,” e “il migrante melanconico” – l'analisi dei quali fa emergere l'aspetto sociale di costruzione della felicità. Questi particolari casi studio forniscono un ricco archivio culturale o testi infelicità (novelle, romanzi per la maggior parte) che consentono ad Ahmed di individuare il divario tra la felicità promessa e la realtà perturbata dagli oggetti che promettono felicità. La critica femminista, ad esempio, ha svelato da tempo alcuni topos normativi, e Ahmed ripercorre questa genealogia che a partire dall'analisi di testi ed immagini, come quando si sofferma sulla figura della casalinga felice e della suo attuale rovescio televisivo incarnato nelle *Desperate Housewives*. L'affermazione che le donne sono felici, e che questa felicità è dietro il lavoro che fanno, serve per giustificare le forme del lavoro genderizzate non come un prodotto della natura, la legge, o il dovere, ma come espressione di una volontà e di un desiderio collettivo. Cosa accadrebbe se potessimo esplorare l'immaginazione come qualcosa che ci permette di essere liberate dalla felicità, dalla sua promessa e dalla limitatezza dei suoi orizzonti?

Bibliografia

AHMED Sara (2010), *The promise of happiness*, Duke University Press, Durham - London.

BUTLER Judith (2004), *Scambi di genere. Identità, sesso e desiderio*, traduz. dall'inglese, Sansoni, Firenze.

CONNELL Robert W. (2011), *Questioni di genere*, traduz. dall'inglese, Il Mulino, Bologna.

HOCHSCHILD Arlie Russell (1983), *The managed heart. Commercialization of human feeling*, University of California Press, Berkeley.

LUTZ Catherine - ABU-LUGHOD Lila (2005), *Emozione, discorso e politiche della vita quotidiana*, traduz. dall'inglese, "Antropologia" (Meltemi, Roma), anno 5, n. 6, 2005.

MOORE Henrietta (1988), *Feminism and anthropology*, University of Minnesota Press, Minneapolis.

MORINI Cristina (2010), *Per amore o per forza. Femminilizzazione del lavoro e biopolitiche del corpo*, Ombre Corte, Verona.

PAPA Cristina (1985), *Dove sono molte braccia è molto pane*, Editoriale Umbra, Perugia.

PAPA Cristina (2013), *Identità di genere e maternità. Una ricerca etnografica in Umbria*, Morlacchi Editore University Press, Perugia.

07. Schede di lettura

CALCAGNO Carlo, *Circoncisione. Dalla selce al bisturi. Sesso, medicina, religione, cultura: storia sorprendente di una tradizione millenaria*, prefazione di Paolo Aldo Rossi, Araba Fenice, Boves (provincia di Cuneo), 2009, 411 pp.

Testo ampio che intende coprire il tema della circoncisione nei suoi aspetti storici, culturali, medici. L'Autore, medico urologo di formazione, affronta le molteplici sfaccettature di pratiche, fra loro molto diverse, che sono volte a segnare permanentemente i corpi, a identificare i generi e i loro rapporti differenziali. Provando a sottrarre il tema alla medicalizzazione, vengono attraversati gli ambiti della circoncisione rituale e dei riti di passaggio, della profilassi medica e psicologica, della circoncisione terapeutica. Il volume si chiude con una ricognizione delle mutilazioni genitali femminili e delle questioni morali e politiche relative alla circoncisione rituale in realtà multiculturali.

In vari passaggi l'Autore si confronta con le scelte culturali, religiose ed etiche che accompagnano le modificazioni permanenti degli organi genitali. In tal senso mostra la necessità di uno sguardo critico sulla trasformazione medica di pratiche religiose e sulla richiesta di praticare la circoncisione rituale nelle società multiculturali. Questo soprattutto a fronte di una delegittimazione delle ragioni profilattiche addotte, in genere, per giustificare la modificazione degli organi genitali.

L'estensione del lavoro può andare a scapito della profondità di analisi. Se da un lato il panorama cross-culturale e storico consente di riflettere su diffusione e pervasività delle modificazioni corporee per la riproduzione gerarchizzata dei sessi; dall'altro, la mancanza di un'approfon-

dita analisi di casi specifici permette solo d'intravedere le concrete situazioni storiche in cui interagiscono diversi approcci, linguaggi e soggettività e nelle quali è sancito o contestato il potere di marcare i corpi e controllare la sessualità.

[MMi]

CALCAGNO Carlo, *Impotenza. Storia di un'ossessione*, prefazione di Mauro Rossetto, Mimesis Edizioni, Milano - Udine, 2012, 185 pp. (Eterotopie, collana diretta da Salvo Vaccaro e Pierre Dalla Vigna, 186).

Paura dell'impotenza e volontà di potenza. Excursus colto nella storia culturale del mondo maschile, dell'impotenza e dei rimedi per contrastarla in Occidente. Nella scrittura traspare la competenza e lo sguardo del medico specialista delle malattie genitali maschili, alla ricerca delle coordinate culturali di una condizione patologica, ritratta come una minaccia mai completamente esorcizzata.

La necessità di riflettere sulla connessione tra corpo e mente, valorizzando la base psicologica di una disfunzione percepita come minaccia corporea, sostiene l'impianto interpretativo. Il primo capitolo su corpo e anima da Platone a Freud tocca soprattutto questa premessa. Si passa poi a una disamina delle fonti storiche sulla impotenza dall'antichità all'epoca moderna. Il taglio di storia della medicina porta a vedere la questione come un passaggio evolutivo dalla magia alla scienza medica. In questo modo saperi e pratiche di epoche lontane appaiono perlopiù come passaggi imperfetti verso un sapere medico maturato solo recentemente. Nei capitoli finali sono ripresi i

momenti cruciali e le figure significative della ricerca scientifica sull'impotenza, mentre la parte conclusiva è interamente dedicata alla nuova "magia" del Viagra, la pillola di maggior successo mediatico e commerciale del Ventunesimo secolo.

In una storia culturale della impotenza, la questione corporea meriterebbe di essere più attentamente intrecciata con la storia sociale della sessualità, bilanciando e integrando gli sguardi biomedici e funzionali. Un contributo in tale direzione potrebbe attingere a studi antropologici sulle connessioni tra l'"ossessione" indagata nel libro e i modi culturalmente specifici di scongiurare le minacce alla potenza sessuale, alla filiazione e alla discendenza. In questo senso l'antropologia permetterebbe di allargare lo sguardo a varie forme di attacco alla potenza di generazione, intesa come potere sociale di filiazione e alleanza, e di definire le coordinate culturali dei fenomeni di scala globale affrontati nel testo: il mercato dei prodotti per contrastare l'impotenza e la regolazione della sessualità come dispositivo fondamentale per il consumo di massa.

[MMi]

Nando COSSU, *L'amore negli occhi. Rapporti tra i sessi e formazione della coppia nella società angropastorale sarda*, Carlo Delfino Editore, Sassari, 2014, 214 pp.

Questo recentissimo volume di Nando Cossu – anch'esso di etnografia della Sardegna – segue i suoi due precedenti, ricchi contributi interamente "interni" all'ambito della antropologia medica: *Medicina popolare in Sardegna. Dinamiche, operatori, pratiche empiriche e terapie magiche*, Carlo Delfino Editore, Sassari, 1996, 366 pp., e *A luna calante. Vitalità e prospettive della medicina tradizionale in Sardegna*, presentazione di Giulio ANGIONI, Argo Editrice, Lecce, 2005, 259 pp. (n. 5 nella nostra collana Biblioteca di Antropologia Medica [BAM]).

Dedicato a un segmento importante del "ciclo della vita", *L'amore negli occhi* è anch'esso frutto di un lungo e paziente lavoro di interviste, risultato dei colloqui con settantaquattro informatori molto anziani (nati fra il 1899 e il 1935) in una quarantina di comuni del territorio sardo, in modo da ricostruire, appunto, i ruoli, le pratiche, i rituali, le "credenze" e i valori che caratterizzavano la costruzione dei rapporti di genere e dell'identità familiare nella tradizionale società agropastorale sarda.

In questa direzione il testo di Nando Cossu costituisce un importante contributo su un mondo ormai quasi scomparso, con una precisa attenzione alla frattura apertasi con i recenti processi di rapido cambiamento. Significativo, in merito, il commento di un anziano di Ortuveri, novantottenne: «Io non so se ho sognato quando ero giovane o se sto sognando adesso che sono vecchio» (p. 7).

In questa sede sono però da segnalare, in particolare, le numerose informazioni più vicine alle tematiche praticate dall'antropologia medica: le concezioni relative al rapporto tra immagini psichiche e vicende corporee, come ad esempio le "voglie" delle donne incinte e gli effetti che esse provocano in assenza di opportune "risposte", le complesse pratiche legate al puerperio, al parto e all'allattamento, le iniziazioni alla sessualità.

Su questi temi l'informazione è molto ricca e travalica largamente gli ambiti di più "ovvio" interesse antropologico-medico, in prevalenza esplorati nel capitolo *Dal parto al puerperio* (pp. 129-140). Valgano, ad esempio, i rischi, per la salute e la stessa vita del nascituro ove ad esso non venga dato il nome di un parente ormai defunto richiesto in sogno dallo stesso defunto alla madre gestante (pp. 16-17) o il pericolo, per il neonato, una volta raggiunta l'età adulta, di "diventare matto", se la ragazza (mai la madre, ancora "impura") che lo porta al battesimo si sia voltata durante il percorso (p. 17).

Si tratta, in sostanza, di un testo etnografico di notevole interesse, dunque, anche per chi lavora in antropologia medica.

Indice: *C'era una volta... / Informatori / Nascita e prima infanzia / L'adolescenza / Le serenate / I balli / Su fastigiù / Prefidanzamento / Il fidanzamento / Il matrimonio / Vita di coppia / Dal parto al puerperio / Introduzione all'Appendice / Appendice. Mestruazione e parto. Conversazioni quasi integrali / Note / Intervista. Sul pensiero maschilista nella società agropastorale sarda. Intervista a Francesco Cabiddu, anni 98, Ortueri / Bibliografia essenziale / Traccia di conversazione guidata sul percorso di formazione della coppia nella società agropastorale sarda: La mestruazione, Il primo amoreggiare, Il fidanzamento, Il matrimonio.*

[TS]

LACATENA Anna Paola, *Resto umano. Storia vera di un uomo che non si è mai sentito donna*, Chinaski Edizioni, Milano, 2014, 174 pp.

È il tentativo di mettere al centro di una riflessione sociologica il racconto biografico di una trasformazione. Una vita che si racconta ed esplora le diverse possibilità di costruzione del soggetto in rapporto al mutare degli eventi e delle appartenenze di genere. L'occasione è l'incontro fra l'Autrice, una sociologa operatrice di un Sert pugliese, e un utente che è da lei riconosciuto come Michela, una compagna di giochi d'infanzia con cui aveva perso i contatti.

Il testo fa interagire i destini delle due protagoniste in modi diversi, sviluppandosi in due parti. Nella prima Miki narra in prima persona la propria storia di vita. Il racconto riprende alcune vicende e alcuni dolorosi eventi che hanno portato Michela a vivere l'esperienza della tossicodipendenza, del carcere, della malattia, di maturare la scelta di intraprendere un percorso di transizione al maschile. La seconda parte permette

ad Anna Paola Lacatena di introdurre alcuni elementi di comprensione sociologica, accompagnati da una bibliografia essenziale, ma pertinente, su alcuni argomenti attorno ai quali di struttura il racconto di Miki.

L'Autrice richiama il coinvolgimento emotivo e personale necessario a sviluppare un approccio biografico al genere, alla dipendenza e alla malattia. Si tratta di una scelta che per certi versi struttura il progetto biografico, anche se la condivisione legata agli incontri e alla posizione di ascolto non sembra emergere pienamente nella scrittura e nella organizzazione del testo. La dimensione dialogica e la possibilità di interrogarsi reciprocamente rimane infatti sotto traccia rispetto alla presenza monologica di due voci che si alternano nelle due parti del libro. L'efficacia della narrazione dà comunque al lettore la possibilità di entrare in rapporto con un'intricata combinazione di temi, smontando anche alcuni stereotipi: le dipendenze, il rapporto fra droga, criminalità e legislazione vigente, la terapia con il metadone, l'AIDS, la nozione di genere, l'omofobia, i network di persone sieropositive.

Il titolo a effetto e la grafica di copertina sembrano nasconde e mascherare, piuttosto che mostrare e valorizzare, il percorso di conoscenza proposto nel libro.

[MMi]

Gustavo GUIZZARDI (curatore), *Giunti sul passo estremo. Medicina e società di fronte al fine vita*, Guerini e Associati, Milano, 2014, 212 pp.

Gustavo Guizzardi, ben noto sociologo della salute che ha già lavorato in passato su questa tematica, ha raccolto qui una serie di contributi provenienti dalla sociologia e dall'antropologia che concernono sostanzialmente ricerche empiriche sulla condizione di fine vita,

in diversi contesti assistenziali italiani e in rapporto all'intervento di differenti professioni sanitarie.

Complessivamente il volume esplora da un lato le diverse risposte istituzionali al prevedibile approssimarsi della morte e documenta dall'altro il vissuto soggettivo di sofferenza del morente e dei suoi familiari e le interazioni che ne derivano con medici e infermieri. Interazioni di cui vengono attentamente esaminati gli sfondi etici e le responsabilità professionali e sociali. Con una particolare attenzione sono focalizzate, in uno dei contributi, esperienze e dinamiche che si manifestano nelle nuove realtà delle famiglie immigrate.

L'insieme delle relazioni emerse da queste ricerche empiriche è aperto e interpretativamente inquadrato nel saggio introduttivo da Gustavo Guizzardi, che è appunto curatore dell'intero volume.

Indice. Gustavo GUIZZARDI, *Presentazione* / Gustavo GUIZZARDI, *La lunga strada dell'affermarsi del soggetto* / Carlo NARDELLA, *Medici e fine vita. Esperienze, strategie, tensioni* / Luca TRIPPOLIN, *Infermiere e infermieri sulla scena del fine vita. Tra mediazione e rivendicazione dell'identità professionale* / Stefano TOMELLERI, *La ricerca della collaborazione. La difficoltà della continuità terapeutica legata all'inguaribilità terminale* / Isabella CORDISCO, *Dirsi in prima persona. Esperienze di fine vita in hospice italiani* / Francesco SPAGNA, *Fine vita e al di là della vita. Una prospettiva antropologica e una ricerca tra famiglie immigrate.*

[MMi]

MORINELLI Antonio, *L'ala delirante. I convulsionari di Saint-Médard: un caso di psicopatologia di massa nel secolo dei Lumi*, Edizioni di Pagina, Bari, 2011, 334 pp. (Etnografie. Collana diretta da Fernando Mirizzi, 8).

Il libro propone un'analisi antropologica del movimento religioso dei con-

vulsionari francesi sviluppatosi attorno alla figura del giansenista François de Paris. Quando in occasione della sua inumazione nel piccolo cimitero di Saint-Médard, il 1 maggio 1727 cominciò a crescere una forma di devozione popolare con eclatanti manifestazioni mistiche, crisi convulsive, visioni profetiche, glossolalia, miracolose guarigioni, tutta Parigi rimase colpita. Il carattere collettivo e la potente proliferazione di pratiche fuori controllo attirarono l'attenzione delle autorità cittadine, dei medici e degli intellettuali dell'epoca. Le vicende e i dibattiti che seguirono lasciarono tracce profonde nella società francese, pochi anni prima della diffusione del mesmerismo e della disputa sul magnetismo animale.

Dopo aver descritto il contesto sociale e delineato le contrastanti reazioni di ortodossia cattolica, intellettuali illuministi e sapere medico al manifestarsi di miracoli e guarigioni, l'Autore si concentra su quello che appare come un fenomeno storico-religioso caratterizzato da vari legami con forme di religiosità popolare diffuse in Europa nei secoli precedenti. Va detto che in effetti, a fronte della propagazione di "cellule" convulsionarie nella società francese, la sola chiave di lettura dell'alterazione psichica non aiuterebbe a comprendere processi storici in cui la presenza – individuale e collettiva – dei partecipanti è messa radicalmente in crisi e si misura con diversi itinerari rituali di riscatto. La ricostruzione degli antecedenti storici e delle pratiche devozionali delle classi popolari nella Francia di antico regime permette così di avere una buona visione del susseguirsi concitato di fenomeni straordinari.

All'inizio di questa intricata storia, a fronte di prodigi ed eccessi, il livello del confronto teologico e dottrinale tra giansenisti e gesuiti è chiamato a misurarsi con il problema di come la mortificazione

della carne e l'ascesi abbiano alimentato desideri di liberazione e di contatto con il meraviglioso. In seguito, la peculiarità di questo culto pubblico sarà soprattutto spiegata ricorrendo alla pratica medica e in senso più ampio a un processo di naturalizzazione e psicologizzazione del malessere. La presenza iniziale di mobilitazioni delle popolazioni urbane porta inoltre l'Autore a seguire il propagarsi di "cellule" convulsionarie in territorio francese, soprattutto in aree rurali tra le classi contadine. Nell'itinerario proposto nel libro si susseguono capitoli dedicati a sonnambulismo e mesmerismo, profezia e glossolalia, culto dei santi e dei miracoli, epidemie coreutiche, pellegrinaggi di flagellanti.

L'aspetto più problematico di questa operazione è che quando la ricostruzione di attori, pratiche e contesti sociali si allarga troppo, l'argomentazione rischia di perdere coerenza, mentre la comparazione etnologica che richiederebbe un alto impegno filologico e una attenta critica storiografica. Questo, soprattutto se si considera che il lavoro sulle convulsioni è certamente un passaggio necessario al compito più arduo di realizzare una storia sociale dei nervi, delle sensibilità e delle comunicazioni inter-corporee, in un itinerario che come ha mostrato Clara Gallini, vede precipitare il meraviglioso nell'area di attrazione del patologico e del difforme.

[MMi]

PELOSO Paolo Francesco, *La guerra dentro. La psichiatria italiana tra fascismo e resistenza (1922-1945)*, prefazione di Valeria P. BABINI, Ombre Corte, Verona, 282 pp. (Documenta, 8).

Psichiatria e fascismo hanno stabilito un rapporto controverso, che ha aperto contraddizioni e rotture fra chi, in vari frangenti in Italia, si schierò con il regime e chi vi si oppose. Il libro di Peloso

affronta questo rapporto, sviluppando quattro livelli di analisi e di riflessione che corrispondono a quattro aspetti significativi della storia del Novecento: la realtà del manicomio e della organizzazione ospedaliera tra il 1922 e il 1945; il dibattito sull'eugenetica in Italia nel quadro più ampio della politica di sterminio dei malati di mente intrapresa sistematicamente dal nazismo; il contributo della psichiatria al razzismo coloniale e all'antisemitismo; le conseguenze della guerra sulla vita e la morte nei manicomi italiani. Il filo conduttore di queste vicende è un lungo e continuo conflitto: «una guerra che è *dentro* il mondo mentale, nella sua duplice accezione speculare di bellicosità e di vittimizzazione, e insieme *dentro* il gruppo, disgregato nella stagione squadristica, il tribunale speciale, la guerra civile, e *dentro* il territorio, con i bombardamenti e poi i combattimenti casa per casa» (pp. 16-17).

Le macerie materiali e le sofferenze, che alla fine resteranno sul terreno, appaiono come gli esiti drammatici di un percorso di mancato riconoscimento di ciò che è umano. Una negazione dell'umanità dovuta all'impatto della ideologia razzista nella fase di espansione coloniale e poi al ruolo svolto da alcuni medici e antropologi alla realizzazione del manifesto della razza, alla definizione del nucleo ideologico e pratico della eugenetica, per giungere agli effetti concreti dei dispositivi disciplinari sulla mortalità dei ricoverati in manicomio, per la fame e il freddo, alla fine della seconda guerra mondiale.

La lettura del testo permette di entrare in rapporto con le pratiche, il campo scientifico, le ideologie e le figure intellettuali che hanno isolato, controllato e segnato aree di marginalità, di povertà, di sofferenza, inscritte nel paesaggio istituzionale della alienazione e della follia.

[MMi]

Maurizio PORTALURI, *Camici a sud. Sanità e salute all'epoca dell'austerità*, Edizioni Kurumuny, Lecce, 2014, 93 pp.

Maurizio Portaluri è radioncologo, direttore della U.O. di Radioterapia della Asl di Brindisi ospedale Perrino, nonché medico molto attivo sul territorio locale su tematiche di salute pubblica soprattutto rispetto all'esplorazione del nodo causale tra diffusione di patologie, ambiente e inquinamento industriale. Nel 2005 è stato nominato direttore della Asl Barletta Andria Trani e nel 2007 dell'Istituto Tumori di Bari, incarichi dai quali, sempre nel 2007, ha deciso di dimettersi per «impraticabilità del campo». Ed è proprio la consapevolezza di questa «impraticabilità» come limite all'azione costruttiva, maturata nella concreta esperienza personale e professionale a stimolare una riflessione critico-politica sul campo sanitario pugliese (e più in generale del Sud Italia), sulle problematiche che lo affliggono e al contempo sulle possibilità di intervento e di trasformazione. Una riflessione già avviata con la pubblicazione di *La Sanità malata. Viaggio nella Puglia di Vendola* (Glocal Editrice, Lecce, 2008) che con il pamphlet *Camici a Sud. Sanità e salute all'epoca dell'austerità*, trova una importante linea di continuità. Tenendo conto del pluralismo e della complessità che ha caratterizzato e che caratterizza tuttora il campo sanitario pugliese, il volume grazie a una struttura agile, si propone come un eterogeneo ma efficace insieme di brevi riflessioni, analisi, citazioni, esperienze autobiografiche, narrazioni, lettere di colleghi, «storie di ordinario disorientamento» della persona ammalata e delle istituzioni che si connettono tra di loro restituendo l'essenza delle tensioni tra politica e scienza, tra la Sanità come organizzazione politico-burocratica regolata da rapporti di forza e il Servizio Sanitario Pubblico come bene comune (e diritto costituzionale verrebbe da dire) che mette al centro la salute del cittadino, la sua promozione

e la prevenzione di malattie. In un tale quadro d'insieme l'aziendalizzazione degli ospedali che li rende «fabbriche di prestazioni», i medici demotivati, la mancanza o lo spreco di risorse, il clientelismo e la corruzione, le disuguaglianze di prassi e servizi tra il Nord e il Sud del Paese, non sono discussi esclusivamente nei termini della mera imputazione di responsabilità da individuare, ma come i tasselli di un Sistema da disarticolare nelle sue parti «fallate» con una critica consapevole che possa valorizzare e proporre linee di possibile intervento trasformativo. Una operosa trasformazione del Servizio Sanitario che secondo l'Autore dovrebbe essere mossa da una consapevole centralità della persona ammalata sulla base di quattro principi: beni comuni, bisogni dell'ammalato, verificabilità dei risultati e vera prevenzione. Ed è proprio quest'ultimo punto – la vera prevenzione – che sembra definirsi nei complessi rapporti di forza tra politica e scienza, tra interesse economico e diritto alla salute, a diventare paradigma per una lettura del campo sanitario pugliese soprattutto rispetto alle note emergenze sanitarie di Taranto e Brindisi certamente connesse alle emissioni inquinanti degli estesi insediamenti di industria pesante. Se l'esperienza svedese, quando durante gli anni Settanta il paese scandinavo è riuscito a ridurre notevolmente la presenza di linfomi e sarcomi nella popolazione bandendo alcuni pesticidi dall'agricoltura, si configura come un esempio da seguire, l'individuazione epidemiologica dei nessi causali tra inquinamento industriale e patologie nelle aree industriali della Puglia assume i contorni di una complessa azione politico-sociale dentro un campo conflittuale dominato principalmente dagli interessi delle compagnie industriali e dalle ambiguità della politica. Per condurre una vera opera di prevenzione secondo Portaluri è importante integrare la ricerca epidemiologica con un approccio interdisciplinare e con

una giurisprudenza che «all'insegna dei principi costituzionali, metta in condizione di andare a fondo nell'individuazione delle responsabilità di chi inquina l'ambiente e semina morte». Allo stesso tempo è necessaria una più diffusa e combattiva partecipazione democratica e di cittadinanza «capace di provocare un mutamento culturale che si batta per l'attuazione dell'articolo 32 dello Statuto, il quale fa obbligo alla Repubblica di tutelare la salute come diritto fondamentale del cittadino e interesse della collettività garantendo le cure alle persone indigenti». Da una tale prospettiva che sembra porsi come asse portante di tutto il volume, *Camici a Sud* si configura certamente come un utile strumento di esplorazione e di analisi del campo sanitario pugliese, e allo stesso tempo si presenta come una importante finestra di dialogo per l'antropologia medica critica verso l'individuazione di nuove e condivise strategie operative nel campo della salute pubblica e nell'organizzazione dei servizi e delle politiche sanitarie.

Indice: Prefazione di Gianluigi Trianni / Prologo / Cane non morde cane / Intervista all'Assessore di Partenia / Dieci anni di sanità: ospedali chiusi e lunghe liste di attesa / Di politica e di poteri invisibili / Dall'analisi al rimedio: la cultura dei quattro principi / Nord chiama Sud / Sud chiama Nord / Perché siamo ancora una regione arretrata / Perché hai voluto fare il dottore? / La vera prevenzione: parliamo di Taranto e Brindisi.

[AFRa]

Ethan WATERS, *Pazzi come noi. Depressione, anoressia, stress: malattie occidentali da esportazione* traduz. dall'inglese di M. Culellaro, Bruno Mondadori, Milano, 2010, 292 pp.] ediz. orig.: *Crazy like us: the globalization of the America psyche*, Free Press, New York, 2010, 291 pp.]

In questo testo l'autore illustra come si stia diffondendo una nuova forma di

colonialismo culturale che esporta insieme ai farmaci, le stesse malattie, e che influenza i sintomi accanto al linguaggio usato per definirli. I cambiamenti nelle manifestazioni delle malattie mentali nel mondo sono estremamente eloquenti: negli ultimi venti anni i disturbi dell'alimentazione sono aumentati a Hong Kong e si stanno diffondendo in tutta la Cina. Il disturbo da stress post-traumatico (PTSD) è ormai divenuto la diagnosi tipica della sofferenza umana subito dopo gli episodi di guerra e le catastrofi naturali. E in tutto il mondo si sta diffondendo una particolare versione americanizzata della depressione. La premessa di questo libro è che il virus, l'agente patogeno, siamo noi. Negli ultimi trent'anni noi occidentali abbiamo alacremenente esportato le nostre idee sulla malattia mentale. Le nostre definizioni e le nostre terapie sono diventate standard internazionali. Indubbiamente il modo in cui una cultura pensa alle malattie mentali influenza le malattie stesse. «I sintomi della malattia mentale sono una sorta di bagliore che illumina lo spirito del tempo, il prodotto della cultura e delle credenze in un dato luogo e in un dato tempo». La notevole differenza di un tempo tra le concezioni della follia nelle diverse culture sta rapidamente scomparendo. Insegnando al resto del mondo a pensare come noi, abbiamo omogeneizzato, nel bene e nel male, il modo in cui si diventa pazzi nel mondo. Dietro la promozione delle idee occidentali di salute e guarigione mentale si trova una varietà di assunti culturali sulla natura umana stessa. Antropologi e studiosi di fenomeni interculturali dimostrano che l'esperienza della malattia mentale è inscindibile dalla cultura. Del resto tutti i disturbi mentali, comprese categorie apparentemente ovvie come la depressione, il PTSD e persino la schizofrenia, sono modellati e influenzati da credenze e aspettative culturali, alla stregua della paralisi isterica alle gambe, delle visioni, dell'*amok* indonesiano, del

koro dell'Asia sud orientale o di qualsiasi altra malattia mentale sperimentata nel corso della storia della follia umana.

Indubbiamente la maggior parte dei professionisti della salute mentale negli Stati Uniti e in altri Paesi non hanno modo di scegliere, se non utilizzare al meglio il sapere e la tecnologia disponibili. In che modo le teorie occidentali modificano le credenze sulla mente? L'autore dichiara di non voler cadere nel vecchio cliché secondo cui le altre e più tradizionali culture hanno necessariamente ragione quando affrontano la malattia mentale: "Ogni cultura affronta queste malattie intrattabili con gradi diversi di compassione e di crudeltà, di serenità e di paura. La mia tesi non è che le altre culture necessariamente lo facciamo meglio, ma solo che lo facciamo in modo diverso. Esplorare in profondità le credenze proprie di altre culture ci può rivelare in modo sorprendente i nostri stessi pregiudizi culturali. Quello che è certo è che, in altri luoghi del mondo, l'interpretazione culturale della vita mentale è maggiormente intrecciata a una molteplicità di credenze religiose e culturali e al mondo ecologico e sociale. In queste concezioni la mente non è stata ancora separata dal corpo, né la salute mentale individuale da quella del gruppo. Nonostante ciò continuiamo strenuamente a cercare di persuadere il resto del mondo a pensare come noi".

Nelle ultime pagine Watters, giornalista del New York Times, segnala come la recentissima crisi economica globale abbia già allertato studiosi, medici e psicologi. I crescenti sconvolgimenti economici, in grado di produrre un forte disorientamento, minacciano ogni giorno lo status, la sicurezza e il futuro di ciascuno. Si prevedono così effetti catastrofici sulle menti delle popolazioni colpite. Il gruppo di pressione delle case farmaceutiche PhRMA, ad esempio, ha già annunciato che sono in corso di sviluppo ben 301 nuovi farmaci per le malattie mentali, di cui 65 per la depressione e 54 per i disturbi d'ansia. I gruppi di lavoro dell'APA (l'American Psychological Association che entro il 2013 pubblicherà una nuova edizione del manuale diagnostico DSM-V) sono attualmente impegnati a definire la questione di quali disturbi debbano essere inclusi, o depennati, dall'elenco. Sul sito dell'APA è anche possibile lasciare un suggerimento rispetto alla cancellazione o all'inserimento di nuovi disturbi sul DSM-V. Nuovi disturbi, nuovi farmaci, nuovi mercati.

Indice: *Introduzione / La diffusione dell'anorexia a Hong Cong / L'onda del Prsr nello Srilanka / Il volto mutevole della schizofrenia a Zanzibar / Il mega marketing della depressione in Giappone / Conclusioni. La crisi economica globale e il futuro della malattia mentale / Bibliografia.*

[SF]

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 per e-mail all'indirizzo *redazioneam@antropologiamedica.it*. 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 Referee, 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 [oltreiché, 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 *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 Raymond (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 solo 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 e Editore

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

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 2014: Italia e Paesi della Unione europea € 50,00
altri Paesi US\$ 75
- numero 37/aprile 2014 € 20,00
- numero 38/ottobre 2014 € 30,00

Per i Soci SIAM il versamento della quota associativa annuale comprende anche il diritto a ricevere la rivista



Stampato dallo Stabilimento Tipografico «Pliniana»
Viale F. Nardi, 12 – 06016 Selci-Lama (PG)
www.pliniana.it

