

Præter hæc clausulas, alias adhibere solent inter quas maximè celebris est Rhythmus ille Sculus, dictus, Ottava Siciliana; quam & identidem repetere solent; cui infrascriptos, Sicula dialecto compositos versus accomodant, miramque dicitur habere vim concitandi Tarantatos. Clausulam harmonicam notulis suis expressam apponimus.



Ottava Siciliana . Tono frigio .

S Tu pettu è fattu Cimbalu d'Amuri:
 Tasti li sensi mobili, & accorti:
 Cordi li chianti, sospiri, e dulari:
 Rosa è lu Cori miu feritu à morti:
 Strali è lu ferru, chiai sò li miei arduri:
 Marteddu è lu penseri, e la mia forti
 Mastra è la Donna mia, ch'à tutti l'huri
 Cantando canta leta la mia morti.



L'immagine collocata al centro della copertina di questo numero di "AM" riproduce il testo e la melodia della celebre ottava siciliana, uno degli otto antidoti musicali contro il veleno della tarantola riportati da Athanasius Kircher (Geisa, 2 maggio 1602 - Roma, 28 novembre 1680) nel suo *Magnes, sive de arte magnetica* (Roma, L. Grignani, 1641). Professore di matematica, fisica e lingue orientali presso il Collegio dei gesuiti a Roma, Kircher è autore di numerose opere sugli argomenti più disparati, al punto da essere definito dalla recente storiografia come «l'ultimo uomo che sapeva tutto» (Cfr. *Athanasius Kircher: The Last Man Who Knew Everything*, ed by P. Findlen, Routledge, New York and London, 2004). L'interesse di Kircher per il tarantismo pugliese va inquadrato in una sua certa attenzione alla magia universale, all'occulto magnetismo dell'universo e ai prodigiosi poteri curativi della musica. Proprio nella sezione del *Magnes* dedicata al magnetismo musicale, egli colloca un'ampia discussione intitolata *Sul tarantismo, ossia sui meravigliosi effetti della tarantola, e sul suo magnetismo nell'uomo* (*De tarantismo sive de mirabilibus Tarantulae effectibus, ejusque in homine magnetismo*, pp. 865-891). Dalla trattazione risalta la vicinanza del gesuita alle credenze neoplatoniche e neopitagoriche, diffuse nella cultura barocca, circa il potere della musica di curare specifici disordini del corpo e dell'anima. Ciò non di meno, facendo confluire, in maniera eclettica, concezioni umorali di matrice galenica, rappresentazioni meccaniche della percussione e teorie corpuscolari, egli giunge ad affermare l'esistenza di un magnetismo occulto, proprio di alcune particolari melodie, in grado di attrarre il veleno fuori dal corpo e di condurre l'avvelenato a piena guarigione. Avvalendosi poi delle testimonianze fornitegli dai suoi corrispondenti pugliesi – i gesuiti Giovanni Battista Galliberto e Paolo Nicoletto, rettori, rispettivamente, dei collegi di Lecce e di Taranto – Kircher allega alla sua trattazione una serie di storie di tarantismo, particolarmente ricche di informazioni sulla tarantola, sui comportamenti dei tarantati, sugli strumenti utilizzati, etc. Per completezza, egli non manca di riportare alcune incisioni di tarantole e di trascrivere quelli che, ad oggi, risultano essere i più antichi esempi di antidoti musicali che la documentazione diacronica ci restituisce. Nel Novecento, un ruolo fondamentale nella storia del dibattito sul tarantismo è affidato a Kircher da Ernesto De Martino, che ne *La terra del rimorso* (Milano, Il Saggiatore, 1961) interpreta l'opera del gesuita come il culmine di una delle due posture intellettuali dinanzi a tale fenomeno, delineatesi tra Rinascimento e Illuminismo, vale a dire quella culturale, contrapposta a quella medica di Ferdinando, di Baglivi e della scuola napoletana. A partire dalla seconda metà del Novecento, si è assistito a una vera e propria Kircher-renaissance che, anche in prossimità del quadricentenario della nascita, si è giovata dell'organizzazione di convegni, mostre, progetti di digitalizzazione, riedizioni di opere e pubblicazioni di studi monografici. Per quanto riguarda i più recenti contributi dedicati, in maniera specifica, all'apporto dato da Kircher allo studio del tarantismo, si segnalano la traduzione italiana del succitata sezione del *Magnes*, condotta da Daniela Rota e allegata al volume *I gesuiti e le tarantole* (Lucca, LIM, 2012), nonché l'analisi di Camilla Cavicchi sulla scena di iatromusica presenta nella *Phonurgia nova*, apparsa sulle pagine della rivista internazionale «Medicina&Storia» (cfr. C. Cavicchi, *La scena di iatromusica nella Phonurgia Nova di Athanasius Kircher*, in «Medicina&Storia», anno XIII/3, n.s. 2013, pp. 75-88). Nel presente numero di *AM*, l'opera di Kircher – e precisamente l'*ottava siciliana* – costituisce il punto d'avvio dell'indagine di Sergio Bonanzinga sulle fonti storiche del tarantismo in Sicilia, che contribuisce alla ricostruzione dei molti itinerari, spesso irregolari, avutisi nella storia di questo fenomeno mediterraneo e che, ancora una volta, rivela la straordinaria fecondità della testimonianza kircheriana.

[Manuel De Carli]



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

41-42
ottobre 2016



Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute - Perugia

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

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

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

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

Progetto grafico: Alberto Montanucci e Enrico Petrangeli (Orvieto)



<i>Saggi</i>	9	Edoardo L. Menéndez <i>Las enfermedades ¿son sólo padecimientos?: hegemonía bio-médica y apropiaciones ideológicas por los sectores subalternos</i>
<i>Ricerche</i>	61	Sergio Bonanzinga <i>Il tarantismo in Sicilia. Declinazioni locali di un fenomeno culturale euromediterraneo</i>
	117	Michela Marchetti <i>«Loro non sanno che pane mangio qui». La migrazione femminile dalla Romania: fattori disgregativi, “doppia presenza”, disagi psichici</i>
	163	Daiana Paula Milani Baroni <i>Trattamento chirurgico spirituale e suoi effetti al livello della soggettività</i>
	181	Elisa Pasquarelli <i>Tra normalità e demenza. Definizioni biomediche, rappresentazioni e vissuti del declino cognitivo in anzianità</i>
	209	Patrizia Quattrocchi <i>Rispettare il processo. Il ruolo sociale, culturale e politico delle ostetriche libere professioniste in Italia e in Spagna</i>
	251	Helga Sanità <i>Il desiderio di maternità tra bio-politica e devozione. Un'etnografia napoletana presso il Santuario di Santa Maria Francesca delle cinque piaghe</i>
<i>Osservatorio</i>	279	Indice
	281	<i>Recensioni</i> Mara Benadusi, <i>L'ombra del tarantismo. Specchiamenti e rifrazioni salentine</i> [Giovanni PIZZA, <i>Il tarantismo oggi. Antropologia, politica, cultura</i>], 281 / Roberto Beneduce, <i>Gli archivi indocili di Frantz Fanon</i> [Frantz FANON, <i>Pelle nera maschere bianche</i>], 286 / Roberto Beneduce, <i>Gli oggetti della cura: come agiscono e come circolano al di là di ciò che si vede e si dice</i>

[Pino SCHIRRIPA, *La vita sociale dei farmaci. Produzione, circolazione, consumo degli oggetti materiali della cura*], 291 / Osvaldo Costantini, *La politica e la sua materia* [Didier FASSIN, *Ripoliticizzare il mondo*], 298 / Manuel De Carli, *Una nuova edizione del De anatome, morsu et effectibus tarantulae di Giorgio Baglivi* [Giorgio BAGLIVI, *Della tarantola*], 303 / Alessandro Lupo, *Potere, vecchiaia e resistenza: l'ironica riflessione sulla malattia di una grande antropologa* [Clara GALLINI, *Incidenti di percorso. Antropologia di una malattia*], 309 / Giovanni Pizza, «La matrice di tutti i racconti possibili». *L'opera di Giancarlo Baronti sull'ideologia folclorica della morte in Umbria* [Giancarlo BARONTI, *Margini di sicurezza. L'ideologia folclorica della morte in Umbria*], 314 .

Las enfermedades ¿son sólo padecimientos?: hegemonía biomédica y apropiaciones ideológicas por los sectores subalternos

Eduardo L. Menéndez

profesor-investigador, Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social (Ciesas – México)

[emenendez1@yahoo.com.mx]

Desde hace años considero que a través de los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención, pueden ser observados y analizados gran parte de los problemas económico- políticos e ideológico-culturales con mayor transparencia y menores sesgos que si los estudiáramos en términos específicos. Inclusive podemos llegar a detectar conflictos y hasta contradicciones, así como a formular nuevos interrogantes, generando lecturas diferentes o por lo menos complementarias de las desarrolladas por los especialistas – por ejemplo – en movimientos sociales, en identidades étnicas o en relaciones de género.

A finales de la década de los Sesenta Giovanni Berlinguer (BERLINGUER G. 1983, 2006) propuso que los procesos de salud/enfermedad constituyen algunos de los principales “espías” de las contradicciones de un sistema; es decir, que a través de los mismos se expresan los conflictos y las contradicciones más allá de las interpretaciones, ocultamientos o racionalizaciones que los gobiernos, los medios de comunicación masiva y los intelectuales orgánicos y no orgánicos suelen generar. Pero estos conflictos y contradicciones no sólo refieren a los países capitalistas centrales, sino que a través de los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención (de ahora en adelante procesos de s/e/a-p) también podemos observarlos en los países capitalistas periféricos, en los socialistas “reales” y “de mercado”, así como en las sociedades precapitalistas, incluidas sus continuidades actuales. Más aún, pueden expresar los sesgos, contradicciones e imaginarios de los analistas, así como contribuir a problematizar la realidad⁽¹⁾.

Los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención como “espías” de las contradicciones de los sistema sociales

La propuesta de Berlinguer, que ha sido escasamente desarrollada por la Medicina Social y por la Antropología Médica latinoamericanas, podemos observarla a través de una variedad de casos correspondientes a diferentes situaciones y momentos históricos, y de los cuales sólo mencionaré algunos a manera de ejemplos. Durante la década de 1960 se “descubrió” que los Estados Unidos tenían la tasa de mortalidad infantil más alta entre los países capitalistas desarrollados, e incluso más altas que países como Cuba, lo cual condujo a reconocer la existencia de amplios bolsones de pobreza, así como la relación de los mismos no sólo con la mortalidad infantil, sino con la desnutrición, con graves problemas de salud mental, así como con el racismo en el país que lideraba el desarrollo capitalista a nivel mundial, dando lugar, junto con otros procesos, al desarrollo de la lucha contra la pobreza y por los derechos civiles en dicho país (1980, HARRINGTON T. 1962, KOLKO G. 1962, RIESMAN F. *et al.* 1964).

En las décadas siguientes, los datos epidemiológicos referidos a mortalidad general e infantil y a desnutrición evidenciaron un fuerte deterioro económico y de salud en las zonas musulmanas del sur de la Unión Rusa Socialista Soviética (URSS), vaticinando la emergencia de fuertes conflictos políticos y étnicos, que ulteriormente se dieron. Pero además, el descenso de la natalidad y el incremento de la mortalidad que afectaron a la URSS desde mediados de los Setenta hasta la actualidad, se transformaron durante la década de los Ochenta en un derrumbe demográfico que implicó que la esperanza de vida disminuyera en alrededor de once años en dicha sociedad. Subrayando, que el fuerte incremento de la mortalidad se ha dado básicamente en los varones, quienes tienen actualmente doce años menos de esperanza de vida que las mujeres, y todo indica que las diferencias seguirán incrementándose.

Este colapso, que no tiene parangón con ningún proceso similar y que ocurrió en la que había sido la segunda potencia mundial en términos políticos y militares, ha sido escasamente asumido por los que estudiamos los procesos de s/e/a-p, pese a lo que significó no sólo en términos demográficos sino también en términos ideológicos y económico/políticos. Las caídas o fracturas de las “cosmovisiones” no sólo se dan a nivel de los grupos étnicos, sino que las caídas o fracturas de las ideologías colectivas convertidas en gran medida en “cultura”, se dan también en las sociedades denominadas “complejas”. Si bien a nivel manifiesto el alcoholismo aparece como el principal factor de este derrumbe, los analistas conside-

ran que la nueva incertidumbre generada por comenzar a vivir en una economía de mercado, la cada vez menor autoestima de los varones rusos, el deterioro de las relaciones de solidaridad, así como un sentimiento colectivo de falta de poder tanto a nivel de sujeto como del país, son los factores decisivos de este colapso demográfico (DAVIS C. - FESHBACH M. 1980, HERTZMAN C. - SIDDIQI A. 2000, LEON D.A. *et al.* 1997)⁽²⁾.

Las altas tasas de suicidio, y el incremento constante de las mismas, que se registraron en Hungría a partir de principios de los Cincuenta”, y en Cuba desde finales de la misma década, y que se incrementaron especialmente en jóvenes, evidenció que algo estaba pasando con el “nuevo hombre”, y en general con los desarrollos sociales e ideológicos de los “socialismos reales” (GUIBERT W. 2002, HAGEDUS A. 1978, MENÉNDEZ E.L. 1979, PEREZ L.A. Jr. 2005).

Si algo expresa la mercantilización de casi todo por el capitalismo, es el desarrollo actual de la biomedicina, que en forma directa e indirecta ha convertido en mercancía todo producto y acción biomédico, inventando incluso padecimientos, o impulsando el uso de medicamentos casi sin control, o con controles permisivos. Más aún, mercantilizando la vida desde el nacimiento – a través del notable incremento de los partos por cesárea en países como Brasil o México –, hasta una muerte que trata de prolongarse hasta que el sujeto y/o su seguro médico aguanten (FORT M. - MERCER M.A. - GISH O. comps. 2006, LA ROSA E. 2009, MOYNIHAN R.- CASSELS A. 2006).

Desde hace años sabemos que la denominada “guerra contra las drogas” no sólo ha fracasado pues siguen incrementándose los consumos de sustancias consideradas “adictivas” así como el narcotráfico, sino que los expertos no pueden explicar en términos biomédicos porque varias de las principales sustancias “adictivas” son legales, mientras otras de muchas menores consecuencias son tratadas como “ilegales”. No sólo los criterios de legalidad e ilegalidad, sino los de “adicción” o “dependencia” no resisten la menor indagación y reflexión, tanto en términos técnicos como de sentido común. Lo evidente desde hace varios años, es que la “guerra contra las drogas” ha tenido y sigue teniendo funciones de control social, político e ideológico, y tiene que ver muy poco con la salud no sólo de los ciudadanos en general sino de los considerados “adictos” en particular (ASTORGA L. 2003, MENÉNDEZ E.L. 1990a, 2012, ROMANÍ O. 1999, VALDÉS G. 2013, YOUNGERS C.A. 2005).

Una parte de los críticos al capitalismo parece añorar cada vez más a las sociedades pre o no capitalistas por varias razones, y especialmente por

la relación con “la tierra” que habrían desarrollado dichas sociedades, dado que tendrían un trato sagrado y conservacionista de la misma. Más allá de que está actitud sea o no cierta, necesitamos recordar que en las sociedades precapitalistas así como en las capitalistas hasta por lo menos mediados del siglo XIX, la esperanza de vida era muy baja, es decir estaba entre 20 y 30 años de edad o aún menos, debido a varios factores, siendo uno de los más determinantes la mortalidad por enfermedades infecto-contagiosas. Pero además, muchas de nuestras sociedades precapitalistas – lo cual ha podido registrarse etnográficamente – aplicaron criterios “eugenésicos” a través de rituales sociales como fue el asesinato de gemelos y otras prácticas de infanticidio referidas en ciertos casos a niños que nacían con malformaciones, o con aspectos considerados malformaciones. Las tasas de mortalidad general, infantil, en menores de cinco años pero también en jóvenes y adultos, llegaron en esas sociedades a niveles que actualmente no podemos ni pensar (McKEOWN T. 1976, 1990).

Ahora bien, subrayo que los procesos de s/e/a-p evidencian la existencia de problemas sociales tanto a nivel de los países capitalistas centrales, como de los periféricos en forma constante. Y así, por ejemplo, observamos que desde mediados de la década de 1990’ en Gran Bretaña se incrementa constantemente el número de niños con raquitismo, un padecimiento que fue endémico en los niños de clase baja urbana durante gran parte del periodo victoriano, y que en su momento sintetizó las denuncias respecto del tipo de sociedad capitalista impulsada por quien era entonces el país dominante a nivel mundial. Entre 1995 y 2011 el número de niños hospitalizados por raquitismo se cuadruplicó en Gran Bretaña, *coincidiendo* con el incremento de las desigualdades socioeconómicas generadas por el neoliberalismo.

La epidemia de Ébola surgida y expandida en 2014 principalmente en tres de los países más pobres de África (Guinea, Sierra Leona y Liberia), evidenció múltiples procesos, pero especialmente dos. Por una parte las consecuencias de la aplicación de las políticas económicas del Fondo Monetario Internacional (FMI), sobre todo en Guinea y Sierra Leona, ya que dichas políticas implicaron una fuerte reducción de gastos del sector público, que afectó en particular al Sector Salud. Por lo cual dichos países se vieron obligados a derivar sus ingresos al pago de las deudas contraídas con las fuentes de financiamiento, en lugar de dedicarlos a programas de salud, lo cual acentuó las consecuencias negativas generadas por la descentralización de los servicios de salud, impuesta también por el FMI. Más aún, estas políticas implicaron el despido masivo de trabajadores de la salud en dichos países, de tal manera que, por ejemplo, en Sierra

Leona el personal de salud pasó de una relación de 0.11 por cada 1.000 habitantes en 2004 a 0.02 en 2008, todo lo cual debe ser asociado con la expansión de las empresas extractivas, así como también con la situación económico/política de dichos países caracterizados por guerras civiles, y enriquecimiento de los sectores gobernantes a través de mecanismos de corrupción normalizados (KENTIKELÉNIS A. *et al.* 2014).

En segundo lugar, la epidemia de Ébola evidenció la escasa, tardía y lenta reacción de la ayuda internacional respecto de una enfermedad que estaba generando miles de muertos (alrededor de 11.000 en abril del 2015), y que pudo haber sido tempranamente controlada con el uso de los recursos técnicos que poseen sobre todo los países de mayor desarrollo.

Según el presidente de Médicos Sin Frontera (MSF) de España «Si el mundo hubiera respondido con contundencia desde el principio, hubiésemos frenado el brote hace ya meses» (REC 2015. N° 1511, 12/01/2015: 8). Pero esta ayuda fue tardía, ya que detectados los primeros casos en mayo de 2014, la Organización Mundial de la Salud (OMS) sólo la consideró urgencia mundial a principios de agosto de ese año. Y también fue mínima por parte de los países con mayor capacidad tecnológica y financiera, tal vez porque no había antecedentes de la letalidad que podía generar esta enfermedad, pero sobre todo cuando se verificó que la epidemia no se expandía a nivel mundial, y mucho menos afectaba a los países centrales. Si bien el FMI – y otras organizaciones y países – negó estas acusaciones, aduciendo además que entrego a dichos países financiamientos extraordinarios para enfrentar la epidemia, dicho financiamiento no sólo fue tardío sino que el mismo no compensó las consecuencias de la aplicación de las políticas neoliberales impuestas por el FMI. Más aún, a mediados de mayo de 2015 la Oms informó que la epidemia continúa, pero que necesita 350 millones de dólares para poder enfrentarla, aunque no tiene seguridad de poder conseguir dichos recursos (REC N° 1, 586; 27/05/2015).

Los procesos de s/e/a-p enumerados, posibilitan por lo tanto detectar, describir y analizar en diferentes contextos económico/políticos y socioculturales no sólo las contradicciones y conflictos sino los objetivos reales y las reacciones de los sectores sociales dominantes y también de los dominados, así como muchos de nuestros mitos e imaginarios colectivos, incluidos los académicos. Es decir, posibilita analizar las llamadas narrativas no sólo para estudiar sus significados en sí, sino para ver qué tienen que ver con los hechos y procesos, y lo que ideológicamente expresan. Así como, obviamente, también nos indican la necesidad de cambiar las políticas económicas y sociales que generan gran parte de las situaciones señaladas.

De allí que los dos objetivos centrales de este texto, son observar si a través de lo ocurrido durante las décadas de 1980, 1990 y primera del 2000 con los procesos y actores sociales organizados en torno a la denominada medicina tradicional, pueden explicarse, por lo menos, algunos aspectos relevantes de la trayectoria, repliegue y estancamiento actual de los movimientos étnicos en América Latina y especialmente en México. Así como correlacionar estos procesos con la expansión de la biomedicina, que está pasando a ser parte de los usos y costumbres de la mayoría de la población latinoamericana, incluyendo los grupos indígenas.

Cosmovisiones, identidades y negaciones: interrogantes sobre la expansión biomédica en las comunidades indígenas

A partir de lo señalado presentaré algunos interrogantes respecto de procesos que implican aspectos económico/políticos y socioculturales, y que han sido abundantemente tratados y debatidos en América Latina, especialmente desde la década de 1970 hasta la actualidad. Dichos procesos tienen que ver con los movimientos indígenas y sus objetivos de rehabilitación cultural y empoderamiento político; que inclusive han sido propuestos como posible alternativa a las sociedades capitalistas, a partir de las formas de vida y de las cosmovisiones desarrolladas y usadas por dichos grupos en términos del denominado “buen vivir”. Y esto lo trataré de observar a través de los procesos de s/e/a-p, por dos razones básicas; porque a través de los mismos no sólo se expresan sino que “se conservan” más los aspectos centrales de las cosmovisiones⁽³⁾ de los pueblos originarios comparados con cualquier otro tipo de procesos, incluidos los religiosos. Así como, por el papel metodológico y problematizador que, como ya señalamos, pueden cumplir los mismos.

Desde finales de la década de 1960 se desarrollaron diferentes concepciones sobre las principales características de los movimientos indígenas que se organizaron y tuvieron una fuerte presencia en ciertos países de América Latina durante las décadas de 1970, 1980, y sobre todo 1990 y los primeros años del 2000, lo cual – y lo subrayo – no niega la existencia previa de organizaciones y movilizaciones indígenas, sino que sobre todo entre las décadas de los 1980 y 2010 éstas fueron mucho más numerosas y desarrollaron nuevos objetivos y estrategias (BAUD M. *et al.* 1996, ESCÁRZAGA F. - GUTIERREZ R. (coords.) 2005, EZCÁRZAGA F. *et al.* (coords) 2014, PRADA R. 2014).

Algunos de los procesos que más se discutieron fueron los que tenían y tienen que ver con las identidades, cosmovisiones y pertenencias étnicas

en función de los objetivos señalados, y que dieron lugar al surgimiento de varias orientaciones teórico/ideológicas que sintetizaremos esquemáticamente en dos; una que plantea la existencia de una identidad, pertenencia y cosmovisión indígena monolítica, de carácter fundamentalmente precolombino; sosteniendo que si bien existen procesos de cambio y aculturación, los mismos no afectan los núcleos identitarios, sino que sigue dominando una cosmovisión diferencial respecto de la sociedad occidental, a la cual también suelen considerar como unificada y monolítica, sobre todo en términos culturales. Y otra orientación, que asume la existencia de cambios constantes, especialmente de tipo económico/políticos, impulsados por la expansión de la sociedad dominante; y que si bien reconoce modificaciones inclusive sustantivas, considera que los grupos étnicos realizan un proceso de apropiación, que convierte en propios aspectos generados en otras culturas y sociedades, de tal manera que siguen manteniendo una identidad y cosmovisión diferencial, aunque modificada.

Ahora bien, respecto de estas dos posiciones, necesitamos hacer algunas aclaraciones, comenzando por tratar de entender ¿en que consiste actualmente – y subrayo lo de actualmente – para dichas orientaciones, la cultura, o si se prefiere la cosmovisión, llamada occidental así como la mesoamericana o la andina?, sobre todo cuando son pensadas en términos monolíticos y esencialistas. Así como también entender en que consiste la “apropiación” señalada previamente para explicar, por ejemplo, ¿por qué pese a los fuertes cambios generados en el perfil epidemiológico de la morbilidad, en el notorio descenso de las tasas de mortalidad general y etarias, en el continuo descenso del número de curadores tradicionales así como en la creciente y continua expansión de la biomedicina, sin embargo se mantienen la identidad y cosmovisión étnica en la mayoría de los grupos étnicos, dado que la enfermedad y la muerte, así como su tratamiento sociocultural y técnico, son parte central de casi toda cosmovisión?

Además, para entender dichas orientaciones necesitamos que precisen no sólo los conceptos de identidad y cosmovisión, sino también los de actores sociales, persona y subjetividad que utilizan. Así como también aclarar, cuando hablan de movimiento étnico o de medicina tradicional, si asumen – o no – que existe una diversidad de movimientos étnicos y de medicinas tradicionales que pueden tener coincidencias, pero también fuertes diferencias entre sí⁽⁴⁾. Pero ahora no me detendré en tratar estos aspectos, sino que, como propuse, formularé algunos interrogantes respecto de los procesos étnicos señalados para poder avanzar en el análisis.

Y lo primero a preguntarnos es cómo afectaron la identidad, cosmovisión y pertenencia de los grupos étnicos de América Latina, y en particular de México, la constante expansión y penetración de la biomedicina?⁽⁵⁾

Y cuando digo biomedicina no sólo me refiero a la existencia de servicios biomédicos a nivel clínico y a la aplicación de programas preventivos, sino también al uso de productos, prácticas y concepciones biomédicas en la vida cotidiana de los grupos étnicos, más allá de que existan o no servicios biomédicos. La biomedicina no sólo se ha expandido en los grupos étnicos a través del Sector Salud, sino también a través del Instituto Lingüístico de Verano, de la enorme cantidad de Organizaciones No Gubernamentales (ONGs), así como a través de las “misiones” protestantes que han trabajado sobre procesos de salud en comunidades latinoamericanas impulsando la atención biomédica y frecuentemente estigmatizando la medicina tradicional.

Una visión biomédica sumamente extendida, inclusive entre científicos sociales, es la de pensar la influencia biomédica, sólo cuando existen servicios médicos oficiales y/o privados, y no cuando esta se expresa, por ejemplo, a través de la existencia de medicinas de patente en las tiendas de las comunidades, en el uso de fármacos por curadores tradicionales, o en la colaboración de la población nativa, incluidos curadores tradicionales, con el Sector Salud a través de realizar vigilancia epidemiológica respecto del paludismo, del chagas o de la oncocercosis como ha ocurrido y sigue ocurriendo en México. Como lo he sostenido en varios trabajos, necesitamos asumir que la biomedicina es uno de los principales productores actuales de ideología, de consenso y de hegemonía, y que los mismos se ejercen en la vida cotidiana, y no sólo a través de los servicios biomédicos. Por lo cual, pensar la biomedicina sólo donde existen servicios de salud, evidencia el notable efecto ideológico de la misma (MENÉNDEZ E.L. 1979, 1981, 1990a, 1990b, 2002, 2009a).

Todo indica que los miembros de – por lo menos – gran parte de los grupos étnicos utilizan cada vez más la biomedicina; que dichos grupos solicitan la instalación de centros de salud y de hospitales de tipo biomédico en sus comunidades; que las poblaciones reconocen cada vez más que sus hijos se mueren de gastroenteritis y no de mal de ojo, o por lo menos de ambos padecimientos; que en las tiendas, inclusive de las pequeñas comunidades, existen analgésicos y vitaminas. Más aún, una parte de las mujeres indígenas, cuando pueden, utilizan toallitas higiénicas durante sus periodos menstruales y pañales desechables para sus hijos pequeños. Así como también vemos que los grupos étnicos utilizan no sólo prácticas

sino concepciones biomédicas, articulándolas con sus propios saberes a través del continuo proceso de autoatención que caracteriza a los pequeños grupos. Y respecto de estos procesos, necesitamos observar si los sujetos y grupos desarrollan una concepción biomedicalizada, mantienen la que fundamenta la identidad y cosmovisión “tradicional” de los mismos, o generan representaciones y prácticas que articulan sus formas tradicionales y biomédicas de una nueva manera.

Y esto necesita ser investigado y no dar por sentada cada una de estas posibilidades según los presupuestos, orientaciones y objetivos de los estudiosos y/o de los líderes movimientistas. Dicha investigación debería realizarse sobre la vida cotidiana de los sujetos y grupos, incluyendo lo que surge de los curadores tradicionales y no tradicionales, pero no reduciendo los estudios exclusivamente a lo que narran los curadores tradicionales o biomédicos, y aún menos a los discursos de los líderes políticos movimientistas o no, así como de los intelectuales más o menos orgánicos. No negamos la importancia de lo que nos informa una partera, un curador herbolario o un shaman, así como un médico o una enfermera; pero reducir solamente a los primeros la información sobre los procesos de s/e/a-p, como ocurre en gran parte de los estudios sobre enfermedades tradicionales en México, nos conduce a obtener el punto de vista de los curadores, pero no tener una visión holística de los procesos de s/e/a-p. Para ello necesitamos trabajar con la población y no sólo con los curadores tradicionales, alternativos y/o biomédicos, pero sobre todo con los sujetos que enferman, con sus familiares, con sus vecinos⁽⁶⁾. Y por supuesto, con las condiciones económico/políticas y socioculturales que condicionan, pero no determinan los procesos de s/e/a-p.

Reiteradamente me he preguntado si lo que actualmente saben, piensan, dicen y hacen los shamanes ¿corresponde o no a lo que la población indígena según género, edad, nivel educativo, experiencia migratoria, participación política, pertenencia religiosa y otras variables dice, sabe, piensa y sobre todo hace? Y esto me lo he preguntado respecto de poblaciones donde observamos cada vez más bilingüismo, y donde, por ejemplo, en vastas zonas indígenas de Yucatan, los niños y gran parte de los jóvenes ya no hablan maya.

Considero que una parte de los curadores tradicionales, y sobre todo los de tipo shamánico, expresan los saberes y valores tradicionales en términos de pautas ideales, pero que las mismas ya no corresponden, por lo menos parcialmente, a lo que viven sobre todo los niños y los adolescentes, es decir a lo que antes los antropólogos llamábamos pautas reales.

Uno de los investigadores que más conoce la medicina tradicional practicada en los Altos de Chiapas, y que ha sido desde su creación asesor de la OMIECH (Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas A.C), y me refiero al Dr. Rafael Alarcón, nos recuerda que los j'íloles (shamanes) de los grupos étnicos chiapanecos se caracterizan por interpretar los sueños, pero que están ocurriendo dos cambios significativos. En primer lugar, el contenido de los sueños está experimentando notables modificaciones principalmente en niños y jóvenes indígenas, ya que en sus sueños han comenzado a aparecer temas sobre violencias referidas al narcotráfico, artes marciales, materiales pornográficos, o personajes como Rambo, que son observados en la televisión o en videos, así como son producto de sus experiencias migratorias en Cancún, en varios estados del norte de México así como en los EEUU. Si bien los j'íloles siguen interpretando los sueños, lo hacen a partir de ciertas concepciones y contextos, que no corresponden a los que ahora sueñan-pero también viven - los niños y jóvenes.

Según Alarcón, los curadores indígenas señalan que ya no todos sus hijas e hijos sueñan, así como también reconocen positivamente que algunos lo hacen, lo cual les preocupa especialmente ya que soñar es parte del proceso de iniciación shamánica. Pero en muchas ocasiones no es que los jóvenes no sueñen, sino que «no quieren contar su sueño a sus mayores debido a que esto implica un compromiso con su comunidad. Si narran sus sueños, ya no podrán abandonarla, pues el sueño indica que tiene un “mandato de los dioses” para permanecer en la comunidad y servirla. Y actualmente, la mayoría de los jóvenes tienden a salir de sus comunidades por razones económicas». Concluyendo Alarcón, que son estos procesos los que «están conduciendo a que los j'íloles desaparezcan lentamente, y por eso el último video que elaboró el compañero Agripino del área de comunicación de la OMIECH, lo titulamos *Los últimos j'íloles mayas*» (Comunicación personal el 25/08/2011; ver también PAGE J. 2005).

Como sabemos, México se ha convertido en el principal consumidor mundial de refrescos y en uno de los más importantes consumidores de alimentos chatarra (o basura) inclusive en sus zonas indígenas; y por éstos y por otros factores la diabetes mellitus 2 se va constituyendo a nivel nacional y de los grupos étnicos en particular en una de las principales causas de mortalidad y morbilidad. Es decir, que los grupos indígenas han sido penetrados no sólo por bebidas y alimentos “occidentales”⁽⁷⁾; no sólo por enfermedades generadas por el consumo de dichos productos occidentales, sino también por la biomedicina occidental.

Y es seguro que el consumo de refrescos tiene que ver en gran medida con los medios de comunicación masiva, pero también con las políticas de mercadeo locales, así como con los procesos de urbanización y de migración⁽⁸⁾. Pero además, ocurre que el enfrentamiento a la diabetes mellitus evidencia la ineficacia de la medicina tradicional y de sus operadores, así como crea expectativas en lo que puede hacer la biomedicina.

Expectativas desarrolladas a través del papel de la misma en el descenso de las tasas de mortalidad sobre todo infantil y de niños menores de cinco años, así como en la disminución de la mortalidad por enfermedades infecto/contagiosas, lo cual es reconocido por los propios grupos étnicos. Por lo tanto, el papel y penetración de la biomedicina no se da a través de aspectos triviales y secundarios, sino relacionados con la reducción de las muertes y con el incremento de la esperanza de vida de los miembros de los grupos étnicos⁽⁹⁾.

La expansión biomédica implica la existencia en la población indígena actual de oposiciones y rechazos, por varias razones incluido el papel ambivalente de los productos y acciones biomédicas, ya que simultáneamente pueden enfermar pero también curar o por lo menos limitar el daño. Necesitamos reconocer que más allá de estos aspectos, ocurre que en gran parte de los grupos étnicos americanos, la penetración occidental respecto de los procesos de s/e/a-p tiene varios siglos de antigüedad, dado que, por ejemplo, los aguardientes son productos occidentales que fueron apropiados hasta convertirse en imprescindibles no sólo en la vida cotidiana sino en el desarrollo de los principales rituales sociales – incluidos rituales de sanación – de gran parte de los pueblos originarios americanos. Y recordemos que el alcoholismo y la cirrosis hepática han constituido algunos de los más graves problemas de salud en los grupos étnicos. Si bien, desde hace pocos años, en algunos contextos étnicos se ha reducido o eliminado el uso de los aguardientes en los diferentes rituales, sin embargo han sido reemplazados por refrescos, y especialmente por coca cola, lo cual no sólo tiene que ver con el desarrollo de nuevos padecimientos, sino con la continuidad de la expansión “occidental” (MENÉNDEZ E.L. ed. 1991).

Como también sabemos, la mayoría de las enfermedades infectocontagiosas que padecieron y padecen los grupos étnicos fueron importadas de occidente desde finales del Siglo XV. Más aún, estas enfermedades diezmaron a la población amerindia, generando una de las catástrofes demográficas más profundas de que tengamos información a nivel mundial; catástrofe frente a la cual los saberes indígenas evidenciaron una total

impotencia, al igual que la medicina de los colonizadores. Pero con una diferencia radical, la población europea moría mucho menos debido a la creación de resistencias a dichas enfermedades logradas a través de siglos de convivencia con las mismas, de las que carecía la población nativa. La catástrofe sólo se dio en la población originaria, lo cual indudablemente debió incidir en el desarrollo de relaciones de hegemonía/subalternidad generadas entre los colonizadores y las poblaciones nativas.

Ahora bien, estos productos y saberes occidentales desde el alcohol hasta las enfermedades infectocontagiosas y las resistencias diferenciales a las mismas, así como especialmente la terrible y prolongada mortalidad ocurrida sobre todo durante los primeros siglos de la conquista ¿modificaron o no la cosmovisión de dichos grupos étnicos?

Pregunta cuya respuesta queda en el campo de las interpretaciones más o menos imaginarias, aun cuando podemos suponer que impactaron profundamente no sólo las cosmovisiones e identidades, sino las relaciones de hegemonía/subalternidad y de dominación. Pero, en términos comparados, actualmente estamos en condiciones de observar a nivel etnográfico si los refrescos, los productos chatarra, la diabetes mellitus 2, pero también el vih-sida, la reducción de las mortalidades general y etarias así como la reducción, desaparición y/o transformación de los curadores tradicionales, modifican no sólo los comportamientos sino también las cosmovisiones e identidades étnicas.

Por lo menos a nivel teórico las enfermedades, los procesos de embarazo/parto/puerperio, así como las técnicas de sanación son parte básica de las cosmovisiones e identidades, pero me parece que la mayoría de los que estudiamos procesos de s/e/a-p, así como de los que se preocupan por identidades y pertenencias étnicas en términos políticos e ideológicos, y especialmente los que centran sus intereses en las cosmovisiones reducidas casi siempre a la dimensión religiosa, no estamos analizando estos aspectos, sino que a partir de nuestros objetivos y presupuestos hacemos interpretaciones periféricas y reducidas a nuestro campo de interés.

Lo señalado no ignora que existen estudios de notoria calidad entre nosotros (GUITERAS C. 1965, PAGE J. 2005, PITARCH P. 1996) que tratan esta problemática, y que en algunos casos subrayan el papel que la iglesia católica y los diferentes credos protestantes tienen en la modificación y contenido actual de las cosmovisiones, pero sin observar el papel “religioso” (religación) que pueden tener la biomedicina y otras formas de atención de los padecimientos, máxime cuando estas iglesias no sólo han cuestionado y hasta zatanizado especialmente ciertos tipos de curadores y técnicas de

sanación tradicionales, sino que han impulsado el reconocimiento y uso de la biomedicina. Pero, por lo menos entre nosotros, las cosmovisiones se buscan casi exclusivamente en lo religioso; más aun, cuando se incluyen los procesos de s/e/a-p es para observarlos desde la dimensión religiosa.

Esta omisión o exclusión de los procesos de s/e/a-p es aún más notable cuando documentamos que cada vez más niños indígenas nacen en clínicas y hospitales biomédicos, y se espera que esto ocurrirá con la totalidad de los futuros niños por lo menos en México, generándose desde el nacimiento una *impronta (imprinting)* biomédica, e implicando cada vez más la exclusión de las parteras “empíricas” del proceso de parto. Este proceso es impulsado por los gobiernos y en particular por el Sector Salud debido a la necesidad de reducir las muertes maternas y el embarazo infanto/juvenil, así como reducir la tasa de natalidad.

Según Berrio, los datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (2009), indican que el 90% de las mujeres mexicanas habrían tenido parto en instituciones de salud, y el 97% habría tenido controles natales en las mismas. En su estudio de dos comunidades indígenas del estado de Guerrero, el 90% de las cien mujeres encuestadas dijeron haber asistido a control durante su último embarazo, y el 60% lo hizo desde el primer trimestre. Más aún, encontró que el 80% de las mujeres de entre 15 y 24 años tuvieron el parto en hospitales de primer y segundo nivel, mientras que de las mujeres de entre 25 y 49 años sólo el 36% lo tuvo en instituciones médicas. Inclusive encontró que en las jóvenes indígenas no sólo aparecen normalizados el uso de análisis de laboratorio y ultrasonidos, sino que manejan los conceptos de riegos obstétrico y factores de riesgo. Y esto ocurre en el estado mexicano con mayor mortalidad materna (BERRIO L. 2013, 2014, 2015).

Si bien la atención biomédica del parto es todavía menor en la población indígena que en el resto de la población, el problema más fuerte no radica en el rechazo de la población originaria a la biomedicina, sino en toda una serie de problemas, entre los que señalamos la falta de cobertura de los servicios de salud debido a que una parte de la población indígena vive en localidades pequeñas y dispersas como ocurre sobre todo en el caso de Chiapas, donde el 80% de la población reside en comunidades de menos de 2.500 habitantes. Así como la renuencia del personal de salud, y sobre todo de los médicos, a radicarse en medios rurales incluidas pequeñas y medianas ciudades. Lo cual no niega que una parte – y en algunos contextos la mayoría – de las familias indígenas rechacen la atención biomédica del parto no sólo por la preferencia cultural por la partera

tradicional o por el autoparto, sino por las formas negativas de trato, así como por el tipo de actividades de planificación familiar que pueden incluir la aplicación con o sin consentimiento de dispositivos intrauterinos, esterilizaciones y /o cesáreas. Esto lo sabemos a través de estudios que se han hecho en los últimos años en zonas indígenas de México (LUNA M. *et al.* 2010). Lo que no sabemos es si estos procesos modifican, y como, las identidades y cosmovisiones nativas.

No obstante, sabemos algunas cosas relevantes; en primer lugar que la penetración biomédica opera sobre aspectos centrales de la identidad y cosmovisión como son los que tienen que ver con el nacimiento, las enfermedades y la muerte. Segundo, que pese a la escasez de recursos e inclusive del maltrato a que suelen ser sometidos por el personal de salud, los grupos étnicos siguen demandando servicios biomédicos, y especialmente la instalación y acceso a hospitales. Tercero, que a nivel mexicano se documenta constantemente el descenso del número de curadores tradicionales; más aún en los grupos étnicos mayas de Chiapas y de Yucatán están desapareciendo los shamanes, que serían los actores sociales que no sólo concentrarían, sino que utilizarían algunos de los contenidos más idiosincráticos de las cosmovisiones indígenas⁽¹⁰⁾, recordando que dichos estados son dos de los que tienen mayor porcentaje de población indígena (ORTEGA J. 1999, PAGE J. 2002). Y cuarto, que el proceso de expansión biomédica sobre zonas indígenas y no indígenas, por lo menos en México, ha sido intermitente aunque constante desde finales del Siglo XIX, y que se ha dado, primero a través de campañas preventivas específicas contra el tifus murino, la fiebre amarilla, el paludismo, la oncocercosis, y contra otras enfermedades infectocontagiosas, y más tarde a través de las actividades clínicas y el incremento de las actividades preventivas de vacunación (MENÉNDEZ E.L. 1981).

Además, toda una serie de trabajos evidencian las constantes pérdidas culturales que están operando en los grupos étnicos. Y así, por ejemplo, Page, a partir de talleres realizados con población indígena de los Altos de Chiapas, concluye que en dicha población:

«Existe claridad en cuanto a que sus saberes ancestrales están casi totalmente perdidos, que de la religión maya queda muy poco; también que en las últimas tres décadas la costumbre se ha perdido a tal grado que ya (los indígenas) hasta usan los vestidos de los mestizos, lo que tiene como consecuencia que ahora ya no reconozcan de donde viene cada quien, a que pueblo pertenecen [...]» (PAGE J. 2002: 83).

Y si bien este autor señala que los sistemas de salud indígena son los que más han resistido, tanto su información como la de la mayoría de los

analistas concluyen que el número de curadores tradicionales se reduce constantemente (FREYERMUTH G. 1993, GALLARDO J. 2002). Varios especialistas señalan que los jóvenes indígenas ya no quieren ser “curanderos”; que varios curadores tradicionales en diversos grupos étnicos, reconocen que cuando ellos mueran, ya nadie ejercerá la medicina tradicional en sus comunidades⁽¹¹⁾.

Por lo cual la persistencia o transformaciones de las cosmovisiones necesitamos observarlas no sólo en lo que se mantiene, sino también en lo que desaparece, sobre todo si lo que desaparece corresponde a algunos de los actores sociales que son los “encargados” de manejar algunos de los principales saberes indígenas. Y es el conjunto de estos procesos los que tenemos que analizar, no sólo respecto de su significación clínica y epidemiológica, sino respecto de las propuestas de identidad esencialista promovida por antropólogos y activistas.

El pragmatismo de los grupos subalternos y lo usos de las diferentes formas de atención de los padecimientos

Pero estas tendencias, y lo subrayo, no significa que los grupos étnicos reproduzcan mecánicamente los saberes occidentales, y menos aún que pierdan su identidad, sino que lo que expresa es lo que ocurre con todo grupo sea “originario” u “occidental”: cambian.

Los procesos de pertenencia e identidad de cualquier grupo subalterno, y no sólo de los grupos étnicos latinoamericanos, tienen que ser pensados y analizados a partir de asumir que la mayoría de estos sectores necesitan desarrollar diferentes estrategias para sobrevivir, dado los bajos niveles de vida y de marginación a que han sido sometidos, ya que han tenido y siguen teniendo los indicadores más negativos en términos económicos, educativos y de salud; así como son los grupos más racializados en forma abierta o tácita. Por lo cual tienen que valerse de todo aquello que esté a su alcance y le sirva para “aguantar” las situaciones a que han sido sometidos.

Actualmente la mayoría de los sujetos y grupos indígenas migran, trabajan en lo que pueden, se organizan en movimientos locales para oponerse a la instalación de minas o de parques eólicos así como para negociar con las empresas para poder obtener algunos beneficios en términos de dinero y/o de trabajo. Y es por las mismas razones de supervivencia, que también usan todo tipo de atención a su alcance, incluid la biomédica, para poder

enfrentar sus enfermedades. Lo cual – y también lo subrayo – no supone que los grupos étnicos desaparecerán, sino que sobre todo cambian.

La mayoría de estos grupos no usan la medicina tradicional ni realizan rituales de sanación porque están pensando que a través de los mismos defienden su identidad cultural, y cuestionan la medicina de los actores sociales occidentales que los colonizaron, explotaron y racializaron. La gente usa la medicina tradicional articulada o no con la biomedicina, con prácticas espiritistas o con rituales cristianos de diferente orientación, para tratar de solucionar sus problemas de salud en la forma más inmediata, eficaz y económica posible. Lo cual no niega que los rituales de sanación propios de los grupos son parte sustantiva de las cosmovisiones, de la identidad y de la cohesión sociocultural de los mismos. Pero asumiendo, que los sujetos y microgrupos actúan dichos rituales, al mismo tiempo que se inyectan antibióticos o ingieren vitaminas o analgésicos. Es decir, no niego que haya diferencias e inclusive contradicciones entre las cosmovisiones nativas respecto de los procesos de s/e/a-p. y las que se expresan a través de la biomedicina, pero -y es lo que tienen que explicar los especialistas en cosmovisiones- ello no impide que los pueblos originarios utilicen ambas cosmovisiones, inclusive simultáneamente.

Creo que en las comparaciones entre cosmovisiones operan varios sesgos metodológicos, siendo el primero comparar *la* cosmovisión de los médicos con *la* cosmovisión indígena, cuando lo obvio metodológicamente sería comparar *las* cosmovisiones de los “mestizos” mexicanos, o *las* de los migrantes españoles o siriolibanese con *las* cosmovisiones de los diferentes grupos étnicos mexicanos; así como *las* cosmovisiones de dichos grupos con las de los médicos y enfermeras que operan en el primer, segundo o tercer nivel de atención, así como con las de los shamanes, hueseros o parteras. Más aún, en otros contextos tendrían que comparar, por ejemplo, las cosmovisiones del llamado “cinturón calvinista” de Holanda o de sectores medios urbanos de los EEUU con los saberes del personal de salud de sus respectivos países en torno, por ejemplo, al rechazo creciente a las vacunas que se observa en dichos grupos (MENENDEZ E.L. 2015). Pero además, -y para mi es metodológica e ideológicamente decisivo- toda cosmovisión debe ser descripta y analizada a través de las prácticas sociales, y no ser reducidas exclusivamente a las “narrativas”.

La existencia y papel de las cosmovisiones, como vengo subrayando, las tenemos que observar en las representaciones y prácticas sociales de los diferentes sujetos y grupos; y sobre todo en las prácticas, dado que a través de ellas vemos las articulaciones que los mismos realizan, así como las

cosmovisiones que realmente utilizan. Y es en la “carrera del enfermo” o si se prefiere en la trayectoria de los padeceres donde podemos observar como los diferentes grupos, incluidos los miembros de los grupos étnicos, utilizan las diferentes formas de atención a su alcance, y más allá de que las mismas correspondan a cosmovisiones diferentes, y aparentemente opuestas. Y obviamente las utilizan a partir de sus posibilidades económico/sociales y no sólo culturales⁽¹²⁾.

Más aún, es en los procesos de autoatención donde podemos observar la persistencia de los saberes tradicionales, más allá de que hayan desaparecido o no los curadores tradicionales. Es allí donde podemos observar la persistencia del mal de ojo, de “limpias”, o de las relaciones frío/caliente; así como observar los usos de hierbas convertidas o no en medicamentos herbolarios, una parte de los cuales pueden ser comprados en mercados “populares”, en cadenas internacionales de supermercados o en tiendas “naturistas”, y por supuesto en los viejos “huertos” y en los nuevos “jardines” herbolarios que han impulsado en México en diferentes momentos el Sector Salud, el Instituto Nacional Indigenista o gobiernos locales. Es especialmente en los procesos de autoatención del embarazo y parto vigente aún en numerosos grupos étnicos tanto en Bolivia, Perú o México, donde podemos observar no sólo su persistencia sino sus transformaciones. Es en dichos procesos donde podemos observar no sólo los cambios en los saberes tradicionales y la apropiación de nuevas formas de atención “paralela”, sino la emergencia de nuevos curadores para padecimientos pero exige la existencia de un “otro” curador.

Por lo menos, desde la década de 1940', algunos de los líderes académicos del indigenismo integracionista señalaron reiteradamente la tendencia de los grupos étnicos mexicanos a solicitar la instalación de escuelas, caminos, agua potable y centros de salud en sus comunidades, diferenciando con claridad que dichas demandas iban junto con sus quejas y/o denuncias de cómo eran tratados negativamente por los mestizos que los explotaban y discriminaban racialmente, incluido el personal de salud. Y así por ejemplo Aguirre Beltrán en 1955 señalaba el «prestigio inconmensurable que tiene la medicina científica entre la generalidad de la población, pero particularmente entre los grupos étnicos subordinados», así como pese a los maltratos y prejuicios del personal de salud hacia los indios, la biomedicina va siendo aceptada «lenta pero firmemente entre los grupos étnicos menos aculturados» (BELTRÁN A. 1994: 169), que es lo que reiteradamente señalan diferentes analistas hasta la actualidad (MENESES S. 2005, ORTEGA J. 1999, PAGE J. 2002).

En nuestro estudio sobre Yucatán confirmamos a finales de 1970, lo que autores como Erasmus (1963) habían señalado para las comunidades de los grupos mayo de Sonora, es decir no sólo la penetración biomédica, por lo menos desde la década de los Treinta, en la población nativa, sino que dicha población atribuía a los médicos y a los antibióticos la reducción de la mortalidad, especialmente de sus hijos pequeños. Señalando además, que una parte de la población originaria en la década de los Cuarenta y Cincuenta fue capacitada como “inyeccionista”, es decir fue preparada para aplicar antibióticos, dado que ese fue el principal objetivo de la capacitación. Pero estos datos han sido también confirmados en las diferentes zonas indígenas por el indigenismo de participación, así como por los estudios etnográficos y por la información epidemiológica durante las décadas de los Ochenta, Noventa y Dos mil, emergiendo como una constante el reconocimiento por parte de los sujetos y grupos originarios de la eficacia de la biomedicina junto con la crítica y desconfianza hacia el personal de salud.

Pero gran parte de la desconfianza no sólo refiere al maltrato, sino a que, como observamos en Yucatán a finales de los Setenta, los sujetos y grupos cuestionan que sean atendidos por pasantes, es decir médicos aún no titulados profesionalmente; señalando la frecuente rotación del personal de salud, así como la frecuencia de sus inasistencias o llegadas tarde a la consulta. Así como establecen una valoración diferencial entre médico del centro de salud y médico de hospital, y entre médico privado y médico de los servicios oficiales de salud, e inclusive entre las medicinas que les da la Secretaría de Salud y las medicinas que adquieren en las farmacias. Lo cual también ha sido señalado reiteradamente.

Desde hace casi cuarenta años sostengo que la mayoría de los sujetos y grupos étnicos de México puede ser que tengan contradicciones en términos de cosmovisión respecto de la biomedicina, pero no las tienen en términos de prácticas, o por lo menos dichas contradicciones no le impiden realizarlas. Lo cual no ignora que existan conflictos culturales y también sociales, sino que los mismos necesitan ser pensados desde la vida cotidiana de los sujetos y grupos. Los que ven conflictos y contradicciones en términos civilizatorios monolíticos y no monolíticos son sobre todo ideólogos indianistas y antropólogos sociales, que si realmente indagaran la vida cotidiana de los grupos étnicos observarían que la mayoría de los grupos indígenas no rechazan sino por el contrario demandan atención y productos biomédicos. Más aún, que yo sepa, los grupos étnicos no demandan de los gobiernos la instalación de servicios de salud tradicio-

nales, sino que demandan más y mejores servicios biomédicos de salud, especialmente servicios hospitalarios. Lo que rechazan, frecuentemente en forma callada, es el tipo de relación médico/paciente, el maltrato del personal de salud, el racismo que les imponen las instituciones. El darse cuenta que a la mayoría no sólo de los médicos, sino de los pasantes, no les gusta vivir en sus comunidades.

Más aún, si bien existen críticas de los grupos étnicos a la biomedicina en el plano de las representaciones sociales, las mismas no suelen incidir en el uso de los productos y servicios biomédicos o biomedicalizados, sobre todo en situaciones de urgencia. Lo cual no niega que haya tabues, preferencias, oposiciones a ciertas prácticas y representaciones biomédicas, pero los estudios sobre atención y sobre trayectoria de enfermedad nos indican que los grupos sociales, incluidos los grupos étnicos, lo que practican es una articulación de diferentes formas de atención a su alcance, y no un rechazo al Otro occidental, por lo menos en términos biomédicos (MENÉNDEZ E.L. 1981, 1990b, 1994).

Ahora bien, ¿qué significan en términos de identidad, pertenencia, cosmovisión pero también de subjetividad los procesos señalados, dado que los mismos pueden estar indicando cambios sustantivos hacia formas occidentales, como sería el caso de la creciente mercantilización de los curadores tradicionales? (GALLARDO J. 2002, PAGE J. 2005). Lo cual, entre otros aspectos, cuestionaría las expectativas colocadas en el desarrollo de “otro mundo posible” construidas, por lo menos parcialmente, a partir de las cosmovisiones de los pueblos originarios.

Como sabemos, las propuestas alternativas se hacen a partir de asumir que los grupos étnicos son por lo menos “diferentes”, y que es a partir de esas “diferencias” que podemos pensar e impulsar otras formas de vida diferentes a las “occidentales”⁽¹³⁾ o si se prefiere capitalistas, incluidas otras formas distintas de atender los padecimientos. Y no cabe duda que en los grupos étnicos existen “diferencias” no sólo respecto de la sociedad no indígena, sino respecto de otros grupos étnicos, pero ¿en qué consisten en términos de cosmovisión, identidad, subjetividad estas diferencias, como para a partir de las mismas impulsar otros mundos posibles, incluidas otras formas de atención de los padecimientos? Y es respecto de este aspecto nuclear que, por lo menos desde los procesos de s/e/a-p, observo que las propuestas son, por lo menos hasta ahora, básicamente ideológicas y de muy escasa precisión técnica y concreción práctica, sobre todo en relación con el sistema de salud y con el saber médico dominantes. O cuando se concretizan, observamos que la mayoría de estas propuestas

y experiencias - como veremos más adelante - tienden a languidecer hasta desaparecer, por lo menos hasta ahora. Lo cual no niega la creatividad y capacidad de lucha de una parte de los grupos étnicos americanos y de sus asesores para obtener, no sólo reconocimiento social y legal, sino el cumplimiento de las demandas territoriales que posibiliten su autonomía política y económica.

Las organizaciones de curadores tradicionales, las ideologías y los hechos

En varios momentos, durante el siglo XX, surgieron en México movimientos ideológico/políticos inclusive armados, que intentaron modificar la situación de explotación, marginación y subordinación a que estaban sometidos los sectores sociales subalternos, pero hasta la década de los 70' dichos movimientos no se hicieron en nombre de la etnicidad. Considero que, por lo menos, una parte de las organizaciones de curadores tradicionales que subrayan su identidad étnica diferencial, y en algunos casos opuesta a la cultura y epistemología occidental, y que plantearon no sólo formas paralelas de atención de la enfermedad, sino también reclamaron autonomía para asegurar las orientaciones propias de su desarrollo, forman parte de los nuevos movimientos étnicos y sociales.

Es importante subrayar que casi todas estas organizaciones de curadores tradicionales emergieron como paralelas a la biomedicina, y no como opuestas, aunque en algunas experiencias se acentuaron las críticas y diferendos con la biomedicina. Y así, por ejemplo, en Chiapas se formó en 1994 el Consejo de Organizaciones de Médicos y Parteras Indígenas Tradicionales (COMPITCH), constituida sobre todo por parteras, y que según los documentos de dicha organización, dichas parteras constituían un reservorio del saber ancestral de sus grupos pero no sólo respecto de la salud, sino también de la "naturaleza". Más aún «La esencia indígena y femenina de los conocimientos de las parteras permitió visualizarlos además como saberes integrales, que no sólo se relacionan con la atención médica sino que también definen el cuidado del medio ambiente y la alimentación». Su saber, «es un don otorgado por Dios», y ejercido «desde dinámicas de solidaridad y de reciprocidad en el entorno social y material, respondiendo así a la voluntad divina» (ARAYA M.J. 2011: 216).

Se sostiene además, que «Los conocimientos tradicionales de las parteras indígenas del COMPITCH se vuelven la fuente de una resistencia sociocultural que cuestiona desde lógica y principios propios, la hegemonía del desarrollo neoliberal que conlleva al genocidio de su oficio» (ARAYA M.J.

2011: 6). Por lo cual, esta organización decidió-según Araya- defender sus comunidades de las opresiones biomédicas y de las agresiones a su medio ambiente, denunciando no sólo la planificación familiar aplicada por las instituciones biomédicas, sino también la imposición de obligaciones personales impulsadas por los programas sociales federales y estatales contra la pobreza. Según ésta y otros analistas, el Sector Salud y otras instituciones buscaron eliminar o por lo menos subordinar a las parteras empíricas, como parte de las políticas neoliberales del estado mexicano, pero pese a ello las parteras habrían sostenido su autonomía, y junto con otras organizaciones de curadores tradicionales, como la OMIECH, consiguieron en el 2000 la cancelación definitiva del proyecto ICBG-Maya que buscaba apropiarse del saber tradicional sobre la flora regional y patentarlo a través de la acción de profesionales y empresas norteamericanas asociadas con centros de investigación y organizaciones nacionales (ALARCÓN R. 2010, CASTRO SOTO J. 2000).

Pero además la COMPITCH, no sólo habría enfrentado y revertido «las estrategias de control corporativista del Estado mexicano para abogar por la recuperación, conservación y fortalecimiento de la medicina indígena...» (ARAYA M. J. 2011: 107), sino que hizo suyas las propuestas del Consejo Nacional de Médicos Indígenas Tradicionales (CONAMIT), que sostiene «La necesidad de que en el país se reconozca la existencia del sistema real de atención a la salud conformada por la medicina académica, la medicina tradicional y la medicina doméstica; y por lo mismo, la necesidad de realizar la programación en salud tomando en consideración la utilización y desarrollo de las tres instancias mencionadas», y agregando el derecho de los curadores tradicionales a «participar en la elaboración de políticas y programas destinados a las comunidades indígenas» (ARAYA M.J. 2011: 105).

Estas propuestas en el campo de salud, si bien venían desarrollándose desde los 70', fueron en parte reimpulsadas, para algunos analistas contradictoriamente (WARMAN A. 2003), a partir del surgimiento del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN) en 1994, lo cual posibilitó incrementar los cuestionamientos al neoliberalismo no sólo en términos de cosmovisión sino también políticos, a partir de los procesos de s/e/a-p, como aparece documentado en el texto de Araya. Así como impulsar las organizaciones de curadores tradicionales, y fundamentar la necesidad de autonomía de los pueblos originarios a través del uso de sus propias formas de atención a los padecimientos. Por lo tanto no puede negarse el proceso organizativo que se dio en los curadores tradicionales, así como

el proceso de lucha ideológica impulsado a través de la reivindicación de la medicina tradicional no sólo en términos de su eficacia técnica, sino de su capacidad para posibilitar la continuidad cultural y social de los grupos, dado que según analistas como Araya, dicho saber tradicional constituía la principal área de resistencia ante la expansión de las concepciones “occidentales”, incluidas las biomédicas.

Muy pocos investigadores dentro del campo de la Antropología Médica, por lo menos en México, adhirieron a la propuesta de-colonial, de que el saber tradicional expresa una epistemología propia, a partir de la cual engendrar otra ciencia posible. En México la mayoría de las propuestas, y en particular quienes tuvieron más peso, como es el caso del Instituto Nacional Indigenista (INI), o de especialistas como R. Campos, J. Page J., G. Solís, R. Alarcón o C. Zolla no plantearon la oposición sino el paralelismo entre las formas de atención y prevención de los padecimientos. Estas y otras propuestas, durante alrededor de dos décadas, dieron visibilidad y legitimidad a la medicina tradicional, convirtiendo a los curadores tradicionales en interlocutores del INI y en menor medida del Sector Salud y de los programas contra la pobreza, por lo menos en algunos contextos nacionales.

Pero este proceso, tuvo escasos resultados en los términos propuestos por los que impulsaron la medicina tradicional, generando además respuestas aparentemente paradójales, ya que dio lugar a un mayor impulso de la biomedicina en términos de cobertura de servicios de salud incluyendo las zonas indígenas de Chiapas, de tal manera que, según G. Freyermuth, como respuesta a la emergencia del movimiento zapatista, el gasto total en salud pasó en dicho estado de 2,06 millones de pesos en 1998 a 6,443, 16 millones en 2012 (2014: 32-33). Pero además se acentuó la tendencia a la biomedicalización del trabajo de una parte de los curadores tradicionales, así como la subordinación y/o exclusión de las parteras empíricas.

Desde por lo menos mediados de 1970 el Sector Salud aplicará toda una serie de medidas a nivel nacional, que se incrementarán en los últimos años, y que irán excluyendo del parto a las parteras tradicionales al establecer que todo parto debe realizarse en instituciones hospitalarias, y donde el parto esté exclusivamente realizado por médicos o por personal de salud acreditado profesionalmente. De tal manera que el papel de la partera tradicional quedó reducido a ciertos controles durante el embarazo, a tareas de información respecto de los principales riesgos obstétricos, así como a la promoción del parto hospitalario y del uso de anticonceptivos, lo que se tradujo en que en 2013 sólo el 1.51 % de los partos fueran

atendidos por parteras tradicionales nivel nacional. Por lo tanto, y pese a que el discurso del Sector Salud reconoce el papel de estas parteras, en los hechos se la subordina y excluye cada vez más (BERRIO L. 2015).

Si bien en varios contextos étnicos la mayoría de los partos son realizados todavía por parteras, dicha situación es provisional, dada la orientación dominante en las políticas de salud (GÜEMEZ M.A. 1997). Por lo tanto, no se logró integrar la medicina tradicional a partir de las propuestas de medicina “paralelas”, ni mantener ciertos logros obtenidos como el de las organizaciones de curadores tradicionales. Es decir, no se pudo dar continuidad a estos y otros objetivos, debido a varias razones, entre las cuales destaca el papel directo e indirecto de la biomedicina tanto a nivel del Sector Salud como de la difusión de productos biomédicos, especialmente medicinas de patente. Considero además que incidieron otros procesos, como el reconocimiento dado, sobre todo en la práctica, por el movimiento zapatista a las acciones de tipo biomédico (BARONET B. - MORA M. - STAHLER-SHOLK R. (Coords.) 2012, CERDA A. 2011). Pero subrayando que uno de los procesos más decisivos, como veremos más adelante, fue la dependencia financiera, técnica y organizativa en que permanecieron las organizaciones de curadores tradicionales respecto de instituciones del estado y en menor medida de financiamientos internacionales.

En toda esta trayectoria, cumplieron un papel básico el INI y una serie de profesionales progresistas que fueron los que pensaron, planificaron e impulsaron los programas de “medicinas paralelas”, la reivindicación ideológica y técnica de la medicina tradicional, y especialmente la creación de organizaciones de curadores tradicionales. Prácticamente la totalidad de las organizaciones de curadores tradicionales, incluida COMPITCH, fue impulsada y/o directamente organizada por el INI y/o profesionales progresistas en su mayoría médicos, que propusieron parte de los objetivos de dichas organizaciones así como participaron activamente en los procesos de organización, gestión y asesoría, pero subrayando además que en forma periférica operaron toda una serie de intelectuales, que cumplieron básicamente una función de legitimación académica con escasas intervenciones prácticas, aunque generando propuestas y expectativas ideológicas que en su mayoría no se concretaron.

Considero que el texto de Araya, es un ejemplo de un tipo de producción académica que busca fundamentar ciertos procesos y el papel de los actores sociales que le interesa defender, pero a través de información y de interpretaciones/afirmaciones no sólo unilaterales, sino que tienen, por lo menos en parte, escasa relación con los hechos ocurridos y con las caracte-

rísticas de los actores sociales. Como en la mayoría de las zonas indígenas, en los Altos de Chiapas «La partera y el huesero poseen el status más bajo dentro de la estructura de la práctica curativa indígena» (FREYERMUTH G. 1993: 82), por lo cual la partera empírica no expresa – según los propios curadores tradicionales – los aspectos centrales de la cosmovisión indígena como pretende Araya. Pero además, si bien las parteras participaron en las luchas contra ICBG-Maya, los principales protagonistas fueron la OMIECH y los asesores de la misma, que además contaron con el apoyo de ONGs nacionales e internacionales (ALARCÓN R. 2010). Justamente esta situación secundaria de la partera empírica, evidencia la situación de inferioridad social que tiene la mujer en la mayoría de los grupos étnicos, lo cual no desconoce los esfuerzos de sujetos y grupos internos y externos, como Araya, por elevar el estatus femenino, y por proponer una autonomía radical de las curadoras a partir de sus luchas.

Si bien el Sector Salud está tratando de excluir a las parteras a través de normas explícitas, no podemos atribuir exclusivamente al Sector Salud la subordinación de las parteras, dado que las mismas tienen en sus propias comunidades un estatus inferior tanto en términos de mujer como de curadora. A nivel de las autoridades políticas locales, de las actividades religiosas, del grupo doméstico el poder ha estado siempre en manos masculinas, y es a partir sobre todo de la apelación a los derechos humanos que sujetos y grupos originarios, ONGs, asesores y otros grupos organizados, están tratando de modificar estas relaciones de poder interno, que son parte no sé si de la cosmovisión, pero sí de los usos y costumbres de la mayoría de los grupos étnicos, y no étnicos de México.

Como sabemos el INI, la Secretaria de Salud y otras instituciones médicas, así como toda una serie de ONGs variopintas formaron promotores de salud con orientación biomédica en zonas rurales, pero además desde finales de los 70' el INI desarrolló programas de capacitación de curadores tradicionales básicamente en la elaboración de productos y en la aplicación de tratamientos herbolarios, para en las décadas de los 80' y 90' impulsar la organización de médicos tradicionales a través de financiamientos nacionales e internacionales (ARAYA M.J. 2011, GALLARDO J. 2002, PAGE J. 2002), excluyendo en forma radical acciones de brujería.

Y así Gallardo describe y analiza las consecuencias que esta orientación tuvo para la medicina tradicional en Cherán (Michoacán, México): «A inicios de los 80' la medicina tradicional de Cherán sufrió un cambio que a futuro transformaría su desarrollo. A través del INI los especialistas fueron organizados y su práctica se sujetó a una serie de normas nuevas

o diferentes. Estas incidieron en las relaciones entre los especialistas y restringieron la utilización de la magia, de la hechicería y de la “brujería” como alternativa terapéutica. Así como también modificaron las formas de transmisión del conocimiento médico tradicional. Antes de los ochenta este saber se transfería principalmente de un familiar a otro; de un adulto con experiencia hacia un joven aprendiz. Ahora, personas adultas pidieron ser “iniciadas” cambiando el significado cultural de la práctica médica y de las concepciones tradicionales de salud y enfermedad. La medicina tradicional se transformó en un oficio remunerativo...» (GALLARDO J. 2002: 157). Agregando, que todo este proceso «se ha traducido en una especie de “profesionalización” del médico tradicional...(lo que) ha significado que los especialistas hayan convertido a la medicina tradicional en una forma de empleo» (GALLARDO J. 2002: 164).

Este proceso significó el reconocimiento institucional de los curadores tradicionales por parte del INI, y en menor medida por instituciones del Sector Salud, lo que se expresó a través de talleres, reuniones y congresos organizados y financiados por estas instituciones, así como en la entrega de diplomas que los acreditaban como curadores tradicionales. La capacitación de las parteras empíricas, así como la construcción de hospitales mixtos o interculturales legitimó inicialmente a los curadores tradicionales, pero también contribuyó a la biomedicalización, institucionalización y subordinación de una parte de dichos curadores, así como a su mercantilización. Y justamente muchos de los conflictos que se van a suscitar dentro de algunas de las organizaciones de curadores tradicionales, así como la emergencia de nuevos curadores o la transformación de otros, tendrán que ver con cuestiones económicas, y con procesos de biomedicalización basados en la utilización de medicamentos de patente, lo que ya podía observarse desde finales de la década de 1970, por lo menos en Yucatán (MENÉNDEZ E.L. 1981, 1990b).

Lo cual no niega que una parte de los curadores tradicionales tuvieran una participación activa en el desarrollo y mantenimiento de los objetivos de estas organizaciones, e intentaran darle continuidad a las mismas.

Correlativamente, como ya señalé, las organizaciones de curadores tradicionales creadas por el INI en forma directa o inducida, permanecieron en una situación de dependencia financiera y técnica. Y si bien observamos intentos de autonomía en varias de estas organizaciones, dichos intentos no sólo fueron escasos, sino que concluyeron, salvo excepción, en el repliegue o desaparición de estas organizaciones. Y una de las razones básicas de este proceso fue la reducción o directamente la falta

de financiamiento. Es decir, estas organizaciones-así como los procesos de capacitación-fueron pensadas e impulsadas desde fuera de los grupos étnicos, y por profesionales que no pertenecían a los mismos, aun cuando habían establecido relaciones, a veces, muy profundas con los grupos étnicos. Los objetivos y las actividades, así como los congresos y talleres fueron propuestos, financiados y coordinados por los asesores, y no por los curadores tradicionales.

Pero reitero que si bien reconozco y valoro los objetivos ideológicos y técnicos que guían estas lecturas y acciones por parte de los asesores profesionales y por líderes indianistas buscando un sujeto autónomo, persistente y opuesto o por lo menos cuestionador de “occidente”; no termino de entender la lógica que opera en los antropólogos cuyo campo de acción es, en la inmensa mayoría de los casos, exclusivamente académico, y que por ejemplo se niegan a reconocer el proceso de disminución, desaparición o transformación de los curadores tradicionales y especialmente de los shamanes, pese a que los datos etnográficos indican que, por lo menos, para Yucatán y para los Altos de Chiapas los shamanes han desaparecido, están en vías de extinción o los encontramos reemplazados y a veces transformados en curadores tipo *new age* (FREYERMUTH G. 1993, ORTEGA J. 1999, PAGE J. 2002).

Ahora bien, en términos analíticos no me preocupan tanto los sesgos profesionales y académicos, sino el papel de los líderes indianistas. Y es por ello que frente a los discursos de los líderes que apelan a la cosmovisión y saber de los pueblos originarios, me pregunto si a través de dichos líderes habla el conjunto de la población indígena; si los líderes expresan las demandas y necesidades de la población, o si hablan básicamente a partir de sus propios objetivos políticos e ideológicos, que pueden expresar – o tal vez no – los objetivos de los sujetos y conjuntos sociales. Por lo cual sería importante observar a través de estudios el distanciamiento o la convergencia que existen entre los discursos y las acciones de los líderes etnicistas y también no etnicistas, y las representaciones y prácticas de los sujetos y grupos que dichos líderes representan. Y esto más allá de los objetivos de dichos líderes.

Considero que en función de sus propios objetivos, una parte de los líderes se distancian cada vez más de las prácticas de la población, por lo menos respecto de los procesos de s/e/a-p; y pese a que dichos líderes saben de los usos cada vez más constantes de la biomedicina por los grupos étnicos. Aclaro que no estoy proponiendo que el saber del “pueblo” es el correcto, y no el de los líderes, sino que lo que me interesa es establecer

el saber de los sujetos y grupos que operan en la realidad; si los mismos se oponen en la práctica a la biomedicina, y si los líderes trabajan o no con dichos saberes, o los reformulan ideológicamente en función de sus propios objetivos.

Cuando una parte de estos líderes cuestiona que las organizaciones de médicos indígenas vendan sus productos medicinales, y proponen que los curadores tradicionales formen parte de los equipos de salud y reciban salarios y prestaciones, podemos entenderlo por una parte como cuestionamiento al mercantilismo médico, así como por otra subrayar las obligaciones sociales de un estado neoliberal que trata de desentenderse de por lo menos una parte de las mismas. Pero dichas propuestas tienen poco que ver, no sólo con los objetivos e ideología del sector salud, sino también con los objetivos y necesidades de una parte de los curadores tradicionales.

Biomedicina: las críticas equivocadas

La biomedicina es la forma de atender y prevenir enfermedades, que más se expande a nivel mundial; análisis, frecuentemente superficiales, señalan la expansión de formas “orientales” de atención y sanación en los países occidentales, pero sin informar sobre la constante expansión de la biomedicina sobre las sociedades asiáticas y africanas.

Actualmente la India, uno de los países que exportaría en forma directa e indirecta gran parte de las técnicas de sanación no occidentales, es el país que tiene el más alto consumo de antibióticos del mundo; el cual se ha convertido en un hecho casi imposible de contener dada la facilidad con que la población hindú tiene acceso a este medicamento, y a la masividad de su consumo. Dicha masividad es producto, al igual que en occidente, de la fuerte tendencia de los médicos hindúes a recetar antibióticos innecesariamente, a los intereses y presiones de la industria químico/farmacéutica, así como a la rápida eficacia encontrada en los antibióticos por la población hindú. Una de las paradojas de este proceso, es que para revertir esta tendencia se está reimpulsando el uso de las medicinas ayurvédica, siddhi, yumani, yoga y también la homeopatía, aunque sin conseguirlo, por lo menos hasta ahora.

Ahora bien, el 76% del incremento en el uso de antibióticos a nivel mundial durante el lapso 2010/2013 se concentra en los países que integran el BRICS⁽¹⁴⁾, al cual pertenece India. Por lo cual, si bien para algunos analistas, el BRICS puede constituir una alternativa económica de ayuda a países

latinoamericanos, no cabe duda que no lo es respecto de ciertos procesos de s/e/a-p, ya que la resistencia a los antibióticos se va constituyendo en una de las principales amenazas a la salud, especialmente para los países periféricos, dada la posible expansión de las viejas y nuevas enfermedades infectocontagiosas.

Lo que señalamos no ignora que, según la Oms, el 80% de la población de los países en desarrollo depende de la medicina tradicional para resolver los problemas de salud más comunes y frecuentes. Y que según la Ops el 80% de la población indígena de las Américas utiliza los curadores tradicionales como principal prestador de asistencia sanitaria (ZOLLA C. - SANCHEZ C. 2010: 37). Pero considero que estos datos son producto de una manera “tradicional” de producir etnografías o encuestas, dado que, por ejemplo, no incluyen que una parte creciente de la población originaria incluidos los curadores tradicionales utilizan fármacos, ni que en prácticamente todas las comunidades indígenas existen tiendas donde se venden medicinas generadas por la industria químico/farmacéutica. Por lo cual considero que si bien la mayoría de la población del planeta no tiene acceso a la atención biomédica directa, observamos una tendencia constante a la expansión de la biomedicina a través de fármacos como es el caso de la India y los países del BRICS que, recordemos, constituyen casi el 50% de la población mundial, y además han desarrollado una poderosa industria de medicamentos. La biomedicina, como parte del sistema capitalista en sus diferentes variantes, tiende a la expansión constante para asegurar su reproducción, por lo cual desde sus objetivos intencionales y funcionales todavía hay una enorme población que lo está aguardando a partir de sus propios objetivos y necesidades.

Cuando en la década de los '70', intelectuales latinoamericanos preocupados por las orientaciones negativas que se estaban dando dentro de la biomedicina, así como por la inclusión de la participación popular en salud, proponían como forma alternativa o por lo menos complementaria de atención de la enfermedad, a los promotores de salud denominados “médicos descalzos” que había impulsado el maoísmo en China, no señalaron que dichos promotores de salud no fueron a las comunidades rurales sólo para rescatar las medicinas tradicionales locales, sino que fueron sobre todo para impulsar las actividades biomédicas de vacunación, de atención del parto así como las que tienen que ver con higiene personal y saneamiento del medio ambiente. La rehabilitación de la medicina china bajo el maoísmo tuvo sobre todo un objetivo ideológico, tal como, según algunos autores, está ocurriendo actualmente con la medicina tradicional en el caso de algunos países latinoamericanos (KNIPPER M. 2006).

Pero lo que me interesa subrayar, es que la medicina tradicional china se articuló ideológicamente con el impulso a la biomedicina, dadas las características atribuidas a ésta última. Y así el gobierno comunista chino impulsó la medicina occidental, más allá de sus críticas y enfrentamientos con los países capitalistas “occidentales”, dado que la biomedicina, si bien se concretiza dentro de países capitalistas, no se identifica con ningún régimen político ni ideológico ni siquiera cultural⁽¹⁵⁾, sino que se identifica con “la ciencia”. Más aún, las únicas organizaciones internacionales referidas a los procesos de s/e/a-p, y en las cuales participan oficialmente todos los países, son de tipo biomédico como ocurre con la Organización Mundial de la Salud (OMS), con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), y en cierta medida con Médicos Sin Fronteras. Mientras que las medicinas “paralelas” sólo han dado lugar al desarrollo de redes más o menos minoritarias de usuarios y/o de profesionales, y cuya continuidad está permanentemente en duda.

Como ya lo señalamos, cuando a principios de la década de 1980’ surgió una nueva enfermedad llamada VIH-sida, así como cuando en la actualidad se expande el Ébola, los países a nivel individual y colectivo buscaron y siguen buscando la solución en productos y concepciones biomédicas, y no en la medicina mandarina, en la medicina ayurvédica, en las medicinas tradicionales africanas o latinoamericanas ni en las medicinas new age. O mejor dicho, muchos las siguen buscando en las medicinas “paralelas”, pero hasta ahora la única que aplica soluciones parciales o más o menos eficaces para el VIH-sida o para el Ébola, es la biomedicina. Las acciones biomédicas no sólo consiguieron reducir la expansión del virus del Ébola, y la mortalidad generada por él; no sólo están desarrollando vacunas para controlarlo en el futuro, sino que los que enfermaron y murieron por salvar a la población de estos países africanos – 815 a mayo del 2015 según la OMS (REC N° 1, 584, 22/05/2015) – fueron médicos y estudiantes de medicina (12%), enfermeros 50%, y el 38% personal de limpieza, de seguridad, choferes, recordando que algunos de ellos fueron asesinados cuando trataban de desarrollar tareas preventivas⁽¹⁶⁾.

Lo cual implica reconocer, más allá de las críticas que podemos hacer a la biomedicina, la notable hegemonía actual de la misma, y a través de élla la persistencia de la hegemonía occidental no sólo en términos científicos y técnicos, sino también culturales e ideológicos. Que además, y lo subrayo, constituye la forma más insidiosa del poder hegemónico, dado que la biomedicina aparece como un referente universal que está más allá de cada cultura, sociedad o nación. Y por eso no sólo las sociedades occidentales, sino todos los países a nivel mundial, impulsan el uso de la

biomedicina, e inclusive proponen la construcción de sistemas de salud generales y gratuitos basados en la biomedicina, como por ejemplo ocurre en el caso del actual gobierno proindígena pluricultural de Bolivia.

Ahora bien, y retomando los interrogantes formulados previamente, no cabe duda que por lo menos en América Latina asistimos a una constante expansión de la biomedicina, pero dicha expansión implica modificaciones en las identidades y cosmovisiones de nuestros grupos étnicos? Y sobre todo, dichas modificaciones ¿han sido tenidas en cuenta por los líderes de los movimientos étnicos y por sus intelectuales orgánicos? Yo no tengo respuestas seguras respecto de estos interrogantes, dado que contamos con escasos estudios profundos sobre estos aspectos, aunque sí con una diversidad de opiniones fuertemente ideologizadas. De los materiales analizados, y respecto del primer interrogante surge que, por lo menos en parte las cosmovisiones y sobre todo las prácticas, respecto de los procesos de s/e/a-p se están modificando en los grupos étnicos americanos. En países como México se señala que las representaciones sociales de determinados grupos étnicos respecto de la enfermedad y su tratamiento se han ido modificando especialmente por la influencia de las iglesias católicas y protestantes. Además, la reducción, desaparición o transformación de los curadores más emblemáticos en términos de cosmovisión, es decir los shamanes, evidencia, por lo menos, la pérdida de alguno de los principales sostenes y reproductores de las cosmovisiones. Lo cual en cierta medida se verifica, como ya lo señalamos, a través de lo que está ocurriendo con los sueños y con los “lectores” de los mismos, por lo menos en los Altos de Chiapas. Pero también se observa en una serie de procesos, de los cuales sólo presentaré tres que expresan situaciones distintas aunque complementarias.

Como sabemos, entre los mayas yucatecos, los shamanes tienen un papel decisivo en la realización de rituales colectivos que tienen que ver con enfermedades, con la producción agrícola, o con ceremonias familiares, existiendo además una diferenciación estratificada entre “maestros” y “aprendices” en el manejo de estos rituales. Según algunos analistas se está dando una situación cada vez más común, según la cual los jmeeno’ob (shamanes) con cierto reconocimiento, deciden dedicarse únicamente a realizar curaciones y autoexcluirse de los rituales colectivos por ser estos muy “peligrosos” y/o muy “cansados”; además de que ello implica abandonar la milpa, la familia, el trabajo, según ellos mismos expresan (GÓMEZ 2008b). Por consiguiente, dejan encargados de los trabajos grandes o colectivos a jmeeno’ob en proceso de instrucción (QUINTAL F. - BRICEÑO F. - CABRERA A. 2013, vol. II: 186). Los “maestros” se dedican exclusiva-

mente a actividades terapéuticas, porque además «suelen obtener remuneración económica importante» (QUINTAL F. - BRICEÑO F. - CABRERA A. 2013, vol. II: 186).

Ahora bien, un importante aspecto que señalan estos autores, es que ha disminuido notablemente la realización de uno de los principales rituales agrarios que realizaban los shamanes yucatecos, es decir el ch'a chák, dado que la población maya trabaja cada vez menos la tierra debido a los bajos ingresos obtenidos. Por lo cual, va desapareciendo uno de los principales espacios de reproducción de la cosmovisión e identidad maya, que supone además una fuerte pérdida económica para los shamanes, que por eso delegan estos rituales en los aprendices, mientras ellos se dedican sobre todo a realizar actividades terapéuticas, que constituyen una de sus principales fuentes de obtención de recursos.

El segundo caso es por lo menos paradójico; como sabemos, Cuba ha desarrollado una industria de la atención médica que cumple funciones económicas e ideológicas para el gobierno cubano, y que ha evidenciado su gran capacidad técnica y solidaria en gran cantidad de situaciones graves, especialmente en países periféricos. En función de ello, Cuba ha establecido acuerdos para instalar en las comunidades más pobres y marginadas rurales y urbanas de varios países latinoamericanos, médicos cubanos a tiempo completo, recordando que en naciones como Bolivia gran parte de esas comunidades son indígenas.

La paradoja radica en que dichos médicos cubanos caracterizados por su excelente formación técnica, y por el buen trato a los pacientes como lo han demostrado las evaluaciones de su desempeño, se caracterizan por una formación biomédica que excluye toda consideración científica y técnica respecto de las medicinas tradicionales, y de las creencias religiosas. Más aún, nos encontramos con la paradoja, de que sujetos de origen indígena a partir de sus objetivos personales, así como comunidades originarias latinoamericanas han decidido enviar jóvenes a estudiar medicina en Cuba, pese a que la formación que obtienen cuestionará a través de su trabajo médico aspectos centrales de las cosmovisiones indígenas respecto de los procesos de s/e/a-p⁽¹⁷⁾.

El tercer proceso refiere a los hospitales mixtos o interculturales, que en los casos que conozco para México, ninguno ha sido propuesto ni solicitado por los grupos étnicos, sino que han sido propuestos y organizados por el INI o por los gobiernos de algunos estados, subrayando que los hospitales interculturales del estado de Puebla, han sido construidos como parte de actividades de ecoturismo relacionadas con el denominado

Plan Puebla/Panamá (DUARTE GÓMEZ *et al.* 2004: 394). La mayoría de los curadores tradicionales se han opuesto a dichos hospitales, ya que para los curadores chiapanecos, por ejemplo, en dichos hospitales «...se descontextualiza la práctica médica tradicional... Señalando que no es posible juntar a los doctores con los médicos tradicionales, porque las medicinas son muy diferentes, no tienen nada que ver con las otras» (PAGE J. 2002: 94-95). Una de las razones por la cual una parte de los curadores tradicionales se interesaron por trabajar en estos hospitales es económica, pues pensaban que tendrían una demanda que les reeditaría ganancias, y por ello se propuso en el hospital mixto de Cuetzalan (México) la atención diaria, pero a partir de 1994 la consulta se redujo sólo a los días jueves y domingos, que son los días de mercado. En los hospitales mixtos del estado de Puebla la demanda no sólo es muy escasa, sino que gran parte corresponde a sectores no indígenas.

Es importante subrayar que en la mayoría de los países latinoamericanos los hospitales y centros de salud interculturales han evidenciado los mismos problemas, inclusive en el país con mayor porcentaje de población originaria, ya que en Bolivia, al igual que en México, los centros de salud mixtos no fueron solicitados por la población indígena ni por los curadores tradicionales sino que fueron pensados y organizados por ONGs, antropólogos sociales, algunos funcionarios nacionales y asesores internacionales. Al igual que en México se caracterizan por la falta de demanda por parte de la población indígena (FERNÁNDEZ JUÁREZ G. 2006, RAMÍREZ-HITA S. 2011). Y así por ejemplo, en el hospital intercultural, localizado en San Pedro de Curva, comunidad relativamente cercana al lago Titicaca, durante los años 2003, 2004 y 2005 hubo un total de 34 visitas de pacientes al consultorio de medicina tradicional, es decir 11 consultas por año; aclarando que el 52% de las cuales consultas fueron realizadas por turistas extranjeros (CALLAHAN M. 2006).

Si bien la poca demanda de atención que se observa en estos hospitales, así como el rechazo a trabajar en ellos por la mayor parte de los curadores tradicionales, expresan el fracaso de los mismos; considero además que la existencia de estos hospitales evidencia las concepciones y relaciones de hegemonia/subalternidad que operan entre población indígena y no indígena, ya que más allá de su subutilización, dichas instituciones ponen de manifiesto los recursos económicos diferenciales que los gobiernos invierten en la biomedicina y en la medicina tradicional. Ponen en evidencia el lugar marginal que tienen los servicios tradicionales dentro del hospital, las características diferenciales de los consultorios y salas de espera, así como las “distancias” sociales que operan entre curadores biomédicos y

tradicionales. Lo interesante es que las propuestas y puesta en funcionamiento de estos centros de salud interculturales, se hicieron pensando en que los mismos ayudarían a cuestionar las relaciones de hegemonía/subalternidad; más aún, algunos las veían como contrahegemónicas.

Medicina tradicional y biomedicina: usos políticos e ideológicos en América Latina

En el caso del segundo interrogante, considero que una parte de los líderes políticos y de los intelectuales orgánicos, si bien saben de la expansión y del papel hegemónico de la biomedicina y de sus efectos positivos sobre una parte de los padecimientos que más afectan a las comunidades indígenas, sin embargo tienden a sostener a nivel de discurso la defensa de una “tradicionalidad” que opera en términos ideológico/políticos como justificación de sus propuestas etnicistas, sin desconocer por ello el papel de la biomedicina, pero colocando el peso del discurso en la “tradicionalidad”. Y este discurso complementario, que no doble discurso, es el que por una parte posibilita el mantenimiento ideológico de una identidad étnica propia, y al mismo tiempo incluye lo que la población indígena hace en la vida cotidiana, es decir utilizar tanto lo tradicional como lo biomédico. Así como también expresa los mecanismos ideológico/culturales a través de los cuales se tratan de lograr objetivos políticos.

Considero que el caso boliviano evidencia casi paradigmáticamente lo que estamos señalando, dado que el gobierno de Evo Morales no sólo tiene un discurso identitario referido a la medicina tradicional, sino que ha creado un Subministerio de Medicina Tradicional y Salud Intercultural, pero sin embargo los recursos para la salud del estado boliviano no van hacia la medicina tradicional, sino que en su totalidad – y subrayo en su totalidad – van hacia las instituciones, personal y acciones biomédicas (RAMÍREZ-HITA S. 2011, 2014). Más aún, el gobierno boliviano plantea desarrollar un sistema de salud universal basado en la biomedicina, dado que es una de las principales demandas de la población. Y recordemos que Bolivia es el país con mayor porcentaje de población indígena, ya que para finales de 2010 constituía el 50% de dicho país, mientras en México sólo era el 13% (ZOLLA C. - SÁNCHEZ C. 2010).

Es decir que la medicina tradicional como parte sustantiva de la cosmovisión e identidad de los grupos étnicos es usada, junto con otros saberes tradicionales, a nivel de discurso político/ideológico, mientras en los hechos se impulsa y financia la biomedicina. Lo cual no supone la negación,

y menos aún desprecio y/o subvaloración de la medicina tradicional por los dirigentes políticos bolivianos, sino reconocer que la eficacia técnica y la legitimación social están colocadas en una biomedicina, que además es cada vez más demandada y usada en términos directos y/o indirectos por los pueblos originarios.

Subrayo que las propuestas del gobierno boliviano actual no plantea ninguna oposición biomedicina/medicina tradicional, sino un paralelismo y en ciertos casos articulación, mientras que otras corrientes indianistas denuncian no sólo la penetración de la biomedicina en las sociedades nativas, sino que subrayan-como ya lo señalamos- la incompatibilidad entre las cosmovisiones indígenas y las occidentales, lo cual se evidenciaría a través de los procesos de s/e/a-p. Propuestas, que cada vez tienen menos que ver con lo que realmente hacen los grupos étnicos con dichos procesos, lo cual inevitablemente los lleva a un distanciamiento con una parte de dichos grupos.

Considero que estos líderes políticos, y sobre todo algunos intelectuales (REINAGA F. 1982), no han descripto y menos trabajado sobre los procesos de s/e/a-p que operan en los grupos étnicos, sino que sus referencias a la biomedicina las utilizan en función de sus objetivos ideológicos, y en menor medida políticos. Más aún las utilizan, desde perspectivas etnicistas de tipo nacionalista o socialista, o a través de una articulación de ambas, para impugnar no sólo al capitalismo sino a la cosmovisión occidental en función de sus objetivos económico/políticos, que no obstante cuando logran institucionalizarse, por lo menos hasta ahora, han concluido en alguna variante de capitalismo. Lo cual ha sido analizado para procesos muy dispares ocurridos en países de América Latina y del Caribe (BAUD M. *et al.* 1996), e inclusive respecto de la trayectoria del EZLN (BASCHET J. 2005, PITARCH P. 2004, 2005) para evidenciar los usos de la etnicidad como estrategia política.

Pero los usos del etnicismo como estrategia política tienen una larga historia y, como sabemos, fueron llevados entre las décadas de 1920 y 1940 casi hasta sus últimas (¿) consecuencias por movimientos sociales y organizaciones políticas europeas. aunque con objetivos muy diferentes. Por lo cual, como ocurre en la mayoría de los procesos, los usos de la etnicidad y sus consecuencias deben ser referidos a las fuerzas sociales que se hacen cargo de la mismas, y no a la etnicidad en sí (MENÉNDEZ E.L. 2002)

Ahora bien, más allá de la validez y/o eficacia de dichos usos instrumentales, reitero que una de las principales cuestiones para nosotros está

en observar si las representaciones y las prácticas biomédicas penetran, modifican, hegemonizan o no los comportamientos, las cosmovisiones, o si se prefiere los usos y costumbres de los grupos étnicos. Es decir, si se convierten en parte de la cultura de los mismos, más allá de que a nivel verbal se impugnen la sociedad y valores “occidentales”. En términos de movimientos étnicos y sobre todo de sus objetivos políticos, tanto entre los líderes como entre quienes se dedican a analizar procesos políticos, observamos que las cosmovisiones, por lo menos las que se expresan a través de los procesos de *s/e/a-p*, constituyen procesos secundarios y frecuentemente irrelevantes más allá de los usos tácticos y coyunturales que hagan de los mismos. Más aún, considero que existen toda una serie de procesos de *s/e/a-p* a través de los cuales se evidencia la penetración biomédica en los usos y costumbres de los grupos étnicos, pero que casi no han generado en los líderes políticos y académicos reflexiones sobre los cambios en las cosmovisiones indígenas referidas a la enfermedad y su atención y prevención afectadas por dicha penetración.

Inclusive algunas de las más fuertes y constantes agresiones físicas, psicológicas y culturales impulsadas por el Sector Salud han sido muy poco denunciadas por los líderes indianistas, por las ONGs y por los académicos. Y me refiero a los programas de planificación familiar y de salud reproductiva impulsados especialmente desde mediados de la década de los 70' hasta casi finales de los 90' por el Sector Salud de la mayoría de los países latinoamericanos y del Caribe. Programas que buscaron reducir radicalmente las tasas de natalidad, y en los cuales la esterilización de mujeres se constituyó en la principal técnica de control de la natalidad (MENÉNDEZ E.L. 2009b).

Ahora bien ¿por qué la mayoría de las organizaciones no gubernamentales (ONGs) afines y no afines a los grupos étnicos, y que trabajan sobre procesos de *s/e/a-p*, y especialmente las que trabajan sobre salud reproductiva denunciaron y se opusieron tan poco a las esterilizaciones; o cuando las denunciaron, lo hicieron durante un pequeño lapso, pese a que la esterilización sistemática duró más de dos décadas? Pero además ¿por qué la gran mayoría de los movimientos indianistas casi no dijeron nada al respecto, no formando parte de sus demandas ni de sus luchas? Estas ausencias son aún más notorias porque el lapso de mayor intensidad de la aplicación de los programas de planificación familiar y especialmente de las esterilizaciones, coincide con el periodo de mayor frecuencia e intensidad de las demandas y acciones políticas e ideológicas de los movimientos indígenas en varios países de América Latina.

¿Será acaso que las esterilizaciones de mujeres no afectan la identidad y cosmovisión étnica?, y si es así? Qué será entonces lo que las afecta? Si bien en varias regiones indígenas mexicanas, como la de los Altos de Chiapas, hubo una oposición silenciosa a dichos programas, sin embargo en Yucatán-el estado mexicano con mayor porcentaje de población indígena-hubo muy escaso rechazo no sólo a las esterilizaciones sino a las histerectomías (SÁNCHEZ C. *et al.* 1994). Pero más allá de reconocer estas diferencias entre grupos mayas, necesitamos preguntarnos ¿qué expresan esas omisiones en el caso de las ONGs y sobre todo de los movimientos indígenas? Mientras en el caso de la mayoría de las ONGs, incluidas las feministas radicales, expresa por una parte conflictos ideológicos y éticos dado que en gran medida están de acuerdo con la planificación familiar, aunque frecuentemente no en la forma en que es aplicada; por otra parte, dichas ONGs suelen estar “atadas” a financiamientos que promueven dicha planificación (MENÉNDEZ E.L. - DI PARDO R.B. 2010/2011). Es decir, que tanto por sus objetivos ideológicos feministas, por sus concepciones biomédicas, como por sus fuentes de financiamiento, investigaron muy poco, y menos aún se movilizaron contra las esterilizaciones, salvo excepciones.

En el caso de los movimientos étnicos tengo pocas explicaciones más allá de asumir, como señalé previamente, que la mayoría de los líderes se han preocupado escasamente por el papel de los procesos de s/e/a-p en el desarrollo de sus objetivos y movilizaciones políticas, aun cuando pueden llegar a utilizarlos ideológicamente como parte de sus estrategias etnicistas. Lo cual no es sólo una característica de estos grupos, sino de los movimientos sociales liderados en su mayoría por varones. Pero ocurre que la planificación familiar, y aun más las esterilizaciones, no constituyen procesos secundarios y menos invisibles, aun cuando los medios de comunicación masiva difundieron fuertemente la planificación familiar, pero silenciaron las esterilizaciones, en lo cual convergieron con las ONGs, con los movimientos indios y con el Sector Salud. Necesitamos subrayar que la planificación familiar, y sobre todo las esterilizaciones, no sólo violenta a la mujer, sino que se supone violenta una maculinidad que hasta hace pocos años sostenía que “la mujer siempre debe estar cargada, como el fusil”, y que era señalado como uno de los principales indicadores del “machismo” mexicano. Pero ahora no vamos a analizar estos aspectos, que no obstante serían parte de la cosmovisión y/ o de los usos y costumbres del campesinado mexicano indígena y no indígena, y que sin embargo se modificaron rápidamente en la mayoría de los contextos nacionales, y sin que casi se dieran oposiciones a las esterilizaciones.

La planificación familiar fue el mecanismo a través del cual en México se redujo el número de hijos por mujer de 6.5 en la década de los 70' a 2.2 en la actualidad; recordando que el alto número de hijos no sólo tenía objetivos económicos para los campesinados indígenas y no indígenas, sino que evidenciaba la fuerza genésica masculina, y la gran fertilidad femenina en una articulación de concepciones cristianas y precristianas. Pero además, la planificación familiar en sus propuestas y acciones iniciales implicó que fuera el estado quien sugiriera el número de hijos – “la familia pequeña vive mejor” – y quien colocó en la mujer y no en el varón la posibilidad de un real control de la natalidad. Pero esa inducción del estado ha sido asumida, según algunos expertos, por la población: «En Chiapas las mujeres están teniendo menos hijos que nunca y les gustaría que sus hijos, a su vez, tuvieran menos hijos» (HALPERIN *et al.* 1999: 158). Y podríamos seguir abundando en posibles contenidos de la cosmovisión y de la identidad indígena, así como en los mecanismos de transformación a través de procesos de s/e/a-p, pero lo que ahora me interesa subrayar es la escasa o nula movilización de los movimientos nativos respecto de un proceso, durante el cual las instituciones del Sector Salud, también trataron de esterilizar a varones indígenas⁽¹⁸⁾.

De los procesos de s/e/a-p analizados surgen algunos hechos interesantes, que trataré de sintetizar. En principio observamos que el papel dado a las cosmovisiones indígenas como alternativa social e ideológica no va más allá, por lo menos hasta ahora, de las retóricas académicas e ideológico/políticas, dado que el principal “reservorio” y operador de dicha cosmovisión, es decir los curadores tradicionales, no es realmente tomado en cuenta en términos políticos ni económicos tanto por los líderes movimientistas, como por los grupos étnicos que han accedido al poder. Más aún, asistimos a un proceso de desaparición o de transformación de la mayoría de los principales curadores tradicionales, sin que esto preocupe en términos políticos ni ideológicos a los líderes.

Si bien la defensa y legitimación de la medicina tradicional se sostiene en gran medida a partir de su eficacia respecto de ciertos padecimientos y su papel en la cohesión, pertenencia e identidad de los grupos, así como en su diferenciación y crítica de la biomedicina, sin embargo, no consigo detectar cuál sería la alternativa social, cultural y técnica a desarrollar en términos de salud pública respecto de los procesos de s/e/a-p, y ello por dos razones básicas. En primer lugar porque no sabemos como a través de la medicina tradicional vamos a reducir o eliminar las enfermedades de las cuales muere la población en los diferentes contextos étnicos y no

étnicos⁽¹⁹⁾. Y segundo, porque sabemos que la medicina tradicional no ha podido reducir las principales causas de muerte en sus propios grupos étnicos, debido en gran medida a que la mayoría de los padecimientos a través de los cuales se reconoce la eficacia de los curadores tradicionales, tiene que ver con padeceres generados por relaciones sociales, especialmente los que se organizan en torno a la envidia, a las transgresiones sociales, al no cumplimiento de normas y rituales.

Lo cual no niega el papel que puede cumplir a nivel microgrupal y comunitario no sólo de eficacia simbólica sino técnica (ORTEGA J. 1999)⁽²⁰⁾, pero que implica un trabajo teórico y práctico de justificación y articulación que, no niego que exista, pero que desconozco por lo menos para México. Ya que una cosa es defender la medicina tradicional en términos ideológicos y técnicos, y otra pensarla en términos de políticas de salud pública. Por lo cual, creo que una de las tareas básicas para los intelectuales más o menos orgánicos y sobre todo para los líderes indianistas, es justamente pensar y sobre todo impulsar esta posibilidad, y aclararnos cuales son sus propuestas de salud y no sólo respecto de la población indígena.

Movimientos étnicos y medicina tradicional: la necesidad de pensarlos articuladamente

A través de los materiales analizados, observamos para México, un proceso de organización y empoderamiento de los curadores tradicionales; de defensa de la medicina tradicional y de sus curadores en términos de su eficacia simbólica, social y física, que incluyó la demanda de legalización de la misma; un cuestionamiento de las concepciones y prácticas biomédicas, así como propuestas e intentos de autonomía. Y si bien, como se señaló, se lograron ciertos objetivos, sin embargo los resultados son por lo menos preocupantes desde las perspectivas etnicistas y de las interculturalistas. La información indica que sigue expandiéndose la biomedicina; que se reducen, desaparecen o se subordinan gran parte de los curadores tradicionales; que las organizaciones de médicos tradicionales han desaparecido, reducido el número de miembros o se han limitado a un mínimo de acciones, y que las expresiones autonómicas en términos de objetivos y organización, si bien siempre fueron escasas, actualmente han desaparecido. Más aún, la orientación hacia una práctica de los curadores tradicionales basada en la herbolaria y la exclusión de los aspectos “mágicos” impulsada por el INI, por las diferentes iglesias cristianas, por funcionarios de los gobiernos estatales y/o por institutos de investigación ;

así como el creciente uso de fármacos y la mercantilización de la atención por una parte de los curadores tradicionales, indica la falta y/o reducción de su autonomía técnica, así como la penetración no sólo técnica sino ideológico/ cultural de la biomedicina. De hecho la medicina *tradicional*⁽²¹⁾ que más se expande, es la que se expresa a través de formas de sanación *new age* o similares.

Como lo señalamos, la casi totalidad de los procesos organizativos y de los objetivos técnicos e ideológicos de la medicina tradicional, así como los cuestionamientos a la biomedicina y al Sector Salud fueron generados, impulsados, asesorados y/o financiados por instituciones y/o profesionales e intelectuales que no pertenecen a los grupos étnicos, y de los cuales las organizaciones mantuvieron una dependencia por lo menos parcial, a través de todo el proceso. Gran parte de las críticas a la biomedicina, como la validación técnica y cultural de la medicina tradicional, no surgen de los grupos étnicos sino de las elaboraciones de profesionales, académicos y de intelectuales más o menos orgánicos. Lo cual no cuestiono, sino que recuerdo para tratar de entender porque en México luego de más de dos décadas de trabajo organizativo, las organizaciones de curadores desarrolladas en nombre de las cosmovisiones y técnicas sanadoras tradicionales decaen hasta casi desaparecer.

Lo señalado no niega que organizaciones como la OMIECH o de los curadores tradicionales de Cherán (Michoacán, México) sigan vigentes en varios aspectos, pero constituyen excepciones. Más aún, los intentos más recientes (2014) de reimpulsar la medicina tradicional apelando a la interculturalidad siguen manteniendo la misma orientación que ha evidenciado su reiterado fracaso. Dichos intentos se han dado a desde el Sector Salud oficial en el caso del estado de Veracruz o de institutos de investigación en el caso de Yucatán, sin que hayan sido demandadas y menos promovidas por los propios curadores tradicionales⁽²²⁾.

Por supuesto que respecto de lo ocurrido, y de nuestras interpretaciones, puede aducirse que si bien no se lograron gran parte de los objetivos, sin embargo se desarrollaron procesos de aprendizaje, que más adelante, sobre todo cuando surjan coyunturas favorables, pueden ser retomados. Lo cual es posible, pero en la medida que lo documentemos y analicemos; y no conozco estudios que traten de observar si esto ha ocurrido o no. Más aún, no conozco trabajos a través de los cuales los que impulsaron las diferentes experiencias de interculturalidad describan y analicen cuales fueron los factores y procesos que condujeron a la desaparición de las organizaciones de curadores tradicionales y al escaso o nulo papel de los hospitales y consultorios interculturales.

Considero necesaria esta reflexión, porque, por lo menos los especialistas en Antropología Médica y Medicina Social afines a los movimientos y grupos étnicos sabían de la existencias de instituciones y fuerzas sociales que se oponían a impulsar la interculturalidad más allá de los discursos ideológicos utilizados. Sobre todo sabían del poder técnico, económico y político de la biomedicina, y del constante pragmatismo de la misma. De una biomedicina que en función de sus objetivos se apropia, permite y/o desecha otras formas de atención en la medida que le permita extender la cobertura o desarrollar vigilancias epidemiológicas para el paludismo o para el VIH-sida, y a las que usa coyuntural y momentáneamente. Más aún, no asumieron realmente el constante proceso de penetración, de legitimación técnica e ideológica de la biomedicina, no tanto en los curadores tradicionales sino en los sujetos y conjuntos sociales subalternos y no subalternos así como en los gobiernos de, por lo menos, todos los países adheridos a la OMS.

Ahora bien, lo analizado refiere a los procesos de s/e/a-p, y no sabemos hasta qué punto nuestras interpretaciones sobre los mismos pueden aplicarse a lo que ocurrió y está ocurriendo con los movimientos y organizaciones étnicas en términos políticos, pese a que si bien siguen existiendo organizaciones así como luchas en muy diferentes contextos latinoamericanos, no obstante observamos un repliegue de las mismas, una expansión continua de las empresas privadas-especialmente las extractivas- sobre los territorios indígenas, un proceso migratorio constante y cada vez menos reversible hacia medios urbanos y/o rurales nacionales y de los EEUU, así como una profundización de la pobreza especialmente en las zonas indígenas que genera la “expulsión” de población, sobre todo de jóvenes (GARCÍA F. (Comp.) 2008, ESCÁRZAGA F. - GUTIERREZ R. (Coords.) 2005, ESCÁRZAGA F. *et al.* (Coords.) (2014), PRADA R. 2014)⁽²³⁾.

Por lo cual considero que lo ocurrido con los procesos de s/e/a-p, por lo menos, problematiza no sólo lo que está ocurriendo en términos políticos con los movimientos indígenas en México, sino también las interpretaciones de los analistas, ya que tanto en los procesos de s/e/a-p como en los procesos específicamente políticos observamos similares trayectorias, que sintetizaría en siete aspectos: a) el repliegue cada vez mayor de las organizaciones étnicas; así como las limitaciones en el enfrentamiento y resistencias frente a la expansión de los sectores sociales dominantes; b) la pérdida de iniciativa política de los actores sociales subalternos, ya que se ven constantemente obligados a reaccionar, responder o “resistir” a las persistentes penetraciones económico/políticas de las empresas privadas nacionales e internacionales sobre sus tierras y aguas; c) el papel central

de instituciones del estado y de instituciones de la sociedad civil en las propuestas, organización y orientación de las organizaciones, incluidas las de los curadores indígenas, generando un efecto de dependencia tanto en términos de organización, de financiamientos como de objetivos; d) el aprovechamiento parcial y limitado por parte de los grupos étnicos, no sólo de las contradicciones y problemas de la sociedad dominante, sino de las políticas neoliberales que aceptaron e inclusive reconocieron, por ejemplo, las “diferencias” culturales incluidas las étnicas a nivel constitucional; e) el uso de mecanismos legales que establecieron expectativas que se cumplieron parcialmente, contribuyendo frecuentemente a reducir sólo a lo legal las posibilidades de solución de los conflictos; f) el dominio de una lectura y propuestas básicamente culturales que excluyeron o por lo menos subordinaron no sólo la dimensión económico/política, sino que subrayaron el peso de la diferencia cultural respecto de las desigualdades socioeconómicas; y g) las consecuencias negativas de una parte sustantiva de los análisis académicos sustentados en consideraciones ideológicas que subrayaron sobre todo durante los 90’ y parte del 2000’ la “inevitable caída del capitalismo”, ignorando no sólo la reconversión capitalista de la casi totalidad de los llamados socialismos reales, sino su papel en la reproducción del capitalismo y su penetración económica en vastas zonas del mundo periférico, incluidos los mundos indígenas.

La profecía de la rápida/desaparición del capitalismo, que por supuesto ocurrirá en algún momento, ha operado en una parte de los analistas de los movimientos sociales y étnicos como una barrera ideológica que limita o directamente impide observar lo que está ocurriendo en las sociedades indígenas y-por supuesto-no indígenas. En el caso de los profesionales y funcionarios que impulsaron la medicina tradicional, así como la denominada salud intercultural, operó un proceso similar, ya que no asumieron, por lo menos en México, no sólo la capacidad de expansión de la biomedicina y del Sector Salud en forma directa e indirecta, sino su oposición al desarrollo de la medicina tradicional tanto en términos “paralelos” como “alternativos”, sobre todo cuando se los pretende institucionalizar y profesionalizar tanto dentro del Sector Salud como fuera del mismo.

Por lo tanto considero que a través de los procesos de s/e/a-p pueden detectarse y observarse, frecuentemente con mayor transparencia, toda una serie de problemas que también operan en otros campos de la realidad, y que posibilitan formular interpretaciones muy diferentes en términos políticos y/o ideológicos. Lo cual no implica trasladar mecánicamente a otros campos lo que surge de los procesos de s/e/a-p, sino tomarlos como

orientadores en la detección de problemas, contradicciones y sesgos. De tal manera que la información que indica que las organizaciones de curadores tradicionales no fueron pensadas ni creadas por ellos, que su dependencia financiera y organizativa ha sido constante, que las propuestas “paralelas” a las instituciones dominantes no operaron, y que la biomedicina sigue expándose, constituyen procesos que necesitamos observar si operan de similar manera en otros campos de la realidad.

Para profundizar lo planteado y analizado en este texto, podría seguir formulando interrogantes respecto de otros problemas, pero considero que a través de los procesos analizados, ha quedado claro que la lectura de los procesos de s/e/a-p posibilita detectar, observar, y/o problematizar, por lo menos, ciertos aspectos de procesos económicos/políticos o ideológico/culturales que no suelen ser considerados, no sólo por los especialistas en dichos procesos sino tampoco por los líderes etnicistas. Así como también, que los procesos de s/e/a-p pueden evidenciar no sólo las contradicciones y conflictos de los sectores sociales dominantes y también de los subalternos, sino poner de manifiesto cuáles son los objetivos, las trayectorias y las transacciones que operan en los diferentes actores sociales. Así como también permite observar los sesgos, omisiones, e imaginarios que comemos los analistas de dichos sistemas. En última instancia, lo que estoy concluyendo retoma no sólo las propuestas ya citadas de Berlinguer, sino también las de P. Bourdieu (BOURDIEU P. 1999; BOURDIEU P. *et al.* 1975), y su obsesión-o tal vez obsesividad- por la problematización y la modificación de la realidad.

Notas

⁽¹⁾ La propuesta de Berlinguer desde la Medicina Social se articula con las propuestas de la antipsiquiatría, de la teoría crítica de la desviación, de las reformulaciones de la teoría de la anomia, de las orientaciones interaccionistas simbólicas generadas por Goffman y otros autores, las teorías del etiquetamiento o las aproximaciones tipo Deleuze y Guattari respecto de la relación capitalismo/esquizofrenia, que junto con otras corrientes teóricas trataron entre mediados de los 50' y principios de los 70' de buscar en las enfermedades y en su atención/prevenición claves para interpretar el orden social dominante.

⁽²⁾ Una de las expresiones más notorias del colapso de la Urss (Unión Rusa Socialista Soviética), tiene que ver con el suicidio, ya que a finales de la década de 1990 ocho de los diez países con mayores tasas de suicidio habían sido parte del bloque soviético. En orden decreciente, dichos países son Lituania, Federación Rusa, Bielorusia, Kazajstan, Estonia, Hungría, Ucrania y Eslovenia (DE LEO *et al.* 2003).

⁽³⁾ Cosmovisión es un concepto utilizado con frecuencia por los que describen y analizan las concepciones y saberes indígenas, y es por ello que lo utilizo, pero subrayando que cuestiono el uso de dicho concepto porque tiende a generar una noción sumamente estructurada, monolítica,

congruente, exenta de contradicciones y frecuentemente esencialista de los grupos, sociedades y culturas a los que se aplica. Considero que es utilizado como tipo ideal, pero convertido en realidad. Sus orígenes teóricos refieren a las corrientes idealistas e historicistas europeas desarrolladas durante el Siglo XIX, pero que se han perdido reflexivamente en la mayoría de los que lo usan.

⁽⁴⁾ Considero decisivo precisar estos conceptos para entender de qué hablan los analistas cuando se refieren a cosmovisión o subjetividad, dado que la casi totalidad de los autores consultados no definen o por lo menos no precisan estos conceptos. Por lo tanto en este texto nos referimos a usos y costumbres o identidad tal como lo usan la mayoría de los autores, es decir en forma “abierta”. Aclaro también, que técnicamente las enfermedades tradicionales son denominadas Síndromes culturalmente diferenciados por la OMS, pero en el texto uso el término enfermedades tradicionales.

⁽⁵⁾ Si bien el referente mayor es América Latina, no obstante mi análisis se centra en la situación mexicana, aun cuando presento datos y reflexiones referidos a otros países de la región. Aclaro además que la información manejada no sólo surge de mis propios estudios y de la bibliografía específica, especialmente para México, sino también de la que investigadores nacionales y extranjeros han presentado en el Seminario Permanente de Antropología Médica (SEPAM) del CIESAS-DF desde hace casi treinta años.

⁽⁶⁾ La mayoría de los estudios sobre síndromes culturalmente delimitados, y en particular los que tratan sobre cosmovisión y sobre atención de los padecimientos, sólo obtienen información de los curadores tradicionales sin incluir los saberes de la población. Lo que venimos señalando desde nuestro estudio sobre Yucatán (1981), lo cual obviamente no niega los aportes y calidad de muchos de esos trabajos (Ver entre otros y para diferentes especialidades: BARTOLOMÉ M.A. - BARABAS A.M. (Comps.) 2013, BAYTELMAN B. (1986, 1993), CAMPOS R. (1990), GALLARDO J. (2002), LUENGAS M.I. (1994), PAGE J. (2005), RAMOS I. (2002), revista *Alteridades* N° 12, 1996), sino que cuestiona reducir la etnografía de los procesos de s/e/a-p, incluidas las cosmovisiones, a los curadores tradicionales sean parteras empíricas, shamanes o hueseros.

⁽⁷⁾ La penetración biomédica debe ser analizada en sí, pero también relacionándola con otros procesos sociales y políticos, como son la penetración de las organizaciones políticas desarrolladas por el PRI (Partido Revolucionarios Institucional) y de otros partidos políticos para cooptar a sujetos y comunidades indias impulsando cacicazgos; así como también el establecimiento del EZLN, y de otras organizaciones indígenas con diferentes grados de autonomía. Así como la continua expansión de la educación formal, de la aplicación de programas contra la pobreza, y de los procesos migratorios. Incluyendo el asentamiento del narcotráfico en tierras indígenas, ya sea en términos de producción de marihuana o amapola, o como control de territorios para la distribución de drogas. Es decir, el análisis de la expansión biomédica implica incluir los diferentes procesos, actores y espacios a través de los cuales se expande la sociedad dominante, que además y lo subrayo implica la presencia de procesos de s/e/a-p en la mayoría de dichos espacios. Pero por razones obvias, no podemos desarrollar estos aspectos.

⁽⁸⁾ Arana y Cabada señalan el incremento del sobrepeso y obesidad en población indígena, y «Precisamente en estas regiones indígenas es donde se observan las prácticas de mercadeo más agresivas y no reglamentadas para promocionar el consumo de bebidas azucaradas, incluyendo una reducción generalizada de 35% del precio de las mismas, abundante publicidad en español y en lenguas indígenas, gigantes anuncios que asociación el consumo de refrescos con símbolos tradicionales de prestigio, así como numerosos puntos de venta dentro y en los alrededores de las escuelas» (2012: 47). Estos autores, en la región de Tenejapa (Altos de Chiapas), identificaron 165 puntos de venta de refrescos en una distancia de 42, 5 kilómetros, es decir que hay un punto de venta cada 257, 5 metros (ver también PAGE J. 2012).

⁽⁹⁾ Aclaro que el reconocimiento de los aportes de la biomedicina no sólo clínica sino salubrista, lo hacemos a partir de asumir también los aspectos negativos y criticables de la misma, tal como lo venimos describiendo y analizando desde finales de la década de los 60'a través del Modelo Médico Hegemónico (MENÉNDEZ E.L. 1979, 1981, 1990, 2005a, 2005b, 2009a, 2009b).

⁽¹⁰⁾ «Para Félix Durán Quispe (2006), el médico tradicional no sólo es el hombre llamado a curar los síntomas de las enfermedades, sino a establecer la armonía primordial del cosmos

con su realidad comunitaria. Para él la medicina tradicional utiliza métodos bajo el principio de humanidad...» (AIEPI/OPS 2008: 35). Para observar una concepción similar en los shamanes y otros curadores tradicionales mexicanos ver BARTOLOMÉ M.A. - BARABAS A.M. (Coords.) (2013).

(11) Entre 2000 y 2014 antropólogos sociales que trabajan en áreas indígenas de Chiapas, Chihuahua, Guerrero, Oaxaca, Sonora y Yucatán me informaron no sólo de la disminución de curadores tradicionales, sino de que los jóvenes no querían ya trabajar como curadores populares, aunque sí como promotores. Inclusive en una comunidad de Oaxaca y en otra de Guerrero, curadores tradicionales les preguntaron a sendos antropólogos que podían hacer para que los jóvenes se interesaran por actuar como curadores tradicionales.

(12) Cuadrillero y Megchún (2013) describen la trayectoria de una mujer tzeltal residente en las Cañadas de la selva lacandona que padecía un fuerte dolor de espalda y que acudió a promotores de salud locales, a la clínica regional, al hospital de la cabecera municipal, al huesero de dicha cabecera, a una curandera de fuera de su comunidad. Esta trayectoria supone varios tipos de curadores biomédicos y “tradicionales”, y procesos similares podemos observar en muy diferentes contextos rurales y urbanos, originarios y mestizos (MENDOZA Z. 1994, MENÉNDEZ E.L. 1990b, OSORIO R.M. 1994, ORTEGA J. 1999, PEÑA P. 2006, PRESS I. 1975).

(13) Subrayo que no sólo “Oriente” o la “Civilización india”, sino también “Occidente” son conceptos cuyo uso ha sido y sigue siendo básicamente ideológico (MENÉNDEZ E.L. 2002).

(14) El BRICS está integrado por Brasil, Rusia, India, China y Sudáfrica.

(15) La medicina “occidental” tiene sus principales raíces no sólo en Grecia, Roma y Europa Medieval y Renacentista, sino también en China, India y países árabes (HUFF T. 1993).

(16) Es posible que también hayan muerto curadores tradicionales, pero es casi seguro que oponiéndose a las medidas biomédicas en función de dos hechos; primero, porque algunas de dichas medidas afectaban fuertemente los rituales mortuorios tradicionales; y segundo porque las acciones biomédicas eran impulsadas por gobiernos no sólo caracterizados por la corrupción, sino por la explotación, lo que dio lugar al desarrollo y difusión de ideas que evidencian la gran desconfianza que la población tiene respecto de las autoridades políticas, ya que algunos rumores consideraban que el Évola era un problema inventado por los gobiernos para seguir recaudando fondos, y por lo tanto el personal de salud era considerado un agente que actuaba simultáneamente contra las costumbres mortuorias y contra la economía de las comunidades. Es decir que los procesos de s/e/a-p no sólo pueden expresar los conflictos de los sistemas, sino las acciones sociopolíticas que los sujetos y grupos crean para “resolver” dichos conflictos, y que pueden parecerse paradójales o incomprensibles sino tenemos la información suficiente para entender no sólo las lógicas culturales, sino también las económicas.

(17) La elección de Cuba no sólo es por razones de tipo ideológica, sino económica, dado el bajo costo de los estudios universitarios comparado con el de sus países de origen.

(18) En el estado mexicano de Guerrero se esterilizó a varones de origen indígena con el consentimiento de ellos, lo que dio lugar a la ulterior movilización de los mismos pero no por “cosmovisiones” diferentes, sino debido a que el Sector Salud no les dio el dinero que les había prometido si aceptaban ser esterilizados (MENÉNDEZ E.L. 2009b).

(19) Bolivia, el país con mayor porcentaje de población indígena como ya se señaló, tiene la población que más atiende los parto por autoatención y/o con parteras empíricas, pero también es el país con mayor porcentaje de muertes maternas después de Haití (URIBE G. 2006). Obviamente, las altas tasas de mortalidad materna, no sólo son debidas a los dos “factores” señalados, pero los mismos son determinantes.

(20) Ello no ignora la eficacia simbólica y no simbólica observada en el trabajo de hueseros, parteras, curanderos o brujos, pero las mismas no tiene capacidad para enfrentar y reducir la mortalidad no sólo por problemas cardiovasculares, cancerígenos o por VIH-sida, sino por las llamadas muertes “evitables” generadas por enfermedades infectocontagiosas, inclusive benígnas.

(21) Para una discusión de los conceptos tradicional y medicina tradicional ver MENÉNDEZ E.L. 1994.

⁽²²⁾ A principios del 2015 observamos que el programa de salud intercultural propuesto por el Sector Salud del Estado de Veracruz (México) ha sido reducido al mínimo, y el proyecto yucateco, hasta ahora es una propuesta, por otra parte muy ligada a actividades turísticas.

⁽²³⁾ En varias zonas de población indígena, el denominado “crimen organizado” y en particular el narcotráfico, ya no sólo instala situaciones de violencia, sino que trata de reclutar jóvenes nativos. Si bien zonas indígenas de varios estados estuvieron relacionadas históricamente con la producción de mariguana y de amapola, no aparecían involucradas como agentes del narcotráfico.

Bibliografía

AIEPI (Área de Tecnología y Prestación de Servicios)/Organización Panamericana de la Salud (2008), *Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas*, Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C.

AGUIRRE BELTRÁN G. (1994), *Programa de salud en la situación intercultural*, Fondo de Cultura Económica, México (original 1955).

ALARCÓN R. (2010), *La biopiratería de los recursos de la medicina tradicional en el estado de Chiapas, México. El caso ICBG-Maya*, en “Revista Pueblos y Fronteras digital”, vol. 6, n. 10, diciembre/mayo; www.pueblosyfronteras.unam.mx.

ARANA M. - CABADA X. (2012), *La amarga realidad del azúcar: mayores riesgos y amenaza para los pueblos indígenas de México*, en “Observatorio del derecho a la alimentación y a la nutrición”, 2012: 46-48.

ARAYA M.J. (2011), *Parteras indígenas. Los conocimientos tradicionales frente al genocidio neoliberal*, Ediciones ABYA-YALA, Quito.

ASTORGA L. (2003), *Drogas sin frontera: los expedientes de una guerra permanente*, Grijalbo, México.

BARONET B. - MORA M. - STAHLER-SHOLK R. (Coords.) (2012), *Luchas “muy otras”. Zapatismo y autonomía en las comunidades indígenas de Chiapas*, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México.

BARTOLOMÉ M.A. - BARABAS A.M. (Comps.) (2013), *Los sueños y los días. Chamanismo y nahualismo en el México actual*, México, INAH, 5 volúmenes.

BASCHET J. (2005), *Los zapatistas. ¿“Ventiloquia india” o interacciones creativas?*, en “Istor”, n. 22: 110-128.

BAUD M. et al. (1996), *Etnicidad como estrategia en América Latina y el Caribe*, Ediciones Abya-Yala, Quito.

BAYTELMAN B. (1986), *De enfermos y curanderos, medicina tradicional en Morelos*, INAH, México.

BAYTELMAN B. (1993), *Acera de las plantas y curanderos*, INAH, México.

BERLINGUER G. (1983), *La reforma sanitaria en Italia*, Universidad Autónoma de Sinaloa, México.

BERLINGUER G. (2006), *Medicina y política*, Quinto Sol, México.

BERRIO L. (2013), *Entre la normatividad comunitaria y las instituciones de salud. Procesos reproductivos y salud materna en mujeres indígenas de la Costa chica de Guerrero*, Tesis de Doctorado en Ciencias Antropológicas, UAM-Iztapala.

BERRIO L. (2014), *Trayectorias reproductivas y prácticas de atención a la salud materna entre mujeres indígenas de la Costa Chica de Guerrero*, en SÁNCHEZ BRINGAS A. (Coord.) (2014), *Desigualdades en la procreación. Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbilidad materna en México*, Universidad Autónoma Metropolitana, México: 211-243.

BERRIO L. (2015), *¿Cuidar la salud o modificar realidades? El papel de la biomedicina en las prácticas de atención durante el embarazo y parto en la Costa Chica de Guerrero*, Ponencia presentada en el SEPAM del CIESAS-DF (Seminario Permanente de Antropología Médica).

- BOURDIEU P. (1999), *Contrafuegos: reflexiones para servir a la resistencia contra la invasión neoliberal*, Anagrama, Barcelona.
- BOURDIEU P. et al. (1975), *El oficio de sociólogo. Presupuestos epistemológicos*, Siglo XXI, México.
- CALLAHAN M. (2006), *El hospital Kallawaya "Shoquena Husi". Un experimento en Salud Intercultural* en FERNÁNDEZ JUÁREZ G. (Coord) (2006), 289-303.
- CAMPOS R. (1990), *Nosotros los curanderos*, Nueva Imagen, México.
- CASTRO SOTO J. (2000), *Pukuj. Biopiratería en Chiapas*, San Cristobal de las Casas.
- CUADRILLERO H. - MEGCHÚN R. (2013), *El desplazamiento de curadores y brujos entre los tzeltales de las Cañadas de la Selva Lacandona* en BARTOLOMÉ M.A. - BARABAS A.M. (Coords.) (2013), vol. II: 213-228.
- CERDA A. (2011), *Imaginando zapatismo. Multiculturalidad y autonomía indígena en Chiapas desde un municipio autónomo*, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México.
- DAVIS C. - FESHACH M. (1980), *Rising infant mortality in the URSS en the 1970*, United States Bureau of the Census, Series p-95, n. 74.
- DE LEO D. et al. (2003), *International suicide rates. Recent trends and implications for Australia. Report to the Commonwealth of Australia*, Department of Health and Aging, Canberra.
- DUARTE-GÓMEZ M.B (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, septiembre-octubre de 2004, pp. 388-398.
- ERASMUS C. (1963), *El hombre asume el control*, Omeba, Buenos Aires.
- ESCÁRZAGA F. - GUTIERREZ R. (coords.) (2005), *Movimiento indígena en América Latina: resistencia y proyecto alternativo*, Gobierno del Distrito Federal, México.
- ESCÁRZAGA F. et al. (coords.) (2014), *Movimiento indígena en América Latina: resistencia y transformación social*, volumen III, Universidad Autónoma Metropolitana, México.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ G. (2006), "Al hospital van los que mueren". *Desencuentros en salud intercultural en los Andes bolivianos*, en FERNÁNDEZ JUÁREZ G. (Coord.) (2006): 317-336.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ G. (Coord.) (2006), *Salud e Interculturalidad en América Latina*, Antropología de la salud y Crítica Intercultural, Ediciones Abya-Yala, Quito.
- FORT M. - MERCER M.A. - GISH O. (Comps.), *El negocio de la salud. Los intereses de las multinacionales y la privatización de un bien público*, Paidós, Barcelona.
- FREYERMUTH G. (1993), *Médicos tradicionales y médicos alópatas. Un encuentro difícil en los Altos de Chiapas*, Tuxtla Gutiérrez, Gob. Estado de Chiapas/CIESAS.
- FREYERMUTH G. (2014), *La mortalidad materna y los nudos en la prestación de los servicios de salud en Chiapas. Un análisis desde la interculturalidad*, en "Liminal", vol. XII (2): 30-45.
- GALLARDO J. (2002), *Medicina tradicional p'urhépecha*, Zamora, El Colegio de Michoacán.
- GUIBERT W. (2002), *Epidemiología de la conducta suicida*, en "Revista Cubana de Medicina General Integral", 18: 1-7.
- GARCÍA F. (Comp.) (2008), *Identidades, etnicidad y racismo en América Latina*, FLACSO, Quito.
- GÜEMEZ M.A. (1997), *De comadronas a promotoras de salud y planificación familiar. Proceso de incorporación de las parteras empíricas yucatecas al sistema institucional de salud*, en KROTZ E. (Coord.) (1997), *Cambio cultural y resocialización en Yucatán*, Ediciones de la Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida: 117-147.
- GUITERAS C. (1965), *Los peligros del alma. Visión del mundo de un tzotzil*, Fondo de Cultura Económica, México.
- HAGEDUS A. (1978), *Socialismo y burocracia*, Ediciones Península, Barcelona.
- HARRINGTON T. (1962), *The Other America: Poverty in the United States*, The Macmillan Company, New York (hay edición en español).

- HERTZMAN C. - SIDDIQI A. (2000), *Health and rapid economic change in the late twentieth century*, en "Social Science & Medicine", 35(11): 1369-1378.
- HUFF T. (1993), *The rise of early modern science. Islam, China and the West*, Cambridge Univ. Press, Cambridge.
- KENTIKELIS A. *et al.* (2014), *The International Monetary Fund and the Ébola outbreak*, en "The Lancet Global Health" on line 21/XII/2014.
- KNIPPER M. (2006), *El reto de la "medicina intercultural" y la historia de la "medicina tradicional" indígena contemporánea*, en FERNÁNDEZ JUÁREZ G. (Coord.) (2006): 413-432.
- KOLKO G. (1962), *Wealth and Power in the United States*, Frederick Praeger, New York.
- LA ROSA E. (2009), *La fabricación de patologías*, Fondo de Cultura Económica, Lima, La Jornada (periodico): 2000-2014.
- LEON D.A. *et al.* (1997), *Huge variations in Russian mortality rates 1984/1994: artifact, alcohol or what?*, en "The Lancet", 350: 383-388.
- LUENGAS M.I. (1994), *El saber y el quehacer de las parteras en el medio rural mexicano*, Tesis de Maestría en Sociología, UNAM.
- LUNA M. *et al.* (2010), *La muerte materna tiene rostro. Indicadores*, Observatorio de Mortalidad Materna, México.
- McKEOWN T. (1976), *The modern rise of population*, Academic Press, London.
- McKEOWN T. (1990), *Los orígenes de las enfermedades humanas*, Crítica, Barcelona.
- MENDOZA Z. (1994), *De lo biomédico a lo popular. El proceso de salud/enfermedad/atención*, En San Juan Copala, México, Tesis de Maestría, ENAH.
- MENÉNDEZ E.L. (1979), *Cura y control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*, Editorial Nueva Imagen, México.
- MENÉNDEZ E.L. (1981), *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*, Ediciones de la Casa Chata, México.
- MENÉNDEZ E.L. (1990a), *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*, Alianza Editorial, México.
- MENÉNDEZ E.L. (1990b), *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, Cuaderno 179 de la Casa Chata, México, CIESAS.
- MENÉNDEZ E.L. (1994), *La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional*, Alteridades n. 7: 71-83.
- MENÉNDEZ E.L. (2002), *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*, Edicions Bellaterra (segunda edición corregida y aumentada: Prohistoria Ediciones, Rosario), Barcelona.
- MENÉNDEZ E.L. (2005 a), *Políticas del Sector Salud mexicano (1980-2004): ajuste estructural y pragmatismo de las propuestas neoliberales*, en "Salud Colectiva", 1(2):195-224.
- MENÉNDEZ E.L. (2005 b), *Poblaciones abiertas, seguras y privadas: cambios, reorientaciones y permanencias en el sector salud mexicano* en ASIS A. - ALONSO J. (Coords.), *El estado mexicano: herencia y cambios. Economía y Política*, Porrúa/CIESAS, México, vol. II:151-192.
- MENÉNDEZ E.L. (2009a), *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*, Lugar Editorial, Buenos Aires.
- MENÉNDEZ E.L. (2009b), *De racismo, esterilizaciones y algunos otros olvidos de la antropología y de la epidemiología mexicanas*, en "Salud Colectiva", 5 (2):155-179.
- MENÉNDEZ E.L. (2012), *¿Qué drogas matan más? Algunos comentarios sobre las políticas prohibicionistas aplicadas a las sustancias consideradas adictivas*, Ichan tecolotl n. 266. 3-6.
- MENÉNDEZ E.L. (2015), *Venturas y desventajas del sector salud mexicano respecto de la influenza A-H1N1*, en "Revista Chilena de Salud Pública" vol. 19(1): 53-63.
- MENÉNDEZ E.L. (Ed) (1991), *Antropología del alcoholismo en México. Los límites culturales de la economía/política, 1930-1979*, Ediciones de la Casa Chata, México.

- MENÉNDEZ E.L. - DI PARDO R.B. (2010/2011), *Sector Salud y organizaciones no-gubernamentales: convergencias y articulaciones en torno a la salud reproductiva*, en "AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica", vol. 29-32: 215-252.
- MENESES S. (2005), *Semiótica de la otredad, la diferencia como diagnosis. Etnografía de los encuentros médicos interétnicos en los Altos de Chiapas*, Tesis de Maestría en Antropología Social, CIESAS.
- MOYNIHAN R. - CASSELS A. (2006), *Medicamentos que enferman e industrias farmacéuticas que nos convierten en pacientes*, Editorial Atlántida, Buenos Aires.
- OSORIO R.M. (1994), *La cultura médica materna y la salud infantil*, México, Tesis de Maestría en Antropología Social, ENAH.
- ORTEGA J. (1999), *Proceso reproductivo femenino: saberes, género y generaciones en una comunidad maya de Yucatán*, Tesis de Doctorado de El Colegio de Michoacán.
- PAGE J. (2002), *Política sanitaria dirigida a los pueblos indígenas de México y Chiapas 1857-1995*, UNAM/UNACH, México.
- PAGE J. (2005), *El Mandato de los dioses. Etnomedicina entre los tzotziles de Chamula y Chenalhó, Chiapas*, UNAM, San Cristóbal de las Casas.
- PAGE J. (2012), *Refresqueras y diabetes entre los mayas de Tenejapa, San Cristóbal y Chamula, Chiapas*, en "Revista LiminaR. Estudios sociales y humanísticos", vol. 11, (1): 154-167.
- PEÑA P. (2006), *Mortalidad infantil y brujería. El caso de la etnia mazahua*, México, Tesis de Doctorado, Universitat Rovira i Virgili.
- PÉREZ JR. L.A. (2005), *To die in Cuba. Suicide and society*, The Univ. of North Carolina Press.
- PITARCH P. (1996), *Ch'ulel: una etnografía de las almas tzeltales*, México, Fondo de Cultura Económica.
- PITARCH P. (2004), *Los Zapatistas y el arte de la ventriloquia*, en "Istor", n. 17: 95-132.
- PITARCH P. (2005), *Ventriloquia confusa*, en "Istor", n. 22: 129-144.
- PRADA R. (2014), *Descolonización y transición*, ABYA-YALA, Quito.
- PRESS I. (1971), *The urban curandero*, en "American Anthropologist", vol. 73(3): 741-756.
- PRESS I. (1975), *Tradition/adaptation. Life in a modern yucatan maya village*, Conneticut, Greenwood.
- QUINTAL F. - BRICEÑO F. - CABRERA A. (2013), *Los que hablan con los vientos: los jmeeno'ob en BARTOLOMÉ M.A. - BARABAS A.M. (Comps.)*, vol. UU: 145-198.
- RAMOS I. (2002), *Hueseros-sobadores en la ciudad de México. Un estudio de caso*, Tesis de Maestría en Antropología Social, ENAH.
- REINAGA F. (1982), *La podredumbre criminal del pensamiento europeo*, Ediciones Comunidad Amaútica Mundial, La Paz.
- RAMÍREZ-HITA S. (2011), *Salud intercultural. Crítica y problematización a partir del contexto boliviano*, SEAT, La Paz.
- RAMÍREZ-HITA S. (2014), *Aspectos interculturales de la reforma del sistema de salud en Bolivia*, en "Revista Peruana Med Exp Salud Pública", 31(4): 762-768.
- REC (Reporte epidemiológico de Córdoba): 2010-2015.
- REVISTA ALTERIDADES (1, 996): n. 12 dedicado a Antropología de la curación.
- RIESMAN F. *et al.* (1964), *Mental health of the poor*, The Free Press, New York.
- ROMANÍ O. (1999), *Las drogas. Sueños y razones*, Ariel, Barcelona.
- SÁNCHEZ P. *et al.* (1994), *Efectos psicológicos de la esterilización quirúrgica en mujeres yucatecas*, URL disponible en [http://www.cpti.com.mx/Efectos %20psicológicos%20%20salpingoclasia.pdf](http://www.cpti.com.mx/Efectos%20psicológicos%20%20salpingoclasia.pdf).
- URIBE G. (2006), *Mortalidad materna en Bolivia ¿Qué hacer para evitar tantas muertes de mujeres en* FERNÁNDEZ JUÁREZ G. (Coord.) (2006): 173-186.
- VALDÉS G. (2013), *Historia del narcotráfico en México*, México, Editorial Aguilar.

WARMAN A. (2003), *Los indios mexicanos en el umbral del milenio*, México, Fondo de Cultura Económica.

YOUNGERS C.A. (2005), *Los daños colaterales de "la guerra contra las drogas" impulsada por Estados Unidos: conclusiones y recomendaciones*, pp. 413-447, in YOUNGERS, C.A. - ROSIN, E. (2005) (curatrici), *Drogas y Democracia en América Latina. El impacto de la política de Estados Unidos*, Washington Office on America Latina, Biblos, Buenos Aires.

ZOLLA C. - SÁNCHEZ C. (2010), *Pueblos indígenas e indicadores de salud*, México, UNAM.

Nota sobre el Autor

Eduardo L. Menéndez: antropólogo social argentino, que actualmente se desempeña como profesor/investigador en el Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social/Ciesas, México. Ha desarrollado investigaciones en diferentes campos, entre los cuales destacan los siguientes estudios: a) Migraciones europeas a comunidades rurales argentinas; b) Nivel de vida de la población rural de la provincia de Misiones; c) Juegos infantiles; d) Enfermedades ocupacionales en mineros, obreros, ceramistas y operadores de camiones; e) Saber biomédico; f) Autoatención, automedicación, autogestión; g) Proceso de alcoholización; e) Medios de comunicación masiva y procesos de salud/enfermedad/atención.

Algunas de sus últimas publicaciones son las siguientes: *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la Salud Colectiva; La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo; Las influencias por todos tan temidas o los difíciles usos del conocimiento; De racismos, esterilizaciones y algunos otros olvidos de la antropología y epidemiología mexicanas; Esterilizaciones y sectores sociales subalternos en América Latina; Lo que aparece, lo que no aparece y lo que desaparece: el caso de las violencias; Miedos, riesgos e inseguridades*, con R.B. di Pardo; *Participación social ¿Para qué?*, con H. Spinelli.

Ha sido Director del Departamento de ciencias antropológicas de la Universidad de la Provincia de Buenos Aires, Argentina, y recientemente le fue otorgado el Doctorado Honoris Causa por la Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, Catalunya, España.

Riassunto

Le malattie sono solo sofferenze? Egemonia biomedica e appropriazioni ideologiche da parte dei settori subalterni

Secondo Giovanni Berlinguer, l'analisi dei processi di salute / malattia può chiaramente evidenziare problemi che riguardano altre aree della realtà e che esprimono contraddizioni e conflitti presenti in diversi tipi di società. In questo contesto, l'obiettivo dell'Autore è capire se il fenomeno dell'espansione della biomedicina

e la creazione di organizzazioni di guaritori tradizionali da parte delle istituzioni ufficiali permetta di spiegare alcune caratteristiche dei movimenti etnici messicani. L'Autore presenta una serie di conclusioni, sette, basate sull'analisi dei processi di salute / malattia che potrebbero spiegare gli aspetti dei diversi percorsi e gli attuali sviluppi di questi movimenti.

Parole chiave: biomedicina, guaritori tradizionali, gruppi etnici, metodologia.

Resumen

Las enfermedades ¿son sólo padecimientos?: hegemonía biomédica y apropiaciones ideológicas por los sectores subalternos

Giovanni Berlinguer propuso que a través de los procesos de salud/enfermedad podían detectarse con mayor transparencia problemas que operan en otros campos de la realidad, y que evidencian las contradicciones y conflictos que se desarrollan en diferentes tipos de sociedades. A partir de esta propuesta tratamos de observar si la expansión de la biomedicina y la creación de organizaciones de curadores tradicionales por instituciones oficiales, evidencian y explican algunas características de los movimientos étnicos mexicanos. Se presentan siete conclusiones basadas en los procesos de salud/enfermedad que explicarían aspectos de la trayectoria y repliegue actual de dichos movimientos.

Palabras clave: biomedicina, curadores tradicionales, grupos étnicos, metodología.

Résumé

Les maladies ne sont-elles que des souffrances? Hégémonie biomédicale et appropriations idéologiques pour les secteurs subalternes

Selon Giovanni Berlinguer, l'analyse des processus de santé/maladie peut mettre en évidence avec clarté des problèmes qui affectent d'autres domaines de la réalité et qui expriment les contradictions et les conflits présents dans les différents types de société. Dans ce cadre, le but de l'auteur est de comprendre si le phénomène de l'expansion de la biomédecine et la création d'organisations de guérisseurs traditionnels par les institutions officielles permet d'expliquer certaines caractéristiques des mouvements ethniques mexicains. L'auteur présente une série de sept conclusions constituées sur la base de l'analyse des processus de santé/maladie qui pourraient expliquer les aspects des différents parcours et des évolutions actuelles de ces mouvements.

Mots-clés: bio médecine, guérisseurs traditionnels, groupes ethniques, méthodologie.

Abstract

Are sickness only illness? Biomedical hegemony and ideological appropriation by subaltern sectors

Giovanni Berlinguer states that through the processes of health/illness can be detected with greater transparency problems operating in other fields of reality, and evidence of the contradictions and conflicts in different societies. From this proposal we try to see if the expansion of biomedicine and the creation of organizations of traditional healers, demonstrates and explains some characteristics of Mexican ethnic movements. Here we present seven conclusions based on health/disease process that explains of current retreat path of these movements.

Keywords: biomedicine, traditional healers, ethnic groups, methodology.

Il tarantismo in Sicilia.

Declinazioni locali di un fenomeno culturale euromediterraneo

Sergio Bonanzinga

professore associato di Etnomusicologia e Antropologia della musica, Università degli studi di Palermo
[sergio.bonanzinga@gmail.com]

Le testimonianze che attestano il tarantismo in Sicilia coprono un periodo che va dalla metà del Seicento alla fine dell'Ottocento⁽¹⁾. Tra gli antecedenti medievali del fenomeno, Ernesto De Martino annovera tuttavia una cronaca contenuta nella *Historia Sicula* di Goffredo Malaterra, dove si narra un episodio del 1064 relativo alla conquista normanna, e precisamente all'assedio di Palermo da parte di Ruggero e Roberto il Guiscardo. Scrive De Martino che in quella circostanza «l'esercito normanno accampato presso la città fu vessato dalle tarante, onde fu necessario il ricorso alla pratica del forno caldo che, come si ricorderà, è impiegata in Sardegna, accanto all'esorcismo coreutico-musicale, per curare gli avvelenati dell'argia» (1961: 229). Osserva l'antropologo che questa vicenda, già ben nota agli storici e ai folkloristi siciliani (vedi a esempio PITRÈ G. 1896: 299), a prescindere dalla sua effettiva veridicità, non può essere associata in modo diretto al tarantismo, il cui scenario rituale prevede necessariamente la musica e la danza (cfr. DE MARTINO E. 1961: 231-232). Per avere attestazioni più precise riguardo alla presenza del tarantismo nell'Isola bisognerà quindi attendere lo sviluppo del dibattito sui "favolosi" effetti del latrodectismo, aperto nel Seicento soprattutto da Epifanio FERDINANDO (1621), Athanasius KIRCHER (1641) e Giorgio BAGLIVI (1696)⁽²⁾.

La iatromusica del tarantismo: Kircher (1641), Boccone (1697) e Campailla (1727)

Nel suo ponderoso trattato *Magnes sive de arte magnetica* (Roma 1641), Athanasius Kircher (1601-1680) offre la più antica testimonianza che pone in relazione la Sicilia con il fenomeno del tarantismo. Entro un quadro

generale che tratta il tarantismo come fenomeno esclusivo della Puglia, in quanto le “tarantole” presenti nella campagna romana, in Calabria e in Sicilia sono reputate affatto «prive di quel veleno che stimola al ballo» (1641: 866), il gesuita tedesco riporta il testo e la melodia di un’*ottava siciliana* osservando quanto segue:

Oltre a queste clausole sono soliti aggiungerne altre, tra le quali è celeberrimo quel famoso *ritmo siculo* detto *ottava siciliana* che usano anche ripetere più volte, al quale adattano i versi scritti sotto, composti in dialetto siculo, e si dice che [il ritmo siculo] abbia la straordinaria efficacia di eccitare i tarantati. Riportiamo la clausola armonica espressa nella sua notazione (1641: 873, c.vi ns.; vedi figura 1a).

Questo il testo dell’*ottava siciliana* articolato in endecasillabi a rima alternata:

*Stu pettu è fattu cimbalo d’amuri
Tasti li sensi mobili e accorti
Cordi li chianti, sospiri e dulari
Rosa è lu cori miu feritu a morti
Strali è lu ferru, chiaia sò li miei arduri
Marteddu è lu pinseri, e la mia sorti
Mastra è la donna mia, ch’à tutti l’huri
Cantando canta leta la mia morti.*

(Questo petto si fa clavicembalo d’amore / Tasti sono i sensi acuti e sollecciti / Corde sono i pianti, i sospiri e i dolori / Rosa [del clavicembalo] è il mio cuore ferito a morte / Punta è il ferro, piaghe sono i miei ardori / Martello è il pensiero e la mia sorte / Maestra [di musica] è la mia donna che a tutte le ore / Cantando canta lieta la mia morte.)

Kircher segnala inoltre che all’*ottava siciliana* si affiancavano anche altri “ritmi” di provenienza siciliana e ne fornisce un esempio (senza melodia) costituito da una sestina di ottonari a rima baciata (figura 1b):

*Allu mari mi portati
se voleti chi mi sanati.
Allu mari, alla via,
così m’ama la donna mia.
Allu mari, allu mari,
mentre campo, t’aggio amari!*

(Portatemi al mare / se volete guarirmi. / Al mare, alla via: / così m’ama la donna mia! / Al mare, al mare: / finché vivo ti devo amare!)

Questo poliedrico erudito, che nei suoi ottant’anni di vita diede alla luce più di quaranta opere su svariati argomenti (medicina, matematica, fisica, musicologia, orientalistica), si stabilisce a Roma intorno al 1635 e due anni dopo intraprende un viaggio a Malta e in Sicilia, dove visita Siracusa, Trapani, Palermo e Messina. Tra l’altro effettua escursioni sui

vulcani dell'Isola (Etna, Stromboli, Vulcano) e visita la grotta di santa Rosalia situata alle pendici del Monte Pellegrino che domina Palermo. A Messina copia il celebre frammento musicale dell'*Ode pitica prima* di Pindaro (470 a.c.), ritrovato su un'antica pergamena conservata nella biblioteca del convento basiliano del Santissimo Salvatore (andato distrutto nel terremoto del 1783), si interessa al fenomeno della "Fata Morgana" e trascrive i richiami per la pesca del pescespada, scambiandoli per un "magico canto" destinato ad attirare la preda. È perciò possibile che anche la melodia e i due testi poetici tematicamente collegati al tarantismo siano stati effettivamente rilevati in Sicilia, dove però Kircher non segnala l'esistenza di corrispondenti terapie coreutico-musicali. Potrebbe pertanto trattarsi di componimenti ispirati al fenomeno del tarantismo ma riferibili al vastissimo repertorio delle *siciliane* di maniera che nel Seicento circolavano in tutta l'Italia continentale (cfr. a esempio TOMASELLO S. 2003).

Riguardo alla melodia va anzitutto rilevato che consiste in un'unica frase composta da undici note, esattamente corrispondente al numero di sillabe dei versi (esempio musicale 1). A questo genere di canti monostrofici – detti "ottave siciliane" o *canzuni* – si trovano tuttavia di norma associate melodie bipartite, che vengono replicate su ogni distico dell'ottava. Altri elementi sono la tonalità di La minore, che Kircher indica "tono frigio" usando le denominazioni dei modi antichi in una personale reinterpretazione (cfr. ATTANASI F.M. 2007: 83-107), il ritmo di 4/4 e l'aggiunta di un tipico giro di basso ostinato. Sotto il profilo ritmico-strutturale questa frase melodica, più che evidenziare tratti da "ritmo siculo", pare uniformarsi ad altre *clausole* riportate da Kircher per illustrare il *tarantismo* pugliese. Francesco Marco Attanasi riscontra, in particolare, una somiglianza con il brano *Alia clausula* (cfr. KIRCHER A. 1641: 876) e ipotizza che possa trattarsi di una frase estrapolata da questa o altra composizione simile, riadattata in funzione dell'*ottava siciliana* (2007: 111-113). Attanasi estende inoltre questa affinità formale ad «alcuni esempi di pizzica-tarantata novecentesca reperiti in Salento», rilevando come una certa «connotazione tarantellestica» fosse già insita in questi moduli melodici siculo-pugliesi di epoca barocca (2007: 113-115).

Per il Seicento non sono note altre notazioni di tarantelle esplicitamente riferite alla Sicilia, a eccezione della testimonianza contenuta in un trattato musicale a carattere didattico pubblicato a Palermo nel 1680 dal sacerdote Antonino Di Micheli (1615-1680): *La nuova chitarra, di regole, dichiarazioni e figure, con la regola della scala... con l'aggiunta d'arie siciliane, e sonate di vari autori* (seconda ed. Palermo 1698). Per "nuova chitarra" si intende la chitarra a cinque "cori", anche detta "alla spagnola", con corde doppie

accordate all'unisono o a intervallo di ottava (dal basso *la-re-sol-si-mi*, come le prime cinque della chitarra moderna). L'autore, proveniente da Tusa, un piccolo centro dei Monti Nebrodi al confine tra le province di Messina e Palermo, correda la parte manualistica del volume con un'ampia antologia di *canzuni* e danze notate con il sistema dell'intavolatura italiana (cfr. FAILLA S.E. 1979). Tra le danze troviamo anche due formule di *tarantella*, di cui l'autore non fornisce alcuna particolare illustrazione. Sotto il profilo della struttura armonica – unico dato chiaramente deducibile dall'intavolatura che non riporta la linea melodica e si limita a un'approssimativa indicazione del ritmo (vedi esempio musicale 2)⁽³⁾ – risultano affatto analoghe alle tarantelle di epoca coeva rilevabili in altre fonti (cfr. COSÌ L. 2000, ATTANASI F.M. 2007) ed è impossibile dire se abbiano avuto una qualche “specificità siciliana” oppure fossero “di repertorio”, come tante altre danze riportate da Di Micheli (*castagnetta, gagliarda, cinque passi, ruggero, spagnoletta* ecc.).

Tornando al testo dell'*ottava* kircheriana va ricordato che venne a suo tempo esaminato nei seguenti termini da Ernesto De Martino: «In questa trasfigurazione dei patimenti d'amore, la donna tormentatrice diventa corega di una vicenda musicale in cui gli strumenti e le loro parti sono il corpo e l'anima dell'amante tormentato: un tema particolarmente adatto a far da orizzonte ai contenuti critici assunti di volta in volta nel rituale coreutico-musicale del tarantismo» (1961: 144). Osserva inoltre De Martino che qui va rilevata l'estensione del tarantismo a un malessere dell'*anima*, dove l'impulso di morte per disperato amore trova ristoro nel canto e nella danza. Su questa stessa linea si pone anche l'interpretazione demartiniana dell'altro testo riportato da Kircher, dove l'aspirazione al mare si coniuga all'imperituro sentimento amoroso tributato alla donna amata: «C'è da chiedersi se la tradizionale conca colma d'acqua nella quale disguazzavano i tarantati non assolvesse almeno in dati casi la funzione di modesto surrogato casalingo in cui spegnere simbolicamente un ardore che nel suo cieco trasporto poteva spingere a disperate fughe verso il mare e a pericolosi salti in acqua» (DE MARTINO E. 1961: 145).

Si può aggiungere che il testo dell'*ottava*, basato sulla ricercata metafora dell'uomo che si trasforma in clavicembalo per “musicare” il proprio lamento d'amore, pare di evidente matrice letteraria. Potrebbe trattarsi di un componimento d'autore ispirato a un precedente canto appartenente alla tradizione orale, dove magari lo strumento evocato non era il clavicembalo, del tutto estraneo al folklore musicale, ma il tamburello, che pure *cembalo* era all'epoca chiamato (vedi *infra*) e che ben si presta a essere simbolicamente trasfigurato nel petto dell'amante deluso (oltre a

essere specifico del repertorio strumentale del tarantismo). Più plausibile appare invece l'autenticità popolare della sestina.

Il tema dei due canti permette in ogni caso di entrare subito nel meccanismo simbolico che sta alla base del tarantismo. Osserva difatti giustamente De Martino che il punto centrale della questione non risiede nell'evenienza fisica del morso, che può pure in molti casi essere stato effettivamente reale, ma nella possibilità che offre questa particolare dinamica rituale – fondata sull'autorità terapeutica della musica e della danza – di riconfigurare in termini positivi l'insorgenza di una "crisi" variamente declinabile: le varie forme del disagio sociale e individuale trovano nella danza della piccola *taranta*, la *tarantella*, una sopportabile "misura", transitando dal piano della realtà a quello dell'immaginazione. Per i protagonisti del tarantismo il "morso del ragno", reale o presunto, equivale difatti all'insorgenza di un *caos* di ordine soprattutto esistenziale:

Alla prova della ricerca sul campo fu riconosciuto come occasionale il nesso con forme particolari di aracnidismo – e soprattutto di latrodictismo – e così pure fu dimostrata la irriducibilità del tarantismo a disordine: si rese al tempo stesso percepibile una ben definita autonomia simbolica, culturalmente condizionata, del fenomeno, cioè un suo orizzonte mitico-rituale di ripresa e di reintegrazione rispetto ai momenti critici dell'esistenza, con una spiccata elettività per la crisi della pubertà, per il tema dell'eros precluso e per i conflitti degli adolescenti, nel quadro del regime di vita contadino (DE MARTINO E. 1961: 269-270).

È tuttavia significativo che, secondo le varie epoche e ideologie, il tarantismo sia stato costantemente sottoposto a una verifica sul piano della realtà concreta, cercando di dare una risposta all'antico quesito: *può la musica guarire un essere umano morso da un animale velenoso?* Padre Kircher, inquadrando il tarantismo entro le questioni della magia naturale e della iatromusica, aderisce sostanzialmente a un orizzonte mitico-rituale arcaico, già presente nel pensiero filosofico ellenico (a partire da Platone) e tuttoggi in certa misura persistente nei ceti popolari-tradizionali. La malattia è in questa prospettiva il risultato di una "disarmonia" che può essere sanata grazie alla regolare corrispondenza del ritmo e della melodia.

Un contributo interessante, per quanto problematico, è poi offerto da Paolo Silvio Boccone (1633-1704) nell'opera di carattere naturalistico *Museo di fisica*, edita a Venezia nel 1697. L'autore è un aristocratico palermitano che spese la propria esistenza viaggiando in Sicilia, in Italia e in altre regioni europee allo scopo di coltivare i propri interessi relativi alla medicina, alla tossicologia e alla botanica, disciplina che lo vede fra i più

autorevoli studiosi del suo tempo. Nel 1682 entra a far parte dell'ordine Cistercense e trascorre gli ultimi anni di vita nel monastero di Santa Maria di Altofonte, a pochi chilometri da Palermo. L'*Osservazione decima settima* del volume reca per titolo *Intorno la Tarantola della Puglia* ma contiene anche riferimenti alla Sicilia (figura 2):

Due sonate amano li tarantolati, una è la Tarantella, e l'altra è la Pastorale: e l'una, e l'altra viene variata da' sonatori, secondo le cadenze, maniere, e lettere. Gli istrumenti, che accompagnano il ballo de' tarantolati, è la chitarra, il violino, ed il cembalo, con quelle campanelle di latta bianca, o gialla, chiamato da' Siciliani tamburello.

Oltre alla morsicatura della tarantola, vi è ancora la puntura delli scorpioni, li quali con la coda imprimono il veleno, e quello fermentando nel sangue de' pazienti, scorpionati, produce il medesimo effetto di languore, inappetenza, e l'impulso al ballo. Questi scorpionati amano parimente la Tarantella, e la Pastorale, ma sonate da altri istrumenti, cioè dalla zampogna, fistula, musetta de' Francesi, ciaramelli de' Siciliani, e da tamburo bellico, toccato rozzamente da uno, che lo percuote di sotto, e di sopra con le mazze. E questi due sonatori di musetta, e di tamburo, nell'atto del suonare in Puglia si muovono, e fanno lazzi, e farse ridicolose. Tanto li tarantolati, come li scorpionati, non hanno soddisfazione a ballare al suono con metro, e pausa, ma con velocità, e d'impeto. Tra le specie di Tarantola è molto temuta quella, chiamata, Fricciola, la quale è Tarantola negra, e piccola, come una Mosca, con piedi corti, e produce effetti più furiosi delle grosse (1697: 101-102).

Come recita il titolo, questa *Osservazione* è centrata sul tarantismo pugliese, e in effetti nelle pagine seguenti (103-106) non si menziona alcuna consuetudine esplicitamente rilevata in Sicilia. Resta quindi solo la menzione, tra gli strumenti impiegati nella meloterapia, del "cembalo coi sonagli" e dei "ciaramelli", corrispondenti per i siciliani al tamburello (*tammured-du*) e alle zampogne (*ciarameddi*): una menzione che pare tuttavia avere semplicemente lo scopo di chiarire in termini più espliciti quali fossero gli strumenti musicali in questione⁽⁴⁾.

È invece il naturalista e filosofo modicano Tommaso Campailla (1668-1740) a fornire le prime notizie inequivocabili riguardo al tarantismo in Sicilia. Nel volume *Problemi naturali con nuovi pensieri secondo i principi della filosofia crepuscolare*, edito a Palermo nel 1727 (figura 3), Campailla riferisce difatti una pratica verosimilmente osservata nel territorio dell'antica Contea di Modica (oggi corrispondente grosso modo alla provincia di Ragusa), dato che si allontanò dalla sua città natale solo per un breve periodo di studio trascorso a Catania (cfr. GUCCIONE V. 2001). Nel passo in questione l'autore pone anzitutto in evidenza la natura venefica delle "tarantole" siciliane e accenna quindi alla prolungata terapia musicale

impiegata per suscitare il ballo sfrenato dei “morsicati” che in questo modo giungevano a liberarsi dal veleno:

I tarantati, o morsicati dalle nostre tarantole, che pure nella Sicilia son velenose molto, vediamo noi, che involontariamente e quando stan maggiormente querelandosi d'una estrema languidezza, giacendo quasi esammati, all'udir che fanno un speciale suono d'appropriato stromento, adattato alla specie della tarantola che li punse, sbalzano improvvisi dal suolo, ed imprendono un ballo da forsennati, saltando furiosamente per più ore continue, e soltanto per poco fermandosi quanto si richiede a temprar lo sconcertato e lasso strumento, dal lungo esercitarsi reso alquanto dissonante: il che anche i più rustici campagnuoli san minutamente distinguere. Al fine non lassi eglino, ma stanco il sonatore, mandano fuori con un copioso sudore il veleno (1727: 106-107).

Giovanni Meli e un caso di presunto tarantismo a Cinisi (1771)

Un'attestazione basata su di una esperienza reale – o quantomeno presunta tale – è invece certamente quella offerta da Giovanni Meli (1740-1815), insigne poeta dialettale che svolse anche attività di medico e biologo (cfr. AA.VV. 1940). Questi riferisce il caso del sacerdote di Cinisi Antonio Scrivano, «di età di anni 40, di temperamento sanguigno-sulfureo, indurito al moto ed alla fatica, quasi un atleta, smilzo, asciutto, leggero, di complessione gioviale, e che quasi mai per l'addietro si era reso sensibile alle disgrazie, alle malattie» (MELI G. 1771: 334-335). L'uomo, mentre si trovava presso un'aia nel tardo pomeriggio del 20 giugno 1771, «fu punto leggermente da un ragnatello nella protuberanza della spalla sinistra. [...] Era quest'insetto sbucato da un sasso di sotterra, che il prete avea alzato per ispazzare il terreno, e cadutogli addosso andò ad insinuarsi per la rima del collare, d'onde poi giunse a scaricare la sua puntura sulla nuda carne» (1771: 335). Padre Scrivano dopo pochi minuti iniziò ad avvertire dolori acutissimi, accompagnati da tremori e convulsioni, e venne subito trasportato in paese per il necessario soccorso: «Un disperato, uno spiritato non potea contorcersi ed agitarsi più terribilmente [...], tutto ignudo e con gli occhi stralunati strabalzava per tutto il letto con gemiti orribili» (1771: 337). Dopo avere tentato vari rimedi (impacco d'erbe, vapori alcolici, spugna impregnata di aceto caldo), il medico decide di assecondare il desiderio di vino espresso dal malato, e gliene prescrive «un bicchiere ripieno in ogni mezz'ora» (1771: 340). Seguiamo a questo punto la dettagliata *Lettera* di Meli:

A nessun'altra cosa è permesso di entrare nel gorgozzuole, se non al vino; frattanto la testa non ne viene offesa, i sensi non intorbidati, il ventricolo

non ne è gravato. Domentre si praticavano tutte queste necessarie cautele, mi volgo al celebrato esperimento della musica, dalla quale ne attendea una curiosa e sorprendente osservazione. Ed abbenché l'armonia sia portata contro le punture della tarantola, e quella sia di una specie diversa da' ragni e da' ragnatelli, non ostante trovando in questi ancora del veleno, deesi credere un veleno tutto proprio, e particolare al genere, non alla specie, e perciò della istessa natura di quello della tarantola. Ma né tampoco mi potè riuscire di veder praticare quest'esperimento, giacché i primi virtuosi della nostra banda si ritrovavano in Alcamo, per la festa, che si era quivi solennizzata in quei giorni, ed avevano lasciato in Cinisi gl'inutili e gl'invalidi. Questi si dimenarono un gran tratto disarmonicamente, per la qual cosa restai nell'istessa incertezza di determinare se il celebrato secreto della musica sia o no favoloso. Insomma, vedendo che quei tuoni dissoni ed impertinenti niente influivano su le fibbre e sui nervi affetti del paziente, scacciai quei mosconi, che inutilmente ronzavano, e mi applicai a seguitare l'intrapreso mio metodo, insistendo piucché mai sul vino (1771: 340-342).

Dopo il fallito intervento dei musicanti, Meli prosegue tentando l'indomani di provocare la sudorazione del malato attraverso l'inalazione di vapori ottenuti facendo bollire in una caldaia «un mezzo barile di vino unitamente allo rosmarino, alla salvia, alla ruta, alle fronde di frassino, alla radice di genziana, allo scordio, all'abrotano e ad altre erbe amaricanti» (1771: 344). Questa la parte conclusiva della sua relazione:

Questo vapore caldo, aromatico, spiritoso operando maggiormente alle parti inferiori chiamò quivi, indi universalmente, un copiosissimo sudore, da cui il paziente sperimentò un sollievo quasi istantaneo; feci replicare questo profumo parecchie volte, insino a tanto che cessò totalmente la convulsione, e si ridusse il dolore in uno stato quasi di stupidità. [...] perduravagli l'appetenza del vino, continuai ad accordarglielo; gli prescissi per cena un capo d'aglio arrostito ed un bicchier di vino, e quella mattina lo trovo alzato da letto, che muore di appetito. La tempesta durò poco, ma fu terribile, e ne restò così smunto e malconcio che sembra un cadavere uscito dalla tomba. Il sudore gli si vede grondare ancora per la faccia, tutto il suo corpo è in traspirazione. Fatto conto, il vino che si bevette fra lo spazio di 48 ore dovette essere poco più di mezzo barile (1771: 344-345).

A distanza di qualche anno Meli intese confermare i risultati di questa singolare “enoterapia” ripubblicandone il resoconto corredato da una *Breve aggiunta* riguardante un altro caso del tutto analogo al primo:

L'anno dopo, verso il 15 di luglio nell'istessa campagna di Cinisi fu punto da un simile ragnatello un povero villano. Li sintomi furono li medesimi che ho descritto sopra. Fu assistito in mia vece (giacché io mi ero restituito a Palermo) dall'istesso Rev. D. Antonino Scrivano. La commiserazione si fa sentire vieppiù in coloro che hanno sofferto gli stessi mali. Egli fe eseguire esattamente a questo pover uomo quell'istesso metodo che avea l'anno prima praticato esso medesimo. I dolori, le convulsioni furono le istesse.

Bevette l'istessa quantità di vino, praticò gl'istessi profumi, ed il successo fu egualmente felice nell'istesso spazio di 48 ore (1777: 186).

Questa preziosa testimonianza diretta suscita diverse considerazioni. In primo luogo va rilevata la finalità perseguita da Meli nel trattare la vicenda, chiaramente espressa nell'incipit della *Lettera*:

È stata sin adesso una questione nella medicina se si debbano, anzi che no, annoverare fra i rapporti favolosi i fenomeni sorprendenti del veleno della tarantola e del ragnatello. Malgrado l'autorità del Baglivio, che ne scrisse un bellissimo trattato, e del credito di tanti altri autori che ne fanno ancora attestazione, non mancano dall'altro lato opinioni ed esperimenti da mettere in dubbio la verità de' fatti (1771: 333).

Assecondando uno spirito illuminista, rafforzato per certi versi da una educazione ecclesiastica (si era formato dai Gesuiti), Meli rivela l'esigenza di provare e sperimentare per chiarire se «questo o quel rimedio [...] fosse *favoloso* o se avesse veramente una base scientifica» (CARMONA L. 1940: 314). È in questo quadro che si colloca il ricorso alla musica nel caso in questione: si tratta in primo luogo di un esperimento destinato a verificarne l'efficacia terapeutica. La credenza in questa *efficacia* doveva avere nella Sicilia del tempo un notevole grado di diffusione, considerato che Meli imputa il fallimento della musicoterapia alla scarsa abilità dei suonatori, dichiarando con perplessità: «restai nell'istessa incertezza di determinare se il celebrato secreto della musica sia o no favoloso». Un indizio rilevante sta qui nel riferimento alla *banda*, assente perché impegnata ad Alcamo (provincia di Trapani), dove ancora oggi la festa patronale – intitolata alla Madonna dei Miracoli – si celebra dal 17 al 21 giugno. Il riferimento è quindi preciso e non affiora nel resoconto di Meli alcuna perplessità espressa dai musicanti “di riserva” rispetto alla richiesta di suonare “spontaneamente”, ovvero senza compenso alcuno, al capezzale di un prete in convulsioni (fatto che egli avrebbe probabilmente annotato). Meli non fu testimone diretto del secondo caso (15 luglio 1772), dove l'ufficio medico fu assunto da quel medesimo sacerdote che aveva subito il primo morso. Il resoconto contenuto nella *Breve aggiunta* è pertanto sostanzialmente funzionale ad avvalorare la bontà della terapia praticata l'anno precedente.

In questa circostanza la guarigione è stata pertanto ottenuta attraverso un'alterazione dello stato di coscienza indotta dall'assunzione massiccia di una bevanda alcolica e dall'abbondante sudorazione che ne consegue: una procedura che resta ancorata a un modello più “tradizionale” che “scientifico” (d'altronde anche la danza frenetica provoca ipersudorazione)⁽⁵⁾. Ma il caso di Cinisi pone un problema più radicale: l'intera vicenda illustrata da Meli non pare difatti riferibile a una reale tradizione di tarantismo. In

un piccolo centro come Cinisi se vi fossero stati musicisti esperti nella cura dei tarantati sarebbe stato difatti certamente noto e si sarebbe verosimilmente trattato di suonatori degli strumenti segnalati nelle altre attestazioni siciliane del tarantismo, ovvero violino, flauto di canna e tamburello (cfr. *infra*). Meli si rivolge invece a musicanti di banda, più consoni alla sua formazione culturale “scolastica” e urbana. Padre Scrivano inoltre non balla affatto, né balla la vittima morsicata l’anno seguente e curata dallo stesso sacerdote. Pare insomma che Meli abbia operato con la curiosità dello scienziato illuminista, sperimentando su pratiche e credenze ben note ma non radicate nel contesto locale e di cui egli stesso possedeva una conoscenza perlopiù mediata dalla letteratura sull’argomento. Il desiderio di partecipare in qualche modo al dibattito sul tarantismo lo porta quindi a utilizzare il caso di padre Scrivano per verificare l’effetto “favoloso” della musica, che egli identifica erroneamente in quella eseguita dalla banda locale, senza cogliere l’essenza stessa del tarantismo in quanto linguaggio rituale socialmente condiviso, fondato su specifici ruoli (musicisti-terapeuti, vittima-danzante, aiutanti), gesti (varie modalità coreutiche) e repertori musicali (canti e melodie strumentali).

Un caso inedito di tarantismo a Corleone (1809)

Le testimonianze relative al tarantismo siciliano si sono di recente arricchite grazie a un documento reperito da Cesare Crescimanno riordinando le carte relative alla storia della Compagnia dei Bianchi dell’Ospedale dello Spirito Santo di Corleone. Il documento, datato 19 luglio 1809, riguarda la “spesa” per la guarigione di un paziente morso da un ragno:

Spesa per un ammalato mursicato d’un aragno.

In Corleone, 19 luglio XII indizione 1809

Don Carmelo Badulato, procuratore di questo Spedale, d’ordine nostro, pagate a Liborio Firrantello [Infermiere dello Spedale] onze una e tarì sei, al quale se li pagano per altrettanti erogati in occasione d’esser venuto in nostro Spedale Bernardo Timpa per guarirlo d’un morsico avuto d’un aragno, che con effetto poi totalmente guarì.

Sono cioè tarì 24 pagati a Vincenzo Lipari e compagno don Nicolò Crescimanno, sonatori di violino, in avergli sonato per 4 giorni, cioè 14, 15, 16 e 18 del corrente luglio e tarì 12 a Giuseppe Scibilla e Francesco Salemi per aiutare a sollevarlo nel ballo, fargli frizioni d’oglio ed assistirlo per tutt’altro per 3 giorni da 14 a tutti li 17 di detto (mese)⁽⁶⁾.

L’amministratore Don Badulato, forse un ecclesiastico⁽⁷⁾, avendo preso atto della guarigione, trova del tutto normale retribuire i “violinisti” e i

loro aiutanti con un compenso quasi equivalente a quello che ai tempi percepiva mensilmente il personale non medico dell'ospedale (infermieri, aiutoinfermieri e il barbiere incaricato di operare i salassi), di contro a una prestazione della durata di soli quattro giorni. Altri elementi degni di nota sono il coincidere del "morso" col tempo della mietitura e l'estensione temporale della terapia (appunto quattro giorni di ballo). Si ritrovano pertanto in questo caso diversi tratti canonici del tarantismo salentino documentato dall'*équipe* demartiniana (cfr. *supra*), non associati tuttavia a una cura domiciliare ma a un intervento effettuato addirittura all'interno dello "Spedale dei Bianchi". Il ritrovamento di questo prezioso documento tra le carte di una confraternita "ospedaliera" apre quindi nuovi e significativi spazi di indagine rispetto alla configurazione formale e all'effettiva diffusione del tarantismo in Sicilia.

Il tarantismo tra etnografia musicale e letteratura folklorica

Dopo quanto attestato nel XVII secolo da Kircher (1641) e Di Micheli (1680), per disporre di ulteriori testimonianze musicali relative alla *tarantella* in Sicilia si dovrà attendere il contributo offerto all'inizio dell'Ottocento dal compositore tedesco Giacomo Meyerbeer (1791-1864). Nel corso di un periodo di vacanza trascorso in Sicilia nell'estate del 1816, il giovane Meyerbeer annota scrupolosamente trentotto brani fra canti e danze⁽⁸⁾. La maggioranza delle danze trascritte dal musicista presenta i tratti tipici della *tarantella* ormai stilizzata: ritmo in 6/8 e forma melodica articolata in due o tre frasi a struttura chiusa (nn. 24, 26, 27, 28, 29, 33, 34, 36, 37). Una sola di queste reca però esplicitamente il titolo *Tarantella siciliana* (n. 29), con l'annotazione «Più antica di quella napoletana»: struttura formale ABB, tonalità di Sol minore e ritmo in 6/8 (tempo Vivace), con molte battute in cui ricorrono figurazioni puntate (esempio musicale 3). Nessun'altra informazione viene tuttavia fornita da Meyerbeer riguardo a località e ambiente di provenienza, né sull'impiego contestuale della danza, che ha presumibilmente ascoltato dall'esecuzione al violino di un suonatore ambulante.

Grazie alle indagini di Giuseppe Pitрэ (1841-1916) e Salvatore Raccuglia (1861-1920) apprendiamo che la musicoterapia contro il morso della tarantola, se pure localmente circoscritta, era ancora praticata verso la fine dell'Ottocento:

Anche in Sicilia si ritiene che il morso di una specie di ragno, la *tirantula ballarina* (che nessuno però conosce e sa indicare quale sia), produca un grave male che si guarisce facendo ballare per tre giorni e tre notti di

seguito la persona morsicata. In Villafrati [provincia di Palermo] mi dicevano che la musica dev'essere fatta da un violino, ma altrove si accenna anche allo zufolo ed al tamburello basco, ancora in uso presso i contadini (RACCUGLIA S. 1894: 728).

[A Racalmuto, in provincia di Agrigento] Quando il morso è di *tarantola ballarina* si fa ballare il morsicato; quando è di *tarantola nacalora*, si prepara una culla ordinaria, e vi si dondola il morsicato (PITRÈ G. 1896: 299).

Dalle parole di Raccuglia traspare la natura “mitica” del ragno che «nessuno sa riconoscere», l'organico strumentale (a Villafrati il violino, altrove flauto di canna e tamburello) e la durata della terapia (tre giorni senza interruzione). Nella pratica attestata a Racalmuto spicca invece l'opposizione tipologica tra una tarantola che vuole “danzare” (*tarantola ballarina*) e un'altra che preferisce invece essere “cullata” al canto della ninnananna (*tarantola nacalora*). Pitre non specifica come ottiene questa testimonianza, ma è probabile che abbia ricevuto l'informazione da un corrispondente locale. Neppure Raccuglia dichiara la sua fonte, sappiamo però che era nativo di Villafrati e figlio di barbiere⁽⁹⁾, ed è quindi lecito supporre che la testimonianza sia di prima mano e connessa a un ambiente tradizionalmente legato al tarantismo (cfr. *infra*).

A queste sporadiche attestazioni si possono correlare, sul versante specificamente musicale, cinque versioni della canzone a ballo con incipit *Mi pizzica* raccolte da Alberto Favara all'inizio del Novecento a Palermo, Trapani e Castellammare. Le rispettive trascrizioni su pentagramma confluiranno nel *Corpus di musiche popolari siciliane* che sarà dato alle stampe solo nel 1957 per la cura del genere Ottavio Tiby (cfr. FAVARA A. 1957: vol. II, nn. 734-738). Favara commenta inoltre uno di questi esempi nell'ambito di una conferenza tenuta nel 1905 al Circolo di Cultura di Palermo. Il testo – dal titolo *Il ritmo nella vita e nell'arte popolare in Sicilia* – sarà poi pubblicato con qualche taglio nel 1923 sulla “Rivista d'Italia” e infine riproposto nel 1959 in una raccolta di scritti curata dalla figlia Teresa Samonà Favara (cfr. FAVARA A. 1959). In questo straordinario saggio, assolutamente innovativo per l'epoca in cui viene concepito, l'autore esamina svariate strutture ritmiche legate a pratiche ergologiche (voce per addomesticare i giovenchi, richiami per le mandrie, ritmi dei fabbri, ritmo per cadenzare il trasporto a spalla del tonno) e a comportamenti sociali (ninne-nanne, *canzuni*, balli cantati, danze strumentali, ritmi processionali dei tamburi). La ricorrenza delle medesime strutture ritmiche nelle dinamiche gestuali associate a certi mestieri e a talune pratiche espressive è interpretata come esito di naturali attitudini fisio-motorie plasmate entro «un determinismo psico-

logico del movimento, in rapporto con la ricerca della bellezza plastica» (FAVARA A. 1959 86). Se per la dimensione melodica Favara privilegia la discendenza dei canti popolari siciliani dal sistema modale della Grecia classica, anche la componente ritmica viene considerata nei termini dell'antica teoria musicale ellenica, con riferimento al lessico coreutico e ai metri poetici (cfr. BONANZINGA S. 1995: 26-32). In questa prospettiva esamina anche una delle "canzoni a ballo" connesse al fenomeno del tarantismo documentata a Palermo nel rione popolare dell'Albergheria. Prendendo spunto dall'identità fra i movimenti effettuati «nella corsa in avanti e a sbalzi» della piccola figlia Teresa e il metro giambico (— — — — — ecc.), il musicista osserva che la bimba «prende lo slancio sul piede sinistro e ricadeva di peso sul destro» (1923, ried. 1959: 100). Queste sono le considerazioni che seguono:

Un'altra forma plastica del giambo si trova nell'antica danza femminile *Mi pizzica, mi muzzica*, in cui la danzatrice esegue dei piccoli salti sulla punta del piede sinistro. L'arsi indica lo slancio in aria, la tesi la caduta a terra. [cfr. esempio musicale 4] La forma brachicatalettica di questo tetrametro segna alla fine del verso la caduta sul piede destro e il riposo alla fine del verso, come io ho visto nella danza della bimba (1923, ried. 1959: 101).

Nel secondo motivo della danza cantata *Mi pizzica, mi muzzica*, il secondo dimetro di due versi è trocaico, e la danza, in perfetta correlazione col ritmo, diventa circolare, non più angolosa come nei giambi. Teresa gira saltellando in questo ritmo, intorno a un tavolo; ella fa un passo laterale col piede destro, quindi lancia in su il corpo e ricade sul piede sinistro nel punto dove aveva posato il destro; in tal modo nasce spontaneamente il girotondo dei nostri bambini (1923, ried. 1959: 103).

Il «secondo motivo», in metro trocaico (— —), non compare in questo scritto e un andamento simile si trova soltanto in alcune frasi strumentali associate ad altre due varianti della canzone a ballo incluse nel *Corpus* (nn. 735 e 737). La notazione musicale riportata nel saggio del 1923 (esempio musicale 4) presenta però una integrità che non si riscontra in quella corrispettiva poi inserita nel *Corpus*, dove solo il verso *Mi pizzica, mi muzzica, mi muzzica a tarantella* si trova sottoposto alla prima frase della melodia trascritta una quarta sotto, in tonalità di Re magg. (n. 734, esempio musicale 5)⁽¹⁰⁾. Questo verso diventa in questo caso il secondo di una quartina seguito da un ritornello *non sense* (sempre a struttura distica) che completa la forma melodica così articolata ABAB (in Sol magg.) CC (Sol min.):

Mi pizzica mi muzzica mi muzzica lu peri
Mi pizzica mi muzzica mi muzzica a tarantella
Mi pizzica mi muzzica mi muzzica lu peri
Mi pizzica mi muzzica mi muzzica a tarantè

*Larà larà larà larallallà lallera lallarallallà
Larà larà larà larallallà lallarallallà*

(Mi pizzica mi mozzica il piede / Mi pizzica mi mozzica la *tarantella* [piccola tarantola])

Favara riprende nel suo commento alcuni aspetti del dibattito sul tarantismo e, traendo spunto dalla testimonianza di Kircher, interpreta il fenomeno come memoria della ritualità dionisiaca e demetriaca nella tradizione popolare dei suoi tempi:

La danzatrice della *tarantella*, come dice ella stessa, va avanti e indietro per evitare il morso della tarantola. È un residuo della grande coreomania da cui fu invasa tutta l'Italia meridionale al secolo XIII, e ve n'è ancora il ricordo nel popolo. Le ragazze prese dal male danzavano, vestite di bianco e incoronate di rose, sino a cedere esauste, e col sudore espellevano il veleno. Il Padre Kircher ne parla diffusamente in *De Arte magnetica*, e dà il disegno dell'innocente insetto, cui si attribuiva l'epidemia. Egli cita i versi:

«Dove ti muzzicò la tarantella?
Dillo, amata, dove fu?
Sotto la pudia della fanella!»

Cioè: sotto l'orlo della veste. Ma alcuni altri versi dicono:

«Non fu taranta né tarantella,
Ma fu lo vino della garratella.»

C'entrava dunque per qualche cosa anche il bacchico liquore! In sostanza, era un'esplosione delle energie accumulate nel nostro popolo, sotto la lunga compressione medioevale. Vi è uno stato di vita esuberante, in cui la salute dell'individuo si confonde con la malattia. Ma nei riguardi della specie è uno stato benefico; è come un fiume che straripa portando ovunque la rovina, ma che, rientrando nel suo letto, lascia la terra fecondata per altri secoli. Appunto in questi periodi l'umanità si rifornisce di energia. La cultura omerica in Grecia fu preceduta da questa invasazione; e dal tarantolismo venne in Italia la Rinascenza, più che dall'umanesimo. Ogni popolo ha avuto di queste malattie, in cui la vita normale si trasforma in un'orgia crudele e senza freno; la baccante greca ne è il tipo stilizzato. Il ritmo proprio di questo stato è appunto il giambo, e questo infoma, oltre ai moti del corpo, quelli dello spirito, e i suoi canti plebei e salaci (1923, ried. 1959: 101).

Il giambo è dunque nel nostro temperamento; gli elementi vivi che oggi ne troviamo nel popolo ci riconducono direttamente all'antica commedia siciliana di Epicarmo e Phormos, ed ai poemi giambici di Aristossene di Selinunte. [...] È un modo giambico di considerare la vita, proprio di una terra in cui si accumulano tutti i contrasti: oltrepassare il dolore con l'ironia e lo scherno, e continuare a vivere; cogliere il grottesco tra la imperturbabilità della vita universale e le accidentalità della vita individuale e riderne, la risata plebea che brucia e guarisce. Così rise Demetra, quando

le si fece innanzi a consolarla Jambe, la serva, saltando e cantando nel modo che da lei prese poi il nome. Lì è tutto il segreto del giambo, nel riso di Demetra, nel riso che che stende un velo magico sul dolore della dea, e toglie dalla sua memoria la violenza atroce dei Titani (1923, ried. 1959: 102-103).

In una prosa tanto suggestiva quanto erudita Favara pare qui anticipare alcuni temi che caratterizzano il dibattito moderno sul tarantismo, nonostante sia assente qualunque riferimento all'impiego dei materiali documentati nell'ambito della terapia coreutico-musicale.

Come osserva Ottavio TIBY (1957: 91-93), queste cinque canzoni a ballo con incipit *Mi pizzica* presentano strutture poetico-melodiche molto simili, fondate su distici di endecasillabi associati a melodie bipartite – a parte due casi in cui si dispone di una quartina (uno è quello esaminato sopra) – e caratterizzate da una marcata scansione giambica in ritmo tendente al 6/8, melodicamente riconducibili all'inciso:



In due varianti sono presenti anche frasi strumentali eseguite al violino (Trapani) e al flauto di canna (Castellammare), confermando il medesimo organico strumentale segnalato anche da Raccuglia (cfr. *supra*).

A Trapani Favara ascolta il canto eseguito dalle donne del quartiere del *Catitu* e ne riporta il primo distico sottoposto a una melodia bipartita in tonalità di Re maggiore indicata come *Jolla* (n. 736 del *Corpus*, esempio musicale 7): *Mi pizzica, mi muzzica, mi muzzica lu peri, / Va chiamatimi, chiamatimi, chiamatimi a u varveri* (Mi pizzica, mi mozzica il piede, / Andate a chiamarmi il barbiere). Stessa struttura formale e tonalità presenta l'altra variante palermitana – indicata con l'incipit *Mi pizzica* (n. 738 del *Corpus*, esempio musicale 9) – pure eseguita da una donna che ripete però due volte il medesimo verso: *Mi pizzica, mi muzzica, mi muzzica lu piruzzu* (Mi pizzica, mi mozzica il piedino).

Nelle campagne intorno a Castellammare viene raccolta la variante eseguita dal pastore Antonino Chiofalo, cantore e suonatore di *friscalettu* (flauto di canna). In questo caso al primo distico, che non si discosta dagli esempi precedenti, ne segue un secondo in forma dialogica caratterizzato dal passaggio alla relativa minore della tonalità d'impianto (*Mi pizzica*, n. 737 del *Corpus*, esempio musicale 8). La frase conclusiva – quella che presenta un andamento metrico tendenzialmente trocaico (cfr. *supra*) – si ripete quindi con lievi varianti ma senza parole sottoposte, come inter-

ludio strumentale. La forma melodica assume pertanto articolazione AB (Do magg.) CD (La min.) D [flauto]:

*Mi pizzica, mi pizzica, mi pizzica lu peri
Chiamàtimi, chiamàtimi, chiamàtimi u vàrveri.
E tt'àiù tuccata la panza, e tt'àiù tuccata la panza e idda dissi no.
Tuccati chiù n-sutta e attruvati lu ciarananò.*

(Mi pizzica il piede / Chiamatemi il barbiere. // E ti ho toccato la pancia e lei disse no. / Toccate più sotto finché trovate il *ciarananò*.)

Nella città di Trapani Favara annota infine l'esecuzione del «violinista popolare» soprannominato *Pilucchredda*, che dichiara: «È *jolla* e non *taran-tella*, ed è antichissima» (n. 735 del *Corpus*, esempio musicale 6). Il distico sottoposto alla melodia, quasi uguale a quello intonato dal pastore Chiofalo, è seguito da tre frasi strumentali, due delle quali (C e D) presentano incipit trocaico. La forma melodica è dunque AB (Re magg.) CC [violino] (Re min.) AB [violino] DD [violino] (Sol magg.). Dopo la notazione su pentagramma, Favara riportata altri due distici che permettono di osservare l'articolazione del testo per anadiplosi, un procedimento basato sulla ripetizione della parte finale di un verso all'inizio del successivo che ricorre di frequente nelle filastrocche:

*Mi pizzica, mi pizzica, mi pizzica lu peri.
Chiamàticci, chiamàticci, chiamàticci u vàrveri.
U varveri, u varveri, u varveri è picciriddu,
Va chiamàticci, chiamàticci, chiamàticci a Turiddu.
Turiddu, Turiddu, Turiddu sta cacannu,
Va chiamàticci...*

(Mi pizzica il piede. / Chiamategli il barbiere. // Il barbiere è piccolino, / Chiamategli a *Turiddu* [dim. di Salvatore]. // *Turiddu* sta cacando, / Chiamategli...)

Favara si limita a qualificare *Pilucchredda* come «bel tipo, allampanato» (1957: I, 153), ma altre fonti rivelano preziosi dettagli, giacché a Trapani restò figura emblematica legata a un celebre detto popolare, come si apprende in particolare da Salvatore Raccuglia (1918: 52):

C'era una volta in Trapani una famiglia detta *Pilucchredda*, i cui uomini erano tutti sonatori di novena. Or avvenne che, in occasione di certa festa, un sonatore forestiero si recò a Trapani, e sonando dietro le porte le sue novene, si fermò anche a quelle dei *Pilucchredda*. I quali, il primo giorno restarono meravigliati ad ascoltare chi si permetteva di strimpellare il violino dietro la loro porta, ma l'indomani appena intese le prime note, uscirono tutti armati dei loro strumenti, e confusero il povero forestiere con la loro musica dicendogli: *N-casa di Pilucchredda sunatura?* E da allora la frase è restata, per rimproverare chi vuol portare vasi a Samo o nottole ad Atene.

Pilucchedda era quindi il soprannome di una intera famiglia di suonatori attivi anche in occasione delle “novene”: le celebrazioni musicali, caratterizzate soprattutto da lunghi canti sacri in siciliano, che si svolgevano presso le abitazioni dei devoti nei nove giorni antecedenti alle maggiori ricorrenze religiose⁽¹¹⁾. Una più recente testimonianza sui *Pilucchedda* si deve però a un cultore di tradizioni popolari trapanesi, il farmacista Tore Sergio (1924-2001), che riferisce interessanti dettagli sull'ultimo erede della tradizione musicale di questa famiglia, il cui vero nome era Martinelli:

Gaetano Martinelli, inteso *Pilucchedda*, suonatore di violino ed altri strumenti. [...] Gaetanino, ragazzino, va a “picciottu” nel “salone” dello zio Liborio, bravo violinista e fratello di suo padre. Nei saloni, dopo il lavoro, a quei tempi, si riunivano pochi amici che sapevano suonare qualche strumento, per fare un po' di musica, studiando le canzoni più in voga. Ebbe, così, occasione di iniziare lo studio del violino, sviluppando a poco a poco il suo talento musicale, imparando a suonare anche qualche altro strumento.

Il soprannome gli viene dal fatto che, fattosi uomo, gli cominciarono a cadere i capelli. C'era, allora, la tendenza a correggere, questo creduto difetto, mettendosi, per mascherarlo, un parrucchino.

Col suo complesso *Pilucchedda*, ormai da tutti chiamato così, suonava nei battesimi, nei matrimoni e tutte le volte che lo chiamavano per qualche festiciola.

Allora si usava anche ballare, ballo liscio... diremmo oggi, per cui a Trapani, di sera o nei giorni festivi, funzionavano alcune sale da ballo, e data l'epoca, per soli uomini e per quei giovani che volevano imparare a ballare. I grammofoni e i dischi erano un lusso permesso ai soli ricchi, così nelle sale la musica la potevano fare solo i complessini. *Don Tanu Pilucchedda* era in una di queste. La loro ubicazione rispettava una migliore strategia, forse migliore di quella della farmacie. Ricordo una sala in via Marinella, traversa di via Spalti, un'altra in via Balì Cavretta (a strada di *Don Filiricu u paparu*) e un'altra in via Botteghelle sotto le mura nuove di nord ovest. Suonava anche per le novene di Natale, davanti ai presepi, di casa in casa, ma anche *pi a Bommina* [“per la Bambina”, ovvero per la festa della Natività di Maria]. Assieme ad altri musicanti si recava nelle case dei nobili o dei Vip per gli auguri di buon onomastico o compleanno a suon di musica, ricavandone compensi.

Quando si seppe che doveva sposare la figlia gli si presentò il collega di un'altra orchestrina offrendosi, amichevolmente, di suonare al trattenimento festoso. Ma la risposta di Tano fu perentoria e, perché rimasta proverbiale anche altrove, fatidica: *N-casa di Pilucchedda sunatura?* (SERGIO T. 2002: 40).

Grazie a indagini condotte dalla studentessa Dorotea Salerno, nell'ambito di una ricerca sui suonatori ambulanti trapanesi, è stato possibile appren-

dere che Tore Sergio raccolse queste informazioni attingendo ai propri ricordi – risalenti soprattutto agli anni Trenta e Quaranta – e alla testimonianza di Gaetano Martinelli, nipote di *Don Tanu Pilucchedda*. Questi, oggi settantaduenne (n. 1945), riferisce alla Salerno che il nonno, defunto nel 1950, eseguiva anche le novene insieme a un cantastorie cieco non meglio identificato. La tradizione musicale dei *Pilucchedda* prosegue quindi in modo sostanzialmente integro fino al Dopoguerra, ma diviene a questo punto significativo ricostruire la vicenda di questa famiglia menzionata in diverse fonti etnografiche e rimasta così viva nella memoria locale. Il suonatore Gaetano Martinelli di cui parla Sergio nasce nel 1885 e non può coincidere con il *Pilucchedda* «allampanato» incontrato da Favara, il quale svolse le sue ricerche in quell'area fino al 1905 circa. Nè è verosimile che il soprannome affibbiato ai Martinelli e il celebre detto, che già nel 1918 Raccuglia considerava di ben radicato dominio popolare, fossero a lui biograficamente legati⁽¹²⁾. Le ricerche effettuate dalla Salerno presso l'Archivio di Stato di Trapani (registro degli atti di morte) permettono però di chiarire in via definitiva la questione: il padre di *Don Tanu* è il “suonatore ambulante” Francesco Martinelli (1861-1924), figlio del “violinista” Gaetano. È quindi sicuramente Francesco il *Pilucchedda* incontrato da Favara e che conservava ancora nel suo repertorio frammenti di brani legati al tarantismo⁽¹³⁾.

Il particolare interesse della testimonianza raccolta da Sergio, che menziona l'apprendistato di Gaetano presso il salone dello zio Liborio Martinelli, barbiere e «bravo violinista», risiede inoltre proprio nell'associazione tra i *Pilucchedda* e l'ambiente dei barbieri-musici, che permette di inquadrare in termini più pertinenti anche le musiche documentate da Favara. I barbieri erano infatti non solo valenti suonatori di strumenti a corda quali violino, chitarra e mandolino (cfr. BONANZINGA S. 2008), ma per consuetudine prestavano anche opera – sotto il patronato dei santi “medici” Cosma e Damiano (cfr. *infra*) – come cavadenti, flebotomi ed esperti in “bassa chirurgia” (cfr. PITRÈ G. 1896: 16-17). Appare quindi naturale che questa duplice competenza musicale-terapeutica potesse trovare estensione e sintesi nel tarantismo⁽¹⁴⁾, come confermano i testi dei canti eseguiti dal violinista *Pilucchedda* e dal pastore Chiofalo in cui ricorre esplicitamente l'invocazione del “barbiere” a soccorso dal “morsicato”. A prescindere dal loro effettivo impiego in ambito terapeutico, i testi e le melodie di queste canzoni a ballo siciliane rivelano in ogni caso un saldo legame con il repertorio musicale del tarantismo. L'individuazione del morso al piede ricorre a esempio nei canti associati al tarantismo pugliese, dove è anche presente il “morso al pube”. Nel testo siciliano, il *ciarananò* è una chiara

allusione al sesso femminile, tanto che il pastore Chiofalo si schernisce dall'intonare i versi del canto poiché li ritiene osceni: «Chi sàcciu, chi sàcciu» (Cosa ne so), ripete infatti a Favara (FAVARA A. 1957: II, 435). Come nota De Martino questo articolare “morso” appare funzionale a simbolizzare i «più svariati conflitti erotici» (1961: 145)⁽¹⁵⁾. Si rileva inoltre che nel secondo distico del canto siciliano il responsabile del morso – ovvero la piccola *tarantola*, la *tarantella* – ne suggerisce la localizzazione, secondo uno schema dialogico ricorrente anche nell'*argismo* sardo (cfr. *infra*).

Il tono generale che affiora nei testi e nelle melodie trascritte da Favara palesa soprattutto una dimensione giocosa e satirica che offre spunti per una riconsiderazione del fenomeno anche in chiave estetica e ludica (vedi a esempio APOLITO P. 1994). In questa prospettiva si possono d'altronde inquadrare diversi repertori vocali e coreutici – non solo siciliani – in cui ricorrono elementi poetici, melodici e gestuali riconducibili al tarantismo, quali a esempio canti e canzoni a ballo che contengono riferimenti al morso della tarantola e alla danza che ne consegue, i balli “a scherma”, la *pizzica* come danza di corteggiamento e le stilizzazioni della tarantella tanto diffuse nei repertori delle orchestre popolari di fascia artigiana dalla Campania alla Sicilia⁽¹⁶⁾. Quanto scrive Roberto De Simone riguardo al tarantismo napoletano contribuisce a restituire in parte la complessità della questione:

Esauritosi in città il fenomeno del tarantismo, il repertorio musicale connesso alla danza magica perse i suoi caratteri liturgici, ma rimase nella tradizione con altre funzioni. I testi delle arie confluirono nel repertorio dei cantastorie girovaghi, e i modelli musicali dell'antica danza, in vari frammenti, si ritrovano rifunzionalizzati in varie canzoni, o in danze collettive o processionali. [...] solo nel Settecento la tarantella cominciò ad essere menzionata dagli scrittori napoletani e stranieri, che, con tale termine, indicavano genericamente una danza degradata dalla sua funzione sacrale a danza di costume. Eppure, con lo stesso termine indicavano confusamente anche il ballo tradizionale accompagnato col tamburo (la *tammuriata*), e le altre espressioni coreutiche che erano osservabili nella tradizione popolare di Napoli e della provincia.

Successivamente, nell'Ottocento, la tarantella divenne anche danza da salotto, danza folcloristica, si confuse con la quadriglia, diversi musicisti si ispirarono al suo ritmo per comporre tarantelle, e la confusione sul termine raggiunse le proporzioni che oggi riscontriamo (1992: 46-47).

Se le tracce del tarantismo si perdono in Sicilia verso la fine dell'Ottocento, quando già doveva comunque essere in forte regressione, qualche eco indiretta se ne può cogliere in due *ninnananne* che ho documentato a Racalmuto⁽¹⁷⁾ e a Santa Caterina Villarmosa⁽¹⁸⁾, i cui testi poetici ruota-

no intorno ai mali che affliggono il bimbo insonne. Il sollievo alle pene è garantito dal canto della madre che invoca l'aiuto della Madonna del Monte e di sant'Antonino, come accade in moltissimi testi di ninnananne. L'aspetto significativo, e piuttosto originale, è però qui dato dalla esplorazione-diagnosi del malessere che affiora in alcuni versi, disegnando uno scenario che si può ipotizzare non troppo lontano da quello caratterizzante la "terapia della culla" per il morso della *tarantola nacalora* rilevata proprio a Racalmuto:

*Dolalò e ddolalòloliddu,
la nacaredda voli pì ddurmìri.*

*Dd'oru li circa e dd'argentu li chiova,
la nacaredda voli pì ddurmìri.*

Chi àvi la piccilidda ca mi chianci?

*L'àiù malata, cuccata a lu lettu.
Nun sàcciu a qquali santu l'è vvutari,
la vutamu a Mmaria di lu Munti,
ca è lla riggina di tutti li santi! Oòò!*

(Dolalò e ddolalòloliddu, / vuole la culletta per dormire. // D'oro il telaio e d'argento i chiodi, / vuole la culletta per dormire. // Cos'ha la bambina che piange? / Ce l'ho malata, coricata a letto. / Non so a quale santo la devo votare, / la votiamo a Maria del Monte, / che è la regina di tutti i santi!)

*Irellelloni irelillelidda,
bbedda è lla figlia mia,
bbedda è la figlia mia, durmir'un voli.*

*Nun mmoli durmìri e llù sunn'av'a ffari,
è picciridda e nnuù,
è picciridda e nnun mi voli stari.*

*Nun mmoli stari ca è mmalatedda,
diri nun mi lu saà,
diri nun mi lu sa unni cci doli.*

*E si cci doli la spadda e llù pettu
o puramenti laà,
o puramenti la dolci vuccuzza.*

*Sant'Antuninu, viniti viniti,
ca iù lu cantu e vnuù,
ca iù lu cantu e vnu l'addrummisciti.*

(Irellelloni irelillelidda, / è bella mia figlia, / non vuol dormire. // Non vuol dormire ma deve fare sonno, / è piccolina e non / ci vuole stare. // Non vuole stare che è malatina, / non mi sa dire / dove le duole. // E se le duole la spalla e il petto / o propriamente la dolce boccuccia. // Sant'Antonino venite, / che io canto e voi l'addormentate.)

Riguardo al repertorio delle melodie strumentali un esempio che mi pare invece di notevole interesse è costituito da una *tarantella* che ho registrato a Malvagna (entroterra ionico del Messinese), per l'esecuzione alla chitarra del barbiere Antonino Trapanotto, che l'aveva appresa da bambino quando iniziò a lavorare da garzone nella barberia di Vincenzo Calcagno, suo maestro di forbici e di musica. Ho registrato più volte questo brano tra il 1984 e il 1987, riscontrando la tendenza del suonatore a giustapporre le varie frasi (ABCD) – in 6/8 con figurazione puntata – variandole con una certa libertà (esempio musicale 10)⁽¹⁹⁾. Sotto il profilo formale il brano richiama quindi la struttura modulare delle tarantelle pugliesi pubblicate da Kircher (cfr. *supra*) e presenta tratti di evidente affinità stilistico-formale (ritmo, tonalità minore, profili melodici) con due esempi di tarantella «che si usano in varie parti d'Italia» riprodotti da Francisco Xavier Cid nel suo volume sul tarantismo iberico, pubblicato a Madrid nel 1787 (citazione a p. 17, esempio musicale 11).

Uno sguardo comparativo

Sintetizzando quanto rivelano le fonti possiamo dire che nel tarantismo siciliano: *a*) non prevaleva la destinazione femminile, dato che nessuna testimonianza fa esplicita menzione di donne “tarantate” mentre i versi dei canti riportati da Kircher riferiscono di pene d'amore sofferte da uomini e pure di sesso maschile sono le vittime di latrodecismo implicate negli unici due casi concretamente osservati a Cinisi e Corleone; *b*) non vi è stata alcuna interdizione da parte della Chiesa, laddove furono sanzionate e perseguite pratiche musicali di altro genere (lamenti funebri, danze all'interno delle chiese, canti legati a rituali divinatori), tanto che anche in ambienti ecclesiastico-confraternali si faceva ricorso alla terapia coreutico-musicale per curare i “morsicati” (vedi il caso di Corleone); *c*) esisteva un repertorio diagnostico-terapeutico che comprendeva sia specifiche melodie strumentali sia canti di vario genere e contenuto (dai lamenti per un amore precluso alle ninnananne); *d*) lo strumento musicale utilizzato era in prevalenza il violino, talvolta associato a flauto di canna e tamburello (o da questi sostituito); *e*) i musici-terapeuti dovevano appartenere in maggioranza alla classe dei barbieri (come dimostrano i canti raccolti da Favara). In nessuna fonte siciliana affiorano inoltre collegamenti fra tarantismo e forme devozionali, come accade in Puglia per il culto di san Paolo e, parzialmente, nell'*argismo* sardo per il Corpus Domini. Sembra anzi che nella Sicilia di fine Ottocento l'intervento di un santo in soccorso dei tarantati si ponga in alternativa a ogni altro metodo terapeutico: «Come

per gli idrofobi così per gli attarantati è preziosa l'opera di S. Vito; però a questo santo fanno un pellegrinaggio al Capo (provincia di Trapani) coloro che sono stati morsi dai ragni» (PITRÈ G. 1896: 300; vedi *infra*). Nel nome di san Paolo agivano invece i *ciràuli* (o *ciaràuli*): singolari figure di guaritori-veggenti specializzati nel curare proprio i morsi di animali velenosi quali serpenti, insetti e aracnidi (vedi *infra*).

La testimonianza riferita da Pitrè riguardo alla tipologia della *tarantola nacalora* riscontrata a Racalmuto (cfr. *supra*) assume speciale interesse per la sua eccentricità rispetto al modello dominante della frenesia motoria rappresentato dalla *tarantola ballerina*. Qui pare infatti acquisire autonomia simbolica nell'ambito del tarantismo siciliano un modulo gestuale che non a caso ricorre nelle due fasi estreme dell'esperienza vitale: l'azione ondulatoria destinata ad addormentare i bambini mentre si canta la ninnananna e l'oscillazione ritmica del busto che accompagna la lamentazione rituale per i defunti, o anche il passo oscillante (*annacata*) con cui si trasportavano le bare nei cortei funebri e con cui ancora si trasportano i fercoli del Cristo Morto nelle processioni del Venerdì Santo (cfr. BONANZINGA S. 2004 e 2014). Già gli autori di epoca barocca segnalavano d'altronde che certi tarantati pugliesi amavano oscillare tenendosi appesi a delle corde, come fossero ragni intenti a tirare i fili della loro ragnatela (Kircher e Baglivi)⁽²⁰⁾, o venendo dondolati all'interno di una culla (Ferdinando).

De Martino ritiene di individuare l'antecedente classico di queste pratiche nel "rito dell'altalena" agito dalle giovani vergini nella festa ellenica delle *aiôra*, celebrata nel corso delle *anthesteria* primaverili per propiziare la fertilità umana e i cicli vegetativi della natura. In base alla ricostruzione demartiniana, la festa va interpretata «come orizzonte mitico-rituale delle crisi cui erano esposte le giovinette puberi» (1961: 212), e il dondolio ricondurrebbe simbolicamente: *a*) alla memoria dell'esser cullati dalle braccia materne; *b*) all'impulso suicida mediante impiccagione; *c*) alla prefigurazione dell'amplesso e del suo rifiuto (cfr. DE MARTINO E. 1961: 212-213). Lo studioso prosegue ponendo in evidenza il ricorrere nel mondo greco di «contesti mitico-rituali destinati visibilmente a dare orizzonte di deflusso e di risoluzione a reali disordini psichici di adolescenti e di spose a vario titolo infelici, di fanciulle rimaste impigliate nella situazione infantile e recalcitanti davanti alla scelta di uno sposo possibile, e infine di donne percosse da conflitti scatenati dalla passione per un impossibile amante» (1961: 216). De Martino si ricollega quindi alle osservazioni di Kircher, relativamente alla connessione simbolica fra l'altalena e il ragno che oscilla appeso alla ragnatela, ricordando il mito ellenico di Arachne,

l'abilissima tessitrice punita da Athena per avere osato sfidarla in una gara al telaio:

Arachne colpita in **fronte** dalla divinità con una bacchetta di bosso e che corre a impiccarsi rientra nella schiera dei personaggi mitici femminili travolti dalla mania nella forma dell'impulso suicida per impiccagione: ma la fanciulla lidia non realizza il suo impulso in quanto Athena la trasforma in ragno e le concede la vita a patto di pendere, come ragno, dalla tela. L'episodio di Arachne mostra dunque come nel mondo classico non fosse estranea la connessione simbolica fra l'impiccagione e l'oscillazione del ragno appeso alla tela: e mostra altresì come tale connessione facesse da orizzonte a un momento critico ben definito, quello delle fanciulle al telaio, cioè duramente impegnate in un lavoro monotono, favorevole all'insorgere di disordini psichici (1961: 216).

Oltre che in Sicilia, la terapia "oscillatoria" ricorre anche nel tarantismo campano, documentato da Annabella Rossi attraverso i ricordi degli ultimi protagonisti nel corso di una ricerca svolta nel giugno del 1976 in diverse località del Cilento e del Casertano⁽²¹⁾: «L'identificazione secondo uno status civile comprende i riferimenti a una tarantola *bambina* (o "criaturo") che richiede di essere cullata; una tarantola *signorina* (o "giovane", nel senso di "non sposata" e altrimenti definita "zitella") che vuole ballare o cantare; una tarantola *partoriente* (o "incinta") che provoca i dolori del parto; *vedova* che arreca solo dolore e fa piangere; *vecchia* che porta freddo e che può richiedere di essere cullata» (DI MARINO E. 1991: 89). L'atto del cullare può essere talvolta ritmato dal canto della ninnananna, così come il pianto può assumere l'andamento stereotipato della lamentazione funebre (cfr. DI MARINO E. 1991: 97-98)⁽²²⁾. Ritorna quindi nella sua forma più essenziale l'antichissimo e universale motivo dell'alternanza periodica del movimento, come modalità di mediazione fra due forze opposte e indissolubilmente complementari: l'alto e il basso, la terra e il cielo, la vita e la morte.

Ninnananne e lamenti funebri, non meno di canti d'amore e varie forme di danza (fra cui anche ritmi "pacati" come erano quelli delle *pastorali*) ricorrevano pertanto nel tarantismo attestato in Puglia, Campania e Sicilia. Altrettanto accadeva in quella che si considera la variante sarda del fenomeno, ossia l'*argismo*, studiato principalmente da Clara Gallini. Qui la credenza riguarda il "morso" dell'*argia* (ragno o formica, letteralmente la 'variopinta') che, come quello della *tarantola*, innesca un articolato insieme di azioni e rappresentazioni che nelle diverse aree della Sardegna possono assumere configurazioni variabili, entro uno sfondo mitico che comunque resta costante. Le *arge* sono "anime male" (*animas malas*), "anime condannate" (*animas cundannadas*), perché un tempo «sarebbero state

delle persone che il giorno del Corpus Domini continuarono a ballare rifiutandosi di inchinarsi al passaggio della processione del Sacramento: per questo Gesù Cristo le avrebbe maledette, ma avrebbe anche mitigato in tre giorni di pena e di festa le conseguenze della loro puntura, che le arge avrebbero voluto rendere mortale» (GALLINI C. 1988: 93). Nell'argismo non si rileva tuttavia un genere musicale d'elezione associato alla pratica terapeutica. A secondo della "personalità" dell'*argia* si poteva infatti operare la "diagnosi" attraverso una consistente varietà di generi musicali: dal canto d'amore alle più svariate forme di danza, dalla ninnananna al lamento funebre. Come nel tarantismo siciliano e campano, anche nell'argismo sardo non si manifesta inoltre la ciclica ripetizione della crisi (il "ri-morso" demartiniano) e della rispettiva cura, che invece caratterizza le meloterapie praticate nella Puglia salentina, stagionalmente cadenzate in rapporto alle celebrazioni di san Paolo.

Esorcismo, possessione, adorcismo

L'etnomusicologo francese Gilbert Rouget ha dedicato al tarantismo un capitolo del suo fondamentale studio sui rapporti fra la musica e i fenomeni di possessione (1980, trad. it. 1986). Egli considera difatti centrale la dinamica della possessione entro questo particolare istituto culturale e ne opera in questa chiave una revisione critica:

De Martino vede nel tarantismo una «forma religiosa minore» imperniata su di un «esorcismo musicale-coreutico-cromatico» (1961, p. 70), che costituisce un'istituzione «irriducibile ad un comune 'tipo'» (*ibid.*, p. 270). Pur riconoscendo che bisogna cercarne le origini nei «culti orgiastici e iniziatici dell'antichità classica» e pur considerando che certi «paralleli africani» (*ibid.*, p. 188) depongono a favore di una «comune patria culturale protomediterranea», dello *zar*, del *bori* e delle forme iberiche e sarde del tarantismo (*ibid.* 270-271), gli sembra più importante sottolinearne la «individualità biografica». Il tarantismo deve essere visto, secondo lui, come un «episodio interno della civiltà cristiana in espansione», che ha origine all'epoca delle crociate, durante le quali le «reali crisi di aracnidismo in cui incorsero gli eserciti cristiani accampati» avrebbero agevolato «il formarsi del simbolo della taranta» (1986: 221).

Rouget prosegue osservando che la tesi «storica e insieme impregnata di psicanalisi» sostenuta da De Martino ha il difetto di relegare in secondo piano un aspetto che viceversa si deve ritenere centrale: l'identificazione con la tarantola, compiutamente espressa nella figura coreutica consistente «nell'imitare i movimenti del ragno, servendosi delle proprie membra come di quattro zampe» (1986: 222). A partire da questa evidenza l'autore

rovescia i termini della questione, affermando che limitarsi a considerare il tarantismo una forma di esorcismo ne occulta «il più importante aspetto della possessione, che consiste nell'essere, nel tarantismo come nelle altre sue forme, un rapporto di alleanza e non di conflitto con la divinità. [...] Nonostante le apparenze, nella possessione non è la divinità responsabile della possessione a venire esorcizzata. Al contrario, la divinità in questione, permettendo al posseduto di identificarsi con essa, gli fornisce il mezzo per esorcizzare il male – sia esso reale o immaginario – di cui soffre» (1986: 225-226). Queste le sue conclusioni:

Nel tarantismo, la funzione della tarantella (musica e danza) non è di guarire la tarantata dall'isteria, bensì di darle l'occasione di comportarsi pubblicamente da isterica, secondo un modello riconosciuto da tutti, allo scopo di liberarla dalla propria sofferenza interiore. In che modo? Offrendole il mezzo per uscire da sé e comunicare così con il mondo, con la società, con se stessa. [...]

Se nel tarantismo si è visto nel morso del ragno il male da esorcizzare, mentre in realtà esso è il mezzo per esorcizzare il male, ciò è stato possibile in quanto si tratta di un caso particolarmente equivoco. Pur essendo il più delle volte immaginario, il morso può essere talora reale, e in tal caso per nulla immaginari sono i disturbi che provoca [...]. Il tarantismo riunisce quindi in sé tutte le caratteristiche del caso ideale, grazie alla perfetta coincidenza del simbolico e del reale, del significante e del significato, del manifesto e del latente, dell'aneddoto e del senso nascosto, del pretesto e della motivazione profonda o, riprendendo la tesi di De Martino, del morso e del ri-morso. Questo non deve farci dimenticare che se si tratta a volte di espellere il veleno – sempre però ciò che simbolizza – mai si tratta di scacciare il ragno, bensì di identificarsi con esso, il che avviene con grande abbondanza e varietà di imitazioni. (1986: 226-227).

Se Rouget – ricorrendo a categorie analitiche di ordine generale, fondate sulla valutazione dei rapporti fra musica e *trance* secondo un'ottica ampiamente transculturale – considera essenzialmente il tarantismo un culto di possessione, va tuttavia osservato che De Martino ne coglie un aspetto altrettanto centrale: quello dell'efficacia simbolica di un sistema mitico-rituale che permetteva comunque di inscenare la rimozione di un "male" attraverso una tecnica tradizionalmente formalizzata e socialmente condivisa⁽²³⁾. Lo stesso Rouget torna d'altronde in seguito sul tema, ricorrendo al concetto di "adorcismo", inizialmente formulato dall'antropologo belga LUC DE HEUSCH (1962, 1971), per meglio precisare la natura della "possessione identificatoria" che caratterizza il tarantismo, diversa dalla "possessione diabolica" che implica l'espulsione del male attraverso l'esorcismo: «si tratta non già di esorcizzare lo spirito che è all'origine della possessione ma invece di conciliarselo» (1999: 46). L'etnomusicologo

prospetta quindi una interpretazione del tarantismo in chiave iniziatica: i musicisti-terapeuti si porrebbero in continuità con più antiche figure di sacerdoti-guaritori, entro un culto di natura sincretica, abilmente “mimetizzato” per evitare condanne di eresia o stregoneria. Solo in questo modo è stato possibile operare una mediazione tra le concezioni della Chiesa (in campo spirituale) e della scienza (in ambito medico) e un sistema mitico-rituale di tipo arcaico, adattato e riplasmato per potersi mantenere funzionalmente vitale.

Guaritori di “morsicati” nel nome di san Paolo: i ciràuli

Come sopra accennato, nella tradizione popolare siciliana anche ai *ciràuli* è riconosciuto il potere di sanare i morsi dei rettili e degli animali velenosi. Diversamente dai musicisti del *tarantismo*, i *ciràuli* operano però grazie all'intercessione di san Paolo, pur ponendosi in evidente continuità con figure di guaritori ampiamente diffuse già in epoca precristiana (cfr. DI NOLA A. 1976: 92-105).

Secondo quanto attestato nella letteratura demologica, la trasmissione del mestiere di *ciràulu* avveniva in Sicilia per eredità familiare o, più di frequente, per un potere concesso ai nati nella notte della conversione di san Paolo (25 gennaio), marcati sotto la lingua oppure sul braccio destro dal ragno o dal serpente (cfr. PITRÈ G. 1889: vol. IV, 212-224). L'associazione tra san Paolo e svariate pratiche popolari finalizzate a neutralizzare i morsi velenosi – che in Puglia ha assunto la specifica configurazione del *tarantismo* – è d'altronde diffusa in tutta l'Italia meridionale (cfr. MONTINARO B. 1996)⁽²⁴⁾. I tratti che connotano questi guaritori-veggenti siciliani vengono puntualmente illustrati da Pitrè:

Per facoltà ricevuta dal Santo egli libera da' pericoli di questi animali solo ungendo un po' della sua saliva sul morso avvelenato o passandovi sopra la lingua; sotto la quale egli ha, dicono, un musoletto in forma di ragno, che non hanno gli altri uomini (ma che difatti è una o ambedue le vene ranine, più rilevate dell'ordinario). In un grado più eminente di potenza il ciraulo ha una figura di ragno o di rettile nella polpa dell'avanbraccio. Qualche volta non solamente la saliva, ma anche la mano del ciraulo è dotata di quell'alta virtù [...]. Una verga che che egli batta per terra basta a *ciarmare* qualunque animale. Il *ciarmu* fatto dal ciraulo è accompagnato da preghiere e da segni incommunicabili agli altri; lo stesso è del *ciarmu* de' vermini operato sui fanciulli che soffrono dolor di ventre, dove però si accompagna lo strofinio dell'addome per mano del ciraulo, che mormora preghiere inintelligibili. [...]

Tuttavia non vuolsi dimenticare che la miglior medicina è la preservativa; ed ecco la necessità del seguente scongiuro per preservarsi dalle morsica-

ture velenose, e per vedere restare legato o incantato il rettile: *San Paulu, / Lu primu ciràulu, / Attaccàtimi a chistu, / Pri lu sangu di Cristu; Attaccàtilu beddu attaccatu, / Com'un canuzzu marturiatu* [San Paolo, / Il primo ciràulu, / Legatemi questo, / Per il sangue di Cristo; / Legatelo per bene, / Come un cagnolino bastonato] (Salaparuta); o del seguente altro: *San Paulu, / Ciaràulu, / Ammazza a chissu, / Ca è nnimicu di Diu, / E sarva a mia, / Ca su' figghiu di Maria* [San Paolo, / Ciaràulu, / Ammazza a questo, / Che è nemico di Dio, / E salva me, / Che sono figlio di Maria] (Vizzini).

Altra grande virtù del ciraulo è quella d'indovinare il futuro, di predire le cose avvenire [...], di sapere talvolta predire il tempo della morte d'una persona. Per via di questa divinazione il ciraulo esercita una grande influenza sulla credula genterella, che a lui ricorre come ad oracolo infallibile e insieme temuto [...] (1889: vol. IV, 213-214).

Il termine *ciràulu*, presente con varianti in tutta l'Italia centro-meridionale e attestato in Sicilia fin dal XV secolo, deriva «dal grecismo lat. *ceraula* 'suonatore di corno'» (VARVARO A. 1986: 36). Questa etimologia "musicale" rinvia con probabilità alle tecniche originariamente impiegate dai *ciràuli* per catturare e domesticare i serpenti, di cui ancora Pitre attesta una permanenza all'inizio del Novecento nell'antico centro ibleo di Palazzolo Acreide (in provincia di Siracusa), con significativo riferimento al culto patronale di san Paolo:

Due, tre settimane prima delle festa [29 giugno], i cirauli si recano in campagna e, in sul mezzogiorno, quando il sole è più cocente, danno la caccia alle bisce. Il modo è semplicissimo. Prendono un filo d'avena, vi tirano per lungo una sottilissima fenditura e ne formano una sampogna affatto primitiva. Così vi soffian dentro cavandone un fischio, un sibilo acuto, per via del quale i colubri vengon subito fuori. Fischiano e guardano sul colubro apparso, ed il colubro è già *ciarmato*, affascinato dallo sguardo ammaliatore del ceraulo, il quale recitando mentalmente un certo scongiuro che sa lui solo, lo prende e lo mette in tasca. Questo lavoro dura tanti giorni quanti ce ne vogliono a mettere insieme un certo numero di serpi per la funzione.

[...] Ma già le campane coi loro allegri ripicchi annunziano lo imminente apparire della processione. Già i devoti di dieci, dodici comuni vicini s'incalzano nella piazza della chiesa, impazienti di vedere o rivedere i cirauli de' quali han tanto sentito favoleggiare. Vedeteli questi uomini misteriosi dai visi magri e lividi, dagli occhi neri e saettanti, ingrottati nelle orbite e difesi dalle folte sopracciglia. Vedeteli in mutande con una grossa *cuddura* [ciambella di pane] a forma di serpente sul capo, preceduti dal tamburino e avanti chi in mano una biscia, chi alle spalle o attorcigliato al collo un colubro dei più lunghi, dei più grossi che si siano mai visti; chi un vassoio con sopra scorsoni ed altre serpi, adorne di gingilli o di nastri multicolori, raccogliendo le offerte di quanti han ricevuto miracoli o han promesso doni. Nessuno ha il diritto di questa raccolta più e meglio di loro, che si tengono rappresentanti di S. Paolo, e come tali rispettati dal volgo, nella cui fantasia si dipingono come esseri superiori.

Ad onore de' devoti di S. Paolo giova supporre che nessun di coloro che abbian promesso si sottrarrà al compimento del voto, intermediario il ci-raulo. Che se uno ve ne fosse, guai per lui! La notte sotto al suo guanciale o in altro sito della casa egli troverebbe un insetto velenoso, uno scorsona nero, minaccia o vendetta del Santo!

[...] Questi [*i ciràuli*], che non han lasciato un momento il simulacro, sono tra i primi a rientrare in chiesa; e lì, a piè dell'altare, depongono il sacro peso de' loro rettili. Bisce e scorsoni, lasciati liberi per terra, strisciano, sgusciano piegandosi, slungandosi, avvolgendosi così tra loro che vengono i brividi al solo pensarci. Eppure nessuno ne ha paura, nessuno ribrezzo. Quei rettili per opera de' cerauli sono innocui e non isgradevoli. Donne d'ogni età, ragazze e spose, le quali fuggirebbero solo a scorgerne uno in campagna, se li lasciano senz'altro appressare, deporre placidamente nel grembiule e li guardano impassibili e certune anche li palpano, tanto può non so se la virtù della devozione, o la forza dell'esempio degli altri, o la suggestione di tutto ciò che circonda!

Più in là codeste serpi, riprese dai cerauli, avranno posto dove essi vogliono, in campagna o in altro luogo; né potranno uscirne senza espressa volontà ed ordine dei cerauli, ché la influenza affascinatrice di questi dura anche al di là del periodo delle feste. Si dice che alcune restino in casa de' cirauli come animali domestici e ridotti alla impotenza (1900: 353-358).

Non sfugge l'arcaico valore che riveste l'azione dei *ciràuli* nell'ambito di questa festa cristiana. Il gesto di toccare e addirittura riporre in grembo i serpenti – compiuto dalle donne «d'ogni età, ragazze e spose» – rinvia a una tra le più potenti rappresentazioni simboliche della fecondità⁽²⁵⁾. Le ciambelle di pane serpentiformi – tenute in capo dai *ciràuli* per essere recate in dono al Santo – segnalano poi con massima evidenza il trascorrere di questa simbologia dal piano umano a quello agrario-propiziatorio. Nell'alleanza pubblicamente stipulata dalle donne palazzolesi con i serpenti liberati sul pavimento della chiesa, accarezzati e accolti in grembo, pare quindi affiorare una memoria rituale che proietta questi animali entro una dimensione mitica, non lontana da quella che assumono i ragni nel tarantismo pugliese e nell'argismo sardo. Né va d'altra parte sottovalutata l'esplicita funzione simbolica del ragno che, in alternativa al serpente, si pone quale contrassegno elettivo del *ciràulu*, come ricorda tra gli altri Serafino Amabile Guastella: «La plebe crede che la virtù derivi in lui dall'avere in fondo alla lingua un minuzzol di muscolo in forma di ragno» (1887: 91, nota 1).

La partecipazione dei *ciràuli* alla festa di san Paolo secondo le modalità descritte da Pitre è del tutto cessata negli anni precedenti alla seconda Guerra Mondiale, così come sono tramontati i *ciràuli* che giravano per le campagne al tempo della mietitura, oggi ridotti a pochi superstiti nel-

l'area fra Palazzolo Acreide e Solarino⁽²⁶⁾. Va però rilevato come una così consistente tradizione di guaritori, in passato estesa a tutto il territorio siciliano, non sia entrata in alcuna relazione con le pratiche di tarantismo attestate nell'Isola, nonostante abbia condiviso con queste una porzione sostanziale delle presunte finalità terapeutiche. Questo fatto rilancia in qualche modo l'idea dell'autonomia simbolica del tarantismo, per cui il "morso" rappresenterebbe soprattutto l'occasione per manifestare disagi di varia natura attraverso un'azione che trasforma la vittima da oggetto passivo della terapia a soggetto attivo dell'azione coreutica. In questa prospettiva si ritiene pertanto utile estendere il discorso ad altre forme rituali che ruotano intorno alla frenesia motoria come modalità di rapporto col sacro.

Oltre il tarantismo

Abbiamo ricordato che Pitre segnala san Vito come guaritore dei "morsicati" da cani o da ragni. De Martino osserva dal canto suo che «taranta e cane rabido figuravano molto bene l'uno accanto all'altro» e che «l'uno accanto all'altro tarantismo e idrofobia figuravano di fatto nella vita religiosa popolare» (1961: 234). Il discorso viene quindi posto in relazione a quelle che nella visione demartiniana dovevano essere le "origini medievali del tarantismo":

Il riferimento a S. Vito dischiude un altro importante rapporto medievale del tarantismo, quello con le cosiddette epidemie coreutiche che sconvolsero l'Europa in questo periodo. L'avvento e l'espansione del Cristianesimo aveva determinato la crisi degli orizzonti mitico-rituali del mondo antico, e in particolare aveva segnato la dissoluzione dei culti orgiastici e del menadismo in quanto istituti integrati con le forme egemoniche di cultura e regolarmente funzionanti. Col Cristianesimo la sostanziale unità dinamica di rapporto e di sviluppo che legava le forme più rozze di catartica popolare alle religioni misteriche, alle speculazioni pitagoriche e orfico-pitagoriche, alle riplasmazioni della tragedia, alle riflessioni di Platone sulla *mania telestica* e di Aristotele sulla *catharsis* fu definitivamente spezzata: la nuova civiltà religiosa in espansione aveva qui scavato un solco che poteva colmare solo nella misura in cui riusciva a plasmare di fatto il costume secondo il proprio modello, e a trovare i compromessi provvisori, le temporanee tolleranze e i raccordi utili fra l'*alto* e il *basso*, in guisa di non compromettere nella sostanza l'unità dinamica del processo di plasmazione (1961: 235).

È in questa più ampia prospettiva che vanno considerate le cosiddette epidemie coreutiche del Medioevo, sul cui tronco si innestò il tarantismo pugliese. In generale la lotta ingaggiata contro i culti pagani del Cristia-

nesimo in espansione e la sostituzione di corrispondenti feste cristiane alle date e nei luoghi in cui erano celebrate feste pagane, concorsero in primo tempo e soprattutto nelle campagne, ad aggravare i disordini psichici di cui le feste pagane erano un organico orizzonte di controllo e di reintegrazione. [...] In particolare le feste di S. Giovanni (24 giugno) e di S. Vito (15 giugno) – legate entrambe all'epoca del raccolto – furono su scala europea esposte alle tentazioni eversive e recessive della crisi. Ciò impose alla Chiesa il problema di riadattare le feste in questione in modo da far funzionare nuovi orizzonti di controllo che sostituissero gli antichi: l'impiego dell'esorcismo canonico e la riplasmazione penitenziale della crisi furono i mezzi cui la chiesa ordinariamente ricorse per fronteggiare la situazione. Ma al tempo stesso la Chiesa non poté evitare che in un modo o nell'altro, per spontanea rigenerazione o per intervento regolatore delle autorità civili, o infine per compromessi e tolleranze dello stesso clero, riaffiorassero le vecchie forme di disciplina coreutico-musicale insieme ad altre eredità dei culti pagani (1961: 237-238).

Le riplasmazioni sincretiche del cristianesimo hanno tra l'altro implicato l'attribuzione di particolari specializzazioni mediche, esorcistiche e divinatorie a Santi, "Madonne" e "Cristi". La devozione popolare tributata a queste figure presenta tuttora tratti decisamente eccentrici rispetto alle regole previste dalla liturgia canonica, riattualizzando un patrimonio simbolico-rituale antico, basato sull'eccesso del gesto e della parola, sul riso e sull'eros, sull'impiego dei vegetali e del fuoco, sullo spreco degli alimenti, sull'ostentazione di oggetti preziosi e sul sacrificio dell'energia vitale⁽²⁷⁾. In relazione al nostro itinerario d'analisi assumono particolare rilievo le azioni processionali caratterizzate da andamenti decisamente "irregolari", in cui le sacre immagini vengono trasportate sia a passo di danza sia correndo e imprimendo ai fercoli intense oscillazioni. La musica "giusta" è in queste circostanze fornita dai locali complessi bandistici e i devoti partecipano gridando acclamazioni e declamando litanie. Non si possono naturalmente considerare queste azioni rituali equivalenti alle epidemie coreutiche medievali, ma gli scenari che propongono offrono l'opportunità di rapportare il discorso sul tarantismo al quadro generale delle forme rituali tuttora funzionali in Sicilia.

Il culto di san Vito nel piccolo borgo marinaro trapanese di San Vito Lo Capo – ricordato da Pitrè – non presenta oggi tratti di particolare interesse in questa prospettiva, ma è comunque utile richiamarlo quale punto di avvio dell'analisi. Non si sa con esattezza cosa accadesse in passato quando il 15 giugno si concludeva il pellegrinaggio presso l'imponente Santuario fortificato di San Vito Lo Capo. La penuria di notizie va forse imputata alle pressioni esercitate dalla Chiesa per scoraggiare o almeno depotenziare comportamenti che dovevano apparire impregnati di "paga-

nesimo”, almeno stando alla descrizione offerta da Pitre della folta e composita schiera degli “infermi” che intraprendevano il lungo e periglioso pellegrinaggio: «Sono essi gli spiritati (*spirdati*), i convulsionari de’ quali il volgo non sa spiegare i mali né conoscer le cause (*scantati*, *appagnati*), i matti (*foddi*), gli attarantati (*muzzicati di li tarantuli abballarini*) e sopra tutti i morsi da cani idrofobi (*arraggiati*)» (1881: 277-278).

Oggi il culto di san Vito al Capo si presenta sostanzialmente “neutralizzato” rispetto al passato. Se ne possono tuttavia ipotizzare i tratti costitutivi attraverso il confronto con altri comportamenti rituali che hanno lasciato più consistenti tracce documentarie o che risultano tuttora osservabili. San Vito balla e corre a gara con san Luca nelle *rigattati* che si svolgono per festeggiare il Cristo Risorto nel giorno di Pasqua a Burgio, in provincia di Agrigento (cfr. BONANZINGA S. 1999b). A Gangi, nell’entroterra del Palermitano, san Vito perpetua il *miràculu* (miracolo) di guarire i morsi di cani e insetti correndo insieme a tutti gli altri santi venerati in paese il giorno dopo la domenica di Pentecoste. Per la medesima virtù terapeutica è venerato a Regalbuto, in provincia di Enna, dove tra l’8 e l’11 agosto gli si tributano pellegrinaggi (*viaggi*) e processioni – in cui vengono condotti anche alcuni cani per scongiurare il rischio della rabbia – caratterizzate dal trasporto delle *ntinni* (antenne): «lunghe pertiche in legno rivestite interamente di alloro e arricchite da fazzoletti multicolori e nastri perlopiù rossi» (BUTTITA I.E. 1993: 44).

A Condrò, un piccolo centro dei Peloritani non distante da Milazzo, permane nella seconda domenica di luglio la consuetudine di portare per le vie del paese il fercolo di san Vito a passo di danza, con incessante accompagnamento musicale della banda. Il simulacro è adornato con sgargianti fiori rossi (anturi e rose) e floridi grappoli d’uva bianca e nera. *Santu Vituzzu* balla per tutta la processione che dura circa quattro ore (dalle 18 alle 22). Alla fine, quando il Santo fa rientro nella Chiesa Madre, gli acini della gustosa primizia vengono distribuiti ai fedeli che si accalcano bramosi intorno al fercolo. Il prossimo raccolto sarà ancora abbondante e l’anno seguente il Santo tornerà a danzare, per la salute degli uomini e la fertilità della terra. Il nesso con i cicli agrari è anche attestato dallo spostamento della festa dal 15 giugno (ricorrenza canonica di san Vito) alla seconda domenica di luglio. I condronesi hanno infatti posticipato la festa in maniera che coincidesse con la conclusione del raccolto delle albicocche, una tra le voci più rilevanti dell’economia del piccolo centro. Come affermano i devoti, Vito è santo assai temuto: se debitamente onorato ha il potere di guarire (in particolare dai morsi di cani o altri animali) ma se “trascurato” può provocare malattie agli uomini e sterilità

alle colture (specialmente della vite). Va inoltre segnalato che fino all'ultimo Dopoguerra alla celebrazione del Santo era associata una pantomima detta *a schemma* (la scherma). Questa consisteva in un duello alla spada che si svolgeva alla fine della processione sul sagrato della Chiesa Madre, subito prima del rientro del simulacro. Secondo la tradizione locale questa azione – condotta senza accompagnamento musicale – rievocava un episodio “storico”: i protagonisti della sfida, abbigliati in ricchi costumi, impersonavano infatti due fratelli principi entrati in contrasto per la successione del governo delle terre di Condrò. Nel momento in cui uno dei due stava per soccombere, grazie alla miracolosa intercessione di san Vito si sanava la contesa, restituendo al piccolo borgo pace e prosperità. Al di là della credenza relativa alla vicenda, non deve sfuggire il valore altamente propiziatorio, nel segno dell'incremento vitale, che ovunque svolgono le azioni intese a inscenare un combattimento, così come va ricordato che nel cerimoniale del tarantismo più antico ricorrevano sia la danza della spada che «scene di vario agonismo ed esibizioni di destrezza» (cfr. DE MARTINO E. 1961: 218; ma sul tema si vedano anche SCHNEIDER M. 1948 e BUTTITTA I. E. 2014). Nel caso di Condrò appare tuttavia particolarmente indicativo che sia proprio l'intervento di un Santo a mediare la trasformazione dal disordine del conflitto all'ordine della riappacificazione, come d'altronde spesso accade in svariate forme drammatico-rituali praticate nelle aree di religione cattolica.

Le modalità con cui si trasporta il simulacro di san Vito a Condrò riflettono uno schema rituale che torna costantemente in relazione a quei santi che secondo tradizione ebbero fama di potenti guaritori, celebrati in Sicilia con modalità decisamente singolari. Tra i santi che ballano e corrono nel corso di processioni assai poco aderenti ai canoni ecclesiastici si segnalano: san Filippo d'Agira a Calatabiano (CT), san Rocco a Rodì Milici (ME), i santi “medici” Cosma e Damiano a Sferracavallo (frazione marinara di Palermo), san Calogero ad Agrigento e in altri centri della provincia, i santi Michele, Giovanni, Luca e Vito nelle *rrigattati* che si svolgono in diversi centri dell'Agrigentino. Non diversamente si trasporta il Cristo, sia “crocifisso”, come nel caso di Siculiana (vedi *infra*), sia “risorto”, come accade in numerosi centri siciliani per la Domenica di Pasqua (cfr. GIALLOMBARDO F. 1998, BONANZINGA S. 1999a, GIACOBELLO G. - PERRICONE R. 1999, BUTTITTA I. E. 2002).

Le *rrigattati* sono delle vere e proprie “gare” rituali effettuate da gruppi di giovani devoti che a turno trasportano a ritmo di musica il simulacro del proprio Santo, sottoponendolo a ripetuti e continui sobbalzi, a violenti ondeggiamenti, a vorticose rotazioni e perfino a lanci verso l'alto. A Bùr-

gio, Lucca e Villafranca le *rrigattati* si eseguono nel pomeriggio della Domenica di Pasqua. A Villafranca si ripetono in occasione della festa della Madonna del Mirto e a Calamònci sono invece associate al culto patronale di san Vincenzo Ferreri. Due sono gli aspetti che assumono pertinenza entro il nostro contesto d'analisi: *a*) le modalità performative con cui i fercoli vengono recati in processione (grida, corse e balli al ritmo di assordanti musiche eseguite da complessi bandistici); *b*) la natura agonistica di un'azione che vede due gruppi contrapporsi in nome di coppie di santi ('Giovanni Battista *vs* Michele' a Calamònci, Lucca e Villafranca; 'Luca *vs* Vito' a Bùrgio). Riflesso sonoro dell'antagonismo è il frastuono provocato a supporto del proprio Santo e a dileggio dell'altrui (mediante grida, fischi, petardi), che raggiunge il culmine nei fuochi artificiali – tradizionalmente commissionati a due ditte diverse – che si avvicinano in competizione a chiusura dei festeggiamenti. Nelle *rrigattati*, come in altri casi, il modulo "lineare" della processione – consistente in un percorso, orientato verso una specifica destinazione, anche quando l'itinerario preveda il ritorno al punto di partenza – si riconfigura nel modulo "circolare" delle evoluzioni coreutiche, che tendono a concentrarsi in spazi prestabiliti. Sotto il profilo tipologico le *rrigattati* rientrano fra le esibizioni competitive di forza e destrezza ricorrenti in molti rituali festivi allo scopo di manifestare il valore augurale della vitalità corporea, ostentando la virilità dei protagonisti e rimarcandone la posizione sociale. Il fatto che in questi riti agrigentini la competizione si sia polarizzata intorno a coppie di santi è da considerare esito di processi storici riconducibili ai contrasti tra quartieri, istituzioni (come le confraternite laicali) e/o categorie professionali (contadini *vs* artigiani, ecc.)⁽²⁸⁾. La dimensione competitiva implica in ogni caso il rafforzamento e l'amplificazione delle pratiche performative messe in scena: corse e danze frenetiche accompagnate da grida, frastuoni e musiche ripetutamente eseguite dai locali complessi bandistici. Si tratta di due melodie che rientrano nel genere della tarantella stilizzata e che, a seconda dei paesi, prendono il nome del santo a cui sono associate: *Sammichilata*, *Sangiannata*, *Santalucara*, *Santavitara* (esempi musicali 12 e 13). Questo tratto denota una somiglianza fra quanto accade nelle *rrigattati* e la funzione che svolge la musica nei culti di possessione, appunto caratterizzati dall'iterazione di melodie che "identificano" l'entità sacra e ne rappresentano la "divisa sonora": «Suonando la sua "divisa", i musicisti comunicano questa identità contemporaneamente al danzatore in trance, a coloro che lo circondano, ai sacerdoti, agli spettatori. La lingua che la musica parla è compresa da tutti, e ciascuno la decodifica secondo il proprio livello. È per suo tramite, e attraverso la danza da essa suscitata,

che avviene il riconoscimento della presenza del dio da parte di tutto il gruppo, riconoscimento indispensabile, poiché rende ufficiale la trance, conferendole il suo carattere di normalità» (ROUGET G. 1986: 433). Va poi rilevato che anche in altri casi, dove non si riscontra una precisa corrispondenza tra il nome della melodia e quello della potenza extra-umana che corre e danza, la funzione di “divisa sonora” è pur sempre assunta da una musica specifica: la marcia della *Bersagliera* a Sferracavallo per i santi Cosma e Damiano, la marcia detta *Zingarella* ad Agrigento per san Calogero, la marcia denominata *Busacca* a Scicli per l'*Omu vivu* e il *Bballu dû Santuzzu* (Ballo del Santo) a Sorrentini per san Teodoro. Così come la tensione competitiva permane anche in assenza di fazioni contrapposte di devoti. Il ruolo di antagonista è infatti spesso assunto dai suonatori della banda che vengono sfidati dai portatori dei fercoli in vere gare di resistenza (il caso più evidente è quello di Sferracavallo, per cui si veda GIALLOMBARDO F. 1998).

Quale esempio particolarmente significativo entro il nostro contesto d'analisi valga ricordare il caso di san Teodoro venerato a Sorrentini (frazione di Patti, in provincia di Messina). Potente guaritore di indemoniati – come san Vito – il Santo ha le sembianze di un bel giovane, coperto soltanto da un drappo alla cintola. La processione si svolge la prima domenica d'agosto ed è caratterizzata dai *bballatuni i santu Tòdaru* (gran balli di san Teodoro), in ideale continuità con altri balli intorno a un grande falò eseguiti dai devoti nei giorni di vigilia e antevigilia. Proprio durante questa azione coreutica, che inizia all'interno della chiesa Madre e prosegue per tutta la giornata lungo le vie del piccolo borgo, venivano liberati gli *spiritati* (uomini e donne), che ancora numerosi accorrevano fino a tempi recenti: ne era segno l'atto di spogliarsi pubblicamente cessando ogni eccesso espressivo (grida e gesti scomposti, spesso osceni e blasfemi). Alcuni devoti riferiscono che si ballava anche per grazia ricevuta, dato che gli *spiritati*, una volta liberati, tornavano l'anno successivo a danzare in onore del Santo. Secondo la credenza locale, sia i balli intorno al fuoco sia quelli della *vara* rievocano il martirio del Santo che morì danzando sul rogo. Le melodie che accompagnano i balli – secondo consuetudine eseguite da un gruppo di suonatori appartenenti al complesso bandistico di Patti – sono tramandate oralmente e fra esse ne spicca una, identificata come *Bballu dû Santuzzu* (Ballo del Santo), che viene sempre ripetuta nei momenti culminanti dell'iter rituale (cfr. BONANZINGA S. 1999a: 82; esempio musicale 14)⁽²⁹⁾.

Un caso in cui l'orizzonte simbolico della possessione affiora esplicitamente nelle testimonianze dei devoti riguarda invece le celebrazioni del santissimo Crocifisso a Siculiana (provincia di Agrigento). Mentre documentavo

la processione del 3 maggio 2003 i portatori riferivano infatti di essere “guidati” dal Cristo nelle evoluzioni che imprimevano al fercolo: «È lui [il Cristo in croce] che va dove vuole, non siamo noi a portarlo». È la potenza extra-umana che discende sui devoti portatori, se ne impadronisce e li “conduce” a ritmo di musica in quel furore motorio che deve garantire la rimozione del negativo riaffermando le ragioni della vita.

Dalle analisi di materiali editi e inediti, a carattere di fonte storica e di descrizione etnografica, è emerso che il tarantismo in Sicilia può costituire il caso esemplare non solo di una presenza mediterranea del fenomeno, pure attestata e importante, ma di un processo di cambiamento che non segue l'andamento del declino e della frammentazione disgregante, ma quello delle trasformazioni, e delle riplasmazioni di significato. Il passaggio dei tratti salienti del tarantismo, e in primo luogo della centralità che vi assume il corpo, dalle forme classiche della *possessione* a quelle della *processione*, può mostrare quanto la pubblica esibizione della “frenesia motoria” sia da un lato stilizzata nella forma coreutico-musicale, e dall'altro si proietti nella dimensione agonistica: in una sorta di “alleanza tra corpi” irregimentata nelle dinamiche della competizione rituale.

La diffusione del tarantismo oltre i limiti della sua “patria elettiva” salentina non è dunque da intendersi soltanto in chiave geografica come “deteritorializzazione”, ma anche in termini storico-culturali – e quindi teorico-tematici – come sua migrazione in nuove forme, inserite nei processi di mutamento che si sono andati attivando nel corso dei secoli. Una simile lettura non tiene più conto della sequenza cronologica che produrrebbe la definizione di un primigenio modello che poi declina. La meloterapia del tarantismo, che in Sicilia si presenta dissociata da qualunque riferimento specificamente devozionale, pare scomparire del tutto verso la fine dell'Ottocento, riaffiorando difatti parzialmente entro altri scenari rituali – già storicamente radicati e tipici invece della religiosità popolare isolana – che ne ereditano le ragioni profonde. Si tratta di una “discontinua continuità” che è volta a garantire, da un lato, la manifestazione del disagio esistenziale attraverso ostentazioni estreme della corporeità e, dall'altro, una forte e decisiva negoziazione, sia fra individui sia fra ceti sociali, che si muove entro le cornici del rito⁽³⁰⁾. Non intendo con questo ipostatizzare un modello “siciliano”, ma è evidente – in definitiva – che in queste atipiche processioni “danzate” i suonatori e i devoti-portatori, anche se non possono ovviamente essere definiti come i *nuovi tarantati*, continuano “materialmente” a significare la transizione verso un nuovo ordine: a immaginare un imminente benessere individuale e collettivo e a lottare per ottenerlo, attraverso la forma rituale e oltre i suoi stessi confini⁽³¹⁾.

a)

MAGNETISMVS MVSICÆ.

873

Præter hæc clausulas, alias adhibere solent inter quas maximè celebris est Rhythmus ille Siculus, dictus, Ottava Siciliana; quam & identidem repetere solent; cui infrascriptos, Sicula dialecto compositos versus accomodant, miramque dicitur habere vim concitandi Tarantatos. Clausulam harmonicam notulis suis expressam apponimus.



Ottava Siciliana. Tono frigio.

S Tu pettu è fattu Cimbalu d'Amuri:
 Tafti li fenfi mobili, & accorti:
 Cordi li chianti, sospiri, e dulari:
 Rosa è lu Cori miu feritu à morti:
 Strali è lu ferru, chiai sò li miei arduri:
 Marteddu è lu pensieri, e la mia forti
 Mastra è la Donna mia, ch'à tutti l'huri
 Cantando canta leta la mia morti.

b)

874 LIB.III. MVNDI SIVE CATENÆ MAGN. PARS VIII.

Super huiusmodi versus cantantur alij Rhythmi similes; & vñ plurimum solent singulis alternis versibus, hos sequentes interjungere -

A Llu Mari mi portati,
 Se voleti che mi sanati.
 Allu mari, alla via:
 Così m'ama la Donna mia.
 Allu mari, allu mari;
 Mentre campo, t'aggio amari.

Figura 1a-b. A. KIRCHER A., *Magnes...* (1641), pp. 873-874.

O S S E R V A Z I O N E DECIMA SETTIMA

Intorno la Tarantola della Puglia.



LRagno, ò Tarantola, tanto rinomata nel Regno di Napoli, è più di otto specie, variano nel Colore, e nella grandezza: tutti i Ragni però Mordono. La Puglia, come Paese più arido, e adusto, produce le Tarantole, più Velenose di quelle della Provincia d'Ottranto, e di Lecce, attesochè il loro Morfo rende le persone furiose; e queste spesso paiono Spiritate, sì per la grande forza, che i Pazienti fanno indeffessamente, sì anche perchè alle volte indovinano, e scuoprono i difetti de' circostanti, con pubblicare anche il Nome di quelli, che eglino non hanno mai veduti, qui si può temere di qualche equivoco, a causa di qualche prevenzione di ragionamenti.

Alcuni Tarantolati si tagliano le carni, altri fanno mutoli, altri si dilettano d'armeggiare, e di trattare le spade nude contro vno Specchio.

Le Donne ordinariamente più che gli huomini per l'imbarazzo delle Gonelle, sono maggiormente sottoposte ad'essere mordute dalla Tarantola.

La Morficatura della Tarantola è simile, quasi, alla Puntura d'vna Vespa, e fa vna piccola bolla, rossa.

Sela persona si accorge, e ricorre subito al Rimedio, ch'è d'ammazzarla prontamente doppo il delitto, ella è sicura, che il male non la travaglierà, che per vn'annosolo, nel quale è obligato il Paziente al Ballo, e ciò è per Osservazione fatta da molti nel Regno di Napoli: In oltre se subito intesa la Morficatura, verrà applicato sopra la parte vn poco di Aglio pesto, ovvero Teriaca, il Veleno non passa più oltre, e non patisce alcun travaglio, ne alcuno impulso al Ballo, perchè non è seguita alcuna Fermentazione, e ciò anche è stato sperimentato dagli Habitatori della Città di Brindisi: se si trascurano questi due espedienti, il Paziente prova per molti anni gli ordinarij incomodi di languore, inappetENZE, e indigestione di alcuni cibi, come appresso.

Due Sonate amano li Tarantolati, vna è la Tarantella, e l'altra è la Pastorale: e l'vna, e l'altra viene variata da Sonatori, secondo le Cadenze, maniere, e lettere. Gli Instrumenti, che accompagnano il Ballo de' Tarantolati, è la

IO2

è la Chitarra, il Violino, ed il Cembalo. con quelle Campanelle di latta bianca, ò gialla, chiamato da Siciliani, Tamburello.

Oltre alla Morficatura della Tarantola, vi è ancora la Puntura delli Scorpioni, li quali con la coda imprimono il Veleno, e questo fermentando nel Sangue de' Pazienti, Scorpionati, produce il medesimo effetto di languore, inappetenza, e l'impulso al Ballo: Questi Scorpionati amano parimente la Tarantella, e la Pastorale, mà Sonate dà altri Instrumenti, cioè dalla Zampogna, Fistula, Musetta de' Francesi, Ciaramelli de' Siciliani, e da Tamburo bellico, toccato rozzamente da vno, che lo percuote di sotto, e di sopra con le mazze. Questi due Sonatori di Musetta, e di Tamburo, nell'atto del Suonare in Puglia si muovono, e fanno Lazzi, e Farse ridicolose. Tanto li Tarantolati, come li Scorpionati, non hanno satisfazione a ballare al Suono con Metro, e pausa, mà con velocità, ed impeto. Tra le specie di Tarantola è molto temuta quella, chiamata, Fricciola, la quale è Tarantola negra, e piccola, come vna Mosca, con piedi corti, e produce effetti più furiosi delle grosse.

Figura 2. BOCCONE P.S., *Museo di fisica...* (1697), pp. 101-102.

106 Della Virtù Attrattiva .

*Terzo efem-
pio ne' taran-
tati .*

16 I tarantati, o morficati dalle nostre taran-
tole, che pure nella Sicilia son velenose molto,
vediamo noi, che involontariamente, e quando
stan maggiormente querelandosi d'una estrema
languidezza, giacendo quasi estannati, all'udir
che fanno un speciale suono d'appropriato stro-
mento, adattato alla specie della tarantola, che li
punse, sbalzano improvvisi dal suolo, ed impren-
dono un ballo da forsennati, saltando furiosamen-
te per più ore continue, e sol tanto per poco fer-
man-

Problema Decimosettimo . 107

mahdosi, quanto si richiede a temprar 'lò sconcertato, e lasso stromento, dal lungo esercitarsi reso alquanto dissonante: il che anche i più rustici campagnuoli san minutamente distinguere. Al fine non lassì eglino, ma stanco il suonatore, mandano fuori con un copioso sudore il veleno.

Figura 3. CAMPAILLA T., *Problemi naturali con nuovi pensieri...* (1727), pp. 106-107.

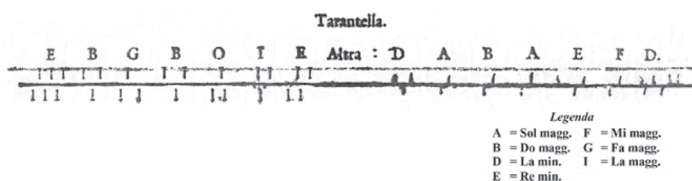
1. Ottava siciliana (Kircher 1641)

Trascrizione in notazione moderna a cura di CARPITELLA D. (1961)



2. Tarantella (Di Micheli 1680)

Intavolatura per chitarra a cinque cori



3. Tarantella siciliana (Meyerbeer 1816)

Trascrizione autografa seguita da edizione moderna a cura di BOSE F. (1971)



4. *Mi Pizzica* (Favara A. 1923, ried. 1959, p. 100)

Canzone a ballo
(Palermo, quartiere dell'Albergheria)

Mi pizzica mi muzica mi muzica lu pe-ri
 Mi piz-ri ca mi muz-ri ca mi muzica'ta ranfella
 Mi pizzica mi muzica mi muz-ri ca lu pe-ri
 Mi pizzica mi muz-ri ca mi muzica'ta-rante
 La-rà la-rà la-rà larallalla lallera lalleralalla
 La-rà la-rà la-rà larallalla lalleralalla

5. *Mi Pizzica* (Favara A. 1957, n. 734)

Canzone a ballo
(Palermo, quartiere dell'Albergheria)

Mi piz-zi-ca, mi muz-zi-ca, mi muz-zica a'ta - ran-tel - la

Per finire

6. Jolla (Favara A. 1957, n. 735)

Canzone a ballo e interludi strumentali al violino
(Trapani, esecuzione del «violinista popolare» soprannominato *Pilucchedda*)

Mi piz - zi - ca, mi piz - zi - ca, mi piz - zi - ca lu pe - ri.

Chiama - tic - ci, chiama - tic - ci, chiama - tic - ci 'u var - ve - ri.

VIOLINI

VIOLINI

Per finire

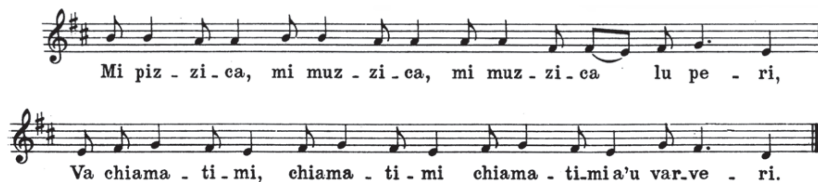
VARIANTE:

1) - ci, chia - ma - tic - ci 'u var - ve -

2. 'U varveri è picciriddu,
Va chiamaticci a Turiddu.
3. Turiddu sta cacannu,
Va chiamaticci.....

7. Jolla (Favara A. 1957, n. 736)

Canzone a ballo
(Palermo, donne del quartiere del *Catitu*)



8. Mi Pizzica (Favara A. 1957, n. 737)

Canzone a ballo e interludio strumentale al flauto di canna
(Castellammare, ex feudo di Tafèli, esecuzione del pastore Salvatore Chiofalo)



Il Chiofalo si schermiva dal cantarla, perché oscena. "Diceva: Chi sacciu, chi sacciu!...,

9. Mi Pizzica (Favara A. 1957, n. 738)

Canzone a ballo
(Palermo, esecuzione di Provvidenza Marino)



Significa ca lu peri ci vugghi, ca lu peri voli abballari, ca c'è briu.

10. Tarantella

Antonino Trapanotto (chitarra)

Malvagna (ME), 05/05/1986 (reg. e trascrizione BONANZINGA S.)

$\bullet = 104$

The musical score is written in 8/8 time with a key signature of one sharp (F#). It consists of ten staves of music. The notation includes various rhythmic patterns such as eighth and sixteenth notes, rests, and accidentals. There are repeat signs with first and second endings marked with '1' and '2'. A 'segno' symbol is present at the beginning of the first staff. The tempo is indicated as 104 beats per minute.

11. Due tarantelle di area italiana (Cm X. 1787)

Edizione a cura di SCHNEIDER M. (1948)

Tarantelas

Italia

3

Italia

4

12. Sammichilata per san Vincenzo Ferreri

Calamònci (AG) 04/08/1991 (reg. BONANZINGA S.)

Linea melodica ricavata dalla partitura per banda

Vivace

D.C.

13. Sanguannata per san Vincenzo Ferreri

Calamònci (AG) 04/08/1991 (reg. BONANZINGA S.)

Linea melodica ricavata dalla partitura per banda

Vivace



14. Bballu d' Santuzzu per san Teodoro

Sorrentini (fraz. di Patti, ME), 08/08/1992

Linea melodica ricavata dalla partitura per banda

Allegro Moderato



Note

⁽¹⁾ L'area di diffusione del tarantismo aveva il suo epicentro nel Salento (in Puglia), ove fu studiato da Ernesto De Martino e dalla sua *équipe* nel 1959. Il fenomeno è stato però presente, se pure con minore intensità, in tutta l'Italia meridionale-insulare e in alcune regioni della Spagna. Per l'analisi generale del tarantismo, nei suoi aspetti storico-culturali, comparativi e simbolici si rinvia al lavoro di De MARTINO E. (1961), corredato dal contributo di Diego Carpitella centrato sugli aspetti musicali (la documentazione sonora raccolta nell'ambito dell'indagine è ora disponibile e riconsiderata in AGAMENNONE M. 2005). Per una disamina degli antecedenti storici e dei paralleli etnografici si vedano inoltre: JEANMAIRE H. 1972, GUIZZI F. - STAITI D. 1992, STAITI D. 1999. Filogenesi e interpretazione del tarantismo continuano ad animare il dibattito scientifico attraverso contributi che ne colgono la continuità con i culti misterici greci e magno-greci (dionisismo, coribantismo, orfismo). Si tratta di ipotesi in varia misura condivisibili e suggestive, per quanto difficilmente verificabili nei loro intricati passaggi storici, ragione per cui De Martino, nonostante le sue aperture comparative, si limita a rimarcare la "individualità storica" medievale del fenomeno. Tra i testi che hanno rilanciato l'interesse per il tarantismo si segnalano: TURCHINI 1987, LAPASSADE G. (1994, 2001), DI LECCE G. (1994), CHIRIATTI L. (1995, nuova ed. 2006), DE GIORGI P. (1999, 2010), DI MITRI G.L. (1999, 2006), AA.VV. (2000), NACCI A. (2001), SANTORO V. - TORSSELLO S. (2002). Per una revisione critica delle posizioni sul tarantismo e un'analisi delle dinamiche che caratterizzano il fenomeno del cosiddetto *neotarantismo* si vedano in particolare PIZZA G. (2012, 2015 con esauriente bibliografia aggiornata). Riguardo alla variante sarda del fenomeno, che prende il nome di *argismo* (cfr. *infra*), si veda GALLINI C. (1967, 1988). Sul tarantismo in Spagna, oltre allo storico contributo di Xavier Cid (1787), si vedano SCHNEIDER M. (1948, ed. it. 1999), LEÓN SANZ P. (2009) e CASCIANO B. (2015). Per una ricognizione bibliografica sul tarantismo mediterraneo si veda MINA G. - TORSSELLO S. (2006).

⁽²⁾ Sulla figura di Epifanio Ferdinando si veda MARTI M. - URGESI D. (2001). Tra i numerosi testi sulla figura e l'opera di Kircher si vedano almeno FINDLEN P. (2004) e PANGRAZI T. (2009). Edizioni moderne del trattatello sulla tarantola di Baglivi, corredate da ampi commenti, sono state curate da Maurizio Merico, che ripropone la traduzione ottocentesca di Raimondo Pellegrini (1999), e da Concetta Pennuto, che stabilisce l'edizione critica del testo e propone una nuova traduzione italiana dell'opera (2015).

⁽³⁾ In questo genere di intavolatura gli accordi sono segnati mediante lettere dell'alfabeto mentre il ritmo è indicato attraverso il sistema delle "botte": segni che indicano la durata approssimativa di ogni accordo e il verso con cui "battere", strappando le corde dall'alto o dal basso.

⁽⁴⁾ Questa e altre fonti con menzione di zampogne collegate al tarantismo sono esaminate in GIOIELLI M. (2008).

⁽⁵⁾ La questione della ipersudorazione ritorna costantemente nelle osservazioni mediche sul tarantismo e anche l'enoterapia viene a volte menzionata (si veda a esempio DI MITRI G.L. 2006: 96).

⁽⁶⁾ Archivio storico della Confraternita dei Bianchi di Corleone, *Volume di cautele dei conti dell'anno XII indizione 1808 e 1809 dello Spedale di Corleone*, attualmente conservato nella Biblioteca della Parrocchia di San Leoluca a Corleone. Ringrazio Cesare Crescimanno, confrate della Compagnia dei Bianchi, e la figlia Barbara per avermi segnalato il documento e fornito la sua trascrizione.

⁽⁷⁾ Com'è noto il titolo di Don non era unicamente attribuito ai sacerdoti, ma poteva anche qualificare dei laici di classe agiata o che godevano particolare rispetto nell'ambito della comunità.

⁽⁸⁾ Questo manoscritto rimase ignoto per quasi un secolo e mezzo, finché non venne individuato (1959) e dato alle stampe nel 1970 in edizione critica dall'etnomusicologo tedesco Fritz Bose (edizione italiana curata da chi scrive nel 1993).

⁽⁹⁾ Ringrazio Pippo Oddo, storico del territorio di Villafrati, per le notizie riguardanti Salvatore Raccuglia. Questi fu prima insegnante e poi ispettore scolastico, spaziando nei suoi scritti dalla pedagogia alla letteratura, dalla storia patria al folklore.

⁽¹⁰⁾ A questo riguardo è bene ricordare quanto segnala Teresa Samonà Favara in una nota a piè di pagina: «Le melodie [...] sono state riprese da un manoscritto del 1911 [...]. Esse differiscono per alcuni particolari – come: cambio di tonalità, tagli di tempi, sottili varianti nella linea melodica, melismi – dai corrispettivi canti del *Corpus*; il quale invece si rifà ai due volumi manoscritti del 1898-1905, depositati al Museo Etnografico Siciliano “Giuseppe Pitrè”» (1959: 27).

⁽¹¹⁾ Questo genere di repertorio era tipico dei cantastorie *orbi*, con cui probabilmente i *Piluchedda* collaboravano. Per quanto riguarda la tradizione degli *orbi* nella città di Trapani si veda in particolare Mondello 1882.

⁽¹²⁾ Si possono qui ipotizzare dinamiche di “appropriazione” e rielaborazione della storia familiare tipiche della trasmissione orale affidata all’avvicinarsi delle generazioni.

⁽¹³⁾ Desidero ringraziare Dorotea Salerno, laureanda magistrale in Musicologia presso l’Università di Palermo, per avermi segnalato queste fonti da lei individuate nell’ambito di una indagine finalizzata alla stesura della tesi di laurea.

⁽¹⁴⁾ Si ricordi che proprio un barbiere-musico, Luigi Stifani, è stato il più significativo esponente dell’ultima fase del tarantismo pugliese (cfr. STIFANI L. 2000 e INCHIGNOLO R. 2003). Sulla tradizione siciliana dei violinisti “popolari”, tra i quali i barbieri-flebotomi, si veda in particolare Staiti 1996.

⁽¹⁵⁾ Una nuova prospettiva d’analisi riguardo alla simbologia del morso al pube è stata tuttavia aperta dall’antropologo Giovanni Pizzi nei seguenti termini: «In una ricerca sui saperi sul corpo e l’esperienza culturale della malattia in Campania è emersa una particolare modalità di costruzione simbolica del corpo femminile che viene raccontato attraverso un ricco uso di metafore animali. In particolare l’utero è visto come un animale che può entrare ed uscire dal corpo femminile. Alcuni racconti raccolti in Campania mettono in scena il motivo demartiniano del ragno che morde al pube, collegandolo ad una particolare fisiologia simbolica del corpo femminile, messa in disordine dalla irruzione del malessere: l’utero-ragno, colto da una forte mobilità, fuoriesce dal corpo di una giovane vergine dormiente. Quando vi rientra, la fanciulla si risveglia ed è completamente guarita. Si tratta di una delle varianti della categoria locale del *mal di madre*. A partire da tali elementi, la relazione fra possessione animale, fisiologia femminile e simbolismo del ragno appare fin troppo forte per non spingere a rileggere il morso del ragno sulla base di una analisi più complessa del simbolismo di questo animale e delle metafore corporee che lo evocano [...]. Se si apre in questa direzione il concetto di possessione, una possessione intesa come sapere del corpo e sul mondo, messo in scena in esecuzioni letterali della metafora animale, allora anche lo statuto corporeo della strega nell’Europa storica (e contemporanea) può risultarne illuminato, ancor più di quanto abbiano fatto gli studi sulle teorie locali dell’“isteria”. Racconti del tipo di quello campano sono diffusi in tutta Europa, e il ragno vi figura come una vera e propria componente animale della persona che, fuoriuscendo dal corpo di una donna, ne svela la natura stregonica» (2012: 196-197).

⁽¹⁶⁾ Testi poetici riferiti al tarantismo si ritrovano a esempio in canzoni a ballo e canti “all’alta-lena” raccolti in Molise (cfr. GIOIELLI M. 2011: 13-16). I balli “a scherma”, in cui una coppia di uomini simula un combattimento al coltello, sono diffusi dalla Puglia alla Sicilia e si possono racciare al tarantismo per il tema agonistico oltre che per i tratti melodico-ritmici degli accompagnamenti strumentali (cfr. CASTAGNA E. 1988, DI LECCE G. 1992 e BONANZINGA S. 1999). Per la *pizzica* legata «a momenti gioiosi della vita quotidiana o a momenti sociali importanti, come feste o matrimoni», si veda CHIARIATI L. (1995) (citazione a p. 124, ed. 2006).

⁽¹⁷⁾ Rilevamento: 11/04/1999. Esecuzione: Salvatrice Carlino (n. 1923).

⁽¹⁸⁾ Rilevamento: 11/04/2003. Esecuzione: Filomena Frattaluna (n. 1927).

⁽¹⁹⁾ Una diversa esecuzione, con accompagnamento di scacciapensieri, si può ascoltare in BONANZINGA S. *cd2004* (traccia 15).

⁽²⁰⁾ Una corda pendente, adornata di nastri multicolori, rientrava ancora nel Settecento tra gli accessori necessari alla meloterapia del tarantismo, come si può vedere in un ex voto napoletano alla Madonna dell’Arco. L’immagine rappresenta un giovanetto che danza impugnando uno spadino, accompagnato da un suonatore di mandola, mentre la madre supplica la Vergine (cfr. STAITI D. 1990: 132-133).

⁽²¹⁾ In base alle testimonianze raccolte si elaborò un progetto di ricerca che prevedeva – seguendo il modello demartiniano dell'indagine sul *tarantismo* pugliese – la partecipazione di una équipe di studiosi con diverse competenze (tra gli altri Paolo Apolito, Aurora Milillo e Roberto De Simone). La prematura scomparsa di Annabella Rossi, che doveva assumere il coordinamento del gruppo, non ha tuttavia consentito di portare a compimento il progetto e quei primi risultati sono apparsi postumi grazie all'opera di revisione e sistemazione operata da Patrizia Ciambelli, Elisabetta Di Marino e Aurora Milillo (cfr. ROSSI A. 1991).

⁽²²⁾ Nel *tarantismo* campano, analogamente a quanto rilevato nell'ambito dell'*argismo* sardo, ogni tarantola ha una sua individuale personalità poiché incarna l'anima di un defunto sempre di sesso femminile: i diversi status (*bambina*, *signorina*, *partoriente*, *vedova*, ecc.) rinviano quindi alla "storia" di ogni specifica tarantola (cfr. DI MARINO E. 1991: 87-88).

⁽²³⁾ La critica di Rouget a De Martino è stata puntualmente riesaminata da Giovanni Pizzi, che osserva tra l'altro: «Rouget sembra animato da uno scrupolo tipologico: sostenere che il tarantismo è un caso di possessione. Inversamente il limite demartiniano non è quello di rifiutarsi di ascrivere il tarantismo alla possessione, ma piuttosto sta nel fatto che egli non dia seguito al programma di ricerca che da tale rifiuto dovrebbe partire: de Martino non avvia, cioè, l'analisi del simbolismo del ragno [...]» (2012: 194).

⁽²⁴⁾ La credenza si fonda sul racconto – riferito da Luca negli *Atti degli Apostoli* (XXVIII.2-15) – del naufragio di Paolo a Malta, dove questi venne morso da una vipera senza patirne danno. Gli ultimi *ciaràuli* siciliani tuttora affermano che «san Paolo è stato il primo *ciàraululu*» (cfr. LOMBARDO L. - SUDANO G. 1997).

⁽²⁵⁾ Nei riti in onore di Demetra, durante i quali si usava gettare un serpente all'interno di una caverna, il rettile assumeva una esplicita valenza fallica, intesa a incrementare la potenza generativa della terra. Sul nesso serpente-fertilità si vedano tra gli altri: SEPPILLI A. (1971: 240-250); ELIADE M. (1976: 173-175); GIMBUTAS M. (2005: *passim*). È significativo anche ricordare che il serpente attorcigliato a un bastone accomuna la rappresentazione di un antico dio-guaritore, l'Asclepio greco (Esculapio per i Romani), con quella del santo-guaritore Paolo.

⁽²⁶⁾ Una festa caratterizzata da tratti simili a quelli che in passato ricorrevano a Palazzolo Acreide ma tuttora pienamente vitale si svolge per san Domenico – primo giovedì di maggio – a Cocullo, un piccolo centro montano dell'Abruzzo (cfr. DI NOLA A. 1976). Testimonianze relative ai pochi *ciaràuli* ancora attivi sono contenute in: LOMBARDO L. - SUDANO G. 1997 (*passim*), ACQUAVIVA R. - BONANZINGA S. (2004: 41-42).

⁽²⁷⁾ Questi aspetti della religiosità popolare siciliana sono stati particolarmente indagati da Antonino BUTTITTA (1978, 1985, 1996), Fatima GIALLOMBARDO (1990, 2006), Ignazio E. BUTTITTA (1993, 1999, 2002, 2006, 2008) e Sergio BONANZINGA (2009).

⁽²⁸⁾ Sul valore simbolico delle competizioni rituali, si vedano in particolare: DI NOLA A. (1971); HUIZINGA J. (1973: 55-89); LANTERNARI V. (1974: *passim*); ELIADE M. (1976: 333-336); PROPP V. (1978: 191-238).

⁽²⁹⁾ Negli esempi musicali 11, 12 e 13 la linea melodica è stata ricavata dalla partitura per banda, corrispondente di norma alla parte del clarinetto. Nelle esecuzioni contestuali possono tuttavia riscontrarsi piccole variazioni della melodia e una notevole accelerazione rimica nei momenti culminanti dei riti.

⁽³⁰⁾ Per un'analisi interna alle dinamiche di potere che si attivano sia fra i portatori dei simulacri sia fra questi come gruppo e altri strati sociali si veda in particolare PALUMBO B. (2009).

⁽³¹⁾ Desidero ringraziare Fatima Giallombardo e Barbara Crescimanno per avere rivisto questo testo offrendo suggerimenti e segnalando refusi e integrazioni. Un ringraziamento particolare devo a Nico Staiti e a Giovanni Pizzi per l'attenta lettura e le preziose indicazioni riguardo ad alcuni fondamentali snodi teorici.

Bibliografia

- AA. VV. (1940), *Studi su Giovanni Meli nel secondo Centenario della nascita (1740-1940)*, Palumbo, Palermo.
- AA.VV. (2000), *Transe guarigione mito. Antropologia e storia del tarantismo*, introduzione di E. IMBRIANI, Besa, Nardò (Lecce).
- ACQUAVIVA Rosario - BONANZINGA Sergio (2004), *Musica e tradizione orale a Buscemi*, con CD allegato, Regione Siciliana, Palermo.
- AGAMENNONE Maurizio (2005) (a cura di), *Musiche tradizionali del Salento. Le registrazioni di Diego Carpitella ed Ernesto De Martino (1959, 1960)*, con due CD allegati, Squilibri, Roma.
- APOLITO Paolo (1994), «E sono rimasta come lisolo a mezzo a mare», in ROSSI A. 1994, pp. 7-76.
- ATTANASI Francesco M. (2007), *La musica nel tarantismo. Le fonti storiche*, ETS, Pisa.
- BAGLIVI Giorgio (1696), *De anatome, morsu et effectibus tarantulae, Dissertatio 1* in ID., *De praxi medica ad priscam observandi rationem revocanda...*, D.A. Ercole, Roma (trad. it. in MERICO M. 1999).
- BOCCONE Paolo Silvio (1697), *Intorno la Tarantola della Puglia, Osservazione decima settima* in ID., *Museo di fisica e di esperienze variato e decorato di osservazioni naturali, note medicinali...*, J.B. Zuccato, Venezia.
- BONANZINGA Sergio (1995), *Etnografia musicale in Sicilia. 1870-1941*, Centro per le Iniziative Musicali in Sicilia, Palermo.
- BONANZINGA Sergio (1999a), *Tipologia e analisi dei fatti etnocoreutici*, in "Archivio Antropologico Mediterraneo", a. I, n. 1-2, pp. 77-105.
- BONANZINGA Sergio (1999b), *Le offerte danzate*, in GIACOBELLO G. - PERRICONE R. 1999: 75-93
- BONANZINGA Sergio (2004), *Suoni e gesti della Pasqua in Sicilia*, in "Archivio Antropologico Mediterraneo", n. 5/7 (2002-2004), pp. 181-190.
- BONANZINGA Sergio CD (2004) (éd.), *Sicile. Musique populaires*, Collection Ocora - Radio France, Paris.
- BONANZINGA Sergio (2014), *Riti musicali del cordoglio in Sicilia*, in "Archivio Antropologico Mediterraneo (on line)", a. XVII (2014), n. 16 (1), pp. 113-156.
- BUTTITTA Antonino (1978), *Pasqua in Sicilia*, con fotografie di MINNELLA M., Grafindustria, Palermo.
- BUTTITTA Antonino (1985), *Il Natale. Arte e tradizioni in Sicilia*, nota di CONSOLO V., Edizioni Guida, Palermo.
- BUTTITTA Antonino (1996), *Dei segni e dei miti. Una introduzione alla antropologia simbolica*, Sellerio, Palermo.
- BUTTITTA Ignazio E. (1993), *Feste dell'alloro in Sicilia*, Folkstudio, Palermo.
- BUTTITTA Ignazio E. (1999), *Le fiamme dei santi. Usi rituali del fuoco nelle feste siciliane*, Meltemi, Roma.
- BUTTITTA Ignazio E. (2002), *La memoria lunga. Simboli e riti della religiosità tradizionale*, Meltemi, Roma.
- BUTTITTA Ignazio E. (2006), *I morti e il grano. Tempi del lavoro e ritmi della festa*, Meltemi, Roma.
- BUTTITTA Ignazio E. (2008), *Verità e menzogna dei simboli*, Meltemi, Roma.
- BUTTITTA Ignazio E. (2014), *La danza di Ares. Forme e funzioni delle danze armate*, Bonanno, Acireale-Roma.
- CAMPAILLA Tommaso (1727), *Problemi naturali con nuovi pensieri secondo i principi della filosofia crepuscolare*, G.B. Aicardo, Palermo.
- CARMONA Luigi (1940), *Giovanni Meli medico e biologo*, in AA.VV. 1940: 239-369.
- CARPITELLA Diego (1961), *L'esorcismo coreutico-musicale del tarantismo*, in DE MARTINO E. 1961, pp. 335-372.

- CASCIANO Bruno (2015), *Tarantole, tarantolati e tarantelle nella Spagna del siglo de oro*, Elison, Novoli (Lecce).
- CASTAGNA Ettore (1988), *Scherma, rota, mastru i ballu: osservazioni sulla tarantella reggina*, in *Danza tradizionale in Calabria*, a cura di CASTAGNA E., Coop. "Raffaele Lombardi Satriani", Catanzaro.
- CHIRIATTI Luigi (1995), *Morso d'amore. Viaggio nel tarantismo salentino*, Capone, Cavallino (Lecce); nuova ed. 2006.
- CID Xavier (1787), *Tarantismo observado en España*, M. Gonzalez, Madrid.
- COSÌ Luisa (2000), *Tarantole, folie e antidoti musicali del sec. XVII fra tradizione popolare ed esperienza colta*, in AA.VV. 2000, pp. 53-111.
- DE GIORGI Pierpaolo (1999), *Tarantismo e rinascita. I riti musicali e coreutici della pizzica-pizzica e della tarantella*, Argo, Lecce.
- DE GIORGI Pierpaolo (2006), *La pizzica, la taranta e il vino. Il pensiero armonico*, Congedo, Galatina (Lecce).
- DE HEUSCH Luc (1962), *Cultes de possession et religions initiatiques de salut en Afrique*, in AA.VV., *Religions du salut*, Université Libre de Bruxelles, Bruxelles, pp. 127-167.
- DE HEUSCH Luc (1971), *Pourquoi l'épouser? Et autres essais*, Gallimard, Paris.
- DE HEUSCH Luc (2009), *Con gli spiriti in corpo. Transe, estasi, follia d'amore* [2006], trad. it. con postfazione di PENNACINI C., Bollati Boringhieri, Torino.
- DE MARTINO Ernesto (1961), *La terra del rimorso. Contributo a una storia religiosa del Sud*, Il Saggiatore, Milano; ried. con presentazione di GALLINI C. e DVD allegato, Il Saggiatore, Milano 2008.
- DE SIMONE Roberto (1992), *La Tarantella Napoletana ne le due anime del Guarracino*, Benincasa, Roma.
- DI LECCE Giorgio (1992), *La danza scherma salentina*, in "Lares", a. LVIII, n. 1, pp. 3-42.
- DI LECCE Giorgio (1994), *La danza della piccola taranta*, Sensibili alle foglie, Roma.
- DI MARINO Elisabetta (1991), *Riflessioni su una ricerca*, in ROSSI A. 1991, pp. 75-125.
- DI MITRI Gino L. (1999) (a cura di), *Tarantismo. Transe, possessione, musica*, Besa, Nardò (Lecce).
- DI MITRI Gino L. (2006), *Storia biomedica del tarantismo nel VIII secolo*, Olschki, Firenze.
- DI NOLA Alfonso (1971), *Guerra e competizione rituale*, in *Enciclopedia delle Religioni*, Vallecchi, Firenze, vol. III, cc. 685-694.
- DI NOLA Alfonso (1976), *Gli aspetti magico-religiosi di una cultura subalterna italiana*, Boringhieri, Torino.
- ELIADE Mircea (1976), *Trattato di storia delle religioni* [1948], trad. it. Boringhieri, Torino.
- FAILLA Salvatore Enrico (1979), *La Nuova Chitarra composta da Don Antonino Di Micheli della Città di Tusa*, in "Analecta Musicologica", 19, pp. 244-271.
- FAVARA Alberto (1957), *Corpus di musiche popolari siciliane*, 2 voll., a cura di TIBY O., Accademia di Scienze Lettere e Arti di Palermo, Palermo.
- FINDLEN Paula (2004), (ed.), *Athanasius Kircher: The Last Man Who Knew Everything*, Routledge, New York and London.
- FERDINANDO Epifanio (1621), *Centum historiae seu observationes et casus medici*, T. Ballonium, Venezia.
- GALLINI Clara (1967), *I rituali dell'argia*, Cedam, Padova.
- GALLINI Clara (1988), *La ballerina variopinta. Una festa di guarigione in Sardegna*, Liguori, Napoli.
- GIACOBELLO Giuseppe - PERRICONE Rosario (1999) (a cura di), *Calamònci. Culto dei santi e antropologia della festa nell'Agrigentino*, Leopardi, Palermo.
- GIALLOMBARDO Fatima (1990), *Festa orgia e società*, Flaccovio, Palermo.
- GIALLOMBARDO Fatima (1998), *Oblazioni virili e gemelli divini. Un paradigma della molteplicità sacrale*, in "Archivio Antropologico Mediterraneo", a. I, n. 0, pp. 61-91.

- GIALLOMBARDO Fatima (2006), *La festa di San Giuseppe in Sicilia*, Fondazione Ignazio Buttitta, Palermo.
- GIMBUTAS Marija (2005), *Le dee viventi* [1999], trad. it. con introduzione di DONI M., Medusa, Milano.
- GIOIELLI Mauro (2008), *Tarantole, scorpioni e zampogne. L'uso degli aerofoni a sacco nella iatromusica del tarantismo dal secolo XIV al secolo XVII*, in "Utriculus", n. 46, pp. 3-10.
- GIOIELLI Mauro (2011), *Tarantismo molisano*, Palladino, Campobasso.
- GUASTELLA Serafino Amabile (1887), *L'antico Carnevale della Contea di Modica*, Piccitto & Antoci, Ragusa (I ed. 1877).
- GUCCIONE Valentino (2001), *Tommaso Campailla, il suo museo, la scuola medica modicana*, Comune di Modica, Modica.
- GUGGINO Elsa (2004), *I canti e la magia. Percorsi di ricerca*, Sellerio, Palermo.
- GUIZZI Febo - STATTI Domenico (1992), *Mania e musica nella pittura vascolare apula*, in "Imago Musicae", IX, pp. 43-90.
- HUIZINGA Johan (1973), *Homo ludens* [1946], trad. it. con introduzione di ECO U., Einaudi, Torino.
- INCHIGNOLO Ruggiero (2003), *Luigi Stifani e la pizzica tarantata*, Besa, Nardò (Lecce).
- JEANMAIRE Henri (1972), *Dioniso. Religione e cultura in Grecia* [1951], trad. it. a cura di JESI F., Einaudi, Torino.
- KIRCHER Athanasius (1641), *Magnes sive de arte magnetica...*, Tip. Ludovici Grignani, Roma.
- LANTERNARI Vittorio (1974), *Il gioco e il suo valore culturale nelle società umane*, in Id., *Antropologia e imperialismo*, Einaudi, Torino, pp. 191-268.
- LAPASSADE Georges (1994), *Intervista sul tarantismo*, Madonna Oriente, Lecce.
- LAPASSADE Georges (2001), *Dal candomblé al tarantismo*, Sensibili alle foglie, Roma.
- LEÓN SANZ Pilar (2009), *La tarantola spagnola. Empirismo e tradizione nel XVIII secolo*, Besa, Lecce.
- LOMBARDO Luigi - SUDANO Giovanni (1997), *Il culto di San Paolo a Solarino. Storia, arte, tradizioni popolari*, Signorello, Catania.
- MARTI Mario - URGESI Domenico (2001) (a cura di), *Epifanio Ferdinando. Medico e storico del seicento*, Besa, Nardò (Lecce).
- MELI Giovanni (1771), *Capitolo di lettera in cui si descrivono gli effetti straordinari del veleno d'un Ragnatello del Signor Giovanni Meli, Professore di Medicina Palermitano, ed Attual Medico di Cinisi*, in SPADAFORA A. M., *Opuscoli di Autori Siciliani*, t. XII, Stamperia de' Santi Apostoli, Palermo, pp. 332-340.
- MELI Giovanni (1777), *Capitolo di lettera in cui si descrivono gli effetti straordinari del veleno d'un Ragnatello*, con una Breve aggiunta che conferma l'osservazione suddetta, in MELI G., *Riflessioni sopra il meccanismo della natura rapporto alla conservazione e riparazione dell'Individui*, De Dominicis, Napoli, pp. 169-187.
- MERICO Maurizio (1999) (a cura di), *Giorgio Baglivi: De Tarantula*, nella traduzione di PELLEGRINI R. (1842), Aramirè, Lecce.
- MINA Gabriele - TORSELLO Sergio (2006), *La tela infinita. Bibliografia degli studi sul tarantismo mediterraneo. 1945-2006*, Besa, Nardò (Lecce).
- MONDELLO Fortunato (1882), *Spettacoli e feste popolari in Trapani*, Stamperia Rizzi, Trapani.
- MONTINARO Brizio (1996), *San Paolo dei serpenti. Analisi di una tradizione*, Sellerio, Palermo.
- NACCI Anna (2001) (a cura di), *Tarantismo e neotarantismo*, Besa, Nardò (Lecce).
- PALUMBO Berardino (2009), *Politiche dell'inquietudine. Passione, feste e poteri in Sicilia*, Le Lettere, Firenze.
- PANGRAZI Tiziana (2009), *La Musurgia Universalis di Athanasius Kircher. Contenuti, fonti, terminologia*, Olschki, Firenze.

- PENNUTO Concetta (2015), *Della Tarantola. Lo studio di un medico del Salento del XVII secolo*, Carrocci, Roma.
- PITRÈ Giuseppe (1881), *Spettacoli e feste popolari siciliane*, Pedone Lauriel, Palermo.
- PITRÈ Giuseppe (1889), *Usi e costumi credenze e pregiudizi del popolo siciliano*, 4 voll., Pedone Lauriel, Palermo.
- PITRÈ Giuseppe (1896), *Medicina popolare siciliana*, Clausen, Torino-Palermo.
- PITRÈ Giuseppe (1900), *Feste patronali in Sicilia*, Clausen, Torino-Palermo.
- PIZZA Giovanni (2012), *La vergine e il ragno. Etnografia della possessione europea*, Quaderni di Rivista Abruzzese, Lanciano (Chieti).
- PIZZA Giovanni (2015), *Il tarantismo oggi. Antropologia, politica, cultura*, Carocci, Roma.
- PROPP Vladimir J. (1978), *Feste agrarie russe. Una ricerca storico-etnografica* [1963], trad. it. con introduzione di SOLIMINI M., Dedalo, Bari.
- RACCUGLIA Salvatore (1894), *Medicina popolare siciliana*, in "Rivista delle tradizioni popolari italiane", a. I, n. 9, pp. 727-728.
- RACCUGLIA Salvatore (1918), *Storielle popolari siciliane. 'N casa di Pilucchedda sunatura?*, in "Sicania", a. VI, n. 56, p. 52.
- ROSSI Annabella (1991), *E il mondo si fece giallo. Il tarantismo in Campania*, con saggi di CIAMPELLI P., MILILLO A., DI MARINO E.E. INTRODUZIONE DI. LOMBARDI SATRIANI L.M., Jaca Book-Qualecultura, Vibo Valentia.
- ROSSI Annabella (1994), *Lettere da una tarantata*, Argo, Lecce (1ª ed. 1970; nuova ed. a cura di APOLITO P., Squilibri, Roma 2014).
- ROUGET Gilbert (1986), *Musica e trance. I rapporti fra la musica e i fenomeni di possessione* [1980], trad. it. in ed. riveduta e aumentata, a cura di MONGELLI G., prefazione di LEIRIS M., Einaudi, Torino.
- ROUGET Gilbert (1999), *Tarantismo, 'musica giusta' e iniziazione*, in DI MITRI G.L. 1999, pp. 43-52.
- SAMONÀ FAVARA Teresa (1971), *Alberto Favara. La vita narrata dalla figlia*, con un'appendice di scritti in parte inediti, con Prefazione di Carpitella D., Flaccovio, Palermo.
- SANTORO Vincenzo - TORSSELLO Sergio (2002) (a cura di), *Il ritmo meridiano. La pizzica e le identità danzanti del Salento*, Aramirè, Lecce.
- SCHNEIDER Marius (1948), *La danza de espadas y la tarantela. Ensayo musicológico, etnográfico y arqueológico sobre los ritos medicinales*, Instituto Español de Musicología, Barcelona; trad. it. a cura di DE GIORGI P., Argo, Lecce 1999.
- SEPPILLI Anita (1971), *Poesia e magia*, Einaudi, Torino.
- SERGIO TORE [Salvatore] (2002), *È sempre... calia e... simenza. Poesie trapanesi e figure caratteristiche del popolino trapanese del secolo scorso*, vol. IV, Litotipografia Nuova Stampa, Trapani.
- STATI Domenico (1990), *Le immagini della musica popolare*, in *La musica popolare in Italia*, a cura di LEYDI R., Electa, Milano, pp. 127-144.
- STATI Domenico (1996), *La tradizione violinistica degli orbi tra fonti scritte ed oralità*, in *Il violino tradizionale in Italia*, a cura di ODORIZZI M. e TOMASI M., Comune di Trento, Trento, pp. 299-314.
- STATI Domenico (1999), *La mania telestica nelle fonti figurative apule*, in DI MITRI G.L. 1999, pp. 9-21.
- STIFANI Luigi (2000), *Io al Santo ci credo. Diario di un musico delle tarantate*, introduzione di PORTELLI A., Edizioni Aramirè, Tequile (Lecce).
- TIBY Ottavio (1957), *Il canto popolare siciliano. Studio introduttivo*, in FAVARA A. 1957, pp. 2-113.
- TOMASELLO Santina (2003), *Arie per cantar l'ottave ceciliiane nei manoscritti riccardiani*, in AAVV, *Rime e suoni alla spagnola, Atti della Giornata Internazionale di Studi sulla chitarra barocca*, a cura di Giulia VENEZIANO, Alinea, Firenze, pp. 109-137.

TURCHINI Angelo (1987), *Morso, morbo, morte. La tarantola fra cultura medica e terapia popolare*, Angeli, Milano.

VARVARO Alberto (1986), *Vocabolario etimologico siciliano*, vol. I (A-L), Centro di Studi filologici e linguistici Siciliani, Palermo.

Scheda sull'Autore

Sergio Bonanzinga è nato a Messina nel 1958. Dottore di ricerca in Discipline demoetnoantropologiche, è professore associato abilitato presso l'Università di Palermo (set-tore L-ART08), dove insegna Etnomusicologia, Antropologia della musica e Semiotica delle musiche etniche e popolari. Si è occupato dei valori funzionali e simbolici che caratterizzano le pratiche espressive di tradizione orale (musica, danza, narrazione, teatro) in contesti folklorici sia attuali (Sicilia, Tunisia, Grecia) sia di interesse storico (Inghilterra, Sicilia). Ha studiato i sistemi sonoro-gestuali caratterizzanti il ciclo della vita, i contesti ergologici e i rituali festivi rilevati in Sicilia, curando diverse antologie in compact disc e filmati su questi temi. Tra i suoi scritti si segnalano: *Forme sonore e spazio simbolico* (Folkstudio, Palermo 1992); *Etnografia musicale in Sicilia. 1870-1941* (Centro per le Iniziative Musicali in Sicilia, Palermo 1995); *Canzoni di piazza e musiche di scena. Prospettive semiologiche nella cultura musicale elisabettiana* (Facoltà di Lettere e Filosofia dell'Università di Palermo, 1996); *La zampogna a chiave in Sicilia* (con CD allegato, Fondazione Ignazio Buttitta, Palermo 2006); *Sortino. Suoni, voci, memorie della tradizione* (con 2 CD allegati, Regione Siciliana, Palermo 2008); *Musical Mourning Rituals in Sicily* (Series "Ethnomusicology Translations", n. 5, Society for Ethnomusicology, Bloomington/IN, 2017).

Riassunto

Il tarantismo in Sicilia. Declinazioni locali di un fenomeno culturale euromediterraneo

Il testo prende in esame il complesso di materiali editi e inediti (fonti storiche e archivistiche, documenti musicali, testimonianze etnografiche) che attestano la presenza del *tarantismo* in Sicilia dalla metà del Seicento alla fine dell'Ottocento. Il caso siciliano viene quindi inquadrato nell'ambito dell'ampia letteratura che ruota intorno al fenomeno, a partire dal classico studio di Ernesto De Martino fino al dibattito sull'interpretazione del fenomeno fra i poli dell'esorcismo e della possessione, dovuto soprattutto all'etnomusicologo francese Gilber Rouget. L'analisi viene quindi estesa alla tradizione dei guaritori dei morsi di serpenti (i *ciaràuli*), che con il tarantismo condividono la centrale simbologia del ragno, e a certe processioni religiose caratterizzate da 'danze'

frenetiche, che lasciano intravedere elementi di continuità funzionale con la terapia coreutico-musicale del *tarantismo*.

Parole chiave: tarantismo, Sicilia, Ernesto de Martino, archivi, etnomusicologia, storia.

Resumen

Tarantismo en Sicilia. Declinaciones locales de un fenómeno cultural euromediterráneo

El texto examina el complejo de los materiales publicados y no publicados (fuentes históricas y de archivo, documentos musicales y etnográficos) que dan fe de la presencia del *tarantismo* en Sicilia desde la mitad del siglo XVII hasta finales del siglo XIX. El caso siciliano se enmarca dentro de la amplia literatura que gira en torno al fenómeno, del estudio clásico de Ernesto De Martino al debate sobre la interpretación del fenómeno, entre los polos del exorcismo y de la posesión, debido principalmente al etnomusicólogo francés Gilbert Rouget. A continuación, el análisis se extiende a los médicos tradicionales de las mordeduras de serpientes (los *ciaràuli*), que con el tarantismo comparten la simbología central de la araña, y a ciertas procesiones religiosas caracterizadas por 'bailes' frenéticos, que revelan elementos de continuidad funcional con la terapia musical del *tarantismo*.

Palabras claves: tarantismo, Sicilia, Ernesto de Martino, archivos, etnomusicología, historia.

Résumé

Tarantismo en Sicile. Les déclinaisons locales d'un phénomène culturel euro-méditerranéen

Ce texte examine l'ensemble des documents publiés et inédits (sources historiques et archivistiques, documents musicaux, témoignages ethnographiques) qui attestent la présence du tarentisme en Sicile du milieu du XVII^e siècle à la fin du XIX^e siècle. Le cas sicilien est donc encadré dans la littérature abondante autour de ce phénomène, à partir de l'étude classique d'Ernesto De Martino jusqu'au débat sur l'interprétation du phénomène entre les pôles de l'exorcisme et de la possession, un débat promulgué en particulier par l'ethnomusicologue français Gilbert Rouget. L'analyse est ensuite étendue aux guérisseurs des morsures de serpent (les « *ciaràuli* »), qui avec le tarentisme partagent le symbolisme central de l'araignée, et à certaines processions caractérisées par des « danses » frénétiques, qui permettent d'observer des éléments de continuité fonctionnelle avec la thérapie choréutique-musicale du tarentisme.

Mots-clés: tarantismo, Sicile, Ernesto de Martino, archives, ethnomusicologie, histoire.

Abstract

Tarantism in Sicily. Local declinations of an Euro-Mediterranean cultural phenomenon

The text examines published and unpublished materials – such as historical and ethnographic sources, archive records, and musical documents – which testify the presence of *tarantism* in Sicily from mid-17th century to the end of the 19th. The Sicilian case is then considered in a wider context of contributions on the theme, starting from the ‘classic’ De Martino’s work, up to the debate on the interpretation of the phenomenon between the poles of exorcism and possession, chiefly raised by French ethnomusicologist Gilbert Rouget. The analyses is therefore expanded to the tradition of snakes bites healers (the *ciaràuli*), which shares with *tarantism* the spider symbolism, and to certain kinds of religious processions characterised by frantic ‘dances’, which suggest elements of functional continuity with *tarantism* musical-choreutic therapy.

Keywords: tarantism, Sicily, Ernesto de Martino, archives, ethnomusicology, history.

«*Loro non sanno che pane mangio qui*».

*La migrazione femminile dalla Romania:
fattori disgregativi, “doppia presenza”, disagi psichici*

Michela Marchetti

antropologa, Oxfam Italia, Azienda Usl Toscana Sud-Est, Arezzo
[michimarchetti@tiscali.it]

1. Elementi di contesto e breve nota di metodo. Femminilizzazione dei flussi migratori e lavoro di cura

È oramai assodato che l'assetto sociale tradizionale, in cui gli uomini lavorano “fuori” mentre le donne si occupano prevalentemente dei compiti afferenti la sfera domestica, è progressivamente mutato da quando le donne sono entrate nel mercato del lavoro extradomestico. Tuttavia, a questo mutamento, non sembra corrispondere né un'adeguata implementazione di servizi pubblici finalizzati all'accudimento di bambini, anziani e persone non autosufficienti in generale, né una significativa trasformazione dei ruoli tra uomini e donne, accompagnata da un'equa ripartizione del carico domestico, che – come sostengono Ehrenreich e Hochschild in *Donne globali* – tende piuttosto a trasferirsi su scala globale: i paesi del Primo mondo assumono la posizione di privilegio che spettava un tempo agli uomini, mentre le immigrate dai paesi poveri assumono le funzioni femminili, sostituendo le donne nel prodigare servizi domestici, accudimento e cure alle persone (EHRENREICH B. - HOCHSCHILD A.R. 2004: 18)⁽¹⁾. Il bisogno di supporto domestico delle famiglie dei paesi ricchi si incontra con una massiccia disponibilità di manodopera proveniente dai paesi più poveri. La globalizzazione, non solo quella economica, ha prodotto uno spostamento di donne senza precedenti nella storia e la femminilizzazione dei flussi migratori tende a confermarsi come contemporanea caratteristica degli stessi. Nel saggio *Il paese delle badanti*⁽²⁾, Vietti scrive: «Se la guerra uccideva in particolare gli uomini, l'emigrazione fa scomparire soprattutto le donne. Sia quelle giovani, sia quelle sposate, che scappano via dalle loro case. Abbandonano i loro bambini e scappano via. Gli uomini si autodistruggono in qualche modo» (VIETTI F. 2012: 120).

Nel 2014, in Italia, le donne rappresentavano il 53,7% del totale della popolazione migrante (CARITAS E MIGRANTES, *XXIV Rapporto Immigrazione*, 2014). Tra queste, quelle provenienti dai paesi dell'Est Europa, dell'America latina e dalle Filippine, hanno contribuito in modo sostanziale a innalzare la percentuale di donne migranti. Inoltre, come evidenziato nel XXIII Rapporto Immigrazione, le «varie regolarizzazioni [...] hanno certamente favorito l'emersione di una rilevante quota di lavoratrici impiegate nel settore domestico» (CARITAS E MIGRANTES, *XXIII Rapporto Immigrazione*, 2013). La storica sanatoria per sole "badanti"⁽³⁾, risalente al 2009, testimonia l'importanza del contributo apportato da queste lavoratrici al funzionamento della nostra società.

Nella città di Perugia, secondo i dati forniti dall'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale (INPS), nel 2013 erano regolarmente assunte nel settore delle collaborazioni domestiche, 11.806 persone. Tuttavia, in questo specifico ambito, risultavano diverse lavoratrici impiegate senza regolare contratto di lavoro, reclutate attraverso un passaparola informale tra donne immigrate. Tornando ai dati, delle 11.806 persone impiegate come colf o "badanti", l'83,79% erano immigrate. D'altra parte, è assai diffusa la convinzione che l'assistenza alle famiglie sia un lavoro per sole "straniere", non adatto alle donne italiane⁽⁴⁾.

Le donne provenienti dalla Romania, rappresentavano in Umbria la nazionalità maggiormente impiegata in attività di assistenza alle famiglie. Infatti, sempre nella città di Perugia, su un totale di 11.806 collaboratrici domestiche, ben 3.358 erano romene⁽⁵⁾.

Questo articolo presenta parte dei risultati di un'indagine empirica condotta a Perugia tra il 2013 e il 2014 (svolta nell'ambito del "Progetto di ricerca co-finanziato dal Fondo Sociale Europeo (FSE) nell'ambito del Programma Operativo regionale (POR) Umbria, FSE "Obiettivo Competitività Regionale e Occupazione" 2007-2013, realizzato tramite l'Avviso pubblico aiuti individuali per la realizzazione di progetti di ricerca". Il centro che ha ospitato la ricerca è la Fondazione Angelo Celli, il tutor scientifico, il Professor Tullio Seppilli). La ricerca si poneva l'obiettivo di far emergere i principali fattori di rischio per la salute delle donne immigrate impiegate in attività di assistenza alle famiglie, attività genericamente detta di "badantato".

Ho svolto dodici colloqui in profondità⁽⁶⁾ con assistenti familiari provenienti da: Romania (quattro, casualmente tutte originarie della Regione della Moldavia), Perù (tre), Repubblica di Moldova (due), Costa d'Avorio (due), Ucraina (una). Il contatto con le assistenti familiari è stato faci-

litato da associazioni, parrocchie, enti e cooperative del privato sociale che mediano tra richiesta di cura agli anziani e offerta di lavoro domestico.

Inizialmente avevo previsto lo svolgimento di venti colloqui in profondità con assistenti familiari, un incontro per ogni colloquio. Tuttavia, dopo lo svolgimento dei primi colloqui ho constatato che un solo incontro con ogni donna, anche se spesso molto lungo, non era sufficiente per raccogliere da una parte, i vissuti pre-migratori e ragionare sui motivi che avevano contribuito a maturare nelle donne la scelta di emigrare, dall'altra, raccogliere le esperienze nel lavoro di cura e individuare insieme alle donne le questioni problematiche e i fattori di rischio per la loro salute. Come scriveva Malinowski in una digressione metodologica in *La vita sessuale dei selvaggi*, «Se il cuore è gonfio, la bocca parla» (MALINOWSKI B. 2005 [1929]: 247), così, ogni volta che si apriva al racconto biografico, affioravano ricordi fatti di luoghi, persone, eventi spesso molto dolorosi, per chi raccontava e talvolta, anche per me che ascoltavo, il tempo non bastava mai, le donne parlavano spesso senza che io ponessi questioni e, il passaggio dalla vita di “allora” a quella di “adesso”, dai figli lontani “là”, all'accudito “qui”, risultava brusco, fuori luogo, era necessario uno stacco. Di conseguenza, rimandavamo il racconto del lavoro di cura all'incontro successivo. Così facendo però, il numero di donne coinvolte nei colloqui in profondità è diminuito. I tempi della ricerca erano ben definiti, avevo l'esigenza di rispettare la tabella di marcia scandita nel progetto di ricerca in “tempi e fasi di attuazione”.

Le donne hanno partecipato volentieri alla ricerca, volevano raccontare la propria storia, le difficoltà sperimentate nella migrazione, condividere gli aspetti critici del lavoro di cura ma anche le esperienze positive dello stesso.

Nel corso dell'indagine ho inoltre svolto colloqui in profondità con: assistiti (un'anziana signora di 84 anni) e i loro familiari (due), con altre figure professionali coinvolte nel settore dell'assistenza all'anziano (la vice-direttrice della Caritas diocesana di Perugia, la responsabile provinciale e membro del Consiglio direttivo nazionale ACLI-colf, una psichiatra, un'infermiera, un'operatrice di cooperativa che svolge colloqui di lavoro con assistenti familiari, una responsabile di cooperativa che si occupa specificamente di mediazione tra famiglie e assistenti familiari), un rappresentante religioso (il parroco romeno residente a Perugia) e un rappresentante dell'associazionismo migrante (il Presidente dell'Associazione dei romeni d'Italia in Umbria).

Ho infine condotto tre focus-group, a scopo esplorativo, per far emergere, a partire dal confronto tra differenti prospettive, le criticità nel lavoro di cura, coinvolgendo varie figure: due assistenti familiari, una mediatrice linguistico culturale, un rappresentante dell'associazionismo migrante, una psichiatra, una psicologa, due operatrici di cooperativa rappresentanti la mediazione del privato sociale nel lavoro di cura e la responsabile provinciale e membro del direttivo nazionale ACLI-colf⁽⁷⁾.

Una serie di elementi, non previsti in fase di progettazione ma emersi in itinere, mi hanno portato ad approfondire alcuni temi e aspetti specificamente connessi all'emigrazione femminile dalla Romania. Dai dati forniti da Caritas e Migrantes, la Romania risulta essere la principale nazionalità presente in Umbria⁽⁸⁾ dai dati forniti dall'INPS sulle collaborazioni domestiche nella città di Perugia, emerge che le donne provenienti dalla Romania rappresentano la principale nazionalità impegnata in questo settore. A livello di territorio sono presenti e operative realtà legate alla Romania. La Chiesa romena ortodossa, ad esempio, promuove attività religiose e sociali, così come risulta attiva e presente la componente legata all'associazionismo migrante romeno.

2. Le ragioni della migrazione (ragionare sulle ragioni)

Al fine di approfondire i molteplici aspetti connessi alla migrazione femminile dalla Romania nella sua specificità e complessità, mi pare fondamentale partire da una riflessione sui motivi che hanno spinto molte donne a lasciare il proprio paese, con tutto ciò che lo abita e andare altrove.

Senz'altro, come per la Repubblica di Moldova, parte di queste ragioni sono da rintracciare nel crollo dell'Unione Sovietica e dei "socialismi reali" dell'Europa orientale (VIETTI F. 2012: 24). Dagli anni Novanta, economisti, politologi, media, hanno adottato e diffuso il concetto di "transizione", per indicare il passaggio dall'economia pianificata al libero mercato capitalista, rappresentandolo come un passaggio evolutivo per i paesi facenti parte dell'oramai defunto blocco orientale (VIETTI F. 2012: 24, CINGOLANI P. 2009: 26). Questi paesi hanno attraversato radicali trasformazioni politiche, sociali ed economiche che pare abbiano portato a una regressione economica e a un drastico crollo della produzione interna. Nei colloqui in profondità, ad esempio, si ripetono i racconti delle fabbriche oramai chiuse. Il crollo dei "socialismi reali", non ha significato solo la fine di un sistema politico ed economico, ma «ha rappresentato la fine di una società, di un mondo, di un apparato di valori e di un reper-

torio di senso e di significati con cui interpretare la realtà e orientare la propria vita. Le persone che l'hanno attraversata hanno dovuto ripensare il senso delle proprie esistenze, della propria formazione professionale, delle aspettative per sé e per le proprie famiglie» (VIETTI F. 2012: 118).

In Romania, il crollo del regime è avvenuto nel dicembre del 1989, con un colpo di stato che ha portato alla cattura dei coniugi Ceaușescu, condannati da un "tribunale del popolo" attraverso un processo avvenuto al di fuori di ogni tutela giuridica, a seguito del quale furono barbaramente giustiziati; il regime del dittatore si risolse con la stessa ferocia di cui si era macchiato nei suoi venti anni di governo (VULLIAMY Ed, *Una rivoluzione preparata a tavolino*, "Internazionale", 20 novembre 2012)⁽⁹⁾.

Dopo Ceaușescu, si è acuita la forbice tra salari (da paese comunista) e costo della vita (da paese capitalista). Le donne coinvolte nella ricerca lavoravano tutte in Romania, tuttavia con i loro salari non riuscivano a garantirsi il necessario per vivere: «Da noi c'era qualche lavoro, però si lavorava dodici ore al giorno e non si riusciva a pagare le bollette». Coloro che non avevano un lavoro retribuito in fabbrica o in altri luoghi, lavoravano comunque (e duramente) in campagna:

«Mio marito aveva lavoro ma lo stipendio era piccolo, non bastava. In quell'anno, quando sono andata via, avevamo tre mucche e tre vitelli grandi, più maiali, quattro cani, gatti, 60/70 galline era bisogno di cibo per questi animali. Era un inverno così pesante in Romania io avevo i geloni, portavo le stesse scarpe da dieci anni, ho detto che io lavoro ma devo ricevere qualcosa da questo lavoro» (Titiana, Romania).

Inoltre, da alcune interviste emerge la percezione di una classe politica fortemente corrotta, oggi come allora. Confrontando le percezioni negative degli intervistati nei confronti dei loro dirigenti politici con gli indici di corruzione in Europa forniti dall'Organizzazione non governativa Transparency International, la Romania si conferma essere tra i paesi maggiormente corrotti⁽¹⁰⁾.

La migrazione è senz'altro una risposta alla povertà e al divario di reddito tra paesi ricchi e paesi poveri e, la miseria, risulta essere il principale fattore espulsivo dal paese di origine. Ma la migrazione è anche una risposta a modelli sociali e culturali inadeguati. Nella scelta di emigrare coesistono e interagiscono fattori economici, sociali, culturali e fattori soggettivi⁽¹¹⁾. Dal colloquio in profondità con il Presidente dell'Associazione dei romeni d'Italia in Umbria emerge chiaro l'intreccio di questi fattori:

«Mancanza di soldi. Per le badanti il motivo è solo economico [...]. Anche tantissime hanno i problemi con i mariti che sono violenti, alcoolisti, per scappar via dai problemi. Ma la causa principale sono economici. Princi-

palmente, quelli che lavorano nei paesini, hanno solo il campo e non ti bastano mai i soldi e non avendo mai i soldi alla fine sono discussioni in casa e anche violenze e così alla fine decidono di emigrare» (Presidente Romeni d'Italia in Umbria).

La miseria è certo un fattore che concorre a maturare la scelta di partire, ma, prima ancora, la miseria è una condizione che acuisce problemi sociali, alimenta tensioni e discussioni all'interno delle famiglie.

Anche il Parroco romeno residente a Perugia, intervistato nel corso della ricerca, sostiene che, soprattutto per le assistenti familiari, il "motore iniziale" è solamente economico. Molte decidono di emigrare con un progetto migratorio temporaneo che prevede, perlomeno inizialmente, una permanenza in Italia limitata nel tempo e finalizzata a guadagnare la somma necessaria al raggiungimento di uno specifico obiettivo (costruire o ristrutturare la casa, pagare gli studi per i figli, ecc). Spesso, la consapevolezza di possibili alternative, sembra prendere forma in un secondo tempo, nel contatto e confronto tra le condizioni di vita sperimentate nel paese di origine e quelle conosciute nel paese ospite, generalmente giudicate migliori. Così, molte donne, decidono di rimanere. Lo stesso vale per alcuni "bisogni", che sono talvolta indotti e creati proprio nel contatto con il paese ospite.

Nel corso del colloquio in profondità, lo stesso Parroco, fornisce una spiegazione per cui l'emigrazione romena verso l'Italia riguarda una tipologia di persone accomunate da specifiche caratteristiche. Innanzitutto, queste persone sono mosse da cause prevalentemente economiche, hanno un basso livello di scolarizzazione e sono disposte a svolgere gli impieghi più umili, meno riconosciuti e poco pagati (come le attività di assistenza all'interno delle famiglie per le donne, mentre per gli uomini prevalgono gli impieghi nel campo dell'edilizia). Mentre le persone con alto livello di istruzione e con diverse ambizioni professionali, quali medici, ingegneri, biologi, ecc. non pensano all'Italia come meta di immigrazione, ma preferiscono orientarsi verso paesi come la Germania, gli Stati Uniti, l'Inghilterra, che investono maggiori risorse in ricerca, educazione e cultura. Insomma, il Parroco intervistato sostiene che «l'Italia ha preso la parte dell'emigrazione dalla Romania, più bassa. Quella più alta ha preso poco l'Italia».

Tra le motivazioni addotte da molte donne, ricorre sovente la costruzione, l'acquisto e la ristrutturazione della casa, che, non a caso, rappresenta la prima forma di investimento delle rimesse dei migranti⁽¹²⁾.

«Tutti i romeni fanno, con questi soldi, case in Romania, appartamenti, tutti fanno questo. Anche la nostra cultura è una cultura di proprietari di

case, ci sono pochi romeni che stanno in Romania in affitto. Novantacinque per cento sicuramente stanno nelle loro case. Per questo un ragazzo, una ragazza si vede, in prospettiva, di comprare una casa, vado in Italia, lavoro cinque anni, sei anni, compro un appartamento, una casa è un punto di partenza, poi bisogna anche sistemare, deve rimanere altri due anni, dopo che ha sistemato, comincia a capire che ha bisogno anche di una macchina» (Parroco romeno, Perugia).

La casa viene in qualche modo investita di un significato simbolico socialmente condiviso e la sua costruzione è una sorta di *rito di passaggio iniziatico* che sancisce, per gli uomini, l'ingresso nel mondo degli adulti e la possibilità di "metter su famiglia" (VIETTI F. 2012: 143, CINGOLANI P. 2009: 106). Tuttavia, dai colloqui con le donne emerge che il valore attribuito alla casa è lo stesso, a prescindere dal genere. Sembra che tutti i piccoli paesi e villaggi romeni segnati dalla migrazione stiano progressivamente mutando il loro tradizionale aspetto proprio a partire dalle case costruite o ristrutturate dai migranti con un gusto per certi canoni estetici e abitativi mutuato appunto dalla società ricevente⁽¹³⁾.

Tuttavia, la migrazione femminile si configura in taluni casi come snodo cruciale tra un prima e un dopo, come una via d'uscita, un "sovversivo" affrancamento da contesti socio-familiari patriarcali e talora violenti, in stridente contrasto con le ambizioni e i profondi desideri di emancipazione delle donne che decidono di intraprendere da sole il percorso di emigrate/immigrate⁽¹⁴⁾.

Come abbiamo accennato, i motivi economici si intrecciano ad altri motivi che hanno a che vedere con i singoli vissuti, con le aspirazioni e i desideri per il futuro. Tuttavia, queste cause "altre", non emergono, nei colloqui in profondità, alla relativamente semplice domanda «perché hai deciso di emigrare?». Infatti, in risposta a tale domanda, le donne portano generalmente motivi economici, come se solamente la miseria potesse rappresentare, a sé stesse e al severo giudizio dei molti "altri", l'unico valido motivo, l'esclusiva giusta causa alla base della radicale scelta di partire. Gli altri motivi emergono piuttosto "nelle pieghe dell'intervista", dall'ascolto di interi racconti dei vissuti che hanno preceduto la decisione di emigrare e che hanno fortemente contribuito alla maturazione di tale scelta.

Una sola donna, alla domanda sui motivi che l'hanno spinta a lasciare il paese di origine, ha immediatamente risposto: «per cercare un marito, perché gli uomini romeni sono diversi da quelli italiani, sono più *machisti* [quelli romeni]. Perché ancora i nostri omini sono con quella mentalità di una volta, che loro quando hanno sbattuto il pugno nel tavolo deve rimanere' in quel modo». La donna in questione è laureata in ingegneria

e parla ben quattro lingue. Prima di emigrare era ispettore del lavoro a Pitesti. A un certo punto, il marito l'ha tradita e poi l'ha lasciata sola con due figli per andare a convivere con una donna molto più giovane di lei. Quando il marito ha confessato il tradimento e ha comunicato alla moglie la decisione di lasciarla per un'altra, lei ha reagito «brutto» e senza pensarci troppo, ha deciso di emigrare.

In questo caso, l'idea di "uomo italiano", diverso da quello romeno, sembra aver giocato un ruolo importante nella decisione di partire maturata dall'ingegnere di Pitesti⁽¹⁵⁾.

Gli immaginari⁽¹⁶⁾ agiscono nel plasmare desideri e ambizioni per il futuro e operano attivamente nello scegliere la via della migrazione.

La relazione con i mariti (quindi la relazione tra maschile e femminile) spicca come tema cruciale.

L'affrancamento dal dominio maschile transita, per molte donne, innanzitutto dall'emancipazione economica, pensata come ovvia premessa a una condizione di maggiore libertà e autonomia. Una donna, madre di quattro figli lasciati "al paese", mi aveva raccontato di essere emigrata per motivi economici, tuttavia, in un altro passaggio dello stesso colloquio in profondità, in cui parlava della difficile relazione con il marito, spiega di aver deciso di emigrare:

«Per essere indipendente e avere il controllo sulle mie mani, perché se io lavoro, mando ai figli, a me lui [il marito] non mi può dire che io ti ho dato, o io ho fatto! Per fortuna io me ne sono andata! Perché dopo la donna è sempre sottomessa e sempre, come è stato sempre, menata e dormito fuori con i figli e lui invece, sempre ubriaco, non c'è mai stato a casa un orario, 'sta sera noi ci mettiamo tutti a tavola, lui tornato dal lavoro, io tornato dal lavoro, i figli insieme, no! Io dovevo fargli sempre la serva! Lui tornava all'una di notte, alle due di notte, io dovevo apparecchiare, mettergli davanti e poi togliere, lavare e poi anche menata! Adesso che io sono uscita, adesso posso dire anch'io: "no!". Ci sono delle donne che stanno anche bene, ma quelle sono pochissime famiglie, pochissime» (Nadia, Romania).

Da alcuni colloqui in profondità emerge una sorta di parallelismo tra l'emigrazione di oggi e il matrimonio di allora, entrambi agiti come "via di fuga". Se in taluni casi la migrazione femminile sembra presentarsi come una radicale risposta a strutture familiari patriarcali, che esercitano molteplici forme di controllo sulla componente femminile della famiglia, inducendo una pesante condizione di subalternità, il matrimonio di alcune, andate in sposa a sedici, diciassette anni, adduce sovente le stesse motivazioni della migrazione e presenta lo stesso desiderio di sottrarsi al controllo delle famiglie di provenienza.

Dai racconti delle donne romene intervistate durante l'indagine, emerge la figura di un marito impositivo, bevitore e violento. Tuttavia, in questa indagine, la viva voce dei mariti non compare, di conseguenza la figura dell'uomo prende forma quasi esclusivamente attraverso i racconti delle donne, fatta eccezione dei due rappresentanti maschili, rispettivamente un religioso e un rappresentante dell'associazionismo romeno in Umbria. Inoltre, le assistenti familiari intervistate provengono tutte dalla Regione della Moldavia romena (fatto casuale e non voluto) e da classi sociali disagiate, tanto qui che là. Ma il tema dell'uso eccessivo di alcool sembra essere assai diffuso in Romania e ricorre nei racconti, in stretta connessione con la violenza domestica:

«Io prima di tutto pensavo che a un certo punto tutto si mette bene ma mio marito non ha cambiato le idee, non ha cambiato niente nel suo comportamento. Lui che ha fatto per me? Solo sofferenza. Lui ha detto che mi ama quando mi ha sposato, ma lui che ha fatto per me? Noi stiamo in campagna e ha il suo vigneto e sempre c'è vino in casa, sempre c'è grappa e a lui gli piace di bere e tante, tante volte abbiamo litigato perché era ubriaco e quando era ubriaco mi menava e io dovevo fare il lavoro al posto suo. Se uno è abituato a bere non può smettere, l'abitudine c'è. Poi quando finisce il vino beve la birra. In Romania, dopo la caduta di Ceaușescu è molto diffuso, il problema c'è» (Titiana, Romania).

Senz'altro la povertà, la disoccupazione, l'emigrazione delle donne, lo smantellamento del vecchio sistema di valori e dei precedenti equilibri, hanno contribuito ad aggravare il fenomeno dell'alcoolismo maschile (e ad amplificare la percezione dello stesso), tuttavia presente anche prima, negli anni del "socialismo reale"⁽¹⁷⁾, forse meno evidente, i bar chiudevano relativamente presto e, formalmente, non potevano servire alcool prima di una certa ora, non erano ammessi ubriachi per strada e, se venivano trovati dalla polizia del regime, venivano arrestati. Insomma, regnava una sorta di ordine apparente e, soprattutto, nessuno era disoccupato, lavorare era considerato innanzitutto un dovere:

«Molte parlano di violenza domestica, di abuso di alcool. Purtroppo è così, non sempre ma la maggior parte dei casi. Cominciano a essere gelosi, chissà che fai tu in Italia, la vicina ha lasciato i bambini e si è risposata... da là partono anche i disastri.

Sicuramente avevano questo vizio anche prima, però con il fatto che loro donne sono andate via di casa diventa ancora più grave. Secondo me è così perché non hanno un lavoro, stanno tutto il giorno a casa, oppure fanno i lavori più semplici, in agricoltura, in edilizia e lì bevono. E poi si fanno anche da loro, vino, grappa. Questo è uno dei problemi più gravi. Ci sono due milioni di romeni, se non mi sbaglia, che sono consumatori abituali» (Presidente Romeni d'Italia in Umbria).

Come emerge dal colloquio con il Padre romeno ortodosso, «non ci sono problemi nuovi» nati a seguito dell'emigrazione delle donne, possiamo ipotizzare però che ci sono vecchi problemi e che questi si siano acuiti con il massiccio esodo della componente femminile.

Il progetto migratorio è stato talvolta pianificato a casa, in accordo con il marito, talvolta le donne sono letteralmente scappate all'insaputa dei mariti, supportate da madri, sorelle, vicini di casa. Tutte le donne coinvolte nella ricerca sono separate dai mariti e la decisione di separarsi è maturata proprio a seguito dell'emigrazione. Spiegando i motivi della separazione, parlano innanzitutto di incapacità dei mariti a gestire i figli, di denaro guadagnato con fatica, inviato a casa e sperperato dai mariti in malo modo, bevendo e andando a prostitute:

«La cosa che m'ha 'ncazzato di più è che io ho mandato i soldi per ripara' il frigorifero e lui non l'ha riparato e ha bevuto tutti i soldi. "E ma io sono da solo!" E perché io, come sono? Tu che sei a casa con la tua mamma e con i tuoi figli, sei nel tuo paese, bevi perché sei da solo? E io, che sono in un paese straniero, non so niente, non sono nessuno, con una vecchietta in casa tutto il giorno che non parla e non dice manco vaffanculo, ch'ho da fa'? Strappamme i capelli, buttamme davanti a 'na macchina? E da allora ognuno per conto suo» (Giorgia, Romania).

Le radicali trasformazioni del sistema politico, sociale ed economico, l'impovertimento generale, il permanere di un forte livello di corruzione, l'intreccio di multiple asimmetrie (economiche, politiche, sociali e culturali), la possibilità di emigrare che si è concretizzata solo dopo il crollo del regime, hanno contribuito così a produrre uno spostamento di donne che emigrano sole, senza precedenti nella storia.

Dai loro racconti emerge una ferrea volontà di riscatto, all'interno della famiglia e della società e una altrettanto ferrea volontà di svincolarsi da strutture familiari patriarcali che riproducono drammatiche asimmetrie di potere.

Loro malgrado, tali asimmetrie, restano parzialmente irrisolte anche nella società che oggi le accoglie.

3. La "doppia presenza". Madri nella migrazione e "left behind"

L'importanza delle migrazioni femminili non va ricercata solo nel crescente numero di donne che emigrano e nel contributo che esse danno alla società del paese ospite ma anche esplorando tale fenomeno a partire dal vuoto che lasciano nella società del paese di provenienza⁽¹⁸⁾, «nelle assenze

isolate che, accumulandosi, finiscono per scavare un abisso, senza che ci si possa renderne conto: una specie di “paradosso dell’abisso” e di “abisso fatto di piccoli vuoti”» (SAYAD A. 2002 [1999]: 150).

La migrazione ha sempre e ovunque prodotto fratture all’interno delle famiglie, spezzato equilibri sociali e antichi legami, causato dolorose lacerazioni tanto in quelli che partivano quanto in quelli che restavano. L’elemento “nuovo” caratterizzante le migrazioni contemporanee, non riguarda il solo processo di femminilizzazione, con ciò che significa e comporta, ma il ruolo giocato dalla volontà e dalla capacità di agire (agency) delle donne che fino agli anni Settanta sono state perlopiù pensate come soggetti passivi a seguito degli uomini. Ora, a scegliere di emigrare, è “l’angelo del focolare”; non le giovani fanciulle quattordicenni, quindicenni delle remote campagne ottocentesche mandate a servizio di benestanti famiglie cittadine, ma la donna-moglie-madre, garante dell’ordine e del funzionamento domestico, custode attiva della casa, degli equilibri familiari e dei legami, fondamentale punto di riferimento per i figli. L’inedito spostamento di donne rompe gli schemi tradizionali e scombina l’ordine dei ruoli all’interno delle famiglie e delle società. Ma quali mutamenti sociali, culturali, economici e politici, questo fenomeno produrrà, costituisce oggi un ambito di ricerca di rilevanza cruciale, tuttora in buona parte inesplorato.

Nei paesi dell’Est Europa, oltre al noto problema del *brain-drain*⁽¹⁹⁾, si sono aggiunti gli effetti del *care-drain* (VIETTI F. 2012: 122). I piccoli villaggi montani, i paesi rurali si sono progressivamente vuotati della presenza femminile, restano prevalentemente gli anziani, i bambini e alcuni uomini⁽²⁰⁾.

Come ricorda Sayad: «Prima di diventare un immigrato, il migrante è sempre innanzitutto un emigrante» (SAYAD A. 2002 [1999]). A partire da questa prospettiva, per una descrizione “globale” della complessità dell’esperienza migrante, risulta fondamentale tenere in considerazione la sua assenza e *presenza*, tanto nel contesto sociale e relazionale di arrivo, quanto in quello di partenza⁽²¹⁾.

Le donne nella migrazione svolgono un ruolo dinamico, anche quando devono affrontare le molteplici difficoltà connesse all’esperienza di essere sia madri che migranti.

Le madri di figli “lasciati indietro” (i “*left behind*” come vengono definiti oggi), affidati alle cure di padri, nonni, zii, cercano di tenere il filo con i figli, assicurando presenza e vicinanza, nonostante l’assenza, in diversi

modi, innanzitutto, attraverso i molteplici canali comunicativi offerti in particolare dalle nuove tecnologie. Skype, ad esempio, rappresenta per queste mamme un mezzo straordinario, attraverso il quale cercano di rassicurare da una parte i figli, dall'altra, sé stesse. Alcune mamme-migranti raccontano di preferire skype al telefono proprio per l'opportunità di vedere i figli attraverso lo schermo del computer. Questo vedere, rappresenta per alcune una sorta di "ispezione" delle condizioni generali dei figli: le madri "monitorano" il loro stato di salute, capiscono se mangiano abbastanza, se sono puliti e di buon umore, dispensano consigli e fanno raccomandazioni. Ma riuscire a comunicare con i figli attraverso skype non è così scontato e non tutte le mamme e tutti i bambini riescono ad utilizzare questo canale comunicativo, tantoché l'Associazione delle Donne Romene in Italia (ADRI) ha avviato nel 2011 un progetto dal titolo *Te iubeste mama* (in italiano: *La mamma ti vuole bene*), al fine di costruire una rete di biblioteche e punti di accoglienza, sia in Italia che in Romania, dotati di computer in grado di connettersi per facilitare la comunicazione tra madri migranti e figli rimasti a casa. Il telefono continua a rappresentare un mezzo di comunicazione importante. Una mamma racconta ad esempio di cantare tutte le sere la ninna al telefono alla sua bambina di quattro anni.

Oltre alle telefonate (via telefono o via skype), un altro modo per tenere il filo con i figli e la famiglia rimasti al paese, è rappresentato dalla rete di pulmini che tutte le settimane partono da diverse città italiane e diretti verso la Romania, la Repubblica di Moldavia, l'Ucraina. Questi pulmini che solcano l'Europa da Ovest a Est (e viceversa), trasportano lettere, rimesse (in denaro) e varie merci che Vietti suddivide in tre macro categorie a seconda della loro funzione: merci di *approvvigionamento* (cibo, medicine e altri beni primari), merci *funzionali* (elettrodomestici, mobili, tutto ciò che nel paese di origine è reperibile ma molto costoso e di bassa qualità), infine merci di *ostentazione* (telefonini, vestiti di marca, ecc.) (VIETTI F. 2012: 83). Tuttavia queste merci sono "portatrici" di due importanti significati. Esse hanno infatti un valore compensatorio e assolvono, da una parte, alla funzione di controbilanciare l'assenza materna e mitigare il senso di colpa provato dalla maggior parte delle madri-migranti; dall'altra rappresentano la testimonianza tangibile del successo del progetto migratorio, del nuovo status conquistato, che sembra in parte manifestarsi attraverso il potere d'acquisto e la possibilità di fruire di quelle stesse merci, vietate e ambite, durante gli anni del "socialismo reale".

Le strategie compensatorie messe in atto attraverso i doni fatti ai figli sono sovente oggetto di critica e, auto-critica, da parte delle madri stesse.

È ovvio che un oggetto donato non potrà mai compensare le difficoltà generate dalla maternità a distanza e la mancanza della fondamentale guida educativa per i figli. Questi doni introducono inoltre e, inevitabilmente, una distinzione socio-economica, rendendo i figli delle madri migranti ancora più diversi e, talvolta isolati, dagli altri compagni. Ad esempio, una madre ha raccontato che il figlio undicenne, dopo aver ricevuto in dono un computer, ha smesso di andare a giocare a pallone con i coetanei e, completamente “fascinato” dal dono informatico, passava i pomeriggi in isolamento davanti allo schermo.

Si rilevano una serie di questioni problematiche connesse ai figli lasciati al paese di origine:

«Ci sono tanti, tanti problemi con i bambini della Romania, ci sono problemi con grandi disfunzioni anche sociali, anche psicologici, anche verso la... la... insegnamento, con la scola... sono tanti problemi, perché di solito sono rimasti soli o abbastanza soli e questa mancanza di presenza della mamma o del papà, questa mancanza di affettività si trasforma in una presenza di soldi, un po' si compra questa assenza...

Si compensa con i soldi...

E questo è il modo più sbagliato che può succedere. Per questo loro sono tanti che stanno davanti al computer ma non hanno... sono sempre... o non hanno una vita sociale, o hanno una vita sociale molto esplosiva...»
(Parroco romeno, Perugia).

Ma non sempre la genitorialità transnazionale produce disastri. Parreñas, che ha condotto una ricerca sulla genitorialità transnazionale a partire dal caso filippino, ha intervistato i figli delle madri filippine *left behind*, come i figli delle madri romene, scrive: «[...] Ellen non è certamente la bambina abbandonata o l'onere sociale di cui parlano i media filippini. Non solo non le manca il sostegno dei genitori – della madre, geograficamente lontana, e del padre in patria – ma ha anche conseguito eccellenti risultati negli studi. La sua storia dimostra che i figli di genitori emigrati possono superare le difficoltà emotive legate alla loro situazione e che la famiglia è in grado di garantire loro il proprio appoggio, anche se i genitori sono geograficamente lontani. Non tutti naturalmente hanno la stessa fortuna. È importante capire come i figli sopportino questi stress, se e cosa permetta loro di conservare solidi legami con i genitori lontani, e quali circostanze li possano indurre a pensare che quei legami si siano allentati o spezzati» (PARREÑAS R.S. 2004 [2002]: 49).

L'accento politico, mediatico e retorico popolare viene posto sulle questioni problematiche generatesi a seguito della emigrazione delle madri;

tuttavia molti figli colgono l'opportunità offerta da una maggiore stabilità economica e conseguono ottimi risultati negli studi:

«Ci sono anche famiglie molto stabili, ci sono. Dipende. Qui ci sono tre, quattro donne che hanno i ragazzi che studiano teologia, poi ci sono che hanno studenti nella medicina, anche ragazzi molto, molto forti. Parliamo di casi sempre un po' estremi. Ma di solito, le relazioni sono stabili tra le donne e i ragazzi. Proprio un miracolo! Sinceramente per me è un miracolo. Io penso sempre che noi con tre bimbi che guardiamo sempre di loro, non ho sicurezza che cresce come loro. Forse le preghiere delle mamme che sono qui mettono un po' in sicurezza. Ma proprio un miracolo perché se vedono anche i risultati. Adesso è stato... ieri, è finito examen de maturità in Romania. Ci sono tante persone qui che hanno i ragazzi in Romania, anch'io aspetto de vedere, anno scorso è stato un esame durissimo in Romania e ci sono state tante, tante donne con i ragazzi che hanno superato tanto, tanto bene. In queste famiglie ci sono tanti ragazzi che hanno una vita corretta, diciamo. Non se stacca, anche se la mamma è partita ma ci sono tanti, tanti mariti che di solito, di solito, prendono tanta, tanta cura dei figli» (Parroco romeno, Perugia).

Un'altra opportunità di tenere il filo con i figli e la famiglia rimasti al paese di origine è senz'altro rappresentata dai rientri a casa in occasione delle vacanze. Il tempo del rientro è denso, le madri concentrano in pochi giorni tutta una serie di attenzioni che non riescono a dare ai figli nella distanza: cucinano, effettuano grandi lavaggi di abiti e biancheria, prendono appuntamenti per visite mediche di vario genere, organizzano gite e uscite con i figli per passare con loro più tempo possibile facendo cose che escono dall'ordinaria routine quotidiana:

«Ah! Venti giorni! In questi venti giorni non lo so se ho dormito due giorni, non so se ho dormito due giorni, tra le cose che c'avevo da fa', loro erano a scuola, una all'asilo, una a scuola. La mattina mi sbrigavo a fa le cose che c'avevo da fa', con la banca, con i soldi, tutto quanto così e il pomeriggio non stavamo mai a casa. Si tornava alle dieci di sera, loro mangiavano, si facevano i compiti e a mezzanotte a letto. Io non facevo altro che guardarle! Dormivo seduta, due ore, quando suonava la sveglia già stavo sveglia. Mi so' goduta tutto, tutto!» (Giorgia, Romania).

Inevitabilmente, torna il momento di un altro, doloroso distacco. La maternità a distanza comporta anche questo, dolorose e ripetute separazioni, profonde mancanze nei figli e nelle madri.

La sofferenza, il disagio, la solitudine dei figli rimasti al paese e delle madri emigrate per lavorare sembra talvolta comportare dei costi, individuali e collettivi, elevati: insuccessi scolastici dei figli delle donne emigrate, aumento dell'insicurezza affettiva, ma anche di quella sociale poiché si acquiscono i fenomeni di devianza nei figli e negli uomini. Il caso filippino

analizzato da Parreñas prendeva tuttavia in considerazione la campagna mediatica e politica che tende a colpevolizzare le donne migranti: «In fin dei conti, secondo l'ideologia di genere dominante, il posto della donna è la casa, e le famiglie delle donne emigrate rappresentano una sfida a questa concezione; esponenti del governo e giornalisti condannano pubblicamente le madri che migrano e le accusano di essere all'origine della disgregazione della famiglia, della situazione di abbandono dell'infanzia e della crisi di accudimento diffuse nel paese» (PARREÑAS R.S. 2004 2002]: 45). Alcune questioni connesse alle madri migranti dalla Romania sembrano presentare delle analogie con quelle proposte da Parreñas in merito al caso filippino.

4. “Sindrom Italia” e “Mal della badante”

Oggi, dal circuito mediatico, si apprendono notizie che informano sulla doppia condizione di disagio vissuta “qui” dalle donne migranti e “là” dai figli rimasti a casa (*left behind*) e si parla di *Sindrom Italia* come di una nuova forma di depressione, specifica della migrazione femminile dall'Est Europa (Romania, Repubblica di Moldova, Ucraina), in particolare quella impegnata in attività di assistenza familiare, e talvolta manifesta anche nei figli rimasti a casa (“L'Huffington Post”, “Metropolis”, “Internazionale”, “Il Foglio”, “Saturno” inserto culturale del “Fatto Quotidiano” et al). Secondo un articolo di Angela Abbrescia pubblicato il 9 maggio 2014 (ABBRESCIA Angela, *Romania, è “sindrome Italia”. Donne lasciano i figli per lavorare in Italia, 40 bambini suicidi*, “Huffington post”, 9 maggio 2014), dal 2008 ad oggi, 40 tra bambini e adolescenti romeni si sono tolti la vita a causa della lontananza della madre. Secondo i dati forniti dall'Associazione delle Donne Romene in Italia (ADRI), sono ben 750 mila – su un totale di 5 milioni – i bambini in Romania ad avere almeno un genitore che lavora in un altro paese e l'80% di questi bambini si ammala gravemente di nostalgia per i genitori.

Ammalarsi di nostalgia, morire di nostalgia, rimanda ad un lontano dibattito (tra il XVII e il XIX secolo) sulla natura e i rimedi in relazione ad una malattia, il *mal del paese*, *Heimweh* (letteralmente: il dolore della casa), riscontrata principalmente tra i contadini che venivano allontanati da casa per fare i soldati e tra le ragazze che dalle campagne venivano mandate in città per fare le domestiche. Alla fine del Seicento, un giovane studente di medicina, Johannes Hofer, presenta una tesi di laurea all'università, dal titolo *Dissertatio medica de nostalgia oder Heimwehe*, in cui analizza la malattia e propone una nuova denominazione scientifica: *nostalgia*.

Il Presidente dell'Associazione dei romeni d'Italia in Umbria mi racconta:

«A dodici anni, tredici anni si è tolto la vita. Sentiva la mancanza dei genitori, rimangono in Romania con i nonni, oppure con i padri che cominciano a bere. È uno dei problemi principali che c'ha la Romania, specialmente dopo che le madri partono per l'Italia o altri paesi, loro mandano tutti i soldi, i mariti rimangono in Romania e prendono la strada sbagliata.

Un altro caso che il padre è saltato insieme con il bambino dal secondo piano perché la moglie è tornata in Romania a dirgli che si risposò. Succedono, purtroppo. La disperazione da tutte e due le parti» (Presidente dell'Associazione dei romeni d'Italia in Umbria).

Questi eventi vengono genericamente collocati dalla stampa e da diversi attori sociali, entro l'etichetta *Sindrom Italia*, o *Sindrome italiana*. Sempre i media ci informano che i natali di questa etichetta diagnostica si fanno risalire al 2005 e sono attribuiti a due psichiatri ucraini, Andriy Kiseliiov e Anatolij Faifrych, che diagnosticarono una serie di sintomi ricorrenti in alcune donne emigrate all'estero per lavorare (ansia, attacchi di panico, crisi di identità, cattivo umore, tristezza persistente, perdita di peso, inappetenza, insonnia, stanchezza, e fantasie suicide) (ACLI-colf on-line et al.). Negli articoli di giornale passati in rassegna, le cause di questa varietà di sintomi sono principalmente ricondotte a due fattori: a) lontananza e nostalgia dei figli lasciati a casa; b) sradicamento dal proprio paese, dal proprio contesto, solitudine.

Al fine di raccogliere informazioni di “prima mano” in merito alla sindrome in questione, ho esplorato le conoscenze e le rappresentazioni della stessa che i vari soggetti coinvolti nell'indagine mi fornivano. Così, nel corso del colloquio in profondità con il Parroco romeno di Perugia, abbiamo intervistato telefonicamente il cappellano dell'ospedale psichiatrico Socola di Jași, che ci ha confermato la risonanza che l'etichetta *Sindrom Italia* ha in Romania e ci ha informato in merito a un reparto, all'interno dello stesso ospedale, specificamente dedicato alle donne rientrate in Romania dopo aver lavorato in Italia come “badanti”. Tuttavia, non esisteva in quel momento in Romania una categoria diagnostica psichiatrica a cui si applicasse la pseudo etichetta diagnostica principalmente diffusa a livello mediatico. A ogni buon conto, il cappellano ci informa che nel momento in cui le donne decidono di rientrare, si trovano già a un livello avanzato di sofferenza psicologica; sofferenza che cercano di nascondere (d'altra parte come provano a celare ernie, dolori alla schiena, alle ginocchia...) per quanto e fin quando è possibile, per non perdere il posto di lavoro. E rientrano in un contesto sociale e sanitario in cui la malattia mentale è fortemente istituzionalizzata e poco accettata dai familiari,

che, nella maggior parte dei casi, sembra non arrivino a comprendere il disagio e la sofferenza sperimentata dalle donne: «ma come? Sei in Italia, mangi, dormi, guadagni...».

Ho chiesto quindi al Parroco romeno di fornirmi una definizione di tale presunta sindrome:

«Come succede! Problemi di schizofrenia, problemi psiche, depressione molto forte, molto, molto, molto forte, attacchi di panica, fino a questa schizofrenia. È una sindrome complessa, di questo è successo, di motivi emotivi diciamo. Ci sono anche che stanno chiuse, perché sono trattati male, tanti di loro, non hanno cibo, non hanno diritti, nel senso che quelli di vivere abbastanza normali, diciamo così, dipende, diciamo che ci sono persone che stanno 24 ore su 24 nella stessa camera con l'anziano malato. Quella è una persona proprio con una condanna, non puoi resistere, anche se cinque giorni alla settimana era così, non puoi resistere 24 ore su 24. Qui mi telefonano tante persone per i posti di lavoro, in questi giorni c'era un posto a Magione, dove mi ha detto che offre cinquanta euro di più ma non ha libero, mai! Con cinquanta euro non puoi comprare una vita alla fine! Ma sono persone che per queste cinquanta euro...» (Parroco romeno, Perugia).

Come emerge dal colloquio con il Padre romeno residente a Perugia, la sindrome sembra qui associata non solo alla nostalgia, allo sradicamento e alla solitudine, ma anche all'attività di assistenza all'anziano, in particolare al suo aspetto di "reclusione" (24 ore su 24). In alcuni colloqui in profondità, come ad esempio in quello svolto con la responsabile provinciale ACLI-colf, la sindrome emerge come il *mal della badante*. Questa denominazione sposta l'accento sui possibili effetti patogeni prodotti dall'attività di "badantato", soprattutto se svolta senza tener conto almeno delle tutele previste nel nuovo contratto nazionale, in vigore dal 2013, per assistenti familiari⁽²²⁾ e in condizioni di lavoro non adeguate:

«Il *mal delle badanti* è una malattia che viene definita da poco tempo. Il fatto di stare a casa, chiusi, avere mal di testa, avere difficoltà a confrontarsi con l'altro, ribadisco, se faccio la badante a una persona che sta male, io vivo quasi esclusivamente per quella persona, sostituisco quella persona in tutto. E quindi sono costretta a stare con lei... le difficoltà sono soprattutto psicologiche, fisiche non ne parliamo perché una persona deve essere vestita, lavata, accudita, però ci sono quelle psicologiche legate al fatto di stare chiuso in casa, di non vedere i propri cari, di non avere la possibilità di andare a fare una passeggiata alle dieci del mattino o alle cinque del pomeriggio perché il tuo orario magari è dalle due e mezzo alle quattro e mezzo. Non c'è nessun altro che ti copre in quell'altro lasso di tempo, quindi sai che non lo puoi fare, quindi sono quasi murate vive da questo punto di vista, è qualcuno che può essere definito come segregato in casa» (Responsabile provinciale ACLI-colf).

Nadia, un'assistente familiare coinvolta nell'indagine, in poche parole, sintetizza il complesso intreccio di cause che inducono disagio e sofferenza nelle donne:

«Se a te ti chiudono 24 ore su 24, come so' stata io, come ti senti? Lacertata... e per esempio quando i festivi, Natale, Pasqua, compleanno dei figli... questi momenti sono molto, molto difficili» (Nadia, Romania).

Le assistenti familiari intervistate nel corso della ricerca non avevano mai sentito parlare di *Sindrom Italia* o di *mal della badante*, conoscevano tuttavia (alcune per esperienza diretta), il quadro sintomatologico che si fa risalire alla presupposta sindrome:

«Ho sentito che tornano a casa da qui tante donne che stanno male con la testa. La depressione, questi attacchi di nervi... che non stanno insomma bene con la testa. Dicono che siamo andati a fa' un po' i soldi in estero ma torniamo a curare noi. E dopo qualche anno torni tu a casa con dei problemi che hai tu bisogno di qualcuno che... vero! È tutta colpa che stai lontano di casa, i figli, i genitori e poi di qui può darsi che stai in una famiglia che la trattano male e poi...» (Mariana, Romania).

Mentre stavo scrivendo questo articolo, ho iniziato una corrispondenza via mail con lo psichiatra ucraino Anatolij Faifrych⁽²³⁾. Quest'ultimo mi scrive di essersi interessato alle sofferenze delle donne nella migrazione a seguito dell'invito, da parte del collega psichiatra Andriy Kiseliiov, a visionare alcuni casi resistenti ai trattamenti psichiatrici: «What about my interest in that field – it was just a coincidence when dr. Kiseliiov asked me one day to see some strange, atypical and mostly – resistant to treatment cases which had something in common with each other – they started in migrants»⁽²⁴⁾ [sic].

Nel corso della corrispondenza chiedo a Faifrych le ragioni che hanno portato lui e il collega a qualificare la supposta *Sindrome* come italiana:

«We have to better explain the term “*Italian syndrom*” which is very controversial. Do immigrants to other countries face the same problems that they have in Italy? Yes, they do.

Why then do we use the term “*Italian syndrom*” and are there any special “Italian” traits?

My opinion is that, first of all, the difference is more quantitative – a lot of Ukrainian and Romanian women have been working in Italy as caregivers for elderly people. In other countries, such as Germany, Portugal, Poland and Anglosaxon world they mostly work as cleaners, and with other tasks because in other cultural traditions caregiving for older people is more institutionalized.

Very often in Italy these women have been living with their employers and their elders in one house, so that they almost do not have private space and

private time. It is somewhat an Italian tradition, it probably has something to do with other national traits – to live in big multigenerational families. This kind of setting is comparatively rare in other cultures» (Anatolij Fajfych, psichiatra, Ucraina).

Dalla spiegazione fornita dallo psichiatra emerge il tentativo di evidenziare il «peso del sociale» nei disturbi psichici riscontrati in alcune donne ucraine immigrate in Italia e una specifica rappresentazione della società italiana che non tiene conto dei mutamenti sociali e socio-familiari avvenuti negli ultimi sessanta/settanta anni e che sono in parte all'origine dell'alta richiesta di supporto domestico.

In un articolo di Alessandro Leogrande *“Il male oscuro delle badanti venute dall'Est. Sole, lontane dai figli e da casa, soffrono di una nuova forma di depressione. L'hanno chiamata “sindrome italiana”, pubblicato nel 2011 su “Saturno”, l'inserto culturale del “Fatto Quotidiano”, l'Italia viene definita come il paese più “badantizzato” d'Europa.*

Il sistema di welfare in Italia si basa principalmente su aiuti alle famiglie, sotto forma di trasferimento di denaro, con scarse soluzioni pubbliche volte in particolare al supporto a domicilio degli anziani non auto-sufficienti; la loro istituzionalizzazione in Residenze sanitarie assistenziali (RSA), risulta non essere la soluzione giudicata migliore né dall'anziano né dai familiari, che preferiscono lasciare la persona nella propria casa evitando di deprivarla di punti di riferimento e consolidate abitudini. In tal senso il “badantato” rappresenta lo sforzo delle famiglie ad accudire l'anziano nel proprio ambiente.

In merito alla co-residenza, rimando alla lettura del capitolo successivo (5. *Lavoro di cura e fattori di rischio per la salute*), in cui questo elemento, cruciale nel lavoro di assistenza all'anziano, viene analizzato come possibile fattore di rischio per il benessere delle assistenti familiari. Molto dipende dalla forma che assume la co-residenza, dall'osservanza dei tempi di riposo, dall'avere o meno una stanza appositamente riservata all'assistente familiare, dall'attenzione che i datori di lavoro prestano alla dimensione privata della vita della lavoratrice, dalle modalità attraverso cui si strutturano le relazioni tra i soggetti coinvolti: assistente, assistito e familiari di quest'ultimo. Dai racconti delle assistenti familiari emergono anche esperienze di cura positive e significative, con relazioni tra colei che accudisce e colui che è accudito, di autentico affetto e complicità.

Un'altra questione che sembra aver contribuito alla definizione della presupposta sindrome come “italiana”, riguarda le rappresentazioni degli aspetti legati alla sfera della sessualità, ai comportamenti ad essa

connessi e alle ripercussioni che gli stessi hanno a livello soggettivo e a livello sociale:

«Another specific “Italian” problem that I have faced is the comparatively high rate of sexual molestation that often has the innuendo of “patron’s seduction” which I have never found in anglosaxon culture. It is not about rape or sexual assault, those women “surrendered themselves” [...]. The fact is that those same seduced women will face great moral struggling and suffering later in life, especially after their returning back home, in their native culture and family.

In Western Ukrainian culture, such sexual behaviour, especially involving a much older partner and/or having financial background is perceived as a considerable moral degradation. On the other hand, I can understand that a sexually deprived and mentally exhausted, stressed woman with low self esteem can be at high risk of seduction by a “caring patron”, or his relative, even if he is not self sufficient.

This is not to say that Ukrainian caregivers are more disposed to have sexual relations with their patrons – quite the contrary: I think Ukrainian women in general, are less sexually “free” than their counterparts from other cultures. In other words, their moral standards and restrictions are often higher, that is why they are apt to suffer very deeply if they have experienced such an event» (Anatolij Faifrych, psichiatra, Ucraina).

Questo aspetto emergente nelle spiegazioni di Faifrych sembra specificamente connesso alle donne dell’Ucraina occidentale: «I can imagine, this problem might not exist for eastern ukrainians, having much different cultural sexual attitudes [...]. Western and Eastetn ukrainians seemed to have very different mentality as they historically originated from austro-hungarian and russian empires respectively, two different civilizations». Esso presenta tuttavia elementi di complessità e ambivalenza che necessiterebbero di una sistemica lettura.

Vale però la pena accennare al ribaltamento di questa prospettiva che prende forma in alcuni racconti e immaginari “popolari” italiani – alimentati da casi spesso isolati e da alcune costruzioni mass-mediatiche – dove l’anziano accudito viene a sua volta rappresentato come “vittima” del fascino esercitato su di lui dalla giovane “badante”⁽²⁵⁾.

Nel corso della corrispondenza con il dottor Anatolij Faifrych, cerco di comprendere meglio questo aspetto, problematizzando a partire da quanto emerso dalla ricerca da me condotta con le donne romene immigrate nella città di Perugia e mettendo sul piatto della discussione le questioni connesse al peso dei vissuti pre-migratori e degli immaginari, includendo le percezioni relative all’ “uomo italiano”. Di seguito la risposta:

«And how do Ukrainian women perceive Italian men? I think, that if compared with Ukrainian men, Italians are often perceived as more elegant, rich, generous and thus – more caring. Ukrainian men, are perceived in comparison as those who cannot satisfy material needs and thus – a bit miserable. Although this has to do with economical differences, some cultural elegance may be seen in Italian men, especially in the case of a “seductive patron”. Idealization is a mechanism which often is replaced by dissapointment and the feeling of having met a mean patron later on» (Anatolij Faifrych, psichiatra, Ucraina).

Al fine di spiegare profonde sofferenze psichiatriche riscontrate in una serie di casi, Anatolij Faifrych introduce il concetto di «double excommunication» (doppia scomunica) [traduzione mia], coniato dal suo insegnante, lo psichiatra ucraino Vasyl Lanovyi:

«This term [...] describes a person who was not successful in adaptation to a new society and at the same time – lost the loyalty of the family in Ukraine. These people are strangers everywhere. They do not have any native land, anyone close. Psychoanalists would say, they are probably in conflict with their inner important objects» (Anatolij Faifrych, psichiatra, Ucraina)⁽²⁶⁾.

Il concetto di “doppia scomunica” rimanda in parte a quello di “doppia assenza” (SAYAD A. 2002 [1999]), con una connotazione forse ancora più forte. Mi pare che possa essere letto in chiave di “respingimento”, “rigetto”, “espulsione” da entrambi i “mondi”; “non riconoscimento” da parte di nessun gruppo e in nessun luogo. Nello scambio di idee con Anatolij Faifrych condivido le mie associazioni, includendo, oltre alla “doppia assenza”, la metafora che lo psichiatra italiano Michele Risso prese in prestito dal mondo dell’alpinismo, “a mezza parete”, a indicare una condizione di permanente sospensione tra mondi sociali che si traduce in cronica sofferenza. Anatolij Faifrych così risponde alle mie associazioni: «The term from alpinism imply that the person is holded by some wire, other words, is attached to something or someone. Excommunication would mean that the person is in a free flight».

Ciò che tuttavia emerge tanto dallo scambio di idee avuto con Anatolij Faifrych, quanto dai colloqui in profondità condotti nel corso della mia ricerca, è un impellente bisogno di parola, di raccontarsi, di esprimere e condividere esperienze, sofferenze e disagi. Lo psichiatra mi racconta ad esempio di come in Ucraina siano nati dei gruppi di auto-aiuto, costituiti da donne rientrate al paese di origine, che hanno sperimentato una serie di difficoltà e sofferenze a seguito dell’emigrazione.

A partire da quanto mi scrive il dottor Anatolij Faifrych, gli elementi che spiegano l’aggettivazione “italiana” sono sostanzialmente due: a) la massiccia presenza di donne dall’Est impiegate nel nostro paese in attività di

assistenza all'anziano, che incrociano il bisogno di supporto delle famiglie italiane, caratterizzate perlopiù da una gestione domestica dell'anziano non autosufficiente; b) l'aspetto legato alla sessualità, o meglio alla «patron's seduction» di fronte alla quale, donne in condizioni di disagio diventano arrendevoli. Mi pare che la presunta sindrome, così spiegata, stia definendo tendenze (massiccia emigrazione femminile legata alla cura) e vissuti (ricerca di relazioni sessuali, sentimentali, con un maschile percepito diverso e migliore di quello conosciuto nel proprio paese) e, implicitamente attribuisca un giudizio di valore negativo tanto alla tendenza, quanto ai vissuti soggettivi, entrambi generatrici di forti disordini, sociali e psicologici.

Dall'analisi delle definizioni e delle idee raccolte in merito alla *Sindrom Italia*, mi pare innanzitutto che emerga uno scarto tra le spiegazioni fornite dallo psichiatra ucraino (connesse dallo stesso a donne originarie di uno specifico contesto socio-culturale) e l'interpretazione e l'uso che ne viene fatto a livello mediatico, a partire ad esempio dalla doppia estensione dell'etichetta diagnostica, geografica e transgenerazionale, applicata tanto alle madri quanto ai figli.

Tuttavia, dai discorsi emergenti in questa etnografia, risultano rappresentazioni della donna migrante che la vogliono o fragile e arrendevole a causa delle oggettivamente dure e stressanti condizioni di vita sperimentate nella migrazione – quindi facile “vittima” della «patron's seduction» [sic] – o seduttrice del proprio assistito a fini economici.

Al di là delle rappresentazioni (soggettive, medico-psichiatriche, mediatiche) e dei molti “rumours” che forniscono spiegazioni semplicistiche a fenomeni complessi, mi pare che restino dei “vuoti” conoscitivi da colmare.

Le conoscenze relative al disagio psico-sociale discorsivamente rappresentato come *Sindrom Italia*, sembrano ancora poche e generalmente poco approfondite. Per altro, la procedura stessa di costruzione della categoria di sindrome è stata ampiamente problematizzata negli studi di antropologia medica (YOUNG A. 1998, QUARANTA I. 1999).

5. Lavoro di cura e fattori di rischio per la salute

Il principale obiettivo della ricerca condotta a Perugia, consisteva nell'evidenziare il *peso del sociale*⁽²⁷⁾ nella produzione di fattori di rischio per la salute⁽²⁸⁾ delle donne migranti impegnate nella cura di anziani non auto-sufficienti.

Alcuni fattori di rischio sono strettamente connessi allo sforzo fisico nell'attività di accudimento, quali ad esempio il sollevamento e lo spostamento di un corpo spesso inerte e impossibilitato a collaborare. Di conseguenza, molte assistenti familiari accusano forti dolori e, talvolta, danni permanenti alla schiena, alle ginocchia, alle braccia e alle spalle. Generalmente questi problemi fisici sono tenuti nascosti dalle stesse assistenti familiari, non di rado, infatti, essi costituiscono un ostacolo alla ricerca di un nuovo lavoro e talvolta portano alla risoluzione del contratto in corso. I timori legati alla paura di perdere il lavoro (in un settore che rappresenta sovente l'unico sbocco occupazionale) generano talvolta un acuirsi delle sintomatologie e delle patologie in questione. Il sopraggiungere di problemi di salute porta talvolta al licenziamento della "vecchia" badante e all'inserimento di una nuova. Non tutti i familiari riescono a mantenere contemporaneamente due lavoratrici, una in malattia e l'altra attiva, in un rapporto di lavoro che la responsabile provinciale ACLI-colf definisce «un po' particolare», in quanto, «pur avendo diritto alla malattia che viene corrisposta con un'indennità, quest'ultima viene pagata dal datore di lavoro e non dall'Istituto nazionale di previdenza sociale» (INPS).

Al di là degli effetti diretti sul corpo di un lavoro fisicamente impegnativo, dalla ricerca emergono molteplici fattori di rischio, connessi in parte alla complessità della stessa esperienza migratoria (che include anche i vissuti che l'hanno preceduta e le motivazioni che l'hanno determinata), alla lontananza da casa⁽²⁹⁾, in particolare dai figli, in parte legati all'attività di assistenza all'anziano. In questo paragrafo vengono brevemente esposti i fattori di rischio strettamente connessi all'attività di assistenza all'anziano.

Il sociologo Maurizio Ambrosini parla di *integrazione economica subalterna* riferendosi alla concentrazione di immigrati in settori occupazionali dequalificati, precari, poco riconosciuti socialmente ed economicamente. Le assistenti familiari intervistate hanno evidenziato alcuni aspetti particolarmente critici nel loro lavoro⁽³⁰⁾. Questi aspetti toccano innanzitutto la lontananza da casa, l'impegno continuativo per molte ore al giorno, talvolta ventiquattro ore su ventiquattro, la precarietà, essendo il lavoro legato al tempo di vita che resta all'assistito, il continuo contatto con le fragilità della vecchiaia, della malattia, «l'incessante confronto con la morte»: «io, da quando sono qui, che vedo le persone che soffrono e poi muoiono»⁽³¹⁾, il sentimento di isolamento e solitudine, la relazione con la famiglia dell'assistito e a volte anche con quest'ultimo, relazione che si configura talvolta come intreccio di atteggiamenti paternalistici e rapporti di lavoro che rimandano a remote figure di padrone e servitore. Lavorare

in famiglia occupandosi di un anziano non più autosufficiente e spesso in fin di vita, significa abitare un campo relazionale particolarmente carico di difficoltà e spesso generatore di un denso groviglio di emozioni. Non sono rari i racconti di relazioni conflittuali tra “badanti” e familiari dell’assistito.

Mi pare che questo particolare rapporto di lavoro, in cui l’assistente familiare è «l’estranea di casa», si configuri talvolta come *doppio vincolo*⁽³²⁾, caratterizzato da profonde ambivalenze. Quello che si dice a parole, il messaggio contenuto in frasi del tipo «desidero che tu ti senta come se questa fosse casa tua», induce le assistenti familiari ad assumere delle “libertà” che risultano nei fatti non gradite ai datori di lavoro. Insomma, quanto dichiarato verbalmente, viene poi contraddetto nelle pratiche e negli atteggiamenti assunti da alcuni datori di lavoro nei confronti delle proprie lavoratrici. Questo crea malintesi e incomprensioni che, non di rado, portano alla definitiva risoluzione di un contratto di lavoro.

Nel lavoro di cura è centrale la *domanda di co-residenza*, l’anziano non più auto-sufficiente e la famiglia hanno bisogno di qualcuno che garantisca presenza e assistenza continuativa, ventiquattro ore su ventiquattro. Su dodici assistenti familiari intervistate nel corso della ricerca, otto vivevano con l’assistito. Questo significa spesso impegnarsi ad accudire l’anziano giorno e notte, talvolta anche nei giorni festivi, con tempi e ritmi necessariamente lenti, come racconta Giorgia:

«Quando sei in una famiglia dai tutto! Tutto il tuo tempo, ce l’hai solo quelle 32 ore, ‘n c’è altro, ‘n c’è tempo per te! Se trovi una vecchietta che cammina, che capisce, che vole solo compagnia allora sì. Se trovi una vecchietta che c’ha carrozzina, allora, non c’hai tempo perché a custodirla, la mattina, devi inizia’ alle sette, finisci alle nove, solo per custodirla, perché non poi fare come fai tu, per te. Ci vuole tempo e devi fa piano. Poi fai la colazione, sistema tutto quello che hai lasciato dietro, non lo lascia da sola... inizia a sistema’, arvai, devi sta lì n’altro pochino, per controllalla, perché ‘n la poi lascia’, ti serve un’ora per la camera? Non ce l’hai perché quella non la puoi lascia’. Gli serve qualcosa? Si sente male e non ti parla? Come fe? Ti menano i figli! La devi sempre tene’ d’occhio, giorno e notte. Io come avevo trovato quella signora a Terni, se non andava via di testa, perché è andata via di testa quando ha visto che non poteva più camminare. È andata via di testa e in due mesi è morta. E le hanno scoperto poi anche il cancro alla milza, bello grandino. Io dovevo anda’ a casa (in Romania) perché non gliela facevo più» (Giorgia, Romania).

Le assistenti familiari hanno diritto a due ore di riposo nel corso dell’intera giornata lavorativa, ma questo diritto, sancito nel regolare contratto nazionale per assistenti familiari⁽³³⁾, non sempre viene rispettato: «Io

uscivo solo una volta ogni du' settimane, un sabato no e un sabato sì» (Giorgia, Romania). La responsabile provinciale (provincia di Perugia) e membro del direttivo nazionale ACLI-colf, evidenzia come, nella stragrande maggioranza dei casi, chi fa la "badante" lo fa a tempo pieno, talvolta "barattando" il proprio tempo con soldi offerti fuori busta paga, per ore di lavoro svolte in nero. In effetti, il settore dell'assistenza familiare è fortemente caratterizzato dal cosiddetto lavoro grigio, che consiste in un misto di ore di lavoro regolarmente svolte con regolare contratto di lavoro e ore di lavoro nero, svolte quindi fuori e oltre il contratto.

«Quelle ore in più nella maggior parte dei casi vengono ben pagate, in maniera diversa, perché poi vengono anche, tra virgolette, mascherate. Mi spiego meglio: se io faccio la badante e devo assentarmi quelle due ore da casa e magari non c'è nessun altro, un figlio, un parente, che può accudire la persona malata, due ore di buco sono tante, quindi io ti do un extra, magari con la scusa di dire mi stiri i panni o mi lavi il pavimento al piano di sopra, comunque, c'è un qualcuno che sta in casa, che in caso di necessità accudisce sempre l'altro. C'è qualcuno che può stare da solo due ore, tre ore o mezza giornata e qualcuno che non può assentarsi nemmeno un quarto d'ora. Se qualcuno deve essere accudito continuamente, se io me ne vado, ci deve essere un altro che accudisce al posto mio. È un discorso un po' particolare, non c'è un cartellino da firmare quando si entra e quando si esce. Chi fa la badante lo fa, nella maggior parte dei casi, a tempo pieno, sta lì, anche se non fa nulla perché magari non c'è nulla da fare, però sta lì, più lavoro di quello. Diventa in molti casi se non un lavoro fisico, un lavoro mentale. Poter prendere quella boccata d'aria, andare con la propria amica e parlare nella propria lingua diventa il massimo dell'apoteosi!» (Responsabile provinciale ACLI-colf)

Vivere a casa dell'assistito significa condividere, per un tempo prolungato, spazi, oggetti, odori, ritmi quotidiani, faticose notti insonni, confidare stati d'animo, svelare l'intimità del proprio corpo. La co-residenza presenta tuttavia degli aspetti positivi per molte donne che risolvono così il problema abitativo e riescono a risparmiare quanto più denaro possibile da inviare ai figli e ai familiari lasciati nel paese di origine. Questo aspetto, associato alla paura di perdere il lavoro, porta alcune donne ad adattarsi a situazioni usuranti, molto difficili da sopportare e, come evidenzia il Parroco romeno coinvolto nella ricerca, capita che le assistenti familiari siano disposte ad accettare condizioni di lavoro che «avviliscono la loro dignità» e «l'amor proprio». Insomma, talvolta proprio le donne rinunciano per prime alla difesa dei loro diritti.

Il tema della co-residenza tocca molti aspetti inerenti l'intreccio tra vita "privata" e vita lavorativa, il cui confine è talvolta molto sfumato, talvolta inesistente, proprio perché abitazione e luogo di lavoro coincidono. Inol-

tre, non sempre le “badanti” hanno una stanza propria presso l’abitazione dell’assistito. Avere una stanza tutta per sé equivale ad avere uno spazio in cui la propria intimità e il proprio riposo, sono in parte preservati. Come evidenzia un’assistente familiare: «Quando non hai la tua camera è molto difficile, non sei tu, non sei! Tu non esisti se non c’è la tua intimità».

Un altro non trascurabile aspetto del lavoro di cura, riguarda *le difficoltà connesse al contatto intimo e continuativo* con una corporeità in declino⁽³⁴⁾, quale quella dell’anziano – malato (per giunta inizialmente estraneo), fatta anche di odori acri e suoni non gradevoli:

«Una casa con una persona malata non deve essere odore di pipì e di cacca. Perché ieri sera, quando ero in veranda per lavare, io ho lasciato la porta aperta e le finestre della camera aperte, per areare. Dormo anch’io (in quella camera) e quando sono tornata ho trovato tutto chiuso. Ho detto al figlio e lui dice: “ma ho chiuso perché ho visto che hai lasciato aperto tutto” “ma per questo lasciato aperto, perché signora ha fatto la pupù”. L’altro giorno a tavola ho detto a Luca (figlio dell’assistita): “per dire la verità, la badante deve avere la sua camera, deve avere la sua intimità”, dice: “ma puoi dormire in salone” “non è importante solo questo, è importante di avere tutta la mia roba nella mia camera, perché quando mi cambio, si fa rumore anche sempre andare nell’armadio”. Sabato scorso mi sono sentita come un cane buttato fuori perché ho dimenticato un po’ di cose nella camera sono andata e Sara (la nuora) mi ha detto che la signora sta attento a me che non devo disturbare» (Titiana, Romania).

Dormire con l’accudito contribuisce ad acuire gli effetti di una attività lavorativa per cui non si stacca mai dal proprio impegno lavorativo e implica una continua esposizione a interferenze e rumori che rendono difficile anche il riposo notturno. Le assistenti familiari intervistate raccontano di anziani insonni che «avevano scambiato il giorno per la notte»⁽³⁵⁾, di ininterrotte urla di dolore, di respiri pesanti, di maleodoranti evacuazioni, di materassi gonfiabili che «trr... trrr, tutta notte». *Non staccare mai* dal proprio lavoro ha inevitabilmente delle ricadute negative sulla salute, in termini di stanchezza e stress prolungati, in un lavoro in cui vengono svolte molte mansioni quali: pulire la casa, cucinare, prendersi cura del corpo dell’assistito⁽³⁶⁾, somministrare farmaci, curare le piaghe da decubito, tenere rapporti con medici e con personale di assistenza socio-sanitaria e, naturalmente tenere rapporti con la famiglia dell’assistito. A queste attività si aggiungono a una serie di “funzioni” non esplicitamente richieste, ma comunque attese, come il supporto emotivo e la capacità di stabilire un legame di affetto con l’accudito:

«Se assumi qualcuno per fare assistenza a qualcun altro, sì. L’esigenza d’affetto secondo me è a monte, anche se nessuno te lo racconta ma c’è

per forza. Per forza ci deve essere questa richiesta d'affetto, intrinseca, non viene detto, però c'è [...]. Non lo chiedi, però te l'aspetti» (Responsabile provinciale ACLI-colf).

In molti casi, questo accade “naturalmente”. Come testimonia un'assistente familiare: «In questi anni, sai, si diventa molto legati» e si crea spesso un legame che va oltre quello stabilito in un qualsiasi contratto di lavoro. L'anziano e la “badante” che lo traghetta verso la morte, vulnerabili entrambi, sono spesso reciprocamente affezionati. Le “badanti”, lontano da casa e dai propri cari, talvolta investono affettivamente molto nella relazione con l'accudito:

«Ci provi a trovarti qui qualcuno con cui poi ave' fiducia, un qualcuno col quale poi parlare, se non c'hai quello sei sola! Allora lo cerchi nella famiglia, lo cerchi nel malato. Altro non poi fare» (Giorgia, Romania).

Questo legame rende il lavoro ancora più difficile da gestire, in ragione di un complesso groviglio di emozioni generate nel difficile campo relazionale della “cura”.

Nel contesto di un incontro di gruppo svolto con alcune assistenti familiari per individuare le principali questioni problematiche connesse al loro lavoro, è emerso sin da subito il disorientamento, l'angoscia, il dolore e la paura legati al *continuo contatto con la morte*. A volte proprio le “badanti” sono le uniche testimoni di quella morte, vissuta in solitudine e angoscia. Con la morte dell'assistito, le assistenti familiari perdono il lavoro, la casa e spesso, un affetto profondo⁽³⁷⁾.

E a volte accade che, a seguito della morte dell'accudito e la fine di un'esperienza di cura particolarmente significativa, sopraggiunga un periodo di forte depressione, legata al dolore e allo stress accumulato nei giorni, o mesi, che hanno preceduto quella morte. Le assistenti familiari ne escono talvolta così profondamente toccate da desiderare di cambiare lavoro, come è successo a Maria:

«Con Lucia ho lavorato sette anni. Per me è stato un regalo del Signore, dopo quella prova, tre anni de croce. Un lavoro che l'ho gestito da sola, il medico, il pronto soccorso... praticamente ai due figli non avevano tempo e mi hanno dato tutta la fiducia. Quando è morta lei non ho più voluto lavorare con anziani, mi ha lasciato una ferita... che tre anni ho sofferto per lei. È stata come una nonna vera per me lei» (Maria, Romania).

La psichiatra coinvolta nei focus-group svolti nell'ambito di questa indagine, ha parlato di *lutto non riconosciuto* per le assistenti familiari, le quali si trovano in una posizione caratterizzata da un *conflitto di ruolo*. Il loro ruolo di accudenti le porta spesso a un forte coinvolgimento emotivo. Tuttavia

è come se le badanti non avessero diritto al lutto e al dolore, trovandosi nella posizione di lavoratrici e non in quella di familiari. E questo confligge anche con quanto atteso, ma non esplicitamente dichiarato, da parte dei familiari mentre l'accudito era ancora in vita, ovvero che la "badante" stabilisse con l'anziano una relazione di affetto, non solo di accudimento.

Rispetto alla morte, cruciale passaggio facente parte del ciclo della vita, ogni società ha organizzato pratiche e riti che consentono di affrontarla attraverso specifiche modalità, come riportato nel frammento di intervista che segue, da cui emerge come la morte, in alcuni paesi della Romania, sia ancora un evento "corale"⁽³⁸⁾:

«In Romania, quando muore una persona, sempre deve stare qualcuno, vengono anche vicini e poi, secondo nostra religione, nostra tradizione, quando muore qualcuno sempre deve avere una luce accesa, una candelina speciale che si prendono in chiesa» (Titiana, Romania).

Gli aspetti problematici insiti nel lavoro di cura, sommati a storie di vita dense di problemi e segnate da molteplici difficoltà, contribuiscono talvolta a rendere le persone maggiormente vulnerabili. E la fragilità costituisce spesso un ostacolo all'opportunità di inserimenti lavorativi, come spiega la psicologa addetta ai colloqui di lavoro e alla selezione di assistenti familiari per una nota cooperativa sociale perugina:

«A volte, le persone con più necessità sono anche le più fragili, per cui mettendole in una situazione di stress, dentro una famiglia che già è fragile, rischiamo che per da' una mano all'assistente familiare si crea un problema a lei e alla famiglia. Se vedi che magari le fai una domanda e si mette a piangere, dici ma io questa la posso mette' in una famiglia che c'ha già magari un alzheimeriano... dici, magari ha dei farmaci, beve, non beve. Quando io dico: ma è idonea per questo lavoro? Noi lavoriamo con il disagio... una persona che già sta male di suo, può essere di supporto a un'altra che sta male? La risposta è no. Tu la vorresti affidare la tua mamma, il tuo papà, a una persona che non è a posto?» (Operatrice di cooperativa addetta ai colloqui di lavoro).

Tuttavia, accanto ai fattori problematici, le stesse assistenti familiari evidenziano aspetti positivi del loro lavoro e presentano risorse che potrebbero senz'altro essere maggiormente valorizzate. Alcune donne, ad esempio, fanno notare come inizialmente hanno scelto il "badantato" come opzione "forzata", non trovando altri impieghi e di essersi poi appassionate a questo lavoro strada facendo: «È così. La badante prima non piaceva, adesso mi piace», a partire dalla relazione con i loro accuditi, valorizzando quanto appreso dal lavoro di assistenza, non solo in termini di conoscenze tecniche (movimentazione dell'anziano, alimentazione, igiene, ecc.), ma in ragione di competenze relazionali e qualità sviluppatesi

proprio grazie alla relazione con l'anziano. Ad esempio tutte evidenziano come la *pazienza* sia una qualità indispensabile nel lavoro con gli anziani e come essa sia stata acquisita nel tempo, attraverso l'esperienza e la relazione con i propri assistiti. A riguardo, in quasi tutti i racconti, emerge la similitudine tra il vecchio e il bambino. Come con il bambino, così con l'anziano che non vuole lavarsi, non vuole mangiare, o «canta di notte», serve innanzitutto la pazienza:

«Lo facevo al fijo quando era piccolo “guarda il cielo...” e tu racconta e poi si vede già vestito. Per me, dove lavoro, persone anziane, come fijo piccolo, chi serve aiuto e non serve arrabbiarsi, nervi deve tenere qui e parlare dolce. Vita lunga, vita alza, cadere. Se io non vedo risultati mio lavoro, sono scontenta» (Giorgia, Romania).

Talvolta raccontano, con un misto di tenerezza intrisa di divertimento, vicende ed episodi dei loro anziani «curiosi come bambini», «golosi», «capricciosi» come bambini, «Ma dalla relazione con loro, come dai bambini, si impara molto, io ho imparato molto». In ogni caso, che si tratti dell'anziano saggio, ricco di esperienze vissute e ancora sufficientemente lucido da poterle trasmettere, sia che si tratti di persone non più in grado di ragionare lucidamente, le assistenti sembrano capaci di valorizzare quanto appreso: dalla pazienza, al coraggio di fronte alla malattia e alla morte, alla cucina, al cucito, alla capacità di apprezzare di più la vita, l'amore per le piccole cose, la saggezza della lentezza:

«Quando vedi che l'assistito è calmo, è tranquillo, è contento... anche se le cose non l'ha fatte lui... perché una cosa si deve fa', non ti devi spezza' la schiena per fa' le cose, fallo sforzare, parla con lui, anche se lui non riesce a move le gambe, fallo sforzare, fallo pensare ad altro per non rendersi conto di cose che tu gliel'hai fatte. Perché se se rende conto che tu gliel'hai fatta, sta male, piange che non è più capace. Si vede che tu lo vesti, piange perché si vede in quel modo piange che non è più capace. Invece tu fallo racconta' de altre cose. Vedrai tu quanto è contento quando si ricorda le cose belle, non quelle brutte! Quella soddisfazione che lo vedi e ride contento, parla... ti dà una soddisfazione! Il resto viene. Comunque vada, tu alla fine del mese c'hai lo stipendio. Ma quando vedi che inizia a sta bene, parla con te, se apre, così... ti sembra di essere a casa!» (Giorgia, Romania).

6. “Cattive da pensare”

Intorno alla figura della “badante” proveniente dai paesi dell'Est Europa si è costruito un nutrito corpo di stereotipi e pregiudizi⁽³⁹⁾, tanto nel paese di immigrazione, in questo caso l'Italia, quanto in quello di emigrazione, in questo caso la Romania. Nel corso della ricerca sono emersi pregiudizi,

anche da parte di assistenti familiari provenienti da altri paesi, connessi al temperamento “duro”, all’opportunismo, alla eccessiva disponibilità nell’accettare qualsiasi condizione lavorativa, all’abuso di alcool:

«Guarda le moldave, le romene, le polacche, sono dure di carattere! Tu parli così con una persona anziana... hanno un carattere veramente duro! Io ne ho conosciuta una che ogni volta che andava a fare la spesa rubava! Si comportava come una bestia! E poi si mettono a bere e portano uomini in casa e la signora anziana è chiusa in casa. C’era una che la mattina era sempre briaca e poi c’aveva due figli» (Monique, Costa d’Avorio).

Emergono, inoltre, numerosi pregiudizi legati alla sfera della sessualità; alcuni considerano le “badanti” romene «donne di facili costumi» e «ruba mariti» e per questo sono, talvolta, guardate con sospetto e timore dalla componente femminile della famiglia datrice di lavoro, in particolare se giovani e belle, poiché potrebbero, per proprio tornaconto, indurre al tradimento gli uomini della famiglia. L’operatrice di una cooperativa sociale addetta a raccogliere le richieste di assistenza agli anziani da parte delle famiglie evidenzia come, in alcuni casi, venga esplicitamente richiesta una “badante” anziana:

«Alcuni chiedono la badante anziana altrimenti il marito della figlia... cerco l’assistenza per la mamma, il papà, però mi preoccupa che poi il marito mi mette le corna» (Operatrice di cooperativa, Italia).

Insomma, in alcuni casi essere giovani e belle potrebbe addirittura costituire un ostacolo alla ricerca di lavoro, come testimonia Giorgia:

«E invece le famiglie, qui, hanno dei pregiudizi?»

Sì.

Quali?

Che... per esempio io ‘n ho potuto prendere dei lavori che erano belli lavori, perché so’ giovane!» (Giorgia, Romania).

L’operatrice intervistata, ad esempio, consiglia alle donne in cerca di lavoro, di presentarsi al primo colloquio con la famiglia abbigliate in modo semplice e raccomanda loro di «non essere appariscenti». Anche dai colloqui in profondità con le assistenti familiari romene, emergono una serie di *difficoltà relazionali* proprio con le donne della famiglia in cui prestano servizio, che nutrono talvolta sentimenti di gelosia nei confronti della lavoratrice.

Lo stesso pregiudizio, in forme diverse, si ritrova in Romania.

Soprattutto nei piccoli villaggi, l’emigrazione è il principale argomento di conversazione tra i compaesani rimasti al paese e le maldicenze e i

pettegolezzi sembrano ricorrenti, soprattutto nei confronti della donna emigrata sola, che viene talvolta rappresentata come colei che usa il “bandantato” per camuffare la sua vera attività che sarebbe la prostituzione. E, proprio da quest’ultima attività, ricaverebbe i soldi da mandare alla famiglia rimasta a casa:

«Loro pensano che siamo tutte puttane! Se ero puttana almeno, che me frega, lo possono di’, tanto... ma quella che sta chiusa, 24 ore su 24, come so’ stata io per 4 anni, 24 ore su 24 e ho sofferto per manda’ i soldi a casa, è puttana uguale? Io l’ho detto... venite anche voi e vedrete che lavoro si fa lì. Loro non sanno che pane mangio io qui» (Giorgia, Romania).

Una donna intervistata, proveniente da un piccolo villaggio montano della Regione della Moldavia, racconta di aver sofferto molto, proprio a causa dei pettegolezzi giunti alla figlia maggiore. La donna in questione ha due figlie in Romania, lasciate alle cure della nonna materna. Un giorno, la maggiore delle due è andata da un’amica vicina di casa, che le ha detto di aver sentito da sua madre – anch’essa emigrata in Italia per lavorare – che la sua mamma si prostituiva. La ragazzina è tornata a casa dalla nonna piangendo ed è entrata in uno stato di grande angoscia. La madre dall’Italia ha tentato di rassicurarla, parlando molto con lei al telefono.

Essere emigrati, essere figli, genitori, o amici di emigrati sembra non ostacolare la produzione e la circolazione di atteggiamenti giudicanti nei confronti di quanti hanno lasciato il proprio paese. Sayad scriveva: «Non c’è forse famiglia algerina che non abbia il “proprio” emigrato in Francia (un membro della famiglia, un genitore o un parente, o soltanto un amico intimo). Ma ciò non impedisce che si possa parlare degli emigrati (per esempio dell’emigrazione in generale) in termini di denuncia, di accusa, di stigmatizzazione [...]» (SAYAD A. 2002 [1999]: 151). Secondo l’Autore, tra i principali contraccolpi sulla società di origine, vi è quella che chiama illusione di una promozione sociale illegittima, avvenuta oltre le regole socialmente condivise e ammesse (SAYAD A. 2002 [1999]: 157).

Questo appare ancor più pertinente se applicato alle donne-madri-migranti, sovente schiacciate in processi di stigmatizzazione che talora le colpevolizzano e talora le vittimizzano.

Sarebbe interessante approfondire il ruolo giocato dal pensiero di genere ancora dominante, da sistemiche strutture patriarcali che hanno per anni rigidamente definito il posto delle donne nella famiglia e nella società, nei processi di costruzione di categorie come *left blind*, *orfani sociali*, *orfani bianchi*, etichette diagnostiche come *Sindrom Italia* e anche nella diffusione di stereotipi e pregiudizi. Tutti “prodotti” generati a livello sociale, media-

tico, medico, a seguito del grande esodo di donne da Est, che, in qualche misura, mi pare rappresentino le “*migranti cattive da pensare*” di oggi.

Cingolani evidenzia che, per la Romania socialista, esistevano diverse categorie di migranti: quelli «buoni da pensare», erano coloro che si spostavano internamente, da una zona all'altra del paese, principalmente per andare a lavorare nelle grandi fabbriche, «la forza proletaria che partecipava al grande processo di industrializzazione e modernizzazione del Paese»; «buoni da pensare» erano anche quelli appartenenti alle minoranze etniche che con la loro dipartita contribuivano al processo di omogeneizzazione auspicato dal regime. I «cattivi da pensare» erano invece gli oppositori al regime, che con le loro fughe «tradivano la fedeltà verso la Nazione» (CINGOLANI P. 2009: 29).

Il Parroco romeno racconta che, tuttora, gli emigrati non sono ben visti da chi resta al paese e sembra che l'idea di “tradimento” permanga in qualche forma, ad esempio nel non riconoscere i romeni emigrati come romeni, ma piuttosto come “italieni”:

«Durante la fila, per accedere allo sportello di un particolare ufficio, una donna che parla romeno con un marcato accento italiano critica il mal funzionamento di una serie di cose in Romania e quando se ne va, l'impiegata, con un atteggiamento visibilmente irritato, commenta: “non vedo l'ora che questi qua tornino al loro paese (ovvero l'Italia)” (Parroco romeno, Perugia).

Il Parroco romeno mi racconta che gli articoli di alcuni giornali nel periodo dei massicci rientri in occasione delle ferie estive riservano atteggiamenti poco accoglienti nei confronti degli emigrati, divulgando titoli del tipo: “arrivano gli italiani”, ovvero i romeni immigrati in Italia. Come gli emigrati algerini di Sayad, chiamati immigrati anche dalla società algerina (SAYAD A. 2002 [1999]: 149).

In Romania, prima del 1989 l'emigrazione era resa marginale dalla chiusura delle frontiere ed era «criminalizzata e fortemente ideologizzata ed era vista dalle autorità come una forma di protesta perché discreditava simbolicamente il regime e minacciava la sua legittimità davanti agli osservatori internazionali» (CINGOLANI P. 2009: 29).

Nei romanzi dedicati ai venti anni di dittatura Ceausescu, come *Il paese delle prugne verdi*, ma anche in *Oggi avrei preferito non incontrarmi*, Herta Müller, scrittrice romena appartenente a una minoranza linguistica tedesca e vincitrice del Premio Nobel per la Letteratura nel 2009, racconta, con una lingua essenziale ma evocativa, al confine tra prosa e poesia, i morti per fuga durante quel periodo.

Dal 2007 la Romania è paese membro dell'Unione europea e non ci sono più soldati di confine pronti a sparare a chiunque tentasse di oltrepassare le frontiere. La ricerca di migliori condizioni di vita resta però attuale, oggi come allora:

«Anche i figli dei giudici sentono parlare del mondo, vanno sul Mar Nero, come chiunque in questo paese. Guardano fuori e come tutti gli altri si sentono attratti altrove, attratti dalla testa fino alle dita dei piedi. Non è necessario passarsela male, e però si pensa: Questa non può essere per sempre la mia vita. Come me e Lilli, anche i figli dei giudici sanno che al confine, dove ci sono i soldati, il cielo prosegue fino all'Italia o al Canada, dove si sta meglio che non qui» (MÜLLER Herta, *Oggi avrei preferito non incontrarmi*, 2011).

7. Alcune riflessioni conclusive sui fattori di rischio e di sostenibilità nel lavoro di assistenza familiare

Tirando le fila del discorso intrapreso in questo articolo, dalla ricerca emerge che i fattori di rischio per la salute delle donne immigrate impiegate in attività di “badantato”, non vanno indagati e delimitati al solo lavoro di assistenza familiare. Sebbene quest'ultimo presenti di per sé diversi aspetti potenzialmente patogeni – i quali includono i rapporti di forza che determinano la condizione di lavoratrici subalterne – i fattori di rischio vanno analizzati ed estesi tanto alle condizioni di esistenza prodotte dalla emigrazione/immigrazione, quanto ai vissuti soggettivi. Vissuti soggettivi (quindi emotivi) connessi tanto alla *presenza* fisica e fattiva delle donne “qui”, quanto ai loro incessanti sforzi volti al tentativo di garantire *presenza* – attraverso il supporto economico, morale ed educativo – “là”, nel paese di emigrazione, in particolare ai figli. Sayad scriveva: «Abbondano gli indizi del rapporto “sfortunato” che l'immigrato può avere con il lavoro. Questo rapporto assume talvolta la forma di comportamenti prossimi alla patologia [...] ed è collegato alla condizione dell'immigrato, così come alle condizioni di lavoro propriamente dette. Ciò porta inevitabilmente a interrogarsi non solo sulla specie di presenza concessa all'immigrato nell'immigrazione, ma anche e più significativamente sugli effetti dell'assenza» (SAYAD A. 2002 [1999]: 187). A quanto appena scritto, si aggiungono le condizioni di esistenza sperimentate nel paese di origine prima della migrazione, anch'esse potenzialmente patologiche (vedi capitolo 2. *Le ragioni della migrazione (ragionare sulle ragioni)*). Oltre la miseria, queste includono i rapporti di forza tra classi sociali (e di genere), la corruzione, la violenza strutturale del patriarcato sociale e la violenza domestica.

Nel capitolo 5 di questo articolo (*5. Lavoro di cura e fattori di rischio per la salute*) ho analizzato i fattori di rischio per la salute delle donne migranti impegnate nel settore dell'assistenza all'anziano. Ogni fattore di rischio, trasformato nella sua alternativa positiva, rappresenta per contro un fattore di sostenibilità. Ad esempio, dormire con l'anziano senza avere mai la possibilità di ritirarsi in «una stanza tutta per sé», costituisce un potenziale fattore di rischio; il suo contrario, avere una stanza propria, diviene un fattore di sostenibilità. E così via.

Apro tuttavia una breve riflessione su due importanti fattori di sostenibilità, che potrebbero essere rappresentati da due binomi di parole chiave: parola-rete; radici-legami.

Nel corso di questa indagine ho incontrato un'infermiera esperta, operante da anni nel reparto di rianimazione dell'Ospedale di Città di Castello (Perugia). Ho chiesto all'infermiera di indicarmi i fattori che le rendono sostenibile il lavoro, segnato da un continuo contatto con la sofferenza e la morte. L'infermiera ha evidenziato due fattori di sostenibilità. Il primo è un tempo vuoto, un «tempo cuscinetto» tra l'uscita dall'ospedale e il rientro a casa, che lei chiama «l'ora di sole» e ne parla come di un tempo indispensabile. Il secondo fattore è connesso alla continua interazione con i colleghi: «in reparto non si è mai soli, ci sono gli altri infermieri, i medici. Lo scambio con i colleghi serve per allontanarsi dalla sofferenza, anche attraverso una battuta».

In tal senso, le «badanti» sperimentano multiple solitudini (vedi capitolo 5. *Lavoro di cura e fattori di rischio per la salute*). Non a caso, in alcuni articoli sul lavoro di cura, si parla dell'incontro tra due solitudini, quella dell'anziano e quella della «badante» che lo accudisce.

Nella città di Perugia alcuni spazi emergono come luoghi di ritrovo e di scambio per le assistenti familiari romene: i giardini pubblici, un'osteria e la chiesa romena ortodossa per alcune. Tuttavia molte donne mi hanno raccontato di non avere qualcuno con cui parlare apertamente dei propri problemi, molte manifestano sentimenti di sfiducia verso le colleghe, soprattutto se connazionali, a causa di pettegolezzi e di diffusi sentimenti di invidia.

Il bisogno di raccontare stati d'animo e vissuti, condividere problemi e risorse nel lavoro, affiora più volte nel corso della ricerca. Emerge dall'atteggiamento positivo con cui le assistenti familiari hanno accolto i colloqui in profondità e dai contenuti degli stessi, dalla testimonianza dell'infermiera intervistata, dalle mail di Anatolij Faifrych che mi scrive: «The other one is the absence of supportive environemant or people to

share feelings with. I've met the term "cimentaire of unexpressed feelings" which describes people, having no chances to act out their stress, anger, fear and other emotions. This condition often leads to psychosomatic disorders». I gruppi di auto-aiuto nati in Ucraina sono una risposta al bisogno di rete e di «vuotare il sacco».

Il *mal del paese* poteva portare alla morte le persone che ne soffrivano, l'unico rimedio sembrava essere il rientro a casa. Ad ogni buon conto, dovevano mutare le condizioni di vita, il male non si risolveva attraverso terapie mediche.

Il rientro a casa, nelle testimonianze raccolte, non pare oggi rappresentare un rimedio ai disagi in oggetto. Occorre tener conto anche delle ragioni della migrazione, della scelta, deliberata, dei desideri e dei bisogni che hanno portato all'azione. Tuttavia il mantenimento dei legami – in alcuni casi la ricostruzione degli stessi, superate profonde fratture – con gli affetti lasciati a casa, costituisce un fattore di sostenibilità; un "fattore di protezione", come lo ha definito la psichiatra Deanna Armellini coinvolta nei focus-group. Non a caso L'Associazione delle Donne Romene in Italia (ADRI) ha realizzato un progetto volto a facilitare la comunicazione tra le donne venute in Italia e i figli rimasti a casa. In merito Anatolij Faifrych mi scrive: «So I found that disconnection with native relatives seems to be a to very important factor in pathogenesis [...] So, if there is a possibility to cross the border freely so that an immigrant can visit his or her family during the Christmas holidays, for weddings or funerals, for the illness of children and so on, this considerably enhances the communication and improves the connection between an immigrant and his or her relatives.

Note

⁽¹⁾ Ehrenreich e Hochschild, in una prospettiva che ribalta l'ordine delle "dipendenze" su scala globale, asserendo la dipendenza del Primo mondo dal lavoro degli immigrati (e soprattutto delle immigrate) dai paesi poveri, scrivono: «Sempre più spesso, via via che le famiglie borghesi e benestanti diventano dipendenti dalle immigrate dei paesi più poveri per l'accudimento dei bambini, i lavori domestici e la sfera sessuale, si instaura una relazione globale che sotto molti aspetti rispecchia il tradizionale rapporto tra i sessi. Il Primo mondo riveste il ruolo che nella famiglia spettava un tempo all'uomo, viziato, depositario di diritti, incapace di cucinare, di pulire e di ritrovare i propri calzini. I paesi poveri assumono il ruolo tradizionale della donna, fatto di accudimento, pazienza e abnegazione. Una divisione del lavoro che le femministe criticavano quando era "locale", oggi è diventata, metaforicamente parlando, globale». (EHRENREICH B. - HOCHSCHILD A.R. 2004: 18).

⁽²⁾ In questo saggio l'Autore parla di una *geografia della cura*, il paese delle badanti è sicuramente l'Italia, con un numero di anziani bisognosi di accudimento in progressivo aumento, ma "paesi

delle badanti” sono anche la Romania, la Repubblica di Moldova, l’Ucraina, l’Ecuador e gli altri paesi da cui provengono le donne addette generalmente alla cura dei nostri anziani.

⁽³⁾ Il sostantivo “badanti” è stato ampiamente problematizzato negli studi che si sono occupati di questa particolare relazione di cura e accudimento. Tuttavia scelgo di utilizzarlo seppur virgolettato, poiché è la parola che generalmente tutti riconoscono. La usano informalmente le stesse “badanti” e, a livello istituzionale, nel 2013 questo termine veniva impiegato anche dal nostro Istituto Nazionale di Previdenza Sociale. Tuttavia la corretta denominazione di queste lavoratrici è assistenti familiari.

⁽⁴⁾ Nel suo saggio, Ascione riporta il colloquio di lavoro tra una cinquantenne italiana – in difficoltà economiche e disposta a fare qualsiasi lavoro – e l’operatrice di una cooperativa che si occupa di mediazione tra domanda e offerta nell’ambito della cura agli anziani (dove l’Autrice ha svolto osservazione partecipante); di seguito la risposta dell’operatrice: «Ma si rende conto lavorare dalle otto alle otto o non tornare mai a casa la notte? Ma come fa signora? Mica le posso proporre un orario così. Noi italiani non abbiamo la mentalità per fare questo lavoro, non sarebbe nemmeno giusto, invece il personale straniero in questo è più disponibile, diciamo che viene di proposito per questo. Purtroppo non la posso aiutare» (ASCIONE E. 2012: 75).

⁽⁵⁾ La tabella riporta le prime dieci nazionalità impiegate nella città di Perugia nel settore delle collaborazioni domestiche, nel 2013 (Fonte: INPS).

Stato di nascita	Colf	Badanti	Totale
Albania	400	130	500
Bulgaria	97	175	272
Ecuador	412	250	662
Filippine	286	43	329
Marocco	153	183	336
Moldavia	382	273	665
Perù	255	106	361
Polonia	218	151	369
Romania	1456	1902	3358
Ucraina	716	753	1469

⁽⁶⁾ Ho condotto i colloqui in profondità con l’ausilio di un temario semi-strutturato suddiviso in due macro aree: la prima incentrata su un approccio alla storia di vita, la seconda sulla soggettiva esperienza nell’ambito della cura agli anziani.

⁽⁷⁾ In questo articolo, i nomi delle persone coinvolte nella ricerca in quanto rappresentanti di associazioni, parrocchia, enti e istituzioni, non sono stati cambiati. Prima di consegnare l’articolo alla Redazione di AM, lo stesso è stato inviato a tutti i partecipanti istituzionali. Ad ognuno ho chiesto il consenso di citare ruoli e nomi reali. Per le assistenti familiari ho invece utilizzato degli pseudonimi, per diversi motivi. In primo luogo, non sono riuscita a rintracciare tutte le donne coinvolte nell’indagine, così, non avendo avuto modo di confrontarmi con ciascuna di loro, ho scelto di adottare lo pseudonimo come criterio comune.

⁽⁸⁾ La Romania si conferma essere la nazionalità più numerosa sia a livello nazionale che regionale (CARITAS e MIGRANTES, *XXIV Rapporto Immigrazione*, 2014).

⁽⁹⁾ Vale la pena aprire una breve parentesi per ricordare ciò che accadde a Timișoara. Nel 1989, nonostante il crescente malcontento della popolazione romena a causa della povertà e della morsa sempre più pressante della Securitate, Nicolae Ceaușescu era ancora al potere. «Come rovesciarlo? I mass media occidentali diffondevano in modo massiccio tra la popolazione romena

le informazioni e le immagini del “genocidio” consumato a Timișoara dalla polizia di Ceaușescu. Cos’era avvenuto in realtà? [...] Un filosofo italiano (Giorgio Agamben) ha sintetizzato in modo magistrale questa vicenda:

Per la prima volta nella storia dell’umanità, dei cadaveri appena sepolti o allineati sui tavoli degli obitori sono stati dissepoliti in fretta e torturati per simulare davanti alle telecamere il genocidio che doveva legittimare il nuovo regime. Ciò che tutto il mondo vedeva in diretta come la verità vera sugli schermi televisivi, era l’assoluta non-verità [...]. Timișoara è, in questo senso, l’Auschwitz della società dello spettacolo: e come è stato detto che, dopo Auschwitz, è impossibile scrivere e pensare come prima, così, dopo Timișoara, non sarà più possibile guardare uno schermo televisivo allo stesso modo» (LOSURDO D. 2015: 87).

⁽¹⁰⁾ www.transparency.org/research/cpi/overview.

⁽¹¹⁾ L’economista Paul Collier, nella prefazione a *Exodus*, scrive: «Per scrivere questo volume occorre dare risposta a tra blocchi di domande: cosa spinge i migranti a partire? Quali effetti producono le migrazioni su chi resta? Quali effetti producono sulle popolazioni autoctone dei paesi ospitanti? Per rispondere a ognuna di queste domande ci sono specialisti diversi. Col passare del tempo, mi sono reso però conto che le migrazioni non sono un fenomeno prevalentemente economico ma sociale e, per tornare alle specializzazioni accademiche, qui si apre un vaso di Pandora.» (COLLIER P. 2015: XIV).

⁽¹²⁾ Come osserva Francesco Vietti: «Il rifacimento di tetti e facciate, l’innalzamento di secondi piani e portici, la comparsa di cancelli e muri di cinta lanciano sin da lontano un chiaro messaggio: il proprietario sta facendo fortuna all’estero» (VIETTI F. 2012: 142).

⁽¹³⁾ Per un approfondimento delle questioni abitative e dei mutamenti sopraggiunti nei modi di pensare gli spazi domestici si veda CINGOLANI Pietro, *Romeni d’Italia*, il Mulino, Bologna, 2009 e VIETTI Francesco, *Il paese delle badanti. Una migrazione silenziosa*, Società Editrice Internazionale, Torino, 2012.

⁽¹⁴⁾ Nell’introduzione del già citato saggio *Donne globali*, Ehrenreich e Hochschild, riflettendo sui motivi dell’emigrazione femminile, scrivono: «A influenzare la decisione delle donne di emigrare ci sono anche fattori non economici, o per lo meno fattori che non sono direttamente e immediatamente connessi all’economia. Con l’emigrazione una donna può sottrarsi all’obbligo di occuparsi dei membri anziani della famiglia, o di consegnare il proprio salario nelle mani del marito o del padre, o di sottomettersi a un marito violento. L’emigrazione può anche essere la soluzione pratica a un matrimonio fallito e alla necessità di provvedere ai figli senza l’aiuto maschile» (EHRENREICH B. - HOCHSCHILD A.R. 2004: 17).

⁽¹⁵⁾ La scrittrice Herta Müller, nata in un villaggio romeno di lingua tedesca, vincitrice nel 2009 del premio Nobel per la letteratura, racconta spesso nei suoi romanzi la Romania del “socialismo reale”. In un passaggio di *Oggi avrei preferito non incontrarmi* la protagonista, impiegata presso una fabbrica di abbigliamento, decisa a sposarsi in Occidente, aveva inserito nelle tasche posteriori di alcuni pantaloni pronti per essere spediti in Italia, una serie di bigliettini con su scritto “Ti aspetto”, nome, cognome e numero di telefono.

⁽¹⁶⁾ Sarebbe interessante approfondire il ruolo degli immaginari – sia di quelli operanti durante gli anni del “socialismo reale”, sia di quelli operanti dopo il suo crollo – nel plasmare i desideri delle donne, ma anche degli uomini, e il peso di tali immaginari nella scelta di emigrare. Per un approfondimento si veda: MATTALUCCI Claudia (curatrice) (2012), *Etnografie di genere. Immaginari, relazioni e mutamenti sociali*, Edizioni Altravista, Lungavilla (PV).

⁽¹⁷⁾ Ancora dal romanzo *Oggi avrei preferito non incontrarmi* di Herta Müller, un frammento su uomini e consumo di alcool: «[...] Se la notte prende da ciascuno la sua sbornia, verso il mattino dev’essere tutta piena fino alle stelle. Sono così tanti a bere qui in città. / Sulla via di sotto, dove ci sono i negozi, poco dopo le quattro sono arrivati i furgoni delle consegne. Stracciano il silenzio, rombano molto e consegnano poco, qualche cassetta di pane, latte e verdure, e molte di acquavite. Quando laggiù il cibo finisce, le donne e i bambini si rassegnano, le code si disperdono, le vie riportano a casa. Ma quando le bottiglie finiscono, gli uomini maledicono la loro vita e tirano fuori il coltello. I commessi cercano di calmarli, ma la quiete dura solo finché non

sono di nuovo fuori. Vanno in cerca, vagano per la città. Le prime risse scoppiano perché non trovano da bere, quelle successive perché sono ubriachi fradici. / L'acquavite cresce fra i Carpazi e la pianura arida della regione fra le colline. Là ci sono gli alberi di prugne, così tanti che non si riescono quasi a vedere i minuscoli villaggi nel mezzo. Boschi interi cosparsi in tarda estate di una pioggia blu, i rami tutti incurvati. L'acquavite si chiama come le colline, ma nessuno usa il nome che sta sull'etichetta. Non avrebbe nemmeno bisogno di un nome, nel paese c'è solo un'acquavite e la gente la chiama come l'immagine sull'etichetta: "Due prugne". Le due prugne con le guance accostate l'una all'altra sono familiari agli uomini quanto la Vergine Maria con il bambino lo è alle donne [...]» (MÜLLER H. 2011: 11).

⁽¹⁸⁾ Almeno tre gruppi di persone andrebbero prese in considerazione: le donne migranti, i loro assistiti e le famiglie presso le quali lavorano (e più in generale la società del paese ospite) e i figli e le famiglie lasciate al paese di origine (in generale la società dalla quale sono partite). Da una prospettiva principalmente economica, Collier scrive: «Chiunque decidesse di calcolare i costi e i benefici complessivi delle migrazioni, dovrebbe valutare accuratamente il loro impatto sul miliardo di persone che rimangono in paesi dove da decenni offrono ben poche speranze di sottrarsi alla povertà» (COLLIER P. 2015: 175).

⁽¹⁹⁾ Collier scrive: «Le società piccole e povere subiscono un'emorragia di emigranti istruiti, che potrebbero privarle dei talenti necessari a dirigere la vita pubblica. Quei talenti potrebbero invece rafforzarsi se alcune figure di spicco rientrassero in patria dopo aver fatto un'esperienza fondamentale all'estero» (COLLIER P. 2015: 186).

⁽²⁰⁾ Ancora Vietti, raccontando i piccoli villaggi nella Repubblica di Moldova, parla di una *geografia mentale dell'emigrazione*, «la vera mappa del villaggio, che divide il Paese tra chi è emigrato e chi invece è rimasto a casa» (VIETTI F. 2015: 133).

⁽²¹⁾ Per un approfondimento del paradigma transnazionale, che vede la migrazione in una prospettiva bi-direzionale e spesso multi-direzionale, si veda: CINGOLANI P. (2009), VIETTI F. (2012), SAYAD A. (2002).

⁽²²⁾ Il contratto di lavoro a cui si fa riferimento "Contratto collettivo nazionale di lavoro sulla disciplina del rapporto di lavoro domestico. Decorrenza 1 luglio del 2013 - Scadenza il 31 dicembre 2016", era appena entrato in vigore nel momento in cui iniziò la ricerca in questione.

⁽²³⁾ I frammenti tratti dalla corrispondenza con Anatolij Faifrych sono qui riportati senza alcuna correzione o modifica.

⁽²⁴⁾ Nel suo vissuto è tuttavia accaduto qualcosa di molto simile ai casi di cui si occupa nel lavoro.

⁽²⁵⁾ Si veda ad esempio il servizio di Enrico Lucci "La notte delle badanti", andato in onda su "Le iene" il 22 ottobre 2013.

⁽²⁶⁾ In merito a tale concetto, a seguito della definizione fornita, riporta il primo caso da lui associato a una condizione di "doppia scomunica": «Imagine a 50 year old woman, having problems with her husband, who decided to go to the USA with her friend by signing a false marriage contract with him. She worked hard for some time and helped her 20 year old daughter to buy a small one-bedroom condo in Ukraine. But something went wrong and her friend left her without papers and the possibility to survive. She was deported back to Ukraine after several days of homeless life in a big city suffering from paranoia. When she returned, she was rejected by her ex-husband as well as her daughter, who was living in the condo with her boyfriend, and told her "you should not leave me and father in such difficult situation". Formally, that woman didn't have any property in Ukraine and she became homeless, her mental illness progressed, she developed hallucinations that were resistant to treatment. Two years later, she died in a hospital from an intestinal cancer. This case was the first one that made me think of a situation that was later called "double excommunication"» (Anatolij Faifrych, psichiatra, Ucraina).

⁽²⁷⁾ SEPPILLI T. 2014.

⁽²⁸⁾ Il concetto di salute al quale si fa riferimento nell'articolo è quello fornito nel 1966 dal medico igienista Alessandro Seppilli, per cui la salute è una: «condizione di armonico equilibrio funzionale, fisico e psichico, dell'individuo dinamicamente integrato nel suo ambiente naturale e sociale».

⁽²⁹⁾ Giorgia ad esempio sintetizza in poche righe molti aspetti problematici del lavoro, quali la lontananza da casa, le molte ore di lavoro per guadagnare quanto più possibile, le ripercussioni sulla salute di uno stato di stress prolungato, legando tra loro i fattori evidenziati: «L'unica cosa che mi manca è la mia casa. Perché se te cominci a stressa', senti anche le mancanze, viene anche la depressione. Per esempio ultima volta, quando so' andata a casa, perché iniziavo a anda' in depressione e dico preferisco anda' a casa sennò di qui... o vo via di testa o vo via di testa. Sempre al lavoro, sempre al lavoro, prendevo meno giorni liberi possibili per pote' guadagna' qualcosa e questo qui è uno sbaglio. A me mi serviva, c'avevo troppe cose da fare e ero da sola e le dovevo fa. E allora mi si è cominciato a macchiare un pochino il viso, il fegato, è stato attaccato. Il dottore ha detto: "basta che ti cominci a tranquillizza' perché il fegato è un organo che si rigenera, solo che devi lascia' lo stress da una parte, è da esse' un pochettino più calma e ragionare un po' di più. Ho capito che vuoi fare ma non ti devi ammazzare, perché ho capito che fai". Io ci provo, con calma, con freddezza ma ci sono momenti in cui voi anche tu sfogatte... allora me chiudo in bagno e piango» (Giorgia, Romania).

⁽³⁰⁾ Impossibile raccontare la cura nell'ambito di questo articolo. Numerosi studi lo hanno analizzato, descritto, raccontato. Per una disamina del lavoro di cura si veda: ASCIONE E. 2012, CATANZARO R. - COLOMBO A. (curatori) (2009), CERRI M. (2013).

⁽³¹⁾ Come evidenzia Guido Ceronetti nel suo articolo *Lanternina Rossa* pubblicato su "La Stampa" il 6 giugno 2002, il lavoro di cura appare come un'attività «maleodorante, confrontata incesantemente con la morte, esasperante, noiosa, meritoria ma senza premio, senza promozione».

⁽³²⁾ BATESON Gregory (1969), *Doppio vincolo*, in *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano, 2000 [ediz. orig. *Steps to an Ecology of Mind*, Chandler Publishing Company, 1972].

⁽³³⁾ «Contratto collettivo nazionale di lavoro sulla disciplina del rapporto di lavoro domestico. Decorrenza 1 luglio del 2013 - Scadenza il 31 dicembre 2016».

⁽³⁴⁾ Tutte le «badanti» coinvolte nella ricerca, sono sembrate particolarmente sensibili al punto di vista dei loro accuditi e hanno spesso evidenziavano il disagio, il pudore e la vergogna provati da molti anziani nel mostrare la loro intima fisicità a un'estranea.

⁽³⁵⁾ Giorgia mi racconta: «mi mettevo la notte seduta davanti a lei. Mettevo i piedi sulla carrozzina così (mi mostra la postura che assumeva, con le gambe aperte per tenere la signora e assicurarsi che non cadesse) di modo che se lei ci andava da una parte all'altra la tenevo. Io ricamavo e lei guardava il televisore. Era un pochino sonnambula e mi faceva ogni tanto: «fammi vede». Di lì non c'ho dormito due mesi. Ultimi due mesi non li ho dormiti. Per colpa del dolore strillava che non sapeva più che fare... Dice: «mi dispiace cocca mia ma io 'n gliela fo più! 'n gliela fo più!». Chiamava il suo marito: «Giovanni!»» (Giorgia, Romania).

⁽³⁶⁾ Svolgendo osservazione partecipante agli incontri formativi organizzati e gestiti dalla cooperativa sociale Nuova Dimensione, che si occupa di erogare servizi di assistenza alle famiglie, ho partecipato a una lezione dell'operatrice socio-sanitaria della cooperativa stessa. Quest'ultima spiegava alle assistenti familiari: movimentazione dell'anziano, somministrazione dei farmaci, cura delle piaghe da decubito, alimentazione, igiene dei locali, igiene del corpo, dal taglio delle unghie all'attenzione da prestare alle pieghe della pelle, soprattutto per gli anziani in esubero di peso e, con minuzia di dettagli, si è soffermata sull'igiene delle parti intime al fine di evitare infiammazioni e infezioni: «le labbra della vagina vanno sollevate e lavate bene, il prepuzio va lavato e asciugato con cura».

⁽³⁷⁾ Nel lasso di tempo che intercorre tra la fine di un lavoro e la ricerca di un altro, le donne si arrangiano come possono, trovando soluzioni abitative diverse: talvolta a casa di amiche, talvolta in sub-affitto, talvolta in loschi alloggi di fortuna, ma capita anche che i familiari del defunto continuino ad ospitarle finché non trovano una nuova e dignitosa sistemazione.

⁽³⁸⁾ A seguito del colloquio in profondità svolto con il Padre romeno ortodosso di Perugia, sono stata invitata da quest'ultimo a partecipare alla liturgia ortodossa della domenica. In questa occasione, i partecipanti alla liturgia, portano in chiesa delle offerte in cibo, il quale viene benedetto e collettivamente consumato a fine liturgia. L'offerta in cibo si accompagna a richieste di benedizioni trascritte dai credenti su fogli di carta consegnati al padre che celebra la liturgia.

La richiesta di benedizioni è principalmente rivolta in favore di figli, genitori, cari in difficoltà o defunti. In quell'occasione, ho avuto modo di riscontrare quante assistenti familiari romene chiedono al prete ortodosso di benedire il proprio assistito morente, oppure morto oramai da tempo. E così, accanto ai tanti nomi romeni, il padre pronuncia nomi di persone italiane, accudite da una "badante" romena.

⁽³⁹⁾ Nel saggio *Intime ineguaglianze. Migrazioni e gestione del lavoro di cura nel privato sociale*, Ascione, nel raccontare l'incontro con una signora italiana datrice di lavoro scrive: «(...) secondo lei le donne dell'Est sono persone con una "doppia faccia", forse perché la storia del loro paese le ha portate ad essere così per sopravvivere. Parla poi dei rumeni come di una "razza" di cui non fidarsi, anzi da cacciare dall'Italia: mi racconta che pensa questo dopo aver vissuto un episodio traumatico con la precedente lavoratrice convivente rumena (tentato suicidio della lavoratrice mentre assisteva la madre)» (ASCIONE E. 2012: 74).

Bibliografia

ABBRESCIA Angela, *Romania, è "sindrome Italia. Donne lasciano i figli per lavorare in Italia, 40 bambini suicidi*, "Huffington Post", 9 maggio 2014.

AMBROSINI Maurizio (2005), *Sociologia delle migrazioni*, Il Mulino, Bologna.

ASCIONE Elisa (2012), *Intime ineguaglianze. Migrazioni e gestione del lavoro di cura nel privato sociale*, in "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 33-34, ottobre 2012, pp. 57-94.

BATESON Gregory (2000), *Doppio vincolo, 1969* in *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano [ediz. orig. *Streps to an Ecology of Mind*, Chandler Publishing Company, 1972].

CARITAS E MIGRANTES, *XXIII Rapporto Immigrazione*, 2013.

CARITAS E MIGRANTES, *XXIV Rapporto Immigrazione*, 2014.

CATANZARO Raimondo - COLOMBO Asher (curatori) (2009), *Badanti & Co. Il lavoro domestico straniero in Italia*, Il Mulino, Bologna.

CERONETTI Guido, *Lanternina Rossa*, "La Stampa" 6 giugno 2002.

CERRI Marco (2013), *Badanti. Trasformazioni del welfare, migrazioni femminili, mutamenti del lavoro*, in Biblioteca dell'Ippogrifo, Supplemento al n. 8 dell'"Ippogrifo. La Terra vista dalla luna", Pordenone.

CINGOLANI Pietro (2009), *Romeni d'Italia. Migrazioni, vita quotidiana e legami transnazionali*, il Mulino, Bologna.

COLLIER Paul (2015), *Exodus. I tabù dell'immigrazione*, Laterza, Roma - Bari [ediz. orig. *Exodus. Immigration and Multiculturalism in the 21st Century*, Oxford University Press, 2013].

DA ROIT Barbara - CASTEGNARO Claudio (2004), *Chi cura gli anziani non autosufficienti?*, Franco-Angeli, Milano.

DE MICCO Virginia (curatrice) (2002), *Le culture della salute. Immigrazione e sanità: un approccio transculturale*, Liguori Editori, Napoli.

EHRENREICH Barbara - HOCHSCHILD Arlie Russel (curatrici) (2004), *Donne globali. Tate, colf e badanti*, Feltrinelli, Milano [ediz. orig. *Global Woman. Nannies, maid and sex workers in the New Economy*, Henry Holt and Company, New York, 2002].

HOCHSCHILD Arlie Russel (2006), *Per amore o per denaro. La commercializzazione della vita intima*, Il Mulino, Bologna [ediz. orig. *The Commercialization of Intimate Life. Notes from Home and Work*, University of California Press, 2003].

YOUNG Allan, *The harmony of illusion: inventing post-traumatic stress disorder*, Princeton University Press, 1998.

LOSURDO Domenico (2015), *La sinistra assente. Crisi, società dello spettacolo, guerra*, Carocci Editore, Roma.

LUATTI Lorenzo - BRACCIALI Serena - RENZETTI Roberta (curatori) (2006), *Nello sguardo dell'altra. Raccontarsi il lavoro di cura*, in Briciole (Bimestrale del Centro Servizi Volontariato Toscana), n. 10, ottobre 2006.

MALINOWSKI Bronislaw (2005), *La vita sessuale dei selvaggi nella Melanesia nord-occidentale*, Raffaello Cortina Editore, Milano [ediz. orig. *The Sexual Life of Savages in North-Western Melanesia. An Ethnographic Account of Courtship, Marriage and Family Life among the Natives of the Trobriand Islands, British New Guinea*, A Harvest Book, Brace & World, Inc., New York, 1929].

MATTALUCCI Claudia (curatrice) (2012), *Etnografie di genere. Immaginari, relazioni e mutamenti sociali*, Edizioni Altravista, Lungavilla (PV).

MÜLLER Herta (2008), *Il paese delle prugne verdi*, Keller Editore, Rovereto (Tn) [ediz. orig. *Herztier*, Carl Hanser Verlag, München, 2007].

MÜLLER Herta (2011), *Oggi avrei preferito non incontrarmi*, Giangiacomo Feltrinelli Editore, Milano [ediz. orig. *Heute wäre ich mir lieber nicht begegnet*, Carl Hanser Verlag, München, 2009].

PALIDDA Salvatore (2008), *Mobilità umane. Introduzione alla sociologia delle migrazioni*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

PARREÑAS Rachel Salazar (2004), *Bambini e famiglie transnazionali nella nuova economia globale. Il caso filippino*, in EHRENREICH Barbara - HOCHSCHILD Arlie Russel (curatrici) (2004), *Donne globali. Tate, colf e badanti*, Feltrinelli, Milano [ediz. orig. *Global Woman. Nannies, maid and sex workers in the New Economy*, Henry Holt and Company, New York, 2002].

QUARANTA IVO (1999), *Costruzione e negoziazione sociale di una sindrome: un'indagine antropologica sul contenzioso intorno alla Chronic fatigue syndrome (Cfs) nel Regno Unito*, in "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 7-8, ottobre 1999, pp. 129-172.

SAYAD Abdelmalek (2002), *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Raffaello Cortina Editore, Milano [ediz. orig. *La double absence*, Seuil, Paris, 1999].

SEPPILLI Tullio (2000), *Le nuove immigrazioni e problemi di strategia dei servizi sanitari europei: un quadro introduttivo*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 9-10, ottobre 2000, pp. 35-40.

SEPPILLI Tullio (2008), (intervistato da LUPO Alessandro), *Male, malessere e malattia*, "Primapersona. Percorsi autobiografici" (semestrale edito dalla Fondazione Archivio Diaristico Nazionale [onlus] in collaborazione con la Provincia di Arezzo), anno X, n.20, gennaio-giugno 2008, pp. 8-17.

SEPPILLI Tullio (2011), *L'antropologia tra individuo e contesto: un'interpretazione sistemica della condizione umana*, in BOTTACCIOLI Francesco (curatore), *Mutamenti nelle basi delle scienze. L'emergere di nuovi paradigmi sistemici nelle scienze fisiche, della vita e umane*, Tecniche Nuove, Milano.

SEPPILLI Tullio (2014), *Antropologia medica e strategie per la salute. Relazione introduttiva al Convegno*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 37, aprile 2014, pp.17 - 31.

VIETTI Francesco (2010), *Il paese delle badanti*, Meltemi, Roma.

VULLIAMY Ed, *Una rivoluzione preparata a tavolino*, "Internazionale", 20 novembre 2012.

Sitografia

www.transparency.org/research/cpi/overview.

<http://www.teiubestemama.it>.

Scheda sull'Autrice

Michela Marchetti è nata a Città di Castello nel 1973. Si è laureata nel 2005 nella Facoltà di lettere e filosofia dell'Università degli studi di Perugia con una tesi di antropologia (*Effetti patogeni di condizioni ambientali socialmente prodotti. Il caso della coltivazione del tabacco in Alta Valle del Tevere*). Nel 2005-2006 ha seguito il Corso di perfezionamento in antropologia medica presso l'Università degli studi di Milano Bicocca e nel 2006-2007 ha frequentato il Master universitario in Medicina internazionale. Dal 2007 al 2010 ha lavorato come ricercatrice e formatrice presso l'Associazione per la solidarietà e la cooperazione internazionale (UCODEP, Arezzo). Dal 2009 ha partecipato, come collaboratrice di ricerca, a varie ricerche della Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia): nel 2013-2014, "Tutela della salute delle donne immigrate impiegate nella cura di persone non autosufficienti", nel 2011-2013, "Mutilazioni genitali e salute riproduttiva della donna immigrata in Umbria", nel 2011-2012 "Percorsi di accompagnamento e sostegno alla genitorialità a partire dalla gravidanza: un approccio antropologico". Dal 2014 ha collaborato con il Comune di Città di Castello (Perugia) alla realizzazione di percorsi operativi volti all'inclusione socio-sanitaria delle donne migranti. In questa rivista, insieme alla collega Chiara Polcri, ha pubblicato: *Gravidanza, parto, puerperio in un contesto d'immigrazione: un approccio antropologico per la calibrazione dei servizi socio-sanitari*, "A.M. Rivista della Società italiana di antropologia medica" n. 35-36, gennaio 2013. Dal 2016 collabora con Oxfam Italia e con il Consultorio familiare di Arezzo.

Riassunto

«Loro non sanno che pane mangio qui». La migrazione femminile dalla Romania: fattori disgregativi, "doppia presenza", disagi psichici

Questo articolo presenta parte dei risultati di una ricerca empirica condotta nella città di Perugia tra il 2013 e il 2014. La ricerca si poneva l'obiettivo di evidenziare il *peso del sociale* nella produzione di fattori di rischio per la salute delle donne immigrate impegnate nell'accudimento di anziani non auto-sufficienti, attività genericamente detta di "badantato". Tuttavia, una serie di elementi emersi *in itinere* mi hanno portato ad approfondire alcuni aspetti specificamente connessi all'emigrazione femminile dalla Romania. L'articolo propone una riflessione sul concatenamento dei vari fattori che hanno spinto molte donne-madri romene, a lasciare il proprio paese e la propria famiglia per venire in Italia. Le ragioni di questo inedito spostamento di donne non sono riconducibili ai soli fattori economici, ma interpellano la condizione e il ruolo della donna nella famiglia e nella società in generale, le multiple asimmetrie di potere, gli immaginari, i desideri e le aspirazioni per il futuro.

Attraverso la descrizione di una serie di aspetti connessi all'attività di assistenza all'anziano, sono evidenziati i molteplici fattori di rischio per la salute delle donne migranti. Tali fattori sono riconducibili in parte all'attività di "badantato." L'analisi include il complesso groviglio di emozioni e relazioni generate nel "campo" della cura. Altri fattori di rischio sono legati alla condizione stessa di donne-migranti e madri a distanza, con le difficoltà e le sofferenze che questa "doppia presenza" comporta. Dal circuito mediatico giungono notizie che informano sulla doppia condizione di disagio vissuta "qui" dalle donne migranti e "là" dai figli rimasti a casa (i cosiddetti *left behind*) e si parla di *Sindrom Italia* come di una nuova forma di depressione, specifica della migrazione femminile dall'Est Europa. Tuttavia, l'etichetta diagnostica di *Sindrom Italia*, viene sovente estesa ai figli rimasti al paese. Il grande esodo di donne da Est ha generato quindi nuove categorie come *left behind*, etichette diagnostiche come *Sindrom Italia*, nuovi stereotipi e pregiudizi diffusi a livello sociale, mediatico, medico.

Parole chiave: migrazione femminile, "badante", lavoro di cura, maternità a distanza, "left behind", Sindrom Italia.

Résumé

« *Ils ne connaissent pas le pain dont je me nourris* ». *La migration des femmes roumaines: facteurs désagrégeants, «double présence», troubles psychiques*

Cet article présente quelques-uns des résultats d'une recherche empirique menée dans la ville de Pérouse entre 2013 et 2014. Le but était de mettre en évidence que le *social* a bien son *importance* dans la production de tout facteur de risque concernant la santé des femmes immigrées, communément appelées «assistantes de vie», qui s'engagent dans la garde de personnes âgées dépendantes. Cependant, une série d'éléments qui ont apparus en cours de route m'ont poussée à approfondir certains aspects strictement liés à l'immigration des femmes roumaines. Cet article propose une réflexion sur l'enchaînement des différents facteurs qui ont entraîné de nombreuses femmes et mères roumaines à quitter leur pays et leurs familles pour rejoindre l'Italie. Les raisons de cette migration sans précédent ne sont pas uniquement de nature économique; au contraire, elles dépendent également de la condition et du rôle de la femme dans la famille et dans la société en général, des multiples asymétries de pouvoir, des imaginaires, des désirs et des aspirations pour l'avenir. La description d'une série d'aspects liés à l'assistance aux personnes âgées démontre qu'il existe des facteurs de risque pour la santé des femmes migrantes. Ces facteurs ne dépendent qu'en partie de l'activité des «assistantes de vie». Il ne faut pas oublier qu'un complexe enchevêtrement d'émotions et de relations se produit sur le «terrain» du soin et de l'assistance. Parmi les autres facteurs de risque, il faut également citer la condition des femmes à la fois migrantes et mères à distance, tout comme les difficultés et les souffrances

de cette «double présence». Les médias nous informent de l'existence d'une double condition: le trouble des femmes migrantes qui vivent «ici» et celui de leurs enfants restés «là-bas», à la maison (les soi-disant *left behind*). On parle de *Sindrom Italia* comme d'une nouvelle forme de dépression spécifique de la migration des femmes provenant de l'Europe de l'Est. Et pourtant, cette étiquette diagnostique – *Sindrom Italia* – est souvent étendue aux enfants qui sont restés à la maison. Le grand exode de ces femmes provenant de l'Est a déterminé de nouvelles catégories telles que *left behind*, des étiquettes diagnostiques comme *Sindrom Italia* et de nouveaux stéréotypes et préjugés répandus au niveau social, médiatique et médical.

Mots-clés: migration des femmes, «assistantes de vie», travail d'assistance, maternité à distance, «left behind», *Sindrom Italia*.

Resumen

«Ellos no saben qué pan como aquí». La migración femenil rumana: factores disgregativos, “doble presencia”, trastornos síquicos

Este artículo presenta parte de los resultados de una investigación empírica realizada en la ciudad de Perugia entre el 2013 y el 2014. La investigación se proponía el objetivo de evidenciar el *peso del aspecto social* en la producción de factores de riesgo en la salud de las mujeres inmigrantes empujadas en la atención de ancianos no autosuficientes, actividad genéricamente llamada “asistencial”. Sin embargo, una serie de elementos surgidos *in itinere* (en el camino) me han llevado a profundizar algunos aspectos específicamente conectados a la migración femenil rumana. El artículo invita a reflexionar sobre la concatenación de varios factores que han motivado a muchas madres rumanas a dejar el propio país y la propia familia por venir a Italia. Las razones de este inédito desplazamiento de mujeres no son referibles sólo a factores económicos sino que cuestionan la condición y rol de la mujer en la familia y la sociedad en general, las múltiples asimetrías de poder, los imaginarios, deseos y las aspiraciones por el futuro. A través de la descripción de una serie de aspectos conectados a la actividad de asistencia al anciano, se evidencian los múltiples factores de riesgo para la salud de las mujeres migrantes. Tales factores son dirigidos en parte a la actividad de “asistencia”. El análisis incluye la compleja maraña de emociones y relaciones generadas en este “campo”. Otros factores de riesgo están ligados a la condición misma de mujer-migrante y madre a distancia, con la dificultad y sufrimiento que esta “doble presencia” significa. Del circuito mediático llegan noticias que informan sobre la doble condición de malestar experimentado “aquí” por las mujeres migrantes y “allá” de los hijos que permanecen en casa (los llamados *left behind*) y se habla de *Sindrom Italia* como una nueva forma de depresión específica de la migración femenil del este de Europa. Sin embargo, la etiqueta diagnóstica de *Sindrom Italia* a

menudo se extiende a los hijos que se quedan en el país de origen. El grande éxodo de mujeres del Europa del este ha generado nuevas categorías como *left behind*, etiquetas diagnosticadas como *Sindrom Italia*, nuevos estereotipos y prejuicios difundidos a nivel social, mediático y médico.

Palabras llave: migración femenil, “asistente”, trabajo asistencial, maternidad a distancia, “left behind, Sindrom Italia.

Abstract

«*They do not know which bread I eat here*». *Female migration from Romania: disgregation factors, “double presence”, psychic suffering*

This article presents part of the results of an empirical research conducted in the city of Perugia between 2013 and 2014. The research aim was to explore the relevance of social aspects as factors of risk for the health of immigrant women working as in-home caregivers for non self-sufficient elders. In Italian they are generically called “badanti” (caretakers). However a number of aspects emerged *in itinere* have led me to further explore some aspects specifically related to female migration from Romania. The article offers a reflection on the correlation of a number of factors that have led many Romanian women/mothers to leave their own country and families to come to Italy. The reasons for this massive and unprecedented flow cannot be reduced to the sole economic factor, but speak more widely of the women’s condition and role in their family and in society at large, of the multiple asymmetries of power, of their imaginary, their desires and aspirations for the future. Through the description of a number of aspects related to their in-home nursing of the elder, multiple factors of risk emerge. These factors are partly related to their work as caregivers. The analysis explores the complex knot of emotions and relationships that the “field” of caregiving entails.

Other factors of risk are related to the predicament of these women as immigrants and as “mothers from afar”, with all the difficulties and sufferings that such “double presence” entails. The mediatic circuit spreads “news” of such sufferings, experienced “here” by the women and “there” by their children (the so-called *left behind*). There has been talk of an Italian Syndrome (*Sindrom Italia*), as a new form of depression specific to immigrant women from Eastern Europe. Moreover, such diagnostic label is often extended to the children at home. The great exodus of women from the East has generated new categories such as the *left behind*, the above mentioned diagnostic label *Sindrom Italia*, new stereotypes and bias, involving the social, the mediatic and the medical spheres.

Keywords: female migration, caretakers, caregiving, motherhood at distance, left behind, Italian Syndrome

Trattamento chirurgico spirituale e suoi effetti al livello della soggettività

Daiana Paula Milani Baroni

dottore di ricerca in Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasile
[daianapaulam@yahoo.com.br]

1. Il contesto della ricerca

Le riflessioni che presento fanno parte della ricerca di dottorato che ho svolto presso il Dipartimento di Psicologia dell'Universidade Federal do Rio de Janeiro sul processo di trattamento "spirituale" in Brasile e sui suoi effetti al livello della soggettività⁽¹⁾. Questa ricerca non si interessa dell'efficacia medico-chirurgica, cioè di verificare gli effetti fisici del trattamento spirituale, ma – adottando una lettura di ispirazione foucaultiana – si concentra sui suoi effetti al livello della soggettività, sulla sua efficacia simbolica e sul suo potere di trasformazione etica. L'obiettivo di questa ricerca è tracciare – adottando la prospettiva dei pazienti che la vivono come cura e guarigione – un percorso di indagine sulle possibili forme di "cura e guarigione" che sono alternative e parallele alla biomedicina. Lo scopo è osservare e descrivere la produzione di determinate esperienze di soggettività svincolate, anche se solo in parte, dalle attuali forme di esistenza, incentrate sulle pratiche biomediche.

L'indagine sul terreno si è svolta in alcuni centri di cura alternativa brasiliani in cui vengono praticati i "trattamenti spirituali" o la cosiddetta "chirurgia medianica". Ho partecipato ai trattamenti mensili effettuati in alcuni di questi centri alternativi, in particolare in uno, situato nello stato di Minas Gerais. La "chirurgia spirituale" è uno dei numerosi trattamenti offerti in questo centro di cura alternativa. Gli interventi chirurgici sono gratuiti e i pazienti vengono visitati in ordine di arrivo oppure in base alla gravità del problema o della patologia. Nella maggior parte dei casi, i pazienti giungono al centro dopo un lungo processo di cure nell'ambito della biomedicina e con un'accurata diagnosi della loro malattia, a volte senza nessuna speranza di guarigione. A volte si presentano persone con problemi di salute non gravi, ma insoddisfatte dei trattamenti convenzionali. Ho osservato che questo tipo di trattamento viene scelto per vari

motivi: fede nel mondo spirituale, passaparola, volontà di evitare cure mediche invasive, gratuità.

La mia attività di ricerca ha previsto la partecipazione a diversi momenti del percorso di cura: l'arrivo e il primo esame dei pazienti; le attività di studio e le riunioni del gruppo dei guaritori, prima e dopo i trattamenti, quando i pazienti erano presenti nel centro; i trattamenti e le chirurgie – alcune volte ho partecipato come supporto operativo alle operazioni chirurgiche –; l'analisi delle cartelle cliniche; il rientro dei pazienti al centro, dopo l'intervento chirurgico, per effettuare i controlli di *follow-up*.

2. Alcune premesse teoriche

La prospettiva che ha guidato il percorso di ricerca si basa in parte su alcune riflessioni di Michel Foucault, che oltre ai suoi importanti studi storici e filosofici sulle strategie di potere e sulle pratiche discorsive, ha dedicato i suoi ultimi anni di lavoro specificamente alla produzione della soggettività. Sono infatti particolarmente interessata agli scritti in cui Foucault ha cercato soprattutto di sviluppare concetti, quali *etica*, *soggettività* (analizzata a livello storico e sociale) e “*pratiche del sé*”, per spiegare come i discorsi e le strategie di potere producono nell'individuo effetti tali da indurlo a “un'esperienza di soggettività” legata a una specifica forma di razionalità. In questo modo, Foucault offre importanti strumenti per riflettere sul rapporto dell'individuo con la verità, vale a dire sul riconoscimento di sé come soggetto di una determinata verità in riferimento al contesto che lo costituisce.

L'etica foucaultiana assume una funzione fondamentale in questa ricerca, che affronta la possibilità di un cambiamento soggettivo. Come si può vedere in *L'Uso dei piaceri. Storia della Sessualità II* (FOUCAULT M. 1991 [1984]), la concezione di etica di Foucault si orienta in modo diverso rispetto alla filosofia tradizionale, perché l'autore concepisce l'etica come operazione dell'individuo su di sé, sul suo corpo, sui suoi pensieri e comportamenti, al fine di produrre una trasformazione, o almeno un tentativo di deviazione dal modello usuale di concezione del mondo. Seguendo il suo pensiero, per raggiungere una specifica forma di essere nel mondo, Foucault (1997) ha mostrato la necessità realizzare un lavoro su se stessi attraverso quelle che ha denominato “pratiche di sé”. Questo termine designa le procedure prescritte all'individuo per affermare la sua identità, mantenerla o cambiarla per determinati fini; procedure capaci di costituire un tipo di soggettività rispondente al suo contesto storico-sociale. In sintesi, il soggetto

sarebbe costituito da pratiche discorsive, strategie di potere e, soprattutto, pratiche di sé che lo portano ad affermare la verità che lo circonda.

In linea con quanto espresso da Foucault (1991 [1984]), esiste una distinzione tra i problemi morali, che riguardano il codice prescrittivo, i suoi principi e le sue applicazioni, e i problemi etici, concernenti il modo in cui una persona si trasforma in base alle aspettative della sfera morale. Ciò che interessa all'autore è lo speciale *status* morale che si è portati a realizzare. Foucault, occupandosi di un tipo di vita che un individuo in una certa società è stimolato ad adottare, presenta una visione dell'etica diversa rispetto alla concezione filosofica tradizionale. Nelle altre etiche moderne infatti l'individuo occupa invece il posto centrale ed è in quanto soggetto dotato di ragione, coscienza e riflessività, che è chiamato a prendere le decisioni e a conservare la propria autonomia e libertà di scelta nel suo essere etico. In definitiva, Foucault affronta la possibilità di un cambiamento soggettivo soprattutto differenziandosi da questa ultima concezione dell'etica, intesa come espressione ed esercizio di riflessione e razionalità di un soggetto autonomo e trattandola semmai in termini di soggezione e assoggettamento. L'etica è infatti considerata da Foucault (2004 [1984]) come il rapporto dell'individuo con la verità costruita sulla base dei precetti morali predominanti nel contesto storico in cui vive. "L'esperienza di soggettività" è vista come un processo di mutamento e di produzione.

Foucault si allontana anche dalla nozione di soggettività come di solito è concepita in psicologia, poiché non prevede che il soggetto abbia un'interiorità che gli appartiene. La soggettività è, per questo autore, qualcosa che viene assimilato nelle pratiche sociali, è cioè un fenomeno collettivo e non l'espressione di un'individualità presente *a priori*.

In linea con quanto detto, questa ricerca si propone di seguire l'esperienza vissuta da alcune persone che, abbandonando l'idea che la verità sulla loro salute sia limitata dai confini delle conoscenze scientifiche, possono essere in grado di costruire un altro rapporto e un'altra percezione di se stesse attraverso un processo di "cura e guarigione" spirituale. Nel presente lavoro pertanto studio il processo di costituzione-produzione di sé attraverso specifiche pratiche di salute basate sullo Spiritismo.

3. La Dottrina Spiritica e il fenomeno di guarigione medianica

La chirurgia spirituale come fenomeno di "guarigione medico-spiritica" comune in Brasile è già nota in gran parte del mondo ed è operata dai

medium. Alcuni medium sono molto famosi, come, ad esempio, João de Deus, che vive ed opera ad Abadiânia (Brasile): ogni settimana giungono al suo centro migliaia di persone con malattie gravi per essere trattate; in alcuni casi, il paziente comincia anche a seguire lo spiritismo come religione, filosofia o scienza. Cumming e Leffler nel loro libro *João de Deus* (CUMMING H. - LEFFLER K. 2008) descrivono la ricerca di questo trattamento da parte di persone provenienti da diversi paesi il mondo che pensano di aver trovato nella “Casa de Dom Inacio”, ad Abadiânia, la speranza di una guarigione, indipendentemente dalle loro convinzioni religiose. Le loro testimonianze mostrano che una parte di queste persone, dopo essere giunte al centro, iniziano a sperimentare un cambiamento a livello sia di salute, fisica e psicologica, sia spirituale.

Per illustrare il contesto del trattamento medico-spirituale e le sue ripercussioni etiche, è importante conoscere alcuni aspetti della dottrina spiritista, dell'intervento medianico, della concezione del corpo e della salute che stanno alla base del trattamento terapeutico praticato. Allan Kardec, pseudonimo di Hippolyte Léon Denizard Rivail (1804-1869), pedagogista e filosofo francese, è stato il fondatore e codificatore dello Spiritismo. Nel 1854 ha iniziato i primi studi scientifici sullo Spiritismo, seguendo il suo interesse per il fenomeno delle “tavole giranti” diffuso in Europa.

Allan Kardec ha sistematizzato la dottrina spiritica, ritenuta portatrice di un sapere universale ricevuto dagli spiriti, mosso dall'intenzione di diffondere una cultura fondata sulla credenza nell'esistenza dell'anima e su una sua continuità dopo la morte. Inoltre, viene chiamato “il codificatore dello Spiritismo” in quanto ha creato una filosofia spiritualista, una pratica religiosa spiritica e una scienza spiritica a partire dai dati ricevuti col contatto con gli spiriti che interrogava. Lo Spiritismo concorda con le leggi materiali e, allo stesso tempo, è fortemente collegato al pensiero cristiano. Ne è conseguenza la subordinazione delle leggi naturali all'intelligenza superiore di Dio. Per quanto riguarda la concezione dei processi di salute e malattia, nella prospettiva spiritica si crede che la salute fisica e mentale dipendano dalla salute morale dell'individuo. Secondo questa prospettiva la malattia non deve essere quindi trattata soltanto nel corpo, sua ultima manifestazione, ma affrontata soprattutto cercando la sua origine spirituale nel modo di vivere, di pensare e di comportarsi.

Un'altra concezione importante della dottrina spiritica, in rapporto con il modo di intendere la salute, è la presenza di una finalità spirituale evolutiva nell'esperienza di vita: il modo di stare nel mondo si basa sul-

l'idea che lo spirito, centro di attuazione e di individualità, deve evolvere seguendo i valori cristiani. Kardec in *O livro dos Espíritos* (KARDEC A. 2011 [1857])⁽²⁾, sostiene che gli spiriti non restano sempre nello stesso livello di evoluzione, ma sono continuamente alla ricerca di un miglioramento e passano attraverso differenti gradi della gerarchia spiritica per mezzo dell'incarnazione. Da questa prospettiva, la vita materiale è vista quindi come un'esperienza necessaria finché non si sia raggiunto un determinato grado di perfezione. Al processo di reincarnazione – attraverso il quale uno spirito si manifesta materialmente in un corpo per realizzare il suo incarico o la sua espiazione – è attribuito l'obiettivo di raggiungere la purificazione, che non dipende dal numero di vite necessarie per conseguire questo scopo.

In tale concezione, la salute, o la sua assenza, trova spiegazione nella proposta di evoluzione personale che deve essere seguita da ogni soggetto con l'aiuto di specialisti. Secondo la dottrina spiritista infatti il medium sarebbe capace di intervenire in questo processo, abbreviando o eliminando la presenza della malattia dal percorso di evoluzione del soggetto. Kardec in *O livro dos médiuns* (KARDEC A. 2011 [1861]) sottolinea che la medianità, intesa come capacità umana, comune a tutti, di permettere il contatto con il mondo degli spiriti, è il veicolo di comunicazione tra vivi e morti e, soprattutto, il canale di trasmissione dei fluidi vitali che realizzano la guarigione attraverso lo scambio di energia. Tra tutte le forme di medianità, quella di guarigione è intesa principalmente come una missione e consiste nella capacità di alcune persone di guarire problemi fisici ed emotivi attraverso il semplice tatto, lo sguardo o un gesto, senza la somministrazione di alcun farmaco.

Rezinski nella sua presentazione a *Medicina dos Espíritos* di Luiz da Rocha Lima (2011 [1983]) sostiene che ci sono tre aspetti importanti coinvolti nel processo medianico di guarigione: la forza del pensiero del paziente (la sua fede), il pensiero del medium (più o meno consapevole) e il pensiero dello spirito (o degli spiriti) presente nel momento dell'incorporazione durante il trattamento. Il medium guaritore può dunque intervenire sulla salute del malato non solo attraverso la preghiera o il magnetismo ma anche trattando direttamente il suo corpo per mezzo della manipolazione fisica. Talvolta, sotto l'influenza dello spirito di un medico, il medium pratica gli interventi chirurgici, nonostante non abbia mai studiato medicina (questo avviene spesso senza strutture adeguate, strumentazione, igiene, anestesia o conoscenza dei processi medici). Come ho potuto osservare, il termine chirurgia è usato perché l'intervento sui pazienti, anche quando

avviene da lontano e senza contatto fisico, mira ad agire in modo concreto e a modificare la struttura della patologia, sia essa fisica, mentale o emozionale. L'espressione "chirurgia spirituale", inoltre, indica la concezione a operare questa guarigione sarebbe uno spirito, tramite il veicolo corporeo di un medium. Secondo la bibliografia spiritica, le pratiche dei medium sono guidate da spiriti che in vita erano medici, ma che si erano allontanati dal cristianesimo: finché non estingueranno questo debito, avranno bisogno di offrire trattamenti spirituali e di insegnare la carità (XAVIER F. C. 2010 [1938]).

Di solito le chirurgie spirituali vengono presentate tramite simulazione d'incisioni chirurgiche, ad esempio premendo un coltello da cucina o delle forbici per bambini sulla superficie della pelle. Ho osservato che in queste situazioni è possibile che una penna sia usata dal medium come un moderno dispositivo laser, oppure che l'operatore faccia riferimento a un grande apparecchio di ricostruzione cellulare non visibile. Però, in altre situazioni, il medium spiega di aver bisogno di realizzare un'incisione vera e propria, giacché l'intervento è fondamentale per produrre nel paziente effetti essenziali al processo di guarigione. Tuttavia, emorragie, forte dolore o infezioni post-operatorie non si verificano praticamente mai. Sono stati realizzati studi medico-scientifici che finora non sono riusciti a spiegare, in queste pratiche, l'inesistenza di problemi provenienti dalla mancanza di tutto quello che è obbligatorio in una sala chirurgica vera e propria (BRITTO S. G. 2010).

In accordo con la letteratura spiritica, benché l'intervento medianico sembri avvenire nel corpo, i guaritori operano su quello che loro chiamano *perispírito*. Kardec in *Genese* (KARDEC A. 2012 [1869]) spiega che il termine *perispírito* si riferisce a una specie di fluido semi-materiale che avvolge il corpo ed è responsabile della trasmissione delle sensazioni e dei pensieri dall'anima al corpo. Gli spiriti, disincarnati o incarnati, possono agire su questi fluidi applicandovi la propria volontà e il proprio pensiero. Il *perispírito* è relazionato al grado di avanzamento morale dello spirito e alcune malattie possono derivare da incarnazioni passate.

Paulo Cesar Frutuoso, medico e spiritista del centro di guarigione Lar Frei Luiz di Rio de Janeiro (Brasile), nel suo libro *A face oculta da medicina* (FRUTUOSO P.C. 2012) descrive alcuni passi da seguire al fine di mantenere e recuperare la salute secondo una prospettiva spiritica. A suo giudizio, sarebbe l'adozione di una fede ragionata, descritta come il risultato della devozione alla conoscenza del mondo e di sé, a costituire effettivamente il cammino di guarigione fisica e spirituale. Secondo questo pensiero,

la riforma interiore, come è denominata dagli spiritisti, può portare il soggetto a un più alto stadio di sviluppo spirituale e, di conseguenza, a un'altra condizione di salute. Queste concezioni e le pratiche correlate si mostrano cruciali nel produrre un particolare modo di costruire la realtà e nel delineare un certo modo di vivere.

4. Cura spirituale: intervento realizzato da un medium tramite uno spirito-medico

La chirurgia spirituale è uno dei vari trattamenti presenti nel centro di terapia alternativa in Minas Geraes (Brasile) dove ho realizzato parte della mia ricerca. La chirurgia è realizzata da un medium di guarigione che incorpora lo spirito di un medico. In questa parte del testo presento brevemente il contesto generale del colloquio e un esempio di chirurgia spirituale.

Più di 100 persone si recano al centro di guarigione tutti i giorni di trattamento per trovare il medium e sottoporsi alla chirurgia spirituale. Le sessioni durano circa 10-20 minuti. Il medium si intrattiene spesso a parlare coi pazienti al fine di propiziare la loro evangelizzazione e il loro orientamento morale. Casi di *dis-ossessione* si verificano quando la condizione di malattia è vista come conseguenza dell'influenza diretta e negativa di spiriti disincarnati. Secondo gli spiritisti, la *dis-ossessione* ha lo scopo di allontanare lo spirito disincarnato dal paziente, in modo che sia il paziente sia lo spirito possano ricevere un trattamento separatamente. In questo modo, si crede che il paziente potrà poi recuperare immediatamente lo stato di salute, mentre lo spirito disincarnato potrà essere curato in un ospedale del mondo spirituale.

Secondo il medium, la scelta di entrare a far parte della equipe di questo centro di cura è derivata direttamente dallo spirito del medico con cui lavora, allo scopo di continuare la loro comune missione di guarigione, oltre che diffondere le leggi di Cristo. Ricorda inoltre che il suo rapporto con lo spirito-medico avviene da molto tempo e che la loro collaborazione ha la finalità di realizzare il piano spirituale di guarigione destinato loro. Molte volte, soprattutto quando descrive qualche caratteristica personale o quando parla del proprio lavoro, il medium si riferisce a se stesso in terza persona come "il Dottore".

La sala d'attesa del medium è molto simile a quella di un ambulatorio medico: bianco, con divani, tavolo, forniture ospedaliere (cotone, garze,

alcool ecc.) e strumenti chirurgici (forbici, bisturi, aghi ecc.), anche se non vengono eseguiti interventi con tagli. Tutti i presenti, ad eccezione dei pazienti, devono essere vestiti di bianco. Numerose bottiglie d'acqua minerale sono disposte in un angolo per essere distribuite a tutti i pazienti dopo la consulta. Secondo il medium, si tratta di *água fluidificada*, "acqua con fluido spirituale". Ad essa può essere anche aggiunta qualsiasi sostanza a base di erbe oppure una sostanza extra-fisica fornita dal medium attraverso una penna apparentemente normale, ma che lui descrive come un'apparecchiatura del piano spirituale in grado di emettere nell'acqua onde di guarigione.

L'*água fluidificada* è ampiamente usata nei centri spiritisti ed acquista grande importanza anche nei centri di guarigione, dal momento che le viene assegnato il potere di continuare il processo di guarigione del paziente a casa, riattivando ogni giorno il lavoro spirituale. Secondo gli studi sull'argomento prodotti da spiritisti, il processo di fluidizzazione dell'acqua avviene attraverso il cambiamento delle sue proprietà tramite la volontà (sia del medium, sia degli spiriti guaritori coinvolti) il quale può produrre effetti sul corpo umano.

Il medium cerca di stabilire una condizione d'intimità e affetto con i pazienti, conquistando la loro simpatia e fiducia prima di eseguire l'intervento chirurgico. Si riferisce ai pazienti col loro nome, li abbraccia e li ascolta in modo paterno, chiamandoli figli. Costantemente invoca il nome di Gesù e del "Padre". Di solito, dopo l'intervento il medium chiede con forza se il paziente crede in Gesù, se ha fede e se crede nella sua guarigione. Poi finisce il colloquio sottolineando che chi gestisce la cura è Gesù e non lui, giacché il medium è solo uno strumento in favore dei meritevoli di essere guariti.

Gli interventi chirurgici avvengono senza incisione, con la sola simulazione di tagli, suture o l'emissione di laser. Il medium ha affermato che in futuro potrà fare incisioni, ma solo nel caso in cui siano richieste dal mondo degli spiriti. Una parte delle attrezzature per gli interventi chirurgici non è visibile e di solito il medium mi descrive le procedure nel momento in cui le esegue. Le persone con ferite visibili ricevono una medicina locale a base di erbe, mentre chi si sottopone interventi agli occhi e alle narici subisce l'introduzione locale di coltelli smussati o altri strumenti a fiato. Tuttavia, non sono stati riportati resoconti di esperienze di dolore o fastidio. Anche il lungo abbraccio che viene riservato ad alcuni pazienti è classificato dal medium tra le forme di chirurgia spirituale. A suo parere, l'abbraccio può consentire di catturare il male che interferisce con

la salute del paziente e può essere usato anche come strumento nei casi lievi di *dis-ossessione*.

Al fine di fornire una migliore comprensione del contesto del trattamento spirituale, vorrei riportare a titolo di esempio un caso da me osservato nell'agosto del 2013. Si tratta di un paziente su sedia a rotelle da più di due anni che nel primo colloquio sostiene di non avere ancora trovato una spiegazione medica alla sua infermità, in quanto dovrebbe essere in condizione di camminare, ma non riesce ad alzarsi e a controllare le gambe. Il medium lo esamina, anche lui senza riuscire a trovare problemi fisici, e interpreta la incapacità del paziente a camminare come un fatto di origine essenzialmente spirituale.

Dopo aver fatto al paziente alcune domande sulla sua vita, il medium ipotizza che l'infermità sia correlata a una situazione di dolore psichico. Gradualmente, infatti, il paziente comincia a esternare il suo malessere per la morte di un figlio assassinato alcuni anni prima. Associa inoltre la sua sofferenza alla malattia e alla morte della sua prima moglie. La donna aveva trascorso i suoi ultimi anni su una sedia a rotelle. Dopo un discorso appassionato sulla fede in Dio e nel mondo spirituale, il medium conclude che la incapacità di camminare riflette sul piano fisico l'incapacità del paziente di perdonare. Ritene infine che tra le cause della infermità possa esservi una "ossessione" da parte degli spiriti coinvolti in questa situazione di perdita e dolore. La paralisi sarebbe in relazione con l'incapacità di continuare a vivere, insieme al rapporto di ossessione fra il paziente e gli spiriti disincarnati.

La nuova interpretazione della vita e della salute del paziente è costruita dal medium in pochi minuti. La sua capacità interpretativa è considerata dai presenti non come un'abilità terapeutica, ma come una conseguenza dei suoi poteri psichici. Pertanto, il lavoro investigativo porta a una nuova traduzione della paralisi e in una nuova prognosi. Il paziente viene incoraggiato a muoversi verso il proprio processo di guarigione attraverso una serie di trasformazioni: dovrebbe modificare le sue azioni e i suoi pensieri, realizzare cioè una "riforma intima", lavorando su se stesso attraverso gli insegnamenti della dottrina cristiana e spiritica, per modificare i suoi sentimenti. Si può osservare che, in questa prospettiva, mentre le cause fisiche del processo patologico diventano secondarie, progressivamente sostituite da presenze extra-fisiche e da sentimenti negativi capaci di interferire sullo sviluppo spirituale del paziente, la guarigione è ottenuta come risultato di una trasformazione intima e in definitiva come merito personale.

5. Esperienza di guarigione spirituale ed effetti al livello della soggettività

Nel processo terapeutico osservato, alcuni aspetti sembrano essere fondamentali per l'ingresso del paziente nel trattamento. Il primo è la fiducia: credere all'efficacia della chirurgia, o al potere del medium, o alla reggenza di un potere superiore è fondamentale per l'installazione di questo dispositivo clinico. L'ingresso del paziente nel trattamento spirituale, sembra richiedere una sua preliminare apertura verso l'esistenza di una realtà non materiale, in modo da inserirsi, anche se parzialmente, in un discorso che include gli spiriti, portando a nuove interpretazioni della malattia. Accettare di fatto l'invisibilità degli agenti di guarigione e ricorrere a un centro di cura con basi non umane sembra prevedere che quello il paziente ha davanti agli occhi sia soltanto una parte di una rete i cui collegamenti si possono vedere, sentire o trovare direttamente. Tuttavia, la cura sembra essere indipendente dal rapporto diretto tra il paziente e questa parte invisibile del dispositivo terapeutico, poiché il paziente ha un contatto diretto solamente con il medium.

Questo dispositivo terapeutico spirituale può essere visto dal paziente come la possibilità di una nuova costruzione simbolica della sua storia di malattia e di altri aspetti relazionati. La realtà vissuta nel centro può poi passare a guidare le azioni e la percezione del paziente sul suo stato di salute, lo scopo della sua esistenza e l'importanza della dimensione spirituale nella sua vita. Come sottolinea Vinciane Despret, riferendosi a Tobie Nathan, la teoria del terapeuta costruisce la patologia di quelli di cui si occupa (DESPRET V. 2011). In questo modo, un problema precedentemente trattato come depressione, ad esempio, potrebbe essere visto e trattato come uno squilibrio spirituale conseguente l'egoismo vissuto per il paziente. In questo senso la riconfigurazione del progetto di cura, data da differenti interpretazioni, nuovi attori, nuove versioni di quanto affligge il paziente, può portare a una catena di cambiamenti soprattutto perché corrisponde con l'interruzione di una continuità causale rivelatasi infruttuosa. Nonostante le condizioni spirituali non possano essere misurate, predeterminate, progettate come una politica pubblica, le indicazioni di certe pratiche individuali e collettive che vengono prescritte ai pazienti in accordo coi valori del "mondo spirituale" acquisiscono la funzione di orientare il modo di vita del soggetto. In altre parole, non sarebbe la norma biomedica ad orientare le pratiche di cura, anche se le pratiche medico-spirituali riflettono le conoscenze biomediche, ma la riconfigurazione originale di storie di malattia, guida spirituale e costruzione della soggettività. In tal senso, anche se le procedure medico-spirituali oggi

fanno ricorso alla medicina per avere conferma e riconoscimento scientifico, il discorso sulla cura è guidato più dai simboli del Kardecismo, che da una interpretazione biomedica.

Quando si osservano da vicino queste pratiche spirituali – l’incorporazione nei medium di uno spirito medico (spesso gli spiriti che attuano in questo ruolo sostengono di aver lavorato nell’ambio medico quando erano in vita), la costruzione di un ambiente di trattamento spirituale ispirata al modello di clinica medica (barelle, uniformi mediche, prescrizioni, garze, farmaci), il termine “chirurgia” scelto per denominare la procedura di intervento spirituale; tutti questi elementi conferiscono alla figura del medico spirituale un’autorità di guarigione. In questo modo, si può cogliere, per così dire, l’esistenza di un certo “potere biomedico” innestato nelle pratiche spirituali, poiché il lavoro spirituale nel perseguire l’obiettivo di acquisire visibilità, riconoscimento e accettazione pubblica, tende a impiegare il linguaggio e le rappresentazioni della biomedicina soprattutto per il loro potenziale di penetrazione nella vita del soggetto. La penetrazione nella vita del soggetto, ottenuta con il dispositivo medico, è quindi determinante per produrre un processo di soggettivazione nel dispositivo spiritico. Resta inteso in queste analisi che le prospettive sulla salute che si basano sulle idee spiritiste presentano simmetrie e asimmetrie con i modi più correnti di concepire la salute nell’ambito delle scienze moderne. Tutto ciò non indica una rottura con la logica dominante nel campo della salute, ma l’inserimento di un nuovo oggetto – lo spirito – dentro questa stessa discussione.

Claude Lévi-Strauss (1966 [1949a, 1949b]) ci ha lasciato importanti quadri di riferimento che ci aiutano a riflettere su alcuni punti trattati in questa ricerca, vale a dire il ruolo del terapeuta nel processo di guarigione, il rapporto terapeuta-paziente e i meccanismi di efficacia simbolica. Nel saggio intitolato *Lo stregone e la sua magia*, Lévi-Strauss afferma che affinché l’efficacia dell’azione magica avvenga, sono richiesti tre elementi: la fede dello stregone nell’efficacia delle sue tecniche, la convinzione del paziente nel potere dello stregone e la fiducia collettiva riguardo al rapporto terapeuta-paziente (LÉVI-STRAUSS C. 1966 [1949a]). L’efficacia magica è quindi un’operazione che dipende dal consenso del gruppo sociale, o, almeno, dalla relazionale tra terapeuta e paziente. In accordo con questo pensiero, quando si osserva un medium che realizza una chirurgia spirituale, il ruolo di “guaritore” va esplorato nel modo in cui è “radicato” nella sua routine, nel suo costituirsi come soggetto che ridefinisce la sua esperienza nello stesso momento in cui la condivide con

il paziente. Si tratta quindi di una funzione che si svolge nel medesimo intervallo temporale in cui si costruisce e che dipende dall'approvazione di se stesso come terapeuta e dalla conferma del suo successo pubblico mediante gli interventi sui pazienti. In questo modo, il medium è quindi sottoposto a prove e difficoltà di vario livello per essere riconosciuto come qualcuno in grado di interferire sul corpo del paziente malato e, in senso più ampio, sul mondo simbolico della sua malattia. Questo riconoscimento, continuamente alimentato dalla pratica, è ciò che consente al soggetto di continuare ad assumere il ruolo di terapeuta. Come ha mostrato Lévi-Strauss (1966 [1949a]), il terapeuta non diventa un grande terapeuta perché guarisce i suoi malati, ma guarisce i suoi malati perché si è trasformato in un grande terapeuta.

In questo modo, offrendo un nuovo mito al paziente, una nuova costruzione simbolica riguardo alla sua malattia, la guarigione può essere raggiunta. Questo processo dipende dal ricevimento di un mito sociale che viene da fuori, e dalla convinzione del paziente in merito alla verità di questo mito, culminando in un funzionamento nuovamente ordinato. Si tratta di un'operazione che avviene al di là delle barriere della coscienza, che porta il suo messaggio direttamente all'inconscio, secondo le sue leggi e la sua funzione simbolica (LÉVI-STRAUSS C. 1966 [1949b]). Seguendo questa linea di ragionamento, possiamo riflettere sul processo di guarigione spirituale qui presentato come una riorganizzazione strutturale che porta il paziente a vivere intensamente un mito, considerando la relazione della struttura dello psichismo come analoga a quella dal corpo, e producendo una specifica forma di soggettività in rapporto con un particolare regime di verità.

6. Conclusione

La mia ricerca mostra che vivere l'esperienza del corpo e della malattia secondo una prospettiva medica spirituale può generare effetti significativi a livello sia individuale che sociale. La produzione di un certo modo di vita, collegato al sistema di verità appartenente al contesto del trattamento spirituale, può portare alla costruzione di un altro senso nella concezione di se stessi. Quando un'esperienza spirituale inizia a far parte della storia del paziente e si riflette sulle sue rappresentazioni della realtà, possono verificarsi importanti cambiamenti anche a livello di emozioni e sentimenti. La credenza che comportamenti tenuti nelle vite passate e azioni e sentimenti provati in quella attuale contribuiscano all'insorgenza della

malattia può influenzare il modo di concepire e applicare la morale, ossia l'etica in una prospettiva foucaultiana.

A livello sociale si osservano cambiamenti dovuti al contatto con la tradizione morale cristiana filtrata dallo spiritismo, ad esempio una maggiore preoccupazione per gli altri, considerati come interlocutori fondamentali per l'evoluzione di se stessi. Perciò, pratiche come la carità, l'amore incondizionato, la fraternità e il rispetto per il grado di evoluzione di ogni individuo sono rilevanti per introdurre il paziente in una logica che comprende il mondo spirituale. I guaritori spiritici promettono il recupero immediato della salute, ma al paziente spetta un lavoro su di sé per assicurarne la continuità. Pertanto, il paziente deve realizzare la sua riforma interiore seguendo i valori cristiani e spiritisti. Il governo di sé, realizzato attraverso questi valori, diventa una garanzia di salute spirituale e, di conseguenza, della salute fisica.

Per gli spiritisti, la riforma interiore, come precetto di salute, è uno degli aspetti fondamentali nella produzione di "un'esperienza di soggettività". Non soltanto l'intervento chirurgico interviene sulla salute del paziente, ma è soprattutto la volontà di recupero e di mantenimento della salute che si riflette sul lavoro di autoconversione, potenziando il trattamento e inducendo un cambiamento più profondo a livello soggettivo. L'esperienza che alcuni chiamano "miracolo" (ritenuto impossibile dalla biomedicina), cioè la possibilità di recuperare la salute in pochi minuti per mezzo delle mani di uno spirito medico, può stimolare o rendere più forte la credenza nell'invisibile, la fede, l'interesse nella concezione della vita come processo infinito. Non di rado, le persone con cui ho realizzato la mia ricerca lasciano il centro di guarigione spirituale con una proposta di vita, una concezione della verità, una pratica di cura di sé.

Come suggerisce Nathan (1996), i pazienti guariscono perché i terapeuti sono stati "iniziati", hanno vissuto un processo di "iniziazione". Lo studio della chirurgia spirituale porta alla luce pratiche e tecniche marginali che continuano a creare la loro rete di produzione di modi di vita nei quali l'incontro tra paziente e terapeuta spirituale può portare a produrre qualcosa di nuovo per entrambi, aprendo la discussione anche agli spiriti, al "non umano", all'invisibile. In questo dispositivo, il principale aspetto non è il contenuto delle nuove interpretazioni, ma il processo che questa nuova versione può innescare, portando il paziente non solo all'incontro con la teoria del terapeuta, ma con un gruppo e con le sue pratiche, e, in questo modo, con una specifica etica di relazione e di cura di sé.

Note

⁽¹⁾ Questo articolo è parte della mia ricerca di Dottorato svolta dal 2012 al 2016 presso la “Universidade Federal do Rio de Janeiro” con la supervisione del prof. D^o Arthur Arruda Leal Ferreira e con il finanziamento della Capes e del Cnpq.

⁽²⁾ In questo testo si fa riferimento a testi sullo spiritismo in lingua portoghese, tenendo conto soprattutto della importanza che questo fenomeno sociale, culturale e religioso ha oggi in Brasile.

Riferimenti bibliografici

BRITTO Sergio Guimarães (2010), *Cura espiritual: um caminho para a saúde plena*, Imprensa Livre, Porto Alegre.

CUMMING Heather - LEFFLER Karen (2008), *João de Deus: o médium de cura brasileiro que transformou a vida de milhões*, traduz. dall'inglese in portoghese di Denise de C. Rocha DELELA, Pensamento, São Paulo.

DESPRET Vinciane (2011), *Acabando com o luto, pensando com os mortos*, “Fractal. Revista de Psicologia”, vol. 23, n. 1, gennaio-aprile 2011, pp. 73-82.

FOUCAULT Michel (2004 [1984]), *A ética do cuidado de si como prática da liberdade*, in MOTA Manuel Barros (curatore), traduz. dal francese in portoghese di Elisa MONTEIRO e Inês A.D. BARBOSA, *Ditos e escritos V*, Forense Universitária, Rio de Janeiro [ediz. orig. del saggio 1984].

FOUCAULT Michel (1997), *Resumo dos Cursos do Collège de France*, traduz. dal francese in portoghese di A. DAHER, Jorge Zahar Ed, Rio de Janeiro.

FOUCAULT Michel (1991 [1984]), *L'Uso dei piaceri. Storia della Sessualità II*, traduz. dal francese di Laura GUARINO, Feltrinelli, Milano [ediz. orig.: *L'usage des plaisirs. Histoire de la sexualité II*, Gallimard, Paris, 1984].

FRUCTUOSO Paulo Cesar (2012), *A face oculta da medicina*, FEIC, Rio de Janeiro.

KARDEC Allan (2011 [1869]), *A gênese: os milagres e as predições segundo o Espiritismo*, traduz. dal francese in portoghese di Evandro Noletto BEZERRA, I ediz., I ristampa, Federação Espírita Brasileira, Rio de Janeiro.

KARDEC Allan (2011 [1857]), *O livro dos Espíritos*, traduz. dal francese di Evandro Noletto BEZERRA, II ediz., I ristampa, Federação Espírita Brasileira, Rio de Janeiro.

KARDEC Allan (2011 [1861]), *O livro dos Médiuns*, traduz., dal francese di Evandro Noletto BEZERRA, II ristampa, Federação Espírita Brasileira, Rio de Janeiro.

LÉVI-STRAUSS Claude (1966 [1949a]), *Lo stregone e la sua magia*, pp. 189-209, in *Antropologia strutturale*, traduz. dal francese di Paolo CARUSO, Il Saggiatore, Milano, [ediz.orig.: “Les Temps Modernes”, vol. IV, n. 41, 1949, pp. 3-24].

LÉVI-STRAUSS Claude (1966 [1949b]), *L'efficacia simbolica*, pp. 210-230, in *Antropologia strutturale*, traduz. dal francese di Paolo CARUSO, Il Saggiatore, Milano, [ediz.orig.: “Revue de l'Histoire des Religions”, t. 135, n.1, 1949, pp. 5-27].

LIMA Luiz da Rocha (2011 [1983]), *Medicina dos Espíritos*, II ediz., presentazione di Paulo REZINSKI, Educandário Social Lar de Frei Luiz, Rio de Janeiro [prima ediz.: Educandário Social Lar Frei Luiz, Rio de Janeiro, 1983].

NATHAN Tobie (1996), *L'influence thérapeutique: tête à tête ou conflit de théories*, “Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie”, n. 30, 1996, pp. 81-91.

XAVIER Francisco Candido (2010 [1938]), *Emmanuel - pelo Espírito de Emmanuel, obra psicografada por Francisco Cândido Xavier*, XXVII ediz., II ristampa, Federação Espírita Brasileira, Rio de Janeiro [prima ediz.: Federação Espírita Brasileira, 1938].

Scheda sull'Autrice

Daiana Paula Milani Baroni, nata in Brasile il 25 dicembre del 1979, è Dottore di ricerca in Psicologia presso l'Universidade Federal do Rio de Janeiro. Laureata nel 2004 in Psicologia presso l'Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ), Minas Gerais e Specializzata nel 2008 in Salute Pubblica presso l'Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis. Ha ottenuto il Master Universitario in Psicologia presso l'Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, nel 2010 e il Dottorato in Psicologia presso l'Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, come ricercatrice del Cnpq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Svolge attività di Post-dottorato presso l'Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ), Minas Gerais, come ricercatrice dal Capes. Ha condotto inoltre attività di ricerca di dottorato (PDSE) presso l'Università degli Studi di Pisa (Italia) con il finanziamento dal Capes - Brasile (marzo 2014 – agosto 2014). È autrice di articoli scientifici pubblicati in riviste brasiliane di psicologia e salute: *Tratamentos espirituais mediúnicos e produção de subjetividade*, "Mnemosine", 2016; *Produção de si na depressão*, "Psicologia em Estudo", 2012; *Diagnóstico como nome próprio*, "Revista Psicologia e Sociedade", 2010; *Reflexões sobre a resistência na clínica a partir de Michel Foucault*, "Psicologia Ciência e Profissão", 2008.

Riassunto

Trattamento chirurgico spirituale e suoi effetti al livello della soggettività

Il presente articolo tratta il tema della medicina "spirituale", cioè della produzione di una determinata esperienza etica in una prospettiva foucaultiana, che si avvale di una serie di pratiche di cura che si discostano dai parametri della biomedicina. In questo contesto, il trattamento terapeutico si basa sui principi della dottrina spiritista e fa uso della cosiddetta "chirurgia spirituale". Il trattamento "spirituale" si presenta, per quelli che vi si sottopongono, come una forma particolare di vivere l'esperienza di salute e di malattia. Quindi, l'esperienza terapeutica così concepita, può offrire al soggetto un rapporto diverso con la verità, una possibilità di trasformare la percezione di sé e del mondo, ridefinendo le sue pratiche ed elaborando in maniera diversa il suo scopo di vita. Il presente contributo si focalizza sulla discussione circa la possibilità di attivazione nel soggetto di un discorso di verità su se stesso, sugli altri e sulla vita, che comporta la trasformazione delle sue pratiche in ethos, cioè in un modo di essere.

Parole chiave: trattamento spirituale, esperienza etica, effetti al livello della soggettività.

Résumé

Traitement médical spirituelle et expérience éthique

Cette contribution, est axée sur la médecine spirituelle, à savoir, sur la production d'une certaine expérience éthique qui met en jeu une série de pratiques de soins qui peuvent s'éloigner des paramètres normatifs en vigueur sur la santé. L'expérience de soins n'est pas nécessairement fixé sur la base des connaissances scientifiques et de la raison médicale, mais sur les principes de la doctrine du spiritisme et de la chirurgie spirituelle. Le traitement médical spirituelle s'impose comme une façons alternative de vivre l'expérience de la santé et de la maladie. L'expérience de soins, ainsi conçue, peut offrir au sujet d'établir une relation différente avec la vérité, et une façon de transformer la perception de soi et du monde, en redéfinissant ses pratiques et en élaborant différemment ses buts de vie. Cette contribution met l'accent sur l'activation, par le sujet, d'un discours de vérité sur soi-même, sur les autres et sur la vie, qui implique la transformation de ses pratiques en « ethos », à savoir, en une manière d'être.

Motes-clés: expérience éthique, traitement médical spirituelle, santé.

Resumo

Tratamento espiritual e efeitos de subjetividade

Este artigo se ocupa da análise de uma certa experiência ética que põe em jogo uma série de práticas de cuidado consigo que se desviam dos parâmetros normativos que vigoram em matéria de saúde. O foco se assenta sobre a produção de uma experiência de cuidado que não se estabeleça necessariamente sobre as bases do saber científico, da racionalidade médica, mas que conduz o sujeito a uma relação outra com a verdade de modo a transformar sua percepção de si e do mundo, redefinindo suas práticas e reelaborando a finalidade de sua busca. O tratamento médico espiritual surge neste contexto como uma das formas alternativa de se experimentar o processo de saúde e doença. O intuito seria o de abrir um caminho de indagações a respeito desta experiência capaz de propiciar a reelaboração de um discurso de verdade sobre si mesmo, sobre os outros e sobre a vida, incorrendo, para além da possível reestruturação de sua saúde, na transformação de sua própria maneira de ser.

Palavras chave: cura espiritual, experiência ética, efeitos de subjetividade.

Abstract

Spiritual medical treatment and ethical experience

The present contribution is focused on the production of a certain ethical experience that brings into play some practices of care to himself and that turn aside the normative parameters in health. The focus is on producing a care experience that is not necessarily set on the basis of scientific knowledge, the medical rationale, but leading the subject to a relationship with the truth in order to transform his perception of himself and the world, redefining their practices. The spiritual medical treatment arises in this context as one of the alternative ways to experience the process of health and disease. The aim would be to open a path of questions regarding this experience can provide a reworking of a discourse of truth about yourself, about others and about life, incurring, in addition to possible restructuring of their health, in transforming its own way of being.

Keywords: spiritual healing, ethical experience, health.

Tra normalità e demenza.

Definizioni biomediche, rappresentazioni e vissuti del declino cognitivo in anzianità

Elisa Pasquarelli

dottore di ricerca in Etnologia e Etnoantropologia, Sapienza Università di Roma
[elisa.pasquarelli@gmail.com]

Il Mild Cognitive Impairment (MCI)

Il costrutto nosologico di Mild Cognitive Impairment (MCI), letteralmente “deterioramento cognitivo lieve”, emerge in biomedicina negli anni Ottanta del secolo scorso e si lega al nome di Ronald C. Petersen della Mayo Clinic (Rochester, Minnesota) il quale, insieme ai suoi colleghi, nel 1995 lo ha utilizzato per la prima volta come categoria diagnostica per indicare individui “cognitivamente normali”, in grado di vivere in modo autonomo e indipendente, i quali lamentano un soggettivo disturbo di memoria (Lock M. 2013: 79). La creazione di questa etichetta si inserisce in un dibattito scientifico pluridecennale sui cambiamenti cognitivi dell’anzianità, volto a identificare una soglia discreta tra quelli imputabili al *normale* processo di invecchiamento e quelli attribuibili a una demenza: un intento, questo, che ha costellato l’intera storia della malattia di Alzheimer, della quale il Mild Cognitive Impairment configura un potenziale precursore. Quando, all’inizio del Novecento, il tassonomista Emil Kraepelin coniò la nozione di malattia di Alzheimer, lo stesso ispiratore dell’eponimo, il medico tedesco Alois Alzheimer, e alcuni suoi eminenti colleghi accolsero con perplessità la coincidenza tra le manifestazioni sintomatologiche che la neonata designazione incasellava nel reame del patologico e quelle che, all’epoca, erano inglobate sotto la denominazione di “demenza *senile*”, ritenuta sostanzialmente normale. I pazienti che suggerirono a Kraepelin l’ufficializzazione della “nuova” malattia dividevano un’età inferiore ai sessant’anni, rendendo inadeguata l’imputazione del deterioramento cognitivo progressivo che li affliggeva al processo di invecchiamento, pertanto dapprincipio la malattia di Alzheimer fu intesa come una forma di demenza *presenile*. Dopo un periodo di silenzio, negli anni Sessanta del

secolo scorso, le discussioni teoretiche e scientifiche su questa categoria approdano a un cruciale cambiamento del suo contenuto, poiché essa passa a definire una condizione elettivamente associata all'età avanzata che, attualmente, per la biomedicina ne rappresenta un fattore di rischio⁽¹⁾. Pertanto, il discorso biomedico sulla malattia di Alzheimer è stato (ed è ancora) anche un discorso sulla senilità, sull'anzianità, e sul carattere dell'indebolimento cognitivo che l'accompagna. Nel corso degli anni, sono state proposte numerose suddivisioni diagnostiche per collocare i problemi cognitivi delle persone anziane nell'ambito del normale o del patologico, un processo sfociato, poi, nell'affermazione del Mild Cognitive Impairment. L'impresa era stata tentata già nel 1958 dal neurologo e psichiatra Vojtech Adalbert Kral che aveva parlato di una *senescent forgetfulness*, distinguendola in benigna e maligna (KRAL V.A. 1962), ma la proliferazione di etichette di questo tipo si intensifica dopo la standardizzazione dei criteri diagnostici per la malattia di Alzheimer, che risale al 1984, in quanto ne erano esclusi i soggetti i cui risultati nei test cognitivi indicassero un "problema di memoria lieve" (cfr. LOCK M. 2013)⁽²⁾.

Quella di Mild Cognitive Impairment è una nozione problematica. Un primo elemento critico risiede nella stessa definizione scientifica, che ne colloca la giurisdizione nosografica in uno spazio di frontiera di difficile delimitazione proprio perché si estende tra "normalità" e "demenza". Con il Mild Cognitive Impairment, infatti, la biomedicina inquadra «lo stato di transizione tra i cambiamenti cognitivi del normale invecchiamento e la malattia di Alzheimer» (PETERSEN R.C. *et al.* 2001: 1985, corsivo mio), significativamente nella dichiarata ammissione che la «distinzione tra l'invecchiamento normale e il MCI può essere abbastanza sottile» (PETERSEN R.C. 2004: 184). La menzionata normalità del processo di invecchiamento non è data, né all'esterno né all'interno del campo biomedico: la visione dell'anzianità, anche in termini di aspettative verso le prestazioni cognitive, è storicamente cangiante, influenzata da processi politico-economici e plasmata da forme della rappresentazione di matrice socioculturale situate e, a loro volta, mutevoli⁽³⁾. Fattori, questi, che sempre incidono anche sulla produzione del sapere biomedico e sull'elaborazione del discorso scientifico. Oltretutto, la visione della normalità del processo di invecchiamento è anche un'esperienza soggettiva, pertanto, può trarre dal percorso biografico la materia con la quale modellarsi allineandosi alle concettualizzazioni vigenti, incluse quelle diffuse dalla biomedicina, oppure discostandosene. Ciò nondimeno, la "normalità", nominalmente, contribuisce a circoscrivere il recinto nosologico del Mild Cognitive Im-

pairment pertanto agisce, in modi e forme che non possono che essere plurali ed eterogenei, nell'interpretazione del disturbo cognitivo in età avanzata sia nel vissuto di chi si accorga di subire *défaillance* mnesiche, sia nell'esperienza professionale dei medici incaricati di valutarlo.

Inoltre, il Mild Cognitive Impairment si qualifica come potenziale stadio preclinico della malattia di Alzheimer⁽⁴⁾, ma i dati sperimentali sui tassi di conversione sono disomogenei: i soggetti che dopo aver ricevuto una diagnosi di Mild Cognitive Impairment sviluppano effettivamente una demenza sono affiancati da persone che rimangono stabili e da altre che, addirittura, migliorano (PETERSEN R.C. *et al.* 2001, LOPEZ O. L. 2013). Per questi motivi, esso rappresenta un'entità controversa che ha attratto pareri discordi all'interno della comunità scientifica, anche rispetto al suo uso clinico (WHITEHOUSE P.J. - MOODY H.R. 2006), e animato voci critiche tra alcuni esponenti della biomedicina che ne hanno osteggiato il radicamento intravedendovi la creazione, appoggiata dall'industria farmaceutica, di «una nuova nicchia classificatoria che aumenta i consumatori potenziali di medicinali estendendo la patologia a coloro che potrebbero stare subendo un invecchiamento cerebrale» (GEORGE D. - WHITEHOUSE P.J. 2007: 624). Nonostante questi elementi di criticità e le divergenze d'opinione che fomenta, il Mild Cognitive Impairment costituisce a tutt'oggi un campo attivo di ricerca che capta sforzi intellettuali e finanziari per l'identificazione di possibili trattamenti efficaci (PETERSEN R.C. 2016), nonché una categoria biomedica che, in quanto tale, ha il potere di imprimersi sulle persone trasformandole da “sane” in “malate” per la mediazione di una diagnosi: e questo solleva anche importanti questioni etiche connesse alla sua adozione e applicazione.

L'individuazione di un eventuale stato di Mild Cognitive Impairment è obiettivo principe della diagnosi precoce del deterioramento cognitivo, una prassi che si configura come invito a non trascurare deficit cognitivi di finanche lieve entità e manifestazione episodica i quali potrebbero essere vissuti come *normali* e che invece, per la biomedicina, potrebbero rivelarsi precursori di una susseguente demenza. In primis: il disturbo di memoria. Quando, negli anni Novanta del secolo scorso, l'eminente neurologo e geriatra statunitense Peter J. Whitehouse fu incaricato dall'Alzheimer's Association di identificare dieci segnali d'allarme (*warning signs*) della malattia di Alzheimer atti a distinguere i problemi legati all'avanzamento dell'età dai segni di una possibile demenza, lo collocò in prima posizione⁽⁵⁾. Per disturbo di memoria si intende una pluralità eterogenea di possibili situazioni di disagio mnesico e cognitivo quali, ad

esempio: dimenticare il nome di persone conosciute, inclusi i propri familiari, e la collocazione abituale di oggetti di uso quotidiano; perdere la concentrazione durante la visione di un film o la lettura di un libro o di un giornale; incontrare problemi nel reperimento delle parole, non riuscire a seguire il filo di un discorso, disorientamento spaziale (come non ritrovare la strada di casa o perdersi in una zona nota). Il disturbo di memoria rilevante nel Mild Cognitive Impairment ha una connotazione percettiva e soggettiva:

«I pazienti con il Mild Cognitive Impairment sono individui che si lamentano della loro memoria e di altri aspetti cognitivi che non hanno ancora raggiunto disfunzioni abbastanza significative da ricevere una diagnosi di malattia di Alzheimer» (WHITEHOUSE P.J. 1999: III/45).

«Le persone con MCI amnestico sono quelle che presentano soggettive lamentele sulla propria memoria» (PETERSEN R.C. 2001: 1987).

Fra i criteri ufficiali per la proclamazione del Mild Cognitive Impairment, per come sono stati originariamente impostati e in seguito aggiornati (PETERSEN R.C. *et al.* 1999, PETERSEN R.C. 2004, LOPEZ O.L. 2013), il disturbo di memoria avvertito dal soggetto, primo elemento di rilievo, dovrebbe preferibilmente essere confermato da un informatore. Gli altri parametri sono: il rilevamento di deficit mnemonici obiettivi mediante test preposti; il mantenimento sia delle abilità cognitive generali (il linguaggio, le funzioni esecutive, le capacità visuo-spaziali...) sia della capacità di svolgere le attività della vita quotidiana, e, infine, l'assenza di demenza, che deve essere giudicata dal medico.

Vorrei soffermare la mia attenzione sulle visioni della normalità cognitiva nell'arena istituzionale di un ambulatorio neurologico dedicato ai disturbi di memoria e all'avanguardia nella diagnosi precoce del deterioramento cognitivo (Centro Disturbi della Memoria, Clinica Neurologica, dell'Ospedale Santa Maria della Misericordia di Perugia), attraverso degli episodi etnografici tratti dalla ricerca che vi svolsi per un anno tra il 2010 e il 2011⁽⁶⁾. I medici neurologi impiegati al Centro adottavano regolarmente la dicitura diagnostica Mild Cognitive Impairment e svolgevano attività di ricerca e studi clinici su questa condizione; dei problemi che pone erano ben consapevoli, dal fatto che non sussiste correlazione meccanica tra l'emanazione di una diagnosi di Mild Cognitive Impairment e l'instaurazione susseguente di una eventuale demenza al fatto che non esistevano (e non esistono, aggiunto) possibilità di intervento risolutive.

Il disturbo di memoria e la normalità “di prima”

Gli utenti del Centro disturbi della memoria potevano sostenere una prima visita neurologica, una visita di controllo, una valutazione neurologica completa mediante un'articolata batteria di test psicometrici, eseguita da una psicologa. Quest'ultima era regolarmente prescritta a tutti i pazienti, quale indagine di approfondimento diagnostico dello stato cognitivo globale, insieme a una rosa standardizzata di altre analisi strumentali e laboratoriali, i cui referti sarebbero stati visionati in sede di visita di controllo, per la quale i neurologi fissavano un appuntamento durante il primo consulto.

Gli utenti che giungevano al Centro a seguito di processi decisionali individuali erano relativamente giovani – anche poco più che cinquantenni in certi casi – e spiegavano la richiesta di una valutazione neurologica con la preoccupazione suscitata dai disturbi di memoria avvertiti, tradendo peraltro una personale sensibilizzazione verso i dettami biomedici sulla diagnosi precoce del deterioramento cognitivo. I fenomeni mnesici allarmanti potevano essere condensati da un unico evento scatenante, preciso e non reiterato, che aveva giustificato il ricorso allo specialista, oppure essersi manifestati attraverso eventi dislocati nel tempo, talvolta anche per molti anni, e in questi casi la ricerca di aiuto medico era spesso motivata dall'impressione di un peggioramento generale della salute cognitiva. Si trattava, di solito, di dimenticanze di varia entità vissute nel quotidiano: aver saltato un appuntamento o delle scadenze importanti, non aver riconosciuto una persona cara incontrata casualmente, essersi smarriti nel proprio quartiere, essersi accorti di faticare nel seguire la trama di un film o nell'articolazione di un discorso, avere problemi nel rammemorare i nomi di persone anche care, di cose e di luoghi, fino a episodi di distrazione grave come aver lasciato il gas acceso o aver scordato di andare a riprendere i nipotini a scuola.

Durante la visita neurologica una fase era destinata a un approfondito colloquio clinico durante il quale il medico raccoglieva informazioni anagrafiche, biografiche, ricostruiva la storia medico-clinica del paziente e domandava la ragione per la quale era stata richiesta la consulenza neurologica. Durante questi dialoghi, alcuni utenti riandavano a una normalità perduta, o a repentaglio, attraverso narrazioni di sé costruite sul recupero verbale del rapporto pregresso con la propria memoria. Per queste persone potremmo parlare di una normalità scardinata dalla continuità biografica e rielaborata attraverso i filtri esplicativi offerti dalla biomedicina. Il richiamo al passato diveniva uno stratagemma discorsivo

per ripercorrere la propria esistenza enfatizzando una sorta di rottura tra un “prima” e un “dopo” segnato dai problemi di memoria.

PAZIENTE: «Io sono commercialista, no? Ho diecimila dati da seguire a mente. *Prima* non c’era nessun problema, su niente. *Adesso* mi accorgo che ci sono» (ddc, 07/09/2010).

Una paziente evocò la propria “memoria di ferro” suggerendo la perdita di un’abilità mnemonica qualificante la propria percezione di sé e rilevante anche nel rapporto con gli altri. Non solo in senso astratto: la materiale fisicità dei biglietti di cui aveva bisogno per ricordare le cose, la perduta attitudine a memorizzare i numeri di telefono davano consistenza tangibile al problema.

PAZIENTE: «Come quando la memoria si avvizzisce. Mi fanno paura queste amnesie. Vedo una persona che conosco, so che la conosco e dico: “Chi è?”. *Una volta* sapevo tutti i numeri di telefono [...]. Io avevo una memoria di ferro. Non dovevo appuntare niente. *Adesso* casa mia è tutta tappezzata di bigliettini» (ddc, 8/06/2010).

Una signora di cinquantatré anni, già visitata al Centro nel 2004, rivista dai medici due anni dopo, e poi mancata al controllo successivo previsto nel 2007, analogamente, vide nel confronto con la propria percepita normalità – che pure per molto tempo aveva integrato la presenza dei disturbi di memoria – un indizio di cambiamento, che non le permetteva più di appagarsi delle letture ermeneutiche biomediche inizialmente accettate. In un certo senso, retrocede verso una normalità mnesica già da tempo non più intatta, perché significati nuovi e diversi si imprimevano nella sua percezione delle proprie capacità mnemoniche rispetto a un “prima” anteriore.

NEUROLOGA: «Signora, lei perché è venuta a fare questa visita? È già venuta?» [...]

PAZIENTE: «Non mi ricordo niente... anche adesso fatico a ricordare i vostri nomi» [...].

NEUROLOGA: «Vedo che doveva tornare nel 2007. Perché non è più tornata?»

PAZIENTE: «Sarò stata bene... non lo so, adesso non ricordo».

NEUROLOGA: «I miei colleghi erano giunti alla conclusione che i suoi disturbi di memoria, dell’attenzione e della concentrazione erano dovuti al calo del tono dell’umore»

PAZIENTE: «Eh, sì...» (ddc, 23/02/2010).

Questo fatto è importante: il motivo per cui la signora si è ripresentata al Centro, infatti, non ha nulla a che vedere coi disturbi che aveva lamentato

a partire dal 2004, né con le vicissitudini esistenziali negative che aveva in effetti affrontato.

PAZIENTE: «Ultimamente, queste cose di memoria, specialmente i nomi... Ora, se sia un fattore di stress o un deficit del mio cervello non lo so» [...].

NEUROLOGA: «Riguardo ai disturbi della memoria, lei di che si accorge?»

PAZIENTE: «Soprattutto mi scordo i nomi»

NEUROLOGA: «Di cose o persone?»

PAZIENTE: «Persone»

NEUROLOGA: «Anche i familiari?»

PAZIENTE: «Sì».

È solo alla fine della visita, poco prima di essere congedata, che la signora accenna alla motivazione reale per cui, dopo tre anni, era tornata a farsi controllare dai neurologi: non era riuscita a imparare i testi delle canzoni presentate all'ultimo festival di Sanremo, risalente a meno di un mese prima.

PAZIENTE: «Io non riesco a memorizzare le cose nuove [...]. Delle canzoni di Sanremo non sono riuscita a imparare una frase. Ho paura che il mio cervello non riesca più ad immagazzinare».

A partire dal 2004, questa donna aveva convissuto con dei problemi cognitivi disertando i controlli previsti dai neurologi, cui in prima istanza si era rivolta. La spiegazione medica, che rimandava il disturbo di memoria al calo del tono dell'umore, le aveva permesso di incastrarlo in una versione plausibile di normalità, cioè quella quotidiana funestata da una serie di gravami: la malattia tumorale del padre, l'ansia che ne era derivata per le sue sorti, l'impatto devastante che aveva avuto sul suo equilibrio la frequentazione del reparto di Oncologia; l'obbligo assistenziale verso la suocera, poi deceduta. Quando, dopo circa tre anni, si rese conto di non aver imparato i brani sanremesi, quella normalità cessò di rappresentare una valida cornice di senso per il suo disturbo di memoria, ora posto su un diverso livello di comprensione: la sua memoria non era più quella di prima.

La richiesta di valutazione neurologica estrinseca una problematizzazione del disturbo mnesico che, in alcuni casi, sfociava in una narrazione retrospettiva atta, invece, a riassettare il disagio cognitivo su un piano di continuativa normalità e coerenza biografica.

PAZIENTE: «Ma è anche una questione di stare un po' attenti... perché, poi, scordare le cose, io sono sempre stata un po' scordereccia! [smemorata]» (ddc, 16/11/2010).

NEUROLOGA: «Il suo medico ci segnala dei disturbi di memoria. È vero? Lei se ne accorge?»

PAZIENTE: «Mah... magari mi scordo le cose... però, anche quando ero giovane» (ddc, 14/09/2010).

La comparazione con le attitudini mentali e intellettive precedenti trasforma qui il disturbo di memoria in una dimensione di sé che attraversa le età, producendo una ricostruzione proclive a legittimare l'incorporazione della smemoratezza nella propria vita quotidiana. Questo meccanismo può essere compreso come una strategia manipolatoria degli aggiustamenti identitari che rispondono alla necessità di riadattare le narrazioni di vita già elaborate a eventi esistenziali che le rendono inattuali o inadeguate: la preservazione e riproduzione del senso di continuità del proprio sé deve essere affidato a una loro rielaborazione (cfr. McLEAN A. 2006, BEARD R.L. - FOX P.J. 2008).

La propria normalità percepita, in questi casi selezionati, dunque, è declinata lungo due traiettorie opposte: l'una, attraverso l'esaltazione di una memoria attiva e dinamica, convalida il peso dei fastidi cognitivi che ne minacciano la stabilità; l'altra, al contrario, attraverso la menzione di una memoria sempre un po' vacillante, sminuisce l'entità dei cali cognitivi riconosciuti e sottoposti all'investigazione clinica. In entrambi i casi, il raffronto con il "prima", con una personale idea della propria normalità cognitiva, concorre alla definizione dell'interpretazione soggettiva del disturbo di memoria, mobilitando un parametro di riferimento tutt'altro che univoco poiché «è praticamente impossibile definire cos'è normale, perché ciascuno porta nella propria età avanzata abilità cognitive differenti» (WHITEHOUSE P.J. - GEORGE D. 2008: 177). E questo fatto influisce, ovviamente, sulle modalità di interpretazione, da parte dei medici, dei problemi loro sottoposti in sede di valutazione clinica, dal momento che la (nozione di) normalità oltre la quale inizia il regno nosologico del Mild Cognitive Impairment non possiede univoca definizione. Un neurologo ha affrontato con me questo aspetto. All'inizio, discute della normalità di una generica fisiologia dell'invecchiamento. In seguito, a essere chiamata in causa è quella esperienziale del singolo, che accompagna il discorso verso il riconoscimento della labilità del confine fra di essa e, appunto, la patologia.

NEUROLOGO: «Sicuramente con l'andare avanti degli anni si verifica in tutte le persone un graduale rallentamento, una graduale riduzione delle proprie performance sia fisiche sia cognitive; però la velocità con cui iniziano, il periodo in cui iniziano cambia, cambia dalla fortuna che uno ha avuto nella vita: logicamente, se una persona non ha fatto altro che

lavorare, o comunque non ha avuto la vita di un conte, è normale che non abbia accumulato prima di tutto un bagaglio da permettergli che non sia depauperato troppo presto, e dall'altro lo stesso logorio fisico a cui è stato sottoposto per anni va a consumare ancora più velocemente queste risorse che si è fatto. Quindi non sempre è facile dire se la situazione che ci si presenta davanti è semplicemente il fatto che è stato un *invecchiamento non fortunato*, oppure se è una *vera malattia*» (Int. NEU/U02, 26/10/2010).

Come questo dottore mi ha poi spiegato, lo scioglimento del dilemma è affidato al controllo seriale del paziente, al follow-up, perché il disturbo di memoria è ritenuto degno di attenzione medica solo se evolutivo, carattere che può essere rilevato solamente attraverso un monitoraggio costante nel tempo. Lo stesso medico un giorno ebbe però un intrigante scambio di battute con una sua paziente. Per la signora in questione, profilò una diagnosi di Mild Cognitive Impairment. Ecco cosa le disse al termine della visita.

NEUROLOGO: «L'età, il quadro clinico, fanno propendere per un quadro che non è malattia di Alzheimer, ma deficit cognitivi che ne sono una sorta di anticamera, che si chiama deterioramento cognitivo lieve. Questa è una situazione che viene prima del deterioramento vero e bisogna vedere se c'è un'evoluitività... *e ci sarà, perché lei andrà avanti con l'età* [...]. È una situazione in cui ci sono dei disturbi cognitivi che non le impediscono di essere autonoma in molte cose, quindi: questo quadro non è né completamente patologico, né completamente *normale*» (ddc, 13/04/2010).

“E ci sarà, perché lei andrà avanti con l'età” è una frase che richiama la posizione delle persone che aderivano all'idea che una relazione (fisiologica) sussistesse “normalmente” tra aumento dell'età e calo della memoria, e lo fa in contrasto con il ruolo attribuito a quella stessa evoluitività nella qualificazione dell'indagine diagnostica prevista per il Mild Cognitive Impairment.

“Sarà la vecchiaia”

Ciò che sia normale e dove si situi il crinale fra normalità e patologia, sul fronte della cognizione, nel processo biologico di invecchiamento sono stati argomento di riflessione teorica e filosofica fin dall'antichità (cfr. BOLLER F. - FORBES M.M. 1998) e, in campo biomedico, hanno rappresentato referenti costanti dei discorsi elaborati intorno alla nozione di malattia di Alzheimer anche in rapporto alle preesistenti concezioni di senilità e demenza senile. Un aneddoto sulla nascita della geriatria può essere, a questo proposito, molto calzante. Quando, negli anni Ottanta

dell'Ottocento, Ignatz L. Nascher, il suo futuro fondatore, era studente in medicina presso un istituto newyorkese per poveri, il suo precettore ignorò i lamenti di un'anziana donna sostenendo che il problema fosse soltanto l'età avanzata: «È solo la vecchiaia», disse, e alla domanda di Nascher su che cosa si potesse fare per lei gli rispose: «Niente» (CLARFIELD A.M. 1990: 945). Nascher considerò questa giustificazione un potente indizio della difficoltà di ascoltare, che imputò all'incapacità medica di distinguere il normale dal patologico in età avanzata e capovolse quell'assunto elaborando il motto inverso su cui il progetto del campo geriatrico si sarebbe fondato: «Non è solo la vecchiaia»⁽⁷⁾. La sua visione della geriatria germogliò quindi sulla proclamazione di normalità dell'anzianità (COHEN L. 1998: 62): lo scopo di Nascher era quello di dimostrare che la vecchiaia e la malattia non erano equivalenti e che era possibile operare una distinzione tra normale e patologico in questo periodo della vita umana. Nascher non riuscì a dirimere la questione del rapporto fra senilità e demenza, e ammise che «è spesso difficile determinare se il cambiamento è dovuto all'invecchiamento o alla malattia» (NASCHER I.L. 1914: 17).

È o non è solo la vecchiaia? Al Centro Disturbi della Memoria si sono presentati molti utenti persuasi del rapporto diretto tra l'aumento dell'età e un corrispondente calo della memoria, una correlazione peraltro molto diffusa e radicata, al punto che un sito specialistico la bolla come un mito da decostruire⁽⁸⁾. Queste persone erano portate a ricomprendere le proprie difficoltà mnesiche all'interno di una normalità che, al di là della sottintesa coniugazione soggettiva, era imputata in modo oggettivo al processo di invecchiamento. Nella maggioranza dei casi, l'iniziativa di richiedere la valutazione cognitiva era stata presa da famigliari, perlopiù i figli (ma poteva trattarsi anche di nuore, generi, nipoti).

NEUROLOGO: «Signora, lei perché è qui...?» [...]

PAZIENTE: «Eh, me c'ha portato lui».

NEUROLOGO: «Ce l'ha portata il figlio, eh. Ma il perché lo sa?»

PAZIENTE: «Eh, ma perché lui vorrebbe che c'avessi sempre quaranta o cinquant'anni!».

NEUROLOGO: «Quasi la metà di quelli che ha, quindi... Ma lei che dice: li ha questi problemi?» (ddc, 26/01/2010).

Spesso i parenti accompagnatori dichiaravano che il congiunto minimizzava l'entità dei problemi cognitivi proprio perché li reputava normale conseguenza, naturale implicazione, del processo biologico di invecchiamento, un'associazione che gli utenti di solito confermavano in modo abbastanza esplicito nel colloquio con i medici. È solo la vecchiaia.

NEUROLOGA: «I disturbini della memoria, prima ce l'aveva?»

PAZIENTE: «Be', me dicevano tutti che ero un po' svampito!»

NEUROLOGA: «Quindi anche quando era più giovane. Ma nell'ultimo anno è peggiorato?»

PAZIENTE: «Eh, sì, ma magari sarà la *vecchiaia*!» (ddc, 02/02/2010).

Questo paziente, di sessantasette anni, stava sostenendo una visita neurologica in seguito a un episodio di amnesia transitoria e recava un referto medico nel quale era definito un paziente con Mild Cognitive Impairment. Al termine della valutazione neuropsicologica con i test di screening adottati al Centro, il Mini Mental State Examination (MMSE) e l'HIV-Dementia Scale (scala HDS)⁽⁹⁾, le neurologhe annunciarono che rispetto ai risultati documentati l'anno precedente stava migliorando⁽¹⁰⁾.

PAZIENTE: «Mi è successo che cinque o sei mesi fa, non mi ricordavo più niente, né chi ero né dove ero... Ho avuto questo momento così, che è durato un po', e ho fatto passare un momento molto brutto a casa. Sono venuto al Pronto Soccorso»

NEUROLOGA: «Quando? Durante questo episodio o il giorno dopo?»

PAZIENTE: «Sinceramente, questo non me lo ricordo»

NEUROLOGA: «E questo episodio poi è passato? La memoria è tornata?»

PAZIENTE: «Sì, poi sono tornato alla *normalità*». [...]

NEUROLOGA: «Dopo questo disturbo è tornato *normale*?»

PAZIENTE: «Sì. Me scordo qualcosa qua e là però quel modo no»

NEUROLOGA: «Ma questi episodi c'erano anche prima?»

PAZIENTE: «Sì, anche prima, però non ci avevo fatto caso», la neurologa commenta «non li aveva notati».

Il paziente opera una normalizzazione dei propri disturbi di memoria lungo due assi: in senso soggettivo, li incastra sia nel tessuto biografico e nella caratterizzazione di sé (l'essere sempre stato un po' svampito) sia nell'attualità del superamento dell'episodio di amnesia (l'essere tornato normale); e in senso oggettivo li considera conseguenza dell'aumento dell'età, sminuendo in questo modo il loro, pur rilevato, peggioramento dell'ultimo anno. La discrepanza fra la posizione dell'utente e del medico si situa nel passaggio fra questi due piani. Per la dottoressa, la normalità descritta inizialmente dal paziente è un punto di partenza per l'indagine clinica, volta a scovare dietro il peggioramento dichiarato un potenziale segnale di evolutività di quei disturbi: essa riposizionerebbe la normalità

percepita del paziente in un dominio prepatologico o patologico, laddove questo signore l'aveva riconsiderata alla luce dell'avanzamento dell'età ("sarà la vecchiaia").

In una critica alla biomedicalizzazione della senilità, Karen Lyman si chiede: «Se la demenza senile è una condizione patologica, cos'è normale?» (LYMAN K.A. 1989: 600), e nota come il confine tra normale e patologico nell'invecchiamento sia incerto anche nelle retoriche biomediche sul disturbo di memoria, a causa dell'impossibilità di affidarlo a regole universali. La questione non è meramente teorica perché i medici tenuti a emanare un parere clinico sulle condizioni loro sottoposte sono costretti a gestire quell'indefinitezza, a fronteggiarla per dirimerla, riadattando, di volta in volta, i propri riferimenti concettuali sia scientifici sia personali. Così, è capitato che a volte fossero proprio i medici a indulgere a spiegazioni orientate dal binomio aumento dell'età-calò della memoria. Eccone due esempi:

NEUROLOGO: «Allora signora, ci sono alcune difficoltà ma non vuol dire che ci sia una patologia. *Col passare del tempo*, non può essere più come dieci anni o venti anni fa. Come la sua pelle ha un po' più rughe, così anche la sua memoria non è più perfetta» (ddc, 01/06/2010).

PAZIENTE: «Certo, un po' la memoria è calata. Quando ero giovane mi ricordavo tutto. E adesso, certo, un po' meno perché sono invecchiato»

NEUROLOGA: «Be', *all'età qualcosa bisogna concedere*» (ddc, 23/03/2010).

Affermazioni di questo genere dimostrano che i medici devono muoversi, a livello interpretativo, in «un'area grigia tra la *normalità* e la malattia che è difficile definire» (WHITEHOUSE P.J. - GEORGE D. 2008: 41) e rispetto alla quale non possiedono strumenti univoci per orientarsi. Il discorso scientifico sul Mild Cognitive Impairment lo riconosce: la sua valutazione clinica è affidata a «specifici, ma arbitrari e professionalmente discussi, criteri» (WHITEHOUSE P.J. - MOODY H.R. 2006: 16, cfr. anche BEARD R.L. 2008, BEARD R.L. - FOX P.J. 2008) e il giudizio medico è, per giunta, complicato dal fatto di avere come riferimento un concetto piuttosto labile e fluttuante, cioè quello stesso di normale (PETERSEN R.C. 2004). Le *concezioni* (personali e professionali) possedute dai medici sulla normalità del processo di invecchiamento, pertanto, intervengono attivamente nella definizione delle traiettorie esplicative dei problemi di memoria che valutano.

Normalità intrecciate

Che cos'è normale? La visita neurologica sostenuta al Centro da un utente è stata animata, non solo idealmente, da questa domanda per tutta la sua durata. Già all'origine della richiesta di una consulenza specialistica se ne può intuire l'azione, dal momento che la motivazione di questo signore non era la percezione di un qualche disturbo, ma una proclamazione medica di "non-normalità" del suo cervello verso la quale cercava un secondo parere, nella speranza che fosse discorde. Il medico che lo valutò riteneva quella dichiarazione come minimo avventata, ma per disancorare i pensieri di quest'uomo dalle ombre che aveva gettato sul suo futuro – una promessa di malattia di Alzheimer, in fondo – fu costretto ad accompagnarlo verso una visione più elastica dell'opposizione tra normale e non-normale su cui il perentorio parere precedente pareva fondarsi. Questo medico ha dimostrato una certa consapevolezza del fatto che l'attenzione scientifica e politico-sanitaria sulla malattia di Alzheimer e i tentativi di consolidamento della diagnosi precoce del deterioramento cognitivo hanno imprigionato linguisticamente il calo di memoria in una designazione patologica trasformandolo nel sintomo di una malattia terrificata (SHABAHANGI N. *et al.* 2009: 39), il che logicamente può ingenerare anche una sopravvalutazione di deficit cognitivi destinati a rivelarsi di nessun rilievo clinico. Lo sforzo costante per disincagliare questo signore dai timori che lo assillavano s'insinua nell'impianto della visita come un obiettivo non secondario rispetto alla regolare valutazione clinica. Al termine, esprime al paziente il suo parere medico ufficiale, che è una "diagnosi di normalità", e lo esorta ad abbandonare le sue ansie attraverso un'operazione discorsiva in cui sono le relazioni tra versioni plurali di normalità a costruire e circoscrivere la sua, specifica, normalità. Qualche tempo prima di arrivare al Centro, questo signore aveva eseguito una TAC cerebrale e inviato il referto a un medico di sua conoscenza per ricevere un parere informale sui risultati. Il verdetto lo aveva sconvolto: le immagini mostravano un cervello paragonabile a quello di una persona di settanta o ottant'anni. Informatico di professione, ancora in attività, il paziente aveva all'epoca cinquantacinque anni. Il neurologo manifestò un franco scetticismo verso l'opinione dell'anonimo collega, che peraltro biasimava per la superficialità con cui aveva liquidato un argomento molto complesso anche sul piano della valutazione clinica e del raggiungimento di una diagnosi.

PAZIENTE: «La prima cosa: ho fatto la visita aziendale e mi hanno trovato dei problemi di udito e mi hanno consigliato di fare una TAC e da questa TAC

è venuto fuori che ho dei problemi che mi hanno un po' impressionato... Faccio un esempio: se sul computer devi raggiungere una certa meta c'è un iter... io qualche volta me lo scordo [...] Certo, anche prima mi capitava che magari mi dovevo scrivere delle cose, succede»

NEUROLOGO: «Da quello che mi dice su queste dimenticanze, è una cosa che succedeva anche prima: sapere o meno il risultato della TAC, se la sua vita rimane *normale*, non è importante. Ma adesso, oltre a dimenticare e poi portare tutto a termine, capita che non porti a termine le cose?»

Lui dice che a volte gli capita di dimenticare qualcosa del tutto, che gli passi completamente di mente ed estrae il referto della TAC [...]. Il neurologo legge ad alta voce, rimarcando bene gli aggettivi:

NEUROLOGO: «*Lieve e modesta* atrofia, *lieve e modesta*. Che cosa l'ha spaventata?»

PAZIENTE: «Atrofia!»

NEUROLOGO: «Ma modesta! Con chi ha parlato? Chi è che l'ha spaventata? Cosa è successo?» (ddc, 13/04/2010).

A questo punto, il paziente raccontò la vicenda della TAC in modo lineare e compiuto, spiegando che il medico a cui si era rivolto, dopo aver visionato il referto, aveva dichiarato: «È come se il tuo cervello è di una persona di settanta, ottanta anni». Siccome nell'ambulatorio dove ci trovavamo non c'era un computer che permettesse al neurologo di visualizzare le neuroimmagini, si scusò con il paziente perché avrebbe lasciato la stanza per qualche minuto e mi invitò a seguirlo. Lungo il corridoio mi chiese, esterrefatto: «Ma si può dire a un uomo che ha un cervello di settant'anni?!». Era sconcertato. Poi, di fronte allo schermo, mi mostrò alcune aree cerebrali spiegandomi in un linguaggio semplice e accessibile cosa ne risultava: sì, rispetto a una generica "norma" – così si esprime – si rilevava l'atrofia citata nella documentazione, ma aggiunse anche che poiché non disponevano di una TAC del paziente risalente a vent'anni prima con cui confrontare i dati, non era possibile stabilire se quella condizione fosse sempre stata tale, oppure fosse di recente insorgenza. In altri termini: se fosse la normalità per quel paziente, oppure l'esito di un cambiamento di rilievo clinico. Quando rientrammo in ambulatorio il medico cercò di tranquillizzarlo. Lo indusse a ridimensionare l'importanza tributata alla TAC e gli disse che, a suo parere, avevano iniziato la visita al contrario e che dovevano ricominciare dalla descrizione e analisi dei disturbi di memoria accantonando momentaneamente il pensiero della TAC.

NEUROLOGO: «Nel suo lavoro, nella risoluzione dei problemi ha notato cambiamenti o difficoltà?»

PAZIENTE: «Sì. A volte mi scordo i passaggi. Per esempio, se io devo togliere un flag su Explorer so dove devo andare a toglierlo, ma magari salto qualche passaggio intermedio e allora devo tornare indietro e dire: “qui si fa così”, ecc. È vero che gli anni sono aumentati».

NEUROLOGO: «Lei non ha difficoltà nel risolvere i problemi, ma solo una maggiore lentezza nel farlo. Non mi sembra un quadro patologico, ma una cosa anche normale. In tanti lavori se uno deve ricordare tutte le procedure – se non lo fa meccanicamente – è ovvio che deve ripeterle sempre... perché lei non impara i passaggi, ma conosce la teoria. Quindi non solo Explorer, ma anche Firefox, per dire. Fuori dal lavoro questi problemi ci sono?»

PAZIENTE: «Solo coi nomi»

NEUROLOGO: «C'è qualcun altro che si è accorto di questi disturbi?»

In questa sequenza dialogica, il medico interroga il paziente a proposito dei problemi di memoria percepiti soggettivamente, dopodiché, chiamando in causa il parere di altre persone, esplora la “conferma” della loro esistenza da parte di un informatore. Gli utenti del Centro spesso erano accompagnati da qualche parente, che dunque era interpellato direttamente. Quando, come in questo caso, il paziente era solo, i medici cercavano comunque di sondare le opinioni degli altri, membri del nucleo familiare o dei circuiti sociali e professionali, e le risposte dei pazienti dimostrano che l'eterovalutazione dei propri comportamenti a volte indirizzava la decisione di richiedere la visita specialistica, come quando ammettevano di trovarsi in ambulatorio perché qualcun altro aveva cominciato ad accorgersi della presenza dei loro disturbi. In questo caso, la conferma invece non venne. E ciò collimava con l'ipotesi che il medico aveva avanzato fin dalle prime battute, ossia che il paziente si fosse rivolto al Centro più per la *paura* scatenata dall'asserzione dell'altro dottore sul suo cervello, che a causa delle difficoltà mnesiche esperite. L'utente disse infatti che la moglie aveva preteso che si sottoponesse a quella visita non perché avesse notato dei cali di memoria in lui, ma perché era a sua volta terrorizzata dal sommario responso del dottore misterioso sulla TAC. Il neurologo aveva compreso di trovarsi di fronte a un uomo spaventato, che era stato indotto a travisare delle carenze normali come possibili sintomi di esordio della malattia di Alzheimer, ad accentuarne l'importanza e forse anche a rivederli come conferma della frivola diagnosi che aveva ricevuto. Al termine della visita, gli disse che il colloquio che avevano avuto, per quanto apparentemente libero e spontaneo, era stato in realtà pilotato per esaminare le sue capacità mnesiche e di linguaggio e che non era emerso nulla di patologico, di grave o di preoccupante. Chiarito ciò, gli rivolse un'osservazione conclusiva allo scopo di neutralizzare definiti-

vamente le sue angosce, e lo fece ricorrendo a una perlustrazione dei rapporti tra le plurime normalità, dislocate su diversi piani, che concorrevano a delineare la fisionomia specifica della situazione normale del paziente.

NEUROLOGO: «La TAC è un dato radiologico che deriva da una interpretazione e da una serie di riconversioni, no? Il dato analogico diventa digitale e non è una informazione diretta. Questo dato radiologico è un dato su cui nessuna letteratura scientifica basa la valutazione dei disturbi della memoria. Chi ha la malattia di Alzheimer – perché, tanto, a questo lei aveva pensato – ha sicuramente un'atrofia, ma non è l'atrofia a causare la malattia di Alzheimer. Uso l'Alzheimer perché è il paradigma dei disturbi della memoria, e perché a questo aveva pensato. Le dirò che l'atrofia è *normale* nell'invecchiamento: la pelle di ottanta anni ha più rughe perché è atrofica. Ora, la *normalità* del radiologo è rispetto alle persone della sua età, ma andrebbe confrontata anche con la sua *normalità*».

L'informazione radiologica è privata della indiscutibile obiettività che il paziente le aveva presumibilmente accordato evidenziando il carattere interpretativo del processo che la trasforma in un "dato". L'atrofia riscontrata nel paziente è ora riposizionata in una zona di normalità plausibile negandone la funzione causale nella malattia di Alzheimer (e quindi: normale nell'invecchiamento) ma anche depotenziandone il rilevamento, data la standardizzazione dei canoni di orientamento nella formazione del giudizio radiologico (la normalità del radiologo). La normalità del paziente è "bipartita": è quella inconoscibile dello stato del suo cervello anni addietro, che andrebbe comparata con quella del radiologo, ma è anche quella della sua quotidianità («sapere o meno il risultato della TAC, se la sua vita rimane *normale*, non è importante»), la cui ricombinazione in un'unica espressione – *la sua normalità* – ne suggella infine la proclamazione.

La normalità diagnosticata

Quando dalla visita – il colloquio clinico, la ricostruzione anamnestica, i risultati dei test di screening, il confronto con il familiare – non si evidenziavano "deficit obiettivi", i medici utilizzavano nelle relazioni finali che rilasciavano ai pazienti locuzioni come "nella norma per età e scolarità", "globalmente nella norma per età e scolarità", "quadro di normalità per età e scolarità". Giusto per comprendere il significato di queste espressioni, specifico che età e scolarità (espressa in numero di anni di studio compiuti) sono parametri di aggiustamento del punteggio grezzo ottenuto dai pazienti nel Mini Mental State Examination. Quelle

diciture non ratificavano, propriamente, un'appurata condizione di "normalità" escludendo il "patologico", ma erano piuttosto *diagnosi* di una normalità sottoposta allo scrutinio biomedico, una sorta di controparte terminologica della patologia paventata e indagata (demenza) rispetto alla quale il processo di approfondimento diagnostico avrebbe comunque seguito i canali istituzionali. Per tutti i pazienti risultanti "nella norma", infatti, era prevista l'immissione nel percorso di follow-up, inaugurato dalla prescrizione degli esami indicati per l'esclusione delle diagnosi differenziali e l'indagine di possibili cause secondarie, della valutazione neuropsicologica completa, ed era sempre fissato un appuntamento per la visita di controllo.

Durante la visita neurologica le furono somministrati MMSE ed HDS e ottenne in entrambi il massimo del punteggio, rispettivamente: 30/30 e 16/16; nondimeno, la neurologa prescrisse «per una migliore tipizzazione del disturbo»: RM encefalo, esami ematochimici completi e [...] i test neuropsicologici (ddc, 17/03/2010).

Un ulteriore esempio proviene dalla conclusione della visita di una signora che aveva già eseguito tutti gli accertamenti con buoni esiti e, in sede di valutazione, ottenuto punteggi di piena "normalità" nei test di screening (30/30 al MMSE e 15/16 all'HDS): la dottoressa concluse che i suoi disturbi cognitivi fossero conseguenza dello stress emotivo e delle preoccupazioni che la affliggevano in quel momento della sua vita. Ecco come, però, concluse la visita:

NEUROLOGA: «I risultati di questi test grossolani non ci allarmano. Però, non sono sufficienti perché quando uno ha studiato tanto come lei e ha fatto il lavoro che ha fatto lei [insegnante], non bastano e ce ne vogliono altri più complessi. Ora, noi faremo quelli più completi – lei verrà qui e troverà una neuropsicologa – e quando avremo i risultati, ci risentiremo: *se è tutto a posto, decideremo quando rivederci per controllo*; altrimenti, faremo altri esami più approfonditi. Comunque per il momento non c'è nulla di preoccupante». Le prescrive quindi la valutazione neuropsicologica e la saluta (ddc, 07/09/2010).

Il monitoraggio seriale, come mi è stato più volte spiegato, dal punto di vista biomedico, serve a seguire l'andamento dei disturbi in ogni caso lamentati dagli utenti perché è nella loro eventuale evolutività – nella tendenza ad aggravarsi, accentuarsi nel corso del tempo – che si annida quell'esordio subdolo della possibile demenza, tuttavia, dal punto di vista dell'antropologia medica è possibile e necessario interrogare criticamente questa prassi poiché essa è funzionale a soddisfare le esigenze della ricerca scientifica, mediante la costituzione di un bacino di persone che non stanno subendo un deterioramento cognitivo cui attingere soggetti o dati

da inserire nei gruppi di controllo negli studi clinici sul normale invecchiamento, sul Mild Cognitive Impairment e sulla malattia di Alzheimer (cfr. BEARD R.L. 2008).

La problematizzazione del normale

Attualmente non esistono risorse farmaceutiche in grado di prevenire l'insorgenza della malattia di Alzheimer, né di bloccarne il decorso progressivo neurodegenerativo. Ci si potrebbe quindi domandare quali scopi concreti si prefigga la diagnosi precoce del deterioramento cognitivo. I neurologi me lo hanno spiegato in termini di prospettiva, quale auspicio che gli avanzamenti nella ricerca farmacologica e clinica possano consentire al più presto interventi efficaci contro questa patologia. I primi a beneficiarne, da questo punto di vista, saranno gli individui inquadrati come pazienti con Mild Cognitive Impairment perché potranno accedere tempestivamente ai rimedi che si valideranno. Per il momento, l'utilità della diagnosi precoce era assegnata all'opportunità che offriva ai pazienti e ai famigliari di pianificare il futuro nella coscienza delle disabilità fisiche e cognitive crescenti che la malattia comporta: i primi avrebbero potuto operare scelte consapevoli in tempo, nel rispetto delle responsabilità famigliari, sociali e professionali; i secondi avrebbero potuto cominciare a organizzare, con gradualità, l'assistenza domiciliare al congiunto che avrebbero dovuto erogare. Queste spiegazioni, peraltro in linea con quanto generalmente sostenuto in campo biomedico (cfr. MATTSSON N. - BRAX D. - ZETTERBERG H. 2010), trascurano l'incertezza degli esiti futuri del Mild Cognitive Impairment che, ripeto, può non sfociare mai in una demenza, occultando le ambiguità intrinseche di questa etichetta diagnostica e i limiti operativi della biomedicina nella "gestione" della condizione che definisce. Di fronte a una diagnosi di MCI lo spettro della demenza può farsi invasivo e perturbante, con possibili ricadute sociali, emotive, economiche e professionali per le persone etichettate e i loro famigliari di non poco conto. Scomodando il frasario della psicologia, una simile diagnosi potrebbe prefigurare una profezia (di disabilità) che si autorealizza (cfr. LYMAN K. 1989: 599) e mediare processi di (auto)stigmatizzazione, pratiche di isolamento sociale, scatenare ansia e depressione: tutti fenomeni che appaiono tanto più gravi per coloro che *non* sono destinati a sviluppare una demenza. Il linguaggio della diagnosi precoce accomuna il discorso della biomedicina sulla malattia di Alzheimer a quello su altre patologie per le quali sono previsti dei programmi di screening, fondando

un lessico della prevenzione che veicola il contraddittorio messaggio che sia possibile intervenire in qualche modo per sventare l'eventuale avvento della futura demenza. E ciò, invece, non è per ora realizzabile.

L'affermazione biomedica del carattere predittivo del Mild Cognitive Impairment rispetto alla malattia di Alzheimer cela complessi processi istituzionali, sociali e politici, di produzione e costruzione della realtà medica attraverso la validazione di un concetto debole e controverso. Si pensi all'aleatorietà del parametro della normalità nella costruzione dello spazio diagnostico del Mild Cognitive Impairment, alla variabilità degli sviluppi di questo stato rilevato, al passaggio storico da demenza senile a malattia di Alzheimer che ha indotto una revisione sostanziale della normalità nell'invecchiamento (senilità) lungo le linee di riflessione che sono poi approdate all'istituzione di una categoria prodromica. In questo senso, vorrei accennare qui a un dato emerso dai colloqui con i medici, con particolare riferimento all'impossibilità di definire quella "normalità" che si vuole criterio per l'inquadramento del Mild Cognitive Impairment. In sede di intervista etnografica chiesi a tutti di descrivermi ciò che ritenevano, o si poteva ritenere, un invecchiamento "normale": e lo feci nella consapevolezza della complessità di questo aggettivo, nella speranza che emergessero le sfumature che assumeva nell'esperienza personale e professionale dei miei singoli interlocutori. Fatta eccezione per i pochi che hanno esordito qualificando l'invecchiamento normale come un processo che implica alcuni cambiamenti in funzioni e organi (dall'imbiancamento dei capelli al calo delle capacità motorie e sessuali, fino all'emersione di cronicità e quadri di comorbidità dell'anziano) tutti hanno indistintamente menzionato (anche) la presenza di disturbi cognitivi di lieve entità che non compromettono la qualità della vita, non interferiscono con le relazioni sociali, con la preservazione dell'indipendenza della persona, con lo svolgimento regolare degli obblighi abituali e di attività anche di svago. E questa visione dell'indebolimento cognitivo "normale" coincide con le spiegazioni che mi diedero dello stato di Mild Cognitive Impairment, perfettamente in linea con quella ufficiale che lo vuole condizione in cui deficit cognitivi lievi non sono tali da inficiare la qualità della vita e lo svolgimento delle attività quotidiane. In un caso lo feci notare.

EP: «Un processo di invecchiamento normale [...] come lo descriveresti?»

NEUROLOGA: «Dal punto di vista cognitivo, se lo consideriamo normale m'immagino una persona che nonostante l'età rimane lucida (significa orientata, significa in grado di fare, comprendere e seguire un discorso in maniera, naturalmente, corretta) in cui ci possono essere dei deficit come non ricordare bene una cosa, ma sporadici, non in maniera significativa;

e dove l'aspetto cognitivo non sia compromesso in modo tale da inficiare la sua autonomia e la capacità, insomma, di svolgere le attività quotidiane [...] ci sono dei piccoli disturbi che sono piccoli e non tali comunque da compromettere la sua qualità di vita».

EP: «Dire che devono essere piccoli, sporadici e che non inficiano la qualità della vita, non assomiglia molto alla definizione di deterioramento cognitivo lieve data all'inizio?»

NEUROLOGA: «Sì, però il deterioramento cognitivo lieve è difficile che lo vedi in una persona di ottant'anni. *Può succedere, può succedere* però è più probabile in persone più giovani. Se tu hai un quadro di questo tipo in una persona di settant'anni, è più probabile che pensi a un MCI piuttosto che a un invecchiamento fisiologico. In un uomo di ottant'anni il dubbio che sia un invecchiamento fisiologico ti viene, magari più probabile rispetto al fatto che sia un MCI» (Int. NEU/d03, 26/10/2010).

La biomedicalizzazione dell'invecchiamento (ESTES - BINNEY 1989) – ossia l'attrazione dell'anzianità nella sfera di competenza della biomedicina – nel contesto tecnico-scientifico contemporaneo è fenomeno assai più articolato della “semplice” costruzione di un discorso biomedico su questa porzione della vita umana. L'adozione di tecnologie avanzate, lo sviluppo dell'uso clinico e medico delle scienze informatiche, l'elaborazione del rischio, le pratiche di screening, l'avvento di nuovi test diagnostici e le retoriche della prevenzione sono, più propriamente, dispositivi di una nuova forma di biomedicalizzazione della salute (CLARKE *et al.* 2003). Specie gli ultimi tre fattori sono chiaramente in gioco nell'arena della diagnosi precoce del deterioramento cognitivo. La biomedicalizzazione della salute è intrinseca alla commistione fra i precetti relativi al suo mantenimento e alla sua promozione, che ne fanno un luogo di azione e tutela individuali, e le prospettive di previsione ed esclusione dei “fattori di rischio” che descrivono nuovi domini per l'intervento biomedico di routine. Patologie come il tumore al seno, le malattie cardiache, il diabete, l'ipertensione condividono un tratto della biomedicalizzazione, cioè l'elaborazione di strumenti standardizzati per la valutazione del “rischio” che pretendono di scoprire, dietro statistiche epidemiologiche ritenute significative a livello di popolazione, fattori di rischio di rilevanza individuale. Queste pratiche configurano una forma di “problematizzazione del normale” (CLARKE *et al.* 2003: 172, MOREIRA T. - BOND J. 2008: 358) che interviene in modi non difforni nello spazio di rappresentazione della malattia di Alzheimer emerso col riconoscimento di categorie prodromiche di demenza. La ricerca scientifica sui meccanismi eziopatogenici della malattia di Alzheimer, fra le altre cose, ha scoperto l'esistenza di una relazione tra fattori di rischio cardiovascolare e l'incidenza della demenza. Questo

fatto ha trasportato la malattia di Alzheimer nel novero delle patologie caratterizzate da un esordio prolungato, il quale risulta per giunta condizionato da elementi riconducibili allo “stile di vita”. A fronte di questa connotazione dell’inizio della patologia, quasi come una conseguenza inevitabile, è stato posto l’accento su programmi di prevenzione coerenti con i modelli dominanti della patogenesi della malattia di Alzheimer e su una medicina incentrata sullo screening, la cui urgenza poggia proprio su una previa problematizzazione del normale in quanto *potenzialmente* ospite del patologico.

Note

(1) Per una ricostruzione della storia della nozione di malattia di Alzheimer e del dibattito che l’ha accompagnata, cfr. BEACH T.G. (1987), BERRIOS G.E. (1990), HOLSTEIN M. (1997), DILLMAN R.J.M. (2000), WHITEHOUSE P.J. - MAURER K. - BALLENGER J.F. (eds) (2000), WHITEHOUSE P.J. (1999, 2000), WHITEHOUSE P.J. - GEORGE D. (2008), BORRI M. (2012), LOCK M. (2013). Sulla posizione di Alois Alzheimer e la sua attività nel campo della malattia che gli deve il nome, MAURER K. - MAURER U. (curr.) (1999 [1998]). Sulla riconcettualizzazione della nozione negli anni Sessanta del Novecento cfr. KATZMAN R. - BICK K.L. (2000). Sugli studiosi che hanno contribuito a definire e ridefinire la nozione di malattia di Alzheimer, cfr. BOLLER F. - BICK K. - DUYCKAERTS C. (2007).

(2) Per esempio, il National Institute of Mental Health ha parlato di *ageing associated memory impairment* intendendolo espressione della normale cognizione, mentre l’International Psychogeriatric Association ha usato il concetto di *age-associated cognitive decline* per domini cognitivi multipli che declinerebbero nel normale processo di invecchiamento (PETERSEN R.C. 2004: 183-184).

(3) Cfr. ad esempio LEIBING A. (2005) sui cambiamenti nella percezione dell’anziano in Brasile, ricostruiti attraverso le immagini diffuse dalla stampa locale. Sulla visione dell’anziano in Giappone e sulla locale nozione di *boke* rispetto all’interpretazione del declino cognitivo in età avanzata, cfr. TRAPHAGAN J.W. (1998, 2006). Un esempio di come la “cultura” influisca sulla valutazione, anche biomedica, della demenza, qui nel caso di pazienti di origine cinese gestiti in una clinica statunitense, cfr. ELLIOT K.S. - DI MINNO M. (2006).

(4) In questo caso si parla di Mild Cognitive Impairment amnestico, il quale è caratterizzato in modo basilare da un disturbo di memoria. È a quest’accezione che farò sempre riferimento in questo testo. Dopo la prima elaborazione, infatti, il MCI ha subito un frazionamento in sottotipi differenziati: se ne riconoscono anche uno a dominio multiplo, caratterizzato da deficit lievi diffusi a più ambiti cognitivi, e uno non amnestico che si configura come disturbo di un’unica area cognitiva che non coincide con la memoria (PETERSEN R.C. 2004, FRATIGLIONI L. - CARACCIOLO B. - PALMER K. 2005: 83, SERRA L. - CALTAGIRONE C. 2008, LOPEZ O.L. 2013). La tripartizione del Mild Cognitive Impairment è stata proposta come ampliamento della copertura del termine sulle forme prodromiche di più demenze.

(5) Ecco l’elenco completo: 1. Perdita della memoria, 2. Difficoltà nel compiere azioni famigliari, 3. Problemi con il linguaggio, 4. Disorientamento spaziale e temporale, 5. Perdita o diminuzione della capacità di giudizio, 6. Problemi con il pensiero astratto, 7. Mettere gli oggetti fuori posto o perdere gli oggetti, 8. Cambiamenti nell’umore o nel comportamento, 9. Cambiamenti nella personalità, 10. Perdita d’iniziativa (WHITEHOUSE P.J. - GEORGE D. 2008: 177). Vale la pena segnalare che, consultando il sito dal quale gli Autori riprendono l’elenco sopra riportato, oggi appare diverso e più dettagliato nell’indicazione della maggioranza dei segnali rispetto a come erano

proposti nella lista originaria: 1. Perdita della memoria che compromette la vita quotidiana, 2. Difficoltà nella pianificazione e nella risoluzione dei problemi, 3. Difficoltà nel portare a termine azioni famigliari a casa, al lavoro o nel tempo libero, 4. Confusione con il tempo o con lo spazio, 5. Difficoltà a capire immagini visuali e relazioni spaziali, 6. Nuovi problemi con le parole nel parlato e nello scritto, 7. Mettere gli oggetti fuori posto e perdita della capacità di ripercorrere i passi per ritrovarli, 8. Perdita o diminuzione della capacità di giudizio, 9. Ritiro dal lavoro e dalle attività sociali, 10. Cambiamenti nell'umore e nella personalità (<http://www.alz.org/10-signs-symptoms-alzheimers-dementia.asp>, consultato il 02/11/2016). In entrambe le "formulazioni", i singoli segnali sono descritti in comparazione con le caratteristiche dei corrispondenti "tipici cambiamenti legati all'età" (*typical age-related change*).

(6) Ho condotto quest'etnografia per il mio Dottorato di Ricerca in "Etnologia e Etnoantropologia", Sapienza Università di Roma, XXIV ciclo, poi conseguito nel 2012 (tutor: Alessandro Lupo). Parallelamente, in quel medesimo contesto, ho partecipato al progetto comparato neurologia clinica-antropologia medica: *"Diagnosi precoce del deterioramento cognitivo in una prospettiva di potenziamento della "cura centrata sulla persona": approccio integrato tra medicina generale, neurologia clinica ed antropologia medica"*, finanziato dalla Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali, Regione Umbria, come da Bando 2008 per l'area progettuale "Sfida alla disabilità". Responsabile Scientifico della ricerca: Lucilla Parnetti. Coordinatore Scientifico del percorso antropologico: Giovanni Pizza. Nel testo gli estratti dal mio diario di campo sono indicati dalla sigla "ddc" seguita dalla data di stesura, mentre le interviste etnografiche che ho condotto con gli specializzandi neurologi che all'epoca lavoravano al Centro sono indicate come "Int. Neu" seguite dalla data di realizzazione del colloquio.

(7) Questo episodio è in COHEN L. (1998: 62, 2006: 5).

(8) «Mito 1: La perdita di memoria è una parte naturale dell'invecchiamento.

Realtà: Quando una persona invecchia, è normale avere occasionali problemi di memoria, come dimenticare il nome di una persona conosciuta di recente. Tuttavia, l'Alzheimer è più di una perdita di memoria occasionale [...] un individuo può dimenticare il nome di un amico di lunga data o quali strade prendere per tornare nella casa dove ha vissuto per decenni.

Può essere difficile distinguere problemi di memoria normali da problemi di memoria che dovrebbero essere causa di preoccupazione» (www.alz.org/alzheimers_disease_myths_about_alzheimers.asp, consultato il 23/08/2016).

(9) Quest'accoppiamento è il risultato di una scelta dello staff e non rappresenta un binomio testistico universalmente adottato, come mi ha spiegato un medico: «Il Mini Mental è un test di valutazione dello stato cognitivo globale che forse è un po' carente dal punto di vista dello studio delle funzioni sottocorticali, quindi le funzioni esecutive, è più sulle funzioni corticali superiori e [...] sul lato mnesico rispetto all'HDS. L'HDS l'abbiamo messo in aggiunta a questo, perché nasceva per la valutazione dei pazienti HIV-positivi, con AIDS - infatti si chiama HDS perché è HIV Dementia Scale - che hanno di solito un coinvolgimento elettivo delle funzioni sottocorticali [...]. Siccome ci mancava sempre quella parte col Mini Mental, allora l'abbiamo integrato con l'HDS» (Int. NEU/d01, 25/10/2010). La versione del Mini Mental State Examination fa riferimento a: FOLSTEIN M.F. - FOLSTEIN S.E. - MCHUGH P.R. (1975) e COCKRELL J.R. - FOLSTEIN M.F. (1988). Per l'Hiv-Dementia Scale, cfr. POWER C. *et al.* (1995).

(10) È scientificamente riconosciuta, come ho anticipato in esordio, la variabilità degli esiti dello stato di Mild Cognitive Impairment rispetto alla manifestazione di una demenza. Oltre a evolvere nella patologia, può connotare una situazione di stabilità e finanche sfociare in una recessione dei sintomi di compromissione cognitiva che lo caratterizzano (GRAHAM J.E. 2008).

Bibliografia

- BEACH Thomas G. (1987), *The history of Alzheimer's disease. Three Debates*, in "Journal of the History of Medicine and Allied Sciences", vol. 42, n. 3, pp. 327-349.
- BEARD René L. - FOX Patrick J. (2008), *Resisting social disenfranchisement. Negotiating collective identities and everyday life with memory loss*, in "Social Science & Medicine", vol. 66, n. 7, pp. 1509-1520.
- BEARD René L. (2008), *Trust and Memory: Organizational strategies, Institutional Conditions and Trust Negotiation in Specialty Clinics for Alzheimer's Disease*, in "Culture, Medicine and Psychiatry", vol. 32, n. 1, pp. 11-30.
- BERRIOS German E. (1990), *Alzheimer's disease: a conceptual history*, in "International Journal of Geriatric Psychiatry", vol. 5, n. 6, pp. 355-365.
- BOLLER François - BICK Katherine L. - DUYCKAERTS Charles (2007), *They have shaped Alzheimer disease the protagonists, well known and less well known*, in "Cortex", vol. 43, pp. 565-569.
- BOLLER François - FORBES Margaret M. (1998), *History of dementia and dementia in history: An overview*, in "Journal of the Neurological Sciences", vol. 158, n. 2, pp. 125-133.
- BORRI Matteo (2012), *Storia della malattia di Alzheimer*, Il Mulino, Bologna.
- CLARFIELD Avram M. (1990), *Dr. Ignatz Nascher and the birth of geriatrics*, in "Canadian Medical Association Journal", vol. 143, n. 9, pp. 944-948.
- CLARKE Adele E. - SHIM Janet K. - MAMO Laura - FOSKET Jennifer Ruth - FISHMAN Jennifer R. (2003), *Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine*, in "American Sociological Review", vol. 68, n. 2, pp. 161-194.
- COCKRELL J.R. - FOLSTEIN Marshall F. (1988), *Mini-Mental State Examination (MMSE)*, in "Psychopharmacology Bulletin", vol. 24, n. 4, pp. 689-692.
- COHEN Lawrence (1998), *No Aging in India. Alzheimer's, the Bad Family, and Other Modern Things*, University of California Press, Berkeley - Los Angeles - London.
- COHEN Lawrence (2006), *Introduction. Thinking about dementia*, in LEIBING A. - COHEN L. (eds) (2006), pp. 1-19.
- DILLMAN Rob J.M. (2000), *Alzheimer's Disease. Epistemological Lessons from History?*, in WHITEHOUSE P.J. - MAURER K. - BALLENGER J.F. (eds) (2000), pp. 129-157.
- ELLIOT Kathrine S. - DI MINNO Mariann (2006), *Unruly Grandmothers, Ghosts and Ancestors: Chinese Elders and the Importance of Culture in Dementia Evaluations*, in "Journal of Cross-Cultural Gerontology", vol. 21, n. 3-4, pp. 157-177.
- ESTES Carroll L. - BINNEY Elizabeth A. (1989), *The biomedicalization of aging: Dangers and dilemmas*, in "The Gerontologist", vol. 29, n. 5, pp. 587-597.
- FOLSTEIN Marshal F. - FOLSTEIN Susan E. - MCHUGH Paul R. (1975), *Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician*, in "Journal of Psychiatric Research", vol. 12, n. 3, pp. 189-198.
- FRATIGLIONI Laura - CARACCILO Barbara - PALMER Katie (2005), *La variabilità delle stime epidemiologiche relative al mild cognitive impairment e alle demenze*, in "Annali Istituto Superiore di Sanità", vol. 41, n. 1, pp. 81-86.
- GEORGE Daniel - WHITEHOUSE Peter J. (2007), *A new Age for Senility. Reimagining the Cultural Framework of Dementia*, in "Current Anthropology", vol. 48, n. 4, pp. 623-625.
- GRAHAM Janice E. (2008), *Facilitating regulation: The Dance of Statistical Significance and Clinical Meaningfulness in Standardizing Technologies for Dementia*, in "BioSocieties", vol. 3, n. 3, pp. 241-263.
- HOLSTEIN Martha (1997), *Alzheimer's disease and senile dementia, 1885-1920: An interpretive History of Disease Negotiation*, in "Journal of Aging Studies", vol. 11, n. 1, pp. 1-13.
- KATZMAN Robert - BICK Katherine L. (2000), *The Rediscovery of Alzheimer's Disease During the 1960s and 1970s*, in WHITEHOUSE P.J. - MAURER K. - BALLENGER J.F. (eds) (2000), pp. 104-114.

KRAL Vojtech Adalbert (1962), *Senescent Forgetfulness: Benign and Malignant*, in "Canadian Medical Association Journal", vol. 86, n. 6, pp. 257-260.

LEIBING Annette - COHEN Lawrence (eds) (2006), *Thinking about dementia. Culture, loss, and the anthropology of senility*, Rutgers University Press, New Brunswick.

LEIBING Annette (2005), *The old lady from Ipanema: Changing notions of old age in Brazil*, in "Journal of Aging Studies", vol. 19, n. 1, pp. 15-31.

LOCK Margaret (2013), *The Alzheimer Conundrum. Entanglements of Dementia and Aging*, Princeton University Press, Princeton.

LOPEZ Oscar L. (2013), *Mild Cognitive Impairment*, in "Continuum. Lifelong Learning in Neurology", vol. 19, n. 2 (Dementia), pp. 411-424.

LYMAN Karen A. (1989), *Bringing the Social Back in: A Critique of the Biomedicalization of Dementia*, in "The Gerontologist", vol. 29, n. 5, pp. 597-605.

MATTSSON Niklas - BRAX David - ZETTERBERG Henrik (2010), *To Know or Not to Know: Ethical Issues Related to Early Diagnosis of Alzheimer's Disease*, in "International Journal of Alzheimer's Disease", vol. 2010, pp. 1-4.

MAURER Konrad - MAURER Ulrike (1999 [1998]), *Alzheimer. La vita di un medico. La carriera di una malattia*, a cura di Carlo MASULLO, Manifestolibri, Roma.

MCLEAN Athena Helen (2006), *Coherence without Facticity in Dementia. The Case of Mrs. Fine*, in LEIBING A. - COHEN L. (eds) (2006), pp. 157-179.

MOREIRA Tiago - BOND John (2008), *Does the prevention of brain ageing constitute anti-ageing medicine? Outline of a new space of representation for Alzheimer's Disease*, in "Journal of Aging Studies", vol. 22, n. 4, pp. 356-365.

NASCHER Ignatz L. (1914), *Geriatrics: The Diseases of Old Age and Their Treatment*, Blakiston, Philadelphia.

PETERSEN Ronald C. (2004), *Mild cognitive impairment as a diagnostic entity*, in "Journal of Internal Medicine", vol. 256, n. 3, pp. 183-194.

PETERSEN Ronald C. (2016), *Mild cognitive impairment*, in "Continuum. Lifelong Learning in Neurology", vol. 19, n. 2 (Dementia), pp. 411-424.

PETERSEN Ronald C. - DOODY Rachelle - 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, 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*, in "Archives of Neurology", vol. 56, no. 3, pp. 303-308.

POWER Christopher - SELNES Ola A. - GRIM Julie A. - MCARTHUR Justin C. (1995), *HIV Dementia-Scale: A Rapid Screening Test*, in "Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology", vol. 8, n. 3, pp. 273-278.

SERRA Laura - CALTAGIRONE Carlo (2008), *Mild Cognitive Impairment ovvero la fase preclinica della demenza*, in "La Neurologia Italiana", n. 2, pp. 9-19.

SHABAHANGI Nader - FAUSTMAN Geoffrey - THAI Julie N. - FOX Patrick J. (2009), *Some Observations on the Social Consequences of Forgetfulness and Alzheimer's Disease: A Call for Attitudinal Expansion*, in "Journal of Aging, Humanities, and the Arts", vol. 3, n. 1, pp. 38-52.

TRAPHAGAN John W. (1998), *Localizing senility: Illness and agency among older Japanese*, in "Journal of Cross-Cultural Gerontology", vol. 13, n. 1, pp. 81-98.

TRAPHAGAN John W. (2006), *Being a Good Rōjin. Senility, Power, and Self-Actualization in Japan*, in LEIBING A. - COHEN L. (eds) (2006), pp. 269-287.

WHITEHOUSE Peter J. (1999), *Alzheimer's disease: past, present, and future*, in "European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience", vol. 249, supplemento 3, pp. 43-45.

Id. (2000), *History and the Future of Alzheimer Disease*, in WHITEHOUSE P.J. - MAURER K. - BALLENGER J.F. (eds) (2000), pp. 291- 305

WHITEHOUSE Peter J. - MAURER Konrad - BALLENGER Jesse F. (eds) (2000), *Concepts of Alzheimer Disease. Biological, Clinical and Cultural Perspective*, The John Hopkins University Press, Baltimore.

WHITEHOUSE Peter J. - MOODY Harry R. (2006), *Mild Cognitive Impairment: A "hardening of the categories?"*, in "Dementia", vol. 5, n. 1, pp. 11-25.

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.

Scheda sull'Autrice

Elisa Pasquarelli è nata nel 1981 a Gubbio (PG). Dopo una laurea magistrale in Conservazione dei Beni Culturali (2006) e una laurea specialistica in Scienze antropologiche (2008) presso l'Università degli Studi di Perugia, ha conseguito il Dottorato di Ricerca in Etnologia e Etnoantropologia presso la Sapienza Università di Roma (2012). Per AM ha pubblicato *Etnografia dopo l'etnografia. Metodo e dialogo in una ricerca antropologica sull'uso delle medicine complementari in oncologia (Toscana)* (nn. 35-36, ottobre 2013, pp. 327-352), *L'etnografia dell'ospedale. Alcune prospettive di studio nel dibattito antropologico contemporaneo* (nn. 21-26, ottobre 2008, pp. 475-496) e la recensione *Genesis di una categoria diagnostica: la malattia di Alzheimer in prospettiva storica* (nn. 35-36, ottobre 2013, pp. 518-524).

Riassunto

Tra normalità e demenza. Definizioni biomediche, rappresentazioni e vissuti del declino cognitivo in anzianità

Negli anni Ottanta del Novecento è emersa in biomedicina la categoria diagnostica di Mild Cognitive Impairment (MCI), "deterioramento cognitivo lieve", la quale identifica un potenziale stadio preclinico della malattia di Alzheimer. Il MCI è definito come uno stato di transizione tra i cambiamenti cognitivi del normale invecchiamento e la demenza, ma la biomedicina riconosce che può essere difficile distinguerlo da un invecchiamento normale. Che cos'è normale? In questo articolo, l'Autrice esplora diverse visioni e percezioni della normalità cognitiva in età avanzata emerse, durante visite neurologiche, in un Centro disturbi della memoria (Perugia, Italia). La "normalità", lungi dall'essere un parametro di riferimento certo per la valutazione del MCI, è oggetto di interpretazioni plurali e diversificate sia nell'esperienza dei pazienti, sia all'interno della biomedicina.

Parole chiave: deterioramento cognitivo lieve, malattia di Alzheimer, invecchiamento, declino cognitivo, normalità.

Résumé

Entre normalité et démence. Définitions biomédicales, représentations et vécus du déclin cognitif durant la vieillesse

Dans les années quatre-vingt du XXe siècle a émergé dans le champ biomédical la catégorie diagnostique du Mild Cognitive Impairment (MCI), “trouble cognitif léger”, lequel caractérise un potentiel stade préclinique de la maladie d’Alzheimer. Le MCI est défini comme un état de transition entre les changements cognitifs du vieillissement normal et la démence, mais la biomédecine reconnaît qu’il peut être difficile de le distinguer d’un vieillissement normal. Qu’est-ce qui est normal? Dans cet article, après avoir décrit les caractéristiques scientifiques et les aspects problématiques du Mild Cognitive Impairment, l’Auteure explore diverses visions et perceptions de la normalité cognitive apparues en âge avancé, durant les visites neurologiques dans un Centre pour les troubles de la mémoire (Pérouse, Italie). La “normalité”, loin d’être un paramètre de référence certain pour l’évaluation du MCI, est ici l’objet d’interprétations plurielles et diverses autant dans l’expérience des patients qu’au sein de la biomédecine.

Mots clés: trouble cognitive léger, maladie d’Alzheimer, démence, vieillissement, déclin cognitif, normalité.

Resumen

Entre la normalidad y la demencia. Definiciones biomédicas, representaciones y experiencias de deterioro cognitivo en la vejez

En los años ochenta del siglo XX surgió en la biomedicina la categoría de diagnóstico de deterioro cognitivo leve (MCI - Mild Cognitive Impairment), «deterioro cognitivo leve», que identifica un potencial estadio preclínico de la enfermedad de Alzheimer. El MCI se define como un estado de transición entre los cambios cognitivos del envejecimiento normal y la demencia, pero la biomedicina reconoce que puede ser difícil distinguirlo de un envejecimiento normal. ¿Qué es normal? En este artículo, después de describir las características científicas y los efectos problemáticos del deterioro cognitivo leve, la autora explora diferentes visiones y percepciones de la normalidad cognitiva en la vejez surgidas durante los exámenes neurológicos, en un Centro de desórdenes de la memoria (Perugia, Italia). «La normalidad», lejos de ser un parámetro de referencia fiable para la evaluación de MCI, es objeto de interpretaciones plurales y diversas, tanto en la experiencia de los pacientes, tanto en biomedicina.

Palabras clave: deterioro cognitivo leve, la enfermedad de Alzheimer, demencia, envejecimiento, deterioro cognitivo, normalidad.

Abstract

Between normality and dementia. Biomedical labels, representations and experiences of the cognitive decline in old age

In the eighties of last century, it appears in biomedicine the diagnostic entity “Mild Cognitive Impairment” (MCI). It identifies a possible preclinical state of Alzheimer’s disease. The MCI is defined as a transitional state between the cognitive changes of the normal aging process and dementia, but biomedicine recognizes that it may be difficult to distinguish the MCI from the normal aging process. What is normal? In this article, the Author explores different visions and perceptions of the cognitive normality in old age as they emerged, during neurological examinations, in a Memory Clinic (Perugia, Italy). The “normality”, far from being a fixed parameter in the evaluation of the MCI, is indeed subject to differentiated and plural interpretations among the patients and within the biomedical field.

Keywords: mild cognitive impairment, Alzheimer’s disease, dementia, aging, cognitive decline, normality

Rispettare il processo.

Il ruolo sociale, culturale e politico delle ostetriche libere professioniste in Italia e in Spagna

Patrizia Quattrocchi

ricercatrice-Marie Sklodowska Curie fellow, Università degli studi di Udine
[patrizia.quattrocchi@uniud.it]

Il campo di ricerca e la ricerca sul campo: partorire in Italia e in Spagna

Il presente lavoro delinea parte dei risultati di una ricerca antropologica sul parto a domicilio e in casa maternità svolta in Italia, Spagna e Olanda⁽¹⁾.

In questa occasione mi soffermerò in particolare sul ruolo dell'ostetrica libera professionista in Italia e in Spagna. L'obiettivo è di evidenziare le valenze assistenziali ma anche politiche, sociali e culturali che si costruiscono e si esprimono a partire dalla scelta di operare al di fuori del sistema medico istituzionale, ossia il servizio sanitario presente nei due paesi⁽²⁾. I dati rimandano a diverse missioni di ricerca condotte tra il 2010 e il 2013⁽³⁾.

Prima di entrare nello specifico della loro esperienza e del loro ruolo ritengo utile delineare brevemente il contesto socio-demografico e assistenziale in cui si partorisce in Italia e in Spagna. Tale contesto permetterà di focalizzare le questioni principali legate all'eccessiva medicalizzazione del parto e della nascita, riscontrabile in entrambi i paesi.

In Italia nel 2011 sono nati 556.000 bambini, seimila in meno rispetto al 2010. Il tasso di natalità è sceso infatti dal 9,3 per mille nel 2010 al 9,1 per mille nel 2011. L'82% delle nascite proviene da donne italiane, il restante 18% da donne straniere. L'età media delle madri è di 31, 4 anni, con valori pari al 32,1 per le italiane e di 28 anni per le cittadine straniere. Il numero medio di figli per donna è pari a 1,42 (2,07 figli

per le donne straniere contro 1,33 delle italiane). Nel 2009 Il tasso di natimortalità è pari a 2,7, il tasso di mortalità perinatale a 4,6 e quello di mortalità infantile a 3,4⁽⁴⁾ (ISTAT 2012).

Tra gli indicatori di medicalizzazione eccessiva vi è il tasso di taglio cesareo, in costante aumento negli ultimi decenni: dall' 11,2% nel 1980 al 33,2% nel 2000, al 38% nel 2009 e in lieve diminuzione nel 2010 (37,5%): un dato che nelle linee guida emanate nel 2010 è definito «allarmante» (MINISTERO DELLA SALUTE – ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ 2010: 1) e che situa il nostro paese al primo posto in Europa (dopo Cipro) per l'uso/abuso di questa pratica⁽⁵⁾.

Anche il percorso in gravidanza risulta sempre più controllato dal punto di vista medico. Il numero medio di ecografie per le donne italiane con gravidanza a decorso fisiologico era nello scorso decennio di 5,3 (GRANDOLFO M. - DONATI S. - GIUSTI A. 2002) ed è attualmente di 7; se vi è qualche patologia, viene effettuata sola ecografia in più. La percentuale scende di qualche punto per le donne straniere, che effettuano mediamente 5 ecografie. In generale però, solo il 9,4% delle italiane e il 43,6% delle straniere effettuano al massimo le 3 ecografie previste dal servizio sanitario nazionale⁽⁶⁾.

Ancora: il numero medio di visite mediche durante la gravidanza è pari a 6,9, ma il 53,9% delle donne ha effettuato 7 o più visite. Il dato è elevato non solo per le donne che hanno avuto gravidanze difficili, ma anche per coloro che hanno vissuto una gravidanza fisiologica. Infatti, chi ha avuto minaccia di parto pretermine ha effettuato, in media, una visita in più di chi ha avuto un decorso normale (7,8 contro 6,8) e così chi ha avuto minacce d'aborto: 7,6 contro 6,8 (SABBADINI L.L. 2001). Ciò significa che le gravidanze fisiologiche e quelle a rischio di patologia o patologiche non sono oggetto in Italia di un percorso differente. Al contrario, “tutte” le gravidanze in Italia, anche quelle normali, vengono generalmente trattate come se fossero patologiche. A contribuire a tale situazione vi è la tipologia di assistenza e in particolare il tipo di professionista che prende in carico la donna in gravidanza. In Italia la maggioranza delle donne italiane (78, 5%) si rivolge al ginecologo, molto spesso privato (44,7%), sebbene il parto avviene quasi sempre in una struttura pubblica. Mentre è proprio nel privato che si riscontra il maggior eccesso di medicalizzazione (GRANDOLFO M. - DONATI S. - GIUSTI A. 2002), la presenza del ginecologo è rilevante anche nelle gravidanze non a rischio o non patologiche; un decorso che in altri paesi – come in Olanda o in Gran Bretagna – sarebbe di competenza esclusiva dell'ostetrica. Solo l'11% delle donne italiane

(al contrario del 52,2% delle straniere) si rivolge invece al consultorio, dove solitamente la presa in carico è dell'ostetrica (LAURIA L. - ANDREOZZI S. 2011, LAURIA L. - LAMBERTI A. - BUONCRISTIANO M. *et al.* curr. 2012). Si rileva inoltre un eccesso di interventismo e di farmaci (per esempio di ossitossici) durante il travaglio e il parto. Dalle due indagini campionarie condotte tra il 2008 e il 2009 dall'Istituto superiore di sanità in 25 aziende sanitarie locali emerge che il 19,4% delle donne italiane e il 12,8% delle donne straniere che hanno partorito con parto spontaneo hanno avuto un travaglio indotto. Nel 43,6% delle italiane e nel 45,6% delle straniere è stata invece praticata l'episiotomia (LAURIA L. - BONCIANI M. - LAMBERTI A. *et al.* 2012)⁽⁷⁾. Ciò che evidenziano questi dati è «una dipendenza e una perdita di controllo da parte delle donne della propria condizione, in una fase della loro vita in cui si esprime la loro potenza creativa al massimo livello e in cui al contrario sarebbe altamente auspicabile il loro coinvolgimento in processi di *empowerment*» (GRANDOLFO M. - DONATI S. - GIUSTI A. 2002: 1). L'indagine multiscopo "Condizione di Salute e ricorso ai servizi sanitari" condotta dall'ISTAT tra il 1999 e il 2000 evidenzia chiaramente questa situazione: solo il 26,3% delle donne che hanno partorito spontaneamente ha potuto scegliere autonomamente la posizione del parto (SABBADINI L. L. 2001). Lo studio, ripetuto a cadenza quinquennale, rivela che tra il 2004 e il 2005 l'assistenza in gravidanza – in particolare per quanto riguarda le donne che si sottopongono a visite e accertamenti nei primi mesi della gestazione e sono informate sulle tecniche di diagnosi prenatale – è migliorata, ma la medicalizzazione è ancora in aumento. Le donne continuano ad apparire ancora poco informate, poco supportate nelle varie fasi della gravidanza e del postparto e soprattutto poco coinvolte nei processi decisionali che le riguardano (ISTAT 2006).

È importante menzionare che l'eccessiva medicalizzazione è ben lontana dagli ideali e dai desideri femminili: ben il 94,7% delle primipare italiane che ha partorito con un parto spontaneo ha dichiarato che, potendo scegliere, preferirebbe nuovamente il parto spontaneo; e così il 78,1% di quelle che hanno partorito con un taglio cesareo. La percentuale delle pluripare italiane che hanno già partorito con cesareo e che preferirebbe un parto spontaneo si innalza al 96% e percentuali sono simili anche per le straniere (rispettivamente 94,5% e 78,2%). Il 95% delle donne desidera poi allattare al seno (GRANDOLFO M. 2012, ISTAT 2007). È interessante notare che le donne danno un giudizio positivo all'esperienza del parto con minore frequenza quando il parto è avvenuto con taglio cesareo o è stato operativo; inoltre, tra i parti spontanei non migliora il giudizio se è stata praticata l'anestesia epidurale (LAURIA L. - BONCIANI M. - LAMBERTI A.

et al. 2012). Mi sembrano dati particolarmente importanti, che rispondono in maniera chiara a certi luoghi comuni e a non rare affermazioni mediche secondo cui «sono le donne a preferire il cesareo, l'epidurale e il latte artificiale».

Per quanto riguarda la Spagna, la situazione non è molto diversa. Nel paese nel 2012 sono nati 453.637 bambini, con un 3,9% in meno rispetto all'anno precedente. Dal 2008, quando nacquero 519.779 bambini (il massimo negli ultimi trent'anni) il numero infatti è in decrescita. Il tasso crudo di natalità (il numero di nascita per 1000 abitanti) è sceso nel 2012 al 9,7 dal 12,8 dell'anno precedente. Anche il tasso di fecondità è in decrescita, sia per le donne spagnole che partoriscono un numero di figli per donna di 1,28 (contro l'1,29 del 2011) sia per le donne straniere (1,54 contro l'1,58 del 2011). L'età media delle madri è di 32,1 per le spagnole e di 28,9 per le straniere. Il tasso di mortalità neonatale⁽⁸⁾ è nel 2011 di 2,15; quello di mortalità infantile è di 3,13 nel 2012 (INE 2013).

Anche in Spagna la medicalizzazione del parto è fortemente presente e il ruolo marginale della donna nelle scelte che riguardano il suo corpo e la sua salute è stato spesso sottolineato (FERNANDEZ DEL CASTILLO I. 1994, FUENTES M. 2001, MONTES-MUÑOZ M.J. 2007, RODRIGÁNEZ BUSTOS 2007, BLÁSQUEZ RODRIGUEZ M. 2010, ESTEBAN M.L. - COMELLES J.M. - DIEZ MINTEGUI C. 2010). La maggioranza delle nascite avviene in ospedali pubblici (75%), dove le donne giungono dopo un percorso presso il centro di salute in cui sono seguite dall'ostetrica e/o il centro specialistico in cui sono seguite dal ginecologo; quest'ultimo è un professionista pubblico (più frequentemente) o privato. Il ricorso al ginecologo anche per gravidanza fisiologiche è fortemente presente, come accade in Italia. Tra gli indicatori di una crescente medicalizzazione vi è il tasso di cesareo: nel 2011 è del 22,02%, quando nel 1985 era 10,5% e nel 1996 del 20%. L'interessante *Informe sobre el Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud 2012*, che costituisce il primo documento di valutazione di ciò che è accaduto dall'emanazione della *Estrategia* del 2007, afferma inoltre che nel 53,3% dei parti si utilizza ossitocina per accelerare il travaglio (standard previsto dall'OMS dal 5 al 10%), il 19,4% dei parti è indotto (standard OMS meno del 10%), la rottura delle membrane avviene nel 46,6% dei casi, la posizione litotomica viene adottata nell'87,4% dei parti, la manovra di Kristeller continua ad essere effettuata nel 26,1% dei casi, l'episiotomia si effettua nel 41,9% dei parti (standard raccomandabile minore al 15%) (MINISTERIO DE SANIDAD, IGUALDAD Y SERVICIOS SOCIALES 2013).

È significativo che tutto ciò avvenga nonostante ormai da tempo le evidenze medico-scientifiche dimostrino l'inefficacia o la pericolosità di un interventismo eccessivo, e in particolare di alcune pratiche ancora effettuate di routine. Già nel 1985 l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) raccomanda, infatti, di evitare – come pratiche *sistematiche* – la rasatura pubica, l'enema, l'induzione al travaglio, la parto-analgesia, il monitoraggio fetale diverso dall'auto-auscultazione, la posizione litotomica durante il parto, la rottura artificiale delle membrane, l'episiotomia e il taglio cesareo (WHO 1985a, WHO 1985b). Si rileva inoltre l'importanza di creare un ambiente favorevole per la mamma e il bambino, in cui i fattori sociali, emotivi e psicologici rivestano un ruolo fondamentale. Ciò significa la presenza del partner o di persone care alla partoriente durante il travaglio e il parto, la libertà di movimento e di comportamento (camminare, mangiare e bere, se lo si desidera), la libera posizione durante il parto, il mantenere il bambino nella propria camera durante la degenza (*rooming-in*), l'allattamento immediato, già in sala parto. Raccomandazioni che trovano riscontro scientifico basato sulle evidenze anche negli anni successivi (CHALMERS I. 1989) e che sono riprese dall'OMS in numerosi documenti, fino ai giorni nostri (WHO 1996, 2006, 2008, 2009, 2010, 2014).

Il contesto dentro cui mi muovo rimanda dunque allo iato esistente tra le direttive internazionali, volte da tempo al contenimento di un approccio troppo medicalizzato al processo riproduttivo e le pratiche effettivamente messe in atto nella routine ospedaliera. Le istituzioni sanitarie locali non sembrano in effetti essere poste nella condizione di rendere tali istanze operative, nonostante vi siano in entrambi i paesi delle politiche nazionali che perseguono tali obiettivi.

In Spagna, l'inversione di rotta si delinea nel 2007 con l'emanazione della *Estrategia del Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud*, da parte del *Ministerio de sanidad y consumo* (MINISTERIO SANIDAD Y CONSUMO 2007). Tale strategia, che si situa nel *Plan de Calidad del Sistema nacional de salud*, indica quattro linee di azione per promuovere una diversa attitudine all'assistenza al parto: la presa in considerazione delle Dichiarazioni OMS del 1985 (WHO 1985a); la partecipazione delle donne nei momenti decisionali; la formazione di professionisti medici e infermieri per implementare la strategia stessa; la ricerca e le buone pratiche per assistere il parto normale. Si includono inoltre tre parametri di equità: la diversità (sensoriale, psichica o fisica), la multiculturalità e la prospettiva di genere. Il documento rappresenta senza dubbio un punto di partenza importante per restituire al parto il suo statuto di evento fisiologico. Ciò nonostante

il *parto respetado* – come viene denominato tale approccio lasciando intravedere l'eventualità di un parto *no respetado* – è ancora poco praticato nella maggioranza delle strutture, sia pubbliche che private; il cambio di attitudine, di visione e di pratica da parte dei professionisti sanitari (medici ginecologi, ostetriche, infermieri ecc.) richiede evidentemente di maggiore tempo, di ulteriori politiche di sostegno, di formazione adeguata; ma anche della riappropriazione da parte delle donne della fiducia in se stesse e nelle proprie conoscenze/capacità.

Per quanto riguarda l'Italia già nel 1998-2000 viene varato il POMI-Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) quale tematica di rilevanza strategica (MINISTERO DELLA SALUTE 2000). Il piano, le cui indicazioni vengono riprese nei successivi piani nazionali triennali, si occupa di percorso nascita, tumori femminili e adolescenza. In merito al parto e alla nascita tra gli obiettivi principali (riferibili ai Livelli Essenziali di Assistenza) vi è l'umanizzazione del servizio di assistenza, raggiungibile attraverso l'attivazione di corsi pre-parto, la qualificazione del personale, la presenza di una persona a scelta della donna durante il travaglio e il parto, la sperimentazione di percorsi di demedicalizzazione del parto, l'attivazione di percorsi facilitanti il contatto madre-bambino, il *rooming in*, l'assistenza al puerperio. Altre priorità riguardano favorire il contatto puerpera-neonato (anche patologico) attraverso il collegamento funzionale strutturale tra area ostetrico-ginecologica e pediatrico-neonatologica; l'adeguamento strutturale al fine di facilitare il *rooming in* e l'allattamento al seno; la realizzazione di dimissioni protette e precoci attraverso l'attivazione di una rete ospedaliera territoriale e sociale per il rientro domiciliare della madre e del bambino; la promozione e l'incremento dell'allattamento al seno.

Nel mio percorso di ricerca, l'approccio antropologico ai processi fisiologici e patologici che riguardano il corpo (SHEPER HUGHES N. - LOCK M. 1987, LOCK M. - GORDON D. *curr.* 1988, JOHNSON T. - SARGENT C. 1990, LINDEBAUM S. - LOCK M. *curr.* 1993, KLEINMAN A. 1995, FASSIN D. 1996, KLEINMAN A. - DAS V. - LOCK M. *curr.* 1997, KLEINMAN A. 1998, GOOD B. J. 1999 [1994], NICTER M. - LOCK M. 2002, FARMER P. 2003, HAHN R. - INHORN M. *curr.* 2009, LOCK M. - NGUYEN V.K. 2010, GOOD B.J. - FISCHER M. - WILLEN S. *et al. curr.* 2010) mi consente, da una parte, di guardare a questi processi con uno sguardo più ampio rispetto alla prospettiva biomedica; dall'altra di occuparmi dei rapporti di forza che contribuiscono all'elaborazione, perpetuazione e a volte imposizione di un discorso e di una pratica, piuttosto che di altre. "Medicalizzare" significa infatti ricon-

durre eventi o processi della vita quotidiana alle categorie interpretative della biomedicina e inserirle in una cornice di senso che rimanda a quel paradigma, che tra le innumerevoli caratteristiche e la comprovata non omogeneità⁽⁹⁾, si distingue per essere fortemente organicista, riduzionista, positivista ed empirista.

In merito alla gravidanza, al parto, al puerperio “medicalizzare” significa innanzitutto considerare l'intero processo come fosse una somma di “eventi medici” separabili l'uno dall'altro; e non come un processo complesso e multidimensionale: allo stesso tempo bio-psico-sociale e culturale (JORDAN B. 1983). In secondo luogo, significa ricondurre tali eventi alla dimensione patologica, ossia considerarli e trattarli *come se* fossero delle malattie. Il parto è sicuramente un caso emblematico in questo senso e la letteratura sulla sua trasformazione da fatto sociale e quotidiano a evento medico-patologico è ormai consistente (PIZZINI F. 1981, ARTSCHWAGER K. 1982, OAKLEY A. *cur.* 1985, COLOMBO G. - PIZZINI F. - REGALIA A. 1987, DAVIS FLOYD R. 1992, DAVIS-FLOYD R. - SARGENT C. *curr.* 1997, WAGNER M. 2001, DAVIS-FLOYD R., BARCLAY L. DAVIS B. *et al. curr.* 2010, MAFFI I. *cur.* 2010, RANISIO G. 2012). Emergono da questi studi almeno tre considerazioni. La prima, cui ho già accennato, rimanda a un interventismo medico esageratamente praticato e a volte non giustificato dal punto di vista clinico, sia in gravidanza che durante il parto. La seconda riguarda le donne incinte, che si ritrovano spesso espropriate di un ruolo attivo nella gestione del proprio corpo e della propria salute e – dentro meccanismi complessi di legittimazione sociale della prassi biomedica – delegano a volte acriticamente e inconsapevolmente alle istituzioni sanitarie aspetti che non necessariamente rimandano alla patologia, né necessitano di uno sguardo clinico. Un terzo aspetto da prendere in considerazione riguarda poi i professionisti della salute. Mi riferisco *in primis* alle ostetriche ospedaliere, che si formano e operano all'interno di una cornice medicalizzata che impedisce loro di cogliere e accogliere gli aspetti sociali, culturali, esistenziali dell'esperienza del parto e della nascita; e tendono a declinare, a volte loro malgrado, la loro funzione al tecnicismo, alla depersonalizzazione e alla burocratizzazione insite nella struttura ospedaliera. Rigidi protocolli che non lasciano margine alle esigenze del singolo e unico caso, controllo e supervisione medica anche quando non necessari, scarsa tutela giuridico-assicurativa in caso di risoluzione di conflitti, ma anche una formazione volta in modo eccessivo agli aspetti patologici del processo riproduttivo rappresentano solo alcuni degli elementi che minano alla base l'autonomia della professione, e che sono emersi in maniera consistente nelle mie conversazioni; così come in altri studi (SPINA E. 2009, CHENEY M. 2010).

Sia in Italia che in Spagna, tali riflessioni non permeano quasi per nulla le pratiche assodate, che si dimostrano spesso autoreferenziali nel loro perpetuarsi e lontane dall'essere sottoposte – se non in maniera molto graduale – ad una rivisitazione critica dentro la prassi biomedica.

Tali questioni si ritrovano invece in maniera più o meno preponderante nei discorsi di chi compie scelte differenti, sia a livello personale che professionale: dalle ostetriche che lavorano in libera professione alle donne che decidono di partorire in un luogo “altro” rispetto all'ospedale.

Aumentano, infatti, sia in Italia sia in altri paesi europei le donne e le coppie che rivendicano la possibilità di scelta in merito ai luoghi, alle persone, alle pratiche inerenti la propria salute e quella dei propri cari, in particolare durante un momento tanto significativo come la nascita di un figlio. Sempre più donne europee si interessano al parto non ospedaliero (a domicilio o in casa maternità)⁽¹⁰⁾, pur essendo ancora una percentuale minima quella che effettivamente opta per questo tipo di assistenza. Si tratta di una media che oscilla intorno all'1% sia in Italia che in Spagna (EMONS J. - LUITEN M. 2001). Il dato è in linea con altri gli paesi europei, che in media prevedono una percentuale di donne che partoriscono in casa tra l'1 e 2%. Percentuali leggermente superiori si incontrano in Inghilterra (2,7%) e in Galles (3,7%) (EUROPERISTAT 2010). L'unica eccezione rispetto a questi dati è costituita dai Paesi Bassi, che presenta un tasso di parti a domicilio che superava il 30% nello scorso decennio (DE VRIES R. 2004) e che si attesta attualmente al 16,3%. A tale percentuale vanno aggiunte le case maternità o birth centres. Nei Paesi Bassi ve ne sono 26 e raccolgono l'11,3% dei parti. In totale, dunque, in questo paese i parti non ospedalieri risultano essere il 27,6% (EUROPERISTAT 2010).

Vi sono però anche delle zone d'ombra, ancora poco indagate, in cui si intrecciano diritti riproduttivi, questioni di genere, nuovi e vecchi reazionismi. È di pochi anni fa, per esempio, il caso dell'ostetrica libera professionista ungherese Agnes Gereb, incarcerata dopo aver assistito un parto a domicilio. Il fatto, raccontato nel documentario *Freedom for Birth* che ho avuto il piacere di discutere come *comentarista* durante la prima nazionale datasi in Messico nell'ottobre 2012⁽¹¹⁾, ha permesso a un tema importante quanto defilato – il diritto delle donne di scegliere per sé stesse – di imporsi nel dibattito pubblico internazionale. Nel 2010 infatti il caso è stato portato all'attenzione della Corte europea dei diritti umani di Strasburgo che ha stabilito che il «diritto al rispetto della vita privata include anche il diritto di scegliere le circostanze in cui avere il proprio parto.» D'altra parte, già il Parlamento europeo con la risoluzione A2-

38/88 (Carta europea dei diritti della partoriente) menziona il diritto all'«assistenza adeguata qualora venga scelto il parto a domicilio, compatibilmente con le condizioni psicofisiche della partoriente e del nascituro e con le condizioni ambientali.»

È proprio tale diritto a costituire, a mio avviso, la posta in gioco. Si tratta di un diritto spesso negato nella pratica, nonostante sia ribadito più volte anche dall'OMS: «the whole community should be informed about the various procedures in birth care, to enable each woman to choose the type of birth care she prefers» (WHO 1985a: 1). E ancora: «A woman should give birth in a place she feels is safe, and at the most peripheral level at which appropriate care is feasible and safe. For a low-risk pregnant woman this can be at home, at a small maternity clinic or birth centre in town or perhaps at the maternity unit of a larger hospital. However, it must be a place where all the attention and care are focused on her needs and safety, as close to home and her own culture as possible» (WHO 1996: 16).

Una serie di affermazioni che, almeno in teoria, offrono ampio margine conoscitivo-decisionale alle donne e alle coppie che desiderano intraprendere un percorso differente rispetto a quello più comune, caratterizzato sia in Italia che in Spagna da un controllo costante da parte del ginecologo durante la gravidanza e da un parto ospedaliero. Affermazioni che riguardano però anche le ostetriche che accompagnano le donne in tali «percorsi differenti»; e che diventano parte costitutiva – come vedremo – di un modo di concepire non solo il processo riproduttivo in generale e il parto e la nascita in particolare, ma il mondo che le circonda.

È proprio l'esperienza di questo tipo di ostetrica, che intendo analizzare nel presente lavoro. Si tratta innanzitutto di una libera professionista, che in quanto tale offre il suo servizio in modo privato. Il suo è dunque un lavoro indipendente – pur appartenendo di volta in volta ai Collegi di ostetriche o alle associazioni di categoria nazionali o locali⁽¹²⁾ – che si fonda sulla messa in discussione degli assunti e dei paradigmi biomedici in merito al parto e alla nascita. La sua visione può considerarsi ontologicamente differente: il parto è un evento innanzitutto fisiologico e come tale deve essere vissuto, interpretato e trattato. La critica è volta al riduzionismo insito nello sguardo medico, che non permette di cogliere la normalità – ma al contempo l'unicità e l'eccezionalità – di tale processo, e di comprenderlo nelle sue valenze esistenziali, psicologiche, sociali, culturali e anche spirituali. Tale complessità diviene marginale e a volte addirittura invisibile in una visione e in una pratica che enfatizzano il concetto di «rischio riproduttivo»⁽¹³⁾, abusano della tecnologia,

trattano le donne incinte come ammalate e non come persone sane in stato di gravidanza e catapultano, infine, il neonato dentro meccanismi burocratico-organizzativi che nulla hanno in comune con quella “nascita senza violenza” auspicata da Frederik Leboyer e Lorenzo Braibanti⁽¹⁴⁾.

Una diversità di approccio su cui di fatto si radica il confronto tra l'*establishment* medico-ostetrico ortodosso e le professioniste che operano in qualche modo al di fuori di quel sistema. Si tratta di un elemento importante, che definisce il quadro generale dentro cui tali professioniste operano e che riguarda non solo il dialogo/non dialogo tra concezioni e pratiche diverse, ma anche ruoli, status e poteri che incidono sulla costruzione dell'autorità e dell'autorevolezza dei Saperi che riguardano la nostra salute.

L'ostetrica e il rispetto

In Italia il 10% delle ostetriche opera come libera professionista (EMONS J. - LUITEN M. 2001), mentre in Spagna la percentuale di *comadronas*⁽¹⁵⁾ raggiunge il 15%.⁽¹⁶⁾ In entrambi i paesi negli ultimi anni la tendenza è in crescita, con una nuova generazione di professioniste che si dimostra attente a questa tipologia di lavoro.

Le ostetriche libere professioniste – italiane e spagnole – che mi hanno raccontato la loro esperienza assistono a domicilio e in alcuni casi lavorano anche in una casa maternità. A prescindere dal luogo di lavoro, dal paese e dalle particolarità di ciascuna, è emersa una marcata similitudine nei discorsi e nei percorsi di queste operatrici. Un filo rosso di argomentazioni e di rivendicazioni, che hanno reso immediatamente palese l'emergere di un discorso coerente, originale ed efficace, da opporre in qualche modo al discorso medico. È proprio attraverso l'analisi di questi elementi comuni che intendo comprendere il significato sociale, culturale e politico del loro lavoro, all'interno di un contesto che, seppure con differenze di grado tra Italia e Spagna, assegna ancora al parto ospedaliero il ruolo di modello egemone.

La cornice politica dentro cui tali processi si innestano è di sicuro importante e ne accenno brevemente. In Italia non vi è ancora una legge nazionale che regolamenti il parto in casa o in casa maternità. L'art. 25 della legge 833/78 afferma in generale che «le prestazioni di cura vengono erogate sia in forma ambulatoriale che domiciliare», mentre con l'art. 32 della Costituzione, e in assenza di una norma che preveda l'obbligo di

partorire in ospedale, si deduce che la partoriente ha il diritto di scegliere dove partorire senza che ciò faccia venir meno il dovere di assistenza del SSN. Nello specifico del parto, il D.L. 509/1995 prevede in generale «l'attivazione di strutture che applicano le tecnologie appropriate previste dall'OMS alla preparazione e all'assistenza al parto» senza specificare però quali debbano essere tali strutture. Le competenze regionali in materia di sanità hanno permesso ad alcune regioni di legiferare in materia. Quelle che già godono di una legge al riguardo sono in ordine cronologico: Lombardia (L.R. n. 16 del 1987), Abruzzo (L.R. n. 35 del 1990), Liguria (L.R. n. 24 del 1995), Valle d'Aosta (L.R. n. 44 del 1998), Marche (L.R. n. 22 del 1998), Emilia Romagna (L.R. n. 26 del 1998), le province autonome di Trento e di Bolzano (delibere n° 10565 del 1997 e n. 15077 del 1998), Toscana (L.R. n. 41 del 1999), Piemonte (L.R. n. 20/80 del 2002), Sicilia (decreto del 19/11/2010 relativo alle case maternità) e la regione Lazio (Decreto n. 29 del 2011).

In tutti i documenti appena citati si menziona il parto domiciliare e/o in casa maternità tra le modalità a disposizione della donna, in alcuni casi facendo riferimento esplicito al diritto di scelta. Ciò che differenzia un caso dall'altro sono poi le modalità attuative. Solitamente alla legge regionale segue l'emanazione di un "Profilo assistenziale di assistenza" (una sorta di linee-guida) e, a volte, anche delle indicazioni per la creazione di strutture non ospedaliere (case maternità) e centri nascita intra-ospedalieri⁽¹⁷⁾. In alcune regioni si prevede poi un rimborso totale o parziale dei costi del servizio privato sostenuto dalla donna: la regione Piemonte rimborsa per esempio il 50% del costo dell'assistenza del parto la regione Emilia-Romagna l'80%⁽¹⁸⁾. In altri casi si prevede l'erogazione del servizio in convenzione con l'istituzione pubblica (come a Torino con l'esperienza dell'Ospedale S. Anna) o più raramente l'erogazione diretta da parte dello stesso servizio sanitario nazionale, come a Parma, Reggio-Emilia e Modena, in Emilia-Romagna⁽¹⁹⁾. In altre regioni l'attuazione di fatto non è avvenuta, e la menzione – seppur importante – è rimasta soltanto formale.

In Spagna il parto domiciliare non è stato ancora oggetto di riflessione politica. Non vi è dunque alcun riconoscimento pubblico, né di tipo economico né di tipo legislativo. Non è riconosciuta legalmente neanche la struttura casa maternità. La donna che decide di non partorire in ospedale sceglie semplicemente il domicilio che ritiene consono, che può essere il suo o quello di altri. La casa maternità in Spagna si presenta dal punto di vista legale come una casa privata in cui ha sede

un gruppo di professioniste riunite per perseguire i loro scopi secondo una forma giuridica prevista dalla legge (per esempio, una associazione o una cooperativa).

Il riconoscimento politico-legale non rimanda in maniera diretta al riconoscimento sociale, ma di sicuro contribuisce alla costruzione di una assistenza sanitaria come bene comune (SEPPILLI T. 2010), che nel caso specifico, renderebbe visibili servizi che altrimenti rimarrebbero appannaggio di una minoranza della popolazione. Quando poi al riconoscimento politico si affianca anche un sostegno economico, quale rimborso per donne che comunque, partorendo in ospedale, rappresenterebbero un costo per il servizio sanitario nazionale⁽²⁰⁾, l'accessibilità (anche simbolica) diventa di sicuro più ampia, sebbene alcune ostetriche – in particolare italiane – ritengono che il fattore economico non sia poi così rilevante nella scelta.

Per entrare dunque nello specifico, ciò che intendo dimostrare in questo lavoro è che le ostetriche libere professioniste italiane e spagnole assumono e rivendicano diversi ruoli: da una parte quali custodi della fisiologia, delle conoscenze e delle competenze femminili sul parto e la nascita, sia in quanto donne che come professioniste. Dall'altra quali interpreti dei cambiamenti sociali e culturali che hanno portato nel corso degli ultimi decenni a una sempre maggiore medicalizzazione di tali processi; e al contempo al perpetuarsi ed affermarsi di percorsi differenti che costituiscono oggi delle possibilità concrete per chi opta per una parto non ospedaliero.

Nella loro doppia veste di attrici e di interpreti di tali processi intendo dunque analizzare la loro esperienza. Partirò da un elemento chiave che caratterizza i loro discorsi: il rispetto. Si tratta di un concetto centrale, attorno al quale si elabora non solo una visione della gravidanza e della nascita ma anche l'insieme delle pratiche che vengono messe in campo durante l'intero percorso di accompagnamento e assistenza ostetrica. Il rispetto rimanda a diverse questioni. Ne esaminerò alcune:

«Ho visto che in ospedale non c'era la possibilità...perché una donna non la conosci, devi attuare i protocolli, hai fretta e c'è il medico che ti dice di fare un'altra cosa. Non hai la possibilità di rispettare la donna nel suo momento, nel momento del parto, con quello che in realtà ha bisogno: di non essere disturbata, di essere aiutata, di essere coccolata, di essere incoraggiata» (Elisa)

Per tutte le ostetriche intervistate «rispettare la donna nel suo momento» è fondamentale. Non solo il rispetto in generale, ma il rispetto delle necessità specifiche di quella donna e di quella gravidanza. Un rispetto che non è ricercato, ma è il presupposto per qualsiasi relazione donna-ostetrica; e

che procede di pari passo con la conoscenza reciproca, con l'instaurarsi cioè di una relazione di fiducia che è parte di un percorso che richiede tempo, dialogo, condivisione di assunti e di intenti.

Il percorso può iniziare molto presto (quasi all'inizio della gravidanza) o nei mesi successivi, ma in linea di massima si preferisce un primo contatto almeno due mesi prima della data del parto. Ciò permette all'ostetrica e alla donna di conoscersi e di "scegliersi" reciprocamente, ma permette anche all'ostetrica di comprendere le dinamiche specifiche che riguardano quella gravidanza, quel bambino, quella coppia, quell'ambiente.

«Yo sí necesito conocerlas y que me conozcan. Como mínimo al séptimo mes, tenemos hecho como tres visitas previas, cuatro. También para establecer una relación de confianza, yo necesito conocerla: que es lo que quieren, como quieren vivir su experiencia; porque es una experiencia transformadora, si quieres acompañar, conocer sus miedos, sus esperanzas, sus ilusiones; y poderla respetar en el parto, pariendo. No es el parto así solo, hay un tiempo de reflexión también.» (Teresa)

«Tu le accompagni come se fossi la loro mamma, sei presente, sei lì, segui i suoi percorsi, ti racconta cosa ha sognato, vai nello specifico, entri proprio in tante loro dinamiche, per poter fare così, eh?! Perché, come ti dicevo, è più comodo non conoscere la donna, dare un farmaco! Tamponi e risolvi la situazione così, e fai molto prima. Però invece, per risolverla in un altro modo, se tu la donna non la fai parlare almeno un'ora, non la conosci da almeno un po' di tempo, non hai un'empatia che ti permette di trovare la soluzione, non puoi farlo questo lavoro!» (Elisa)

Questo atteggiamento di condivisione di un percorso, che, come afferma Teresa non riguarda solo il parto, ma l'esperienza di vita della donna, è ben sottolineato dall'ostetrica Cristina, che appartiene al "gruppo storico"⁽²¹⁾ delle ostetriche libere professioniste italiane:

«Stare a fianco di donne che partoriscono a casa è diverso che stare a fianco di donne che partoriscono in ospedale. Semplicemente perché intanto le conosci in gravidanza, hanno un volto, hanno un nome, hanno una storia, entri nella loro casa, conosci i loro famigliari. Entri! È un po' come entrare...anche quando le ritrovo dopo anni mi dicono: 'Ma come fai a ricordarti ancora il giorno?' Perché io ero dentro! Non era "voi" e "io", ero dentro in una bolla, eravamo tutti là per quella cosa! E quindi è sicuramente un modo diverso di viverlo come ostetriche, che però presuppone che tu sia un'ostetrica di un certo tipo.» (Cristina)

Al tempo stesso questo atteggiamento implica una serie di qualità che devono essere proprie di chi assiste parti fuori dalla struttura ospedaliera e che sono riassunte dalla ginecologa coordinatrice della casa maternità Migjorn (S. Vincenç de Castellet, Catalogna) che si definisce *«doctora de formación pero comadrona de experiencia»*:

«Una persona que tenga una capacidad de contacto importante, que pueda asumir un respeto a los ritmos y los tiempos. Que también es capaz de ponerse...capaz de esperar, ¿no? Y respetar el proceso de otra persona, ¿no?. O sea, es una capacidad en el ritmo» (Montserrat)

È un approccio che permette altresì di individuare situazioni di conflitto o problematiche di diverso genere che, con il tempo a disposizione e un percorso specifico sul piano corporeo, emozionale, o relazionale possono essere portate alla luce e risolte durante la gravidanza; e non “emergere” dunque durante il parto. Perché se di fatto *«una pare como es»*, come afferma in maniera efficace Teresa nello stralcio di intervista di seguito riportato, allora tutta l’esperienza di vita della donna, tutta la sua storia entrano in qualche modo in gioco:

«No voy más allá de lo que ellas quieren eh..tampoco. Si no quieren entrar [in cose intime e personali], no, no entro; no voy más allá. Pero si que quiero conocer como vive su vida, su sexualidad, porque también eso: una pare como es, una pare como es. La que pare rápido, la que ha vivido experiencia traumática y el parto en algún momento el parto ya se queda bloqueado...» (Teresa)

Tutte le ostetriche con cui ho parlato ritengono di essere in grado di comprendere – a volte fin dai primi colloqui – se il parto si svolgerà in maniera a-problematica o se vi siano degli elementi che rimandino alla possibilità che si verifichi un “blocco”: un ostacolo sul piano fisico-psichico-emozionale che porterebbe a un processo più lungo e difficile o a un trasferimento in ospedale. L’esperienza, l’osservazione, l’ascolto e l’intuizione⁽²²⁾ permettono alle ostetriche di intercettare tali segnali e di convogliarli – quando possibile – dentro percorsi di consapevolezza, di gestione e anche di risoluzione. Si tratta di elementi che a volte rimandano ad esperienze dolorose vissute dalla donna (abusi, violenze, abbandoni), in cui l’ostetrica *«un po’ psicologa un po’ prete»*, come afferma Marta, assume un ruolo chiave. Altre volte si tratta di sensazioni e supposizioni della sola ostetrica, che possono trovare conferma in un racconto successivo o rimanere tali:

«Anni fa una donna voleva partorire in casa e poi da una mia intuizione... perché lei aveva detto che non voleva fare il bagno, aveva paura dell’acqua. E poi era venuto fuori che lei era stata abusata dal suo patrigno, e da questo segno dell’acqua...e io le ho detto: ‘Ma perché? Cosa ti ricorda?’. E lì, eravamo da sole: ‘Una volta quando ero piccola in bagno è successo una cosa;’ ‘Se vuoi, dimmelo.’ Me l’ha detto. Dopo di che, siam partite col parto in casa, dopo di che arrivata a 5-6 cm: il blocco, cesareo. Però, io sapevo perché. Tra l’altro paradossalmente quando c’è un blocco della dilatazione lì si sarebbe davvero risolto con l’acqua. Io glielo avevo detto: ‘Guarda se adesso tu riuscissi...’. C’era dietro tutto, anche il suo dolore. Io glielo detto, senza sapere se il suo compagno lo sapeva o no, le ho detto:

‘Guarda, questa situazione del collo così, con l’acqua calda, se vuoi farlo, pensaci un attimo’. E lei ha detto: ‘No, no’. Lì era proprio non volere andar dentro e affrontar sta roba qua. Però, poi, questo segreto ci ha unito. Il secondo ha fatto un cesareo programmato, non ha più neanche voluto provare» (Marta)

«Questa mamma che abbiamo dovuto trasferire, in realtà aveva delle cose, me l’ha confessato dopo. Aveva delle cose non risolte. Si sono manifestate con una deviazione della fisiologia, che hanno poi dovuto fare un trasferimento. [...] Magari senza aver fatto un percorso in gravidanza, senza aver avuto questo sostegno durante il travaglio e il parto, non avrebbe risolto questo suo problema che ha con sua madre, con la sua femminilità e il parto sarebbe anche andato in un cesareo; e di lì poi vai avanti no?» (Elisa)

Si tratta di aspetti che l’ostetrica riesce a captare attraverso una sensibilità pronunciata («semplicemente hai questa consapevolezza, te lo senti»)⁽²³⁾ e affinata dall’esperienza («*La intuición que te dá la experiencia*»)⁽²⁴⁾ e che sono parte di quel bagaglio di qualità e competenze che questo tipo di professionista rivendica come fondamentali del suo profilo; e che le modalità del suo lavoro *in primis* il tempo a disposizione per conoscere la donna – rendono di fatto possibile.

Questo tipo di relazione personalizzata e continuativa è di sicuro una dei valori aggiunti che le ostetriche libere professioniste rivendicano rispetto alle modalità di parto ospedaliero. Mese dopo mese, visita dopo visita, colloquio dopo colloquio, la donna e l’ostetrica costruiscono un rapporto peculiare, che proprio nel momento del parto troverà la massima espressione, con la donna che si sentirà sicura del sostegno della propria accompagnatrice e l’ostetrica che avrà a disposizione tutti gli strumenti per accompagnarla al meglio.

Una relazione “densa” di cui da tempo si riconosce la positività e gli effetti benefici sull’esito del parto, ma che non è istituzionalizzata negli ospedali italiani e spagnoli, come accade invece in altri paesi, per esempio in Olanda e in Gran Bretagna. Qui l’assistenza *one to one* fa sì che la donna sia seguita prevalentemente o esclusivamente dalla stessa ostetrica anche nelle strutture ospedaliere. In Italia e in Spagna, al contrario, l’ostetrica che visita la donna in ospedale è quella di turno, che varia dunque ogni 6-8 ore. La continuità dell’assistenza è pertanto assente o comunque difficilmente percorribile. Le ostetriche di reparto sono molto spesso delle sconosciute per la donna che arriva in ospedale a travaglio avviato: nella migliore delle ipotesi vi sono stati degli incontri precedenti se, per esempio, la donna ha seguito un corso pre-parto o ha effettuato delle visite di controllo nella struttura; anche in questi casi però il rapporto rimane piuttosto superficiale:

«In ospedale io c'ho lavorato per qualche anno. Chiaro è brutto, quando finisci il turno lasci una donna a 7-8 cm. Non sai come andrà, magari smonti da notte, torni in ospedale non sai neanche se ha attaccato il bambino al seno! Hai capito?! Quindi, questa frammentarietà che io sentivo in ospedale, io dicevo, io non...ho scelto di fare altro.» (Monica)

«Quando ti arriva la donna in ospedale non l'hai mai vista, devi instaurare un rapporto nel giro di pochissimi minuti, e sono i più determinanti quando tu la accogli. Perché se tu la accogli male o se lei ti prende male, è finita! Non c'è più relazione e quindi va male anche il parto, per forza! Non a caso a quella donna con te o con la collega le si è bloccato il travaglio. Cambia il turno, arriva l'altra e due minuti ha partorito, perché si trova con quell'ostetrica.» (Vianella)

La conoscenza reciproca richiede – come detto – del tempo. Si tratta di un tempo dilatato e mai uguale nei singoli percorsi: un'idea flessibile della durata che rappresenta un valore aggiunto anche nel momento del parto, in cui i “tempi” (dei prodromi, del travaglio, delle diverse fasi del parto) non sono quelli rigidamente previsti dai protocolli o dai manuali di ostetricia, ma sono i tempi di quella mamma e di quel bambino, nella loro peculiarità e specificità. L'ostetrica aspetta, osserva e agisce, se necessario. La sua azione però non è mai predefinita: non innesca mai un processo che mostra di avere dentro di sé la capacità di perpetuarsi. È un'azione di accompagnamento di ciò che accade, di facilitatrice di un processo che ha in sé il proprio percorso. Sono illuminanti a questo proposito le parole di Teresa:

«Yo no tengo relación con el tiempo de Cronos, para mí no me importa el tiempo del reloj, es un tiempo de vivencia, es un tiempo de experiencia. Entonces, no es un tiempo de reloj. Pero sí de ir viendo como va evolucionando, como lo va viviendo y que necesita en este momento: estar tranquila, necesita masaje, apoyo a través de la palabra, talves del contacto, y desde allí...» (Teresa)

Oltre a un tempo a disposizione quantitativamente e qualitativamente diverso, le ostetriche libere professioniste possiedono un ulteriore strumento di conoscenza rispetto a quelli di cui dispone un'ostetrica ospedaliera: la casa della donna. La sua abitazione costituisce un referente conoscitivo importante: “Il fatto che ti fanno entrare, che ti aprono la porta del loro mondo” (Elisa) è ciò che permette all'ostetrica di inserire quella donna e quella gravidanza nella sua quotidianità e di contribuire a costruire quella dimensione intima ed emotiva che caratterizza non solo l'esperienza della donna ma anche quello della professionista:

«C'è questa emozione, questo brivido! La casa è uno strumento pazzesco per conoscere la donna, il suo ambiente, che è un terreno di cura della donna, da cui partire, quando non hai altri strumenti per...per correggere magari anche un travaglio.» (Annalisa)

«Fondamentalmente, in casa mi piace di più perché sei più una persona di famiglia, non so come dire. E poi la casa ti dà tanti strumenti per conoscere per capire la donna: come è arredata, i colori, tante cose ti dà la casa.» (Monica)

Il concetto di rispetto è ancora una volta un elemento caratterizzante e permette la costruzione di un *ambiente* che va al di là del luogo fisico in cui ci si trova:

«Tutto sta nel comportamento. Siamo noi che entriamo in casa tua. Siamo noi che dobbiamo chiedere: 'Con permesso?' Non sei tu donna che devi chiedere dove puoi appoggiare la tua borsa, se ti puoi sedere su quella sedia! Cioè, è molto diverso il modo. È questo che crea la donna forte in tutto quello che è poi il discorso del parto. È lei che è lì, è casa sua, il suo mondo la sua camera, ci sono le sue cose. Io chiedo o faccio, ma chiedendo permesso, e la magia, non so come spiegare, è difficile da spiegare, è proprio l'insieme delle cose» (Vianella)

Questo rispetto dell'ambiente diventa anche rispetto dei ruoli di chi questo ambiente lo abita:

«Il fatto che lei sia nel suo letto, o nel suo divano, che sia comunque la sua casa; il fatto che ci sia il compagno che non debba sentirsi un po' m come dire...io gli uomini li ho visti per tanti anni in ospedale: un po' spaesati, incapaci di capire quando, come aiutare la propria compagna, perché si sentono anche dal punto di vista emotivo, osservati, giudicati, per cui non si esprimono come magari realmente vorrebbero, hai capito? Quindi, poveretti! [...] In casa è diverso, anche lui è a casa sua, quindi si svacca sul divano, nessuno gli può dire di no! E poi proprio emotivamente li vedi liberi di esprimere quello che vogliono, di piangere, di ridere, di aiutare la propria compagna, di coccolarla» (Vianella)

Il rispetto si concretizza poi nel poter accogliere non solo i bisogni della mamma e del papà ma anche quelli del bambino. «Quest'ultimo ha veramente ha bisogno di poche cose», afferma un'ostetrica italiana, riassumendo un atteggiamento che è proprio anche delle sue colleghe:

«Noi non facciamo nulla di routine. Raramente facciamo la vitamina k, l'antibiotico, a meno che non ce lo chiedano i genitori [...]. Non facciamo subito il bagnetto dopo la nascita, cerchiamo proprio di stare in punta di piedi, e di lasciare godere...tutto lì. Veramente ha bisogno di poche cose il neonato, tutto il resto sono dei rituali che servono più a chi li fa che al neonato o alla mamma, son di solito rituali in ospedale per dare potere a una certa istituzione, per giustificare a volte la presenza di determinato personale, però c'è veramente bisogno di poco» (Annalisa)

In queste parole emerge un ulteriore differenziale rispetto all'approccio biomedico che – per definizione – tende a separare/dividere/specializzare, per poi poter in qualche modo operare e controllare. Il percorso

standard compiuto da un neonato in un ospedale nelle prime ore di vita è emblematico da questo punto di vista: dalle mani dell'ostetrica e/o del ginecologo-ostetrico presenti in sala parto passa (non sempre purtroppo prima di un periodo di riposo sul ventre della mamma e di attaccamento al suo seno) nelle mani della puericultrice, poi dell'infermiera pediatrica, poi del pediatra: iper-specializzazioni che rimandano a un paradigma riduzionista della biomedicina, che "riduce" appunto la persona-soggetto di assistenza a corpo-oggetto di manipolazione specialistica.

Il concetto di rispetto si estende anche agli strumenti che l'ostetrica ha a disposizione per intervenire. Significa, nei discorsi delle ostetriche intervistate, attribuire a questi ultimi il giusto valore. Le risorse a disposizione di un'ostetrica libera professionista sono di diverso tipo. Agli strumenti e alle tecniche prettamente ostetriche si accompagnano spesso risorse provenienti da altre discipline, come l'omeopatia, lo *schiatzu*, la riflessologia, l'osteopatia, la fitoterapia, il canto carnatico⁽²⁵⁾, solo per citarne alcune. Ovviamente poi, se necessario, ci sono anche le risorse di natura medica. L'elemento chiave nei loro discorsi è però la capacità di non abusarne. È questo un altro valore aggiunto del lavoro dell'ostetrica libera professionista, che valuta caso per caso la necessità di impiego di una risorsa piuttosto che di un'altra. Ciò non significa che le ostetriche lavorino al di fuori di qualsiasi percorso standardizzato. Esistono infatti dei protocolli anche in merito all'assistenza domiciliare e in casa maternità. In Italia vi sono le Linee guida per l'assistenza al parto domiciliare redatte in una prima versione nel 1991 dall'Associazione nazionale ostetriche parto a domicilio e case maternità (CAMPIOTTI M. cur. 1999 [1991]); in Spagna dal 2010 esiste la *Guía de Asistencia del Parto en Casa* (COLLEGI OFICIAL DE ENFERMERÍA DE BARCELONA 2010). In tali documenti vengono fornite indicazioni in merito alle modalità di assistenza (per esempio la presenza di due ostetriche al momento del parto), alla tipologia di donna che può partorire in casa (la "selezione" delle gravidanze fisiologiche), all'ambiente, al rapporto con le strutture sanitarie e altro ancora. In generale, però, ciò che traspare è una visione diversa del processo, che permette una maggiore flessibilità e un più ampio margine di azione per le ostetriche in base anche alle esigenze specifiche del momento.

Il non interventismo o meglio, il rifiuto dell'interventismo innecessario è non solo un aspetto peculiare dell'approccio delle ostetriche libere professioniste, ma anche una *intenzionalità* che va di pari passo con il rispetto dei desideri, dei bisogni e delle aspettative della mamma e del bambino.

«Hanno il loro protocollo [In ospedale] e quello deve essere! Cioè, per me è un po' inconcepibile. Già se una donna gli dice: 'No, non mettermi l'ago

della flebo' dicono: 'Ah questa rompe, qua, là...' Chiederai! Prima c'è il volere e il benessere della mamma, poi il tuo protocollo, casomai!» (Elisa)

Il rispetto si ripercuote ovviamente anche sul neonato:

«Per me il neonato è un'altra cosa fondamentale. Lo devi rispettare. I suoi bisogni sono: 'Sono spaventato, che sono appena nato. Ho bisogno del corpo della mamma, del seno, del calore, dei suoi odori', perché quelli [i neonati] sono programmati in questo modo: sono un animale, un mammifero, han bisogno di quello, sennò io sto male! Perché prenderlo dai piedi, perché spingere, perché stratonarlo, perché fargli queste spinte sulla pancia, perché tagliare subito il cordone ombelicale, portarlo in un'altra stanza, fargli il bagno veloce, prendere e fare la puntura, far sentirlo piangere? Rispettare i loro bisogni. Se riesci a fare questo, metti in moto una ruota, una ruota di positività nel rispetto della vita proprio e dei suoi ritmi e dei suoi schemi. Se vai contro, vengono fuori dei casini.» (Elisa)

I "casini" cui fa riferimento Elisa sono ben noti a tutte le ostetriche che ho intervistato: si tratta innanzitutto di un avvio difficile della relazione mamma-bambino, che si può protrarre nel tempo e incidere non solo sul benessere di entrambi, ma anche sulla relazione di coppia e di famiglia. In particolare sono situazioni che si danno durante il puerperio, quando la donna e il bambino ritornano a casa:

«Quando ci chiamano comunque per i puerperi, che vai da queste donne depresse, che piangono disperate, che si vede proprio che non c'è ancora connessione con il neonato, che sono [i neonati] quasi "un'altra cosa", che quasi non l'hanno ancora accettato, lo rifiutano. Piangono come se fosse successa una cosa, disperate, disperate. E chiedi: 'Cosa c'è? Come è andato il parto? Raccontami'. Allora, un po' con quest'arte della maieutica, che sappiamo di cosa parliamo, sempre al cento per cento, al cento per cento è una donna che non è stata rispettata nei suoi tempi, nella sua storia, e che ha subito qualcosa.» (Elisa)

Il sostegno durante il puerperio è una parte fondamentale del lavoro dell'ostetrica libera professionista, che rimanda a una differenziazione sostanziale rispetto al parto in ospedale. L'assistenza ospedaliera si completa di fatto con la degenza (in media 3 giorni se il parto è stato spontaneo e 4/5 giorni se vi è stato un cesareo) e non prevede un percorso di accompagnamento per la donna che rientra a casa e che ha delle necessità nuove, sia sul piano fisico che emozionale. Le donne che partoriscono in ospedale si ritrovano completamente sole da questo punto di vista: il senso di smarrimento, i timori, i dubbi su come accudire il proprio piccolo e su come rielaborare le nuove dinamiche identitarie e di coppia incidono fortemente sul benessere fisico ed emozionale della nuova famiglia, come è stato abbondantemente dimostrato⁽²⁶⁾. La donna che sceglie un'ostetrica libera professionista gode al contrario di un'assistenza e di un

accompagnamento anche dopo il parto, più assidua nei giorni seguenti e poi a richiesta in quelli successivi. Si tratta di momenti in cui si verifica, si visita ma anche si ascolta, si consiglia e si sostiene. È in sintesi, credo, un'ulteriore forma di rispetto: in questo caso un rispetto che rimanda alla comprensione del processo nella sua totalità esperienziale, che non termina con la fuoriuscita del bambino o con la dimissione ospedaliera.

Come abbiamo visto, saper rispettare, ma anche poterlo fare in quanto si opera fuori dai dettami istituzionali sono al tempo stesso qualità e condizioni essenziali che caratterizzano il lavoro dell'ostetrica che assiste parti a domicilio e/o in casa maternità e che costituiscono gli elementi fondanti nel lavoro di accompagnamento alla nascita, di cui l'assistenza ostetrica vera e propria costituisce solo una parte. Per riassumere, il concetto di rispetto riguarda almeno i seguenti aspetti:

- Il rispetto della donna: del vissuto delle scelte, dei desideri, dei saperi, dei sentimenti, delle emozioni, del corpo;
- Il rispetto dei bisogni della mamma e del bambino;
- Il rispetto dei bisogni della coppia (donna e uomo) e della triade (mamma, papà, bambino);
- Il rispetto del luogo, inteso come ambiente fisico e sociale che contiene l'intero processo;
- Il rispetto delle pratiche e degli strumenti a disposizione, inteso come capacità di non abusarne; il rispetto per la propria professione: la competenza, il ruolo, l'etica;
- il rispetto del processo nel suo complesso, nella sua valenza di evento unico ed eccezionale e di evento universale e collettivo.

Il rispetto come veicolo di critica sociale

La visione basata sul rispetto permette l'elaborazione di un discorso e di una pratica che enfatizzano alcuni elementi piuttosto che altri: l'ascolto e la comprensione, il supporto emotivo, il non interventismo. Tutti aspetti che non si affiancano semplicemente all'assistenza ostetrica di tipo tradizionale per renderla "più umanizzata"⁽²⁷⁾, ma che contribuiscono alla costruzione di un "tipo particolare" di assistenza ostetrica che rimanda a un'idea diversa del parto e della nascita rispetto a quella biomedica. Si tratta di un approccio che secondo le ostetriche dovrebbe essere sempre presente in una gravidanza fisiologica e in un parto normale⁽²⁸⁾, ossia, nelle semplici ma efficaci parole di Teresa, dove vi è una «*mujer sana con*

un niño sano». Dovrebbe altresì riguardare tutte le gravidanze, in modo da porre le donne nella condizione di ricevere un servizio rispettoso delle proprie esigenze e necessità anche in caso di gravidanze a rischio o di parti problematici che richiedono un'assistenza ospedaliera.

Questa estrema attenzione ai bisogni e alle necessità della mamma e del bambino – piuttosto che a quella dell'*establishment* medico-sanitario, del business farmaceutico, del protocollo ecc. – fa sì che alcuni contenuti siano veicolati nei discorsi e nelle pratiche delle libere professioniste in maniera più marcata di altri, e diventino il cardine sul quale si costruisce non solo una professionalità rispettosa, ma anche un dispositivo di riflessione sociale. È questo secondo aspetto che intendo analizzare nelle pagine che seguono.

L'ostetrica libera professionista non solo attua ma anche interpreta una serie di processi individuali e collettivi. Ciò che è interessante, a mio avviso, è proprio il suo angolo di osservazione: la sua prospettiva, che definisco marginale. Per marginalità non intendo affatto l'essere portavoce di un sapere alternativo e per ciò stesso percepito, a prescindere, come minoritario. Mi riferisco invece a un concetto di tipo qualitativo e per quanto possibile a-gerarchico, che trova espressione nel porsi da un altro punto di vista rispetto al sapere e alla pratica ufficiali (nascere negli ospedali secondo un modello di assistenza biomedico), senza doversi necessariamente misurare quantitativamente con questo. Tale condizione – l'“essere” e il “fare” al di fuori della modalità ampiamente diffusa – può costituire a mio avviso una interessante lente critica, attraverso la quale guardare ai paradigmi e agli assunti della medicina scientifica, ma anche ai processi sociali più ampi, di cui le modalità di parto e di nascita sono solo una delle espressioni.

Per analizzare meglio questi aspetti, propongo una riflessione sulla figura dell'ostetrica libera professionista da tre punti di vista, di certo non esclusivi o reciprocamente escludenti: quello sociale, quello culturale e quello politico. I loro discorsi e le loro pratiche permettono infatti di individuare degli elementi specifici che possono essere convogliati dentro queste categorie e che rendono tali professioniste ora delle interpreti, ora delle facilitatrici di processi collettivi che affondano le radici nel parto e nella nascita, ma che riguardano anche aspetti più generali del vivere sociale. In questa riflessione, la nozione di “rispetto” costituisce il collante che permette di transitare da una dimensione all'altra e di cogliere i significati impliciti ed espliciti che una pratica “qualitativamente marginale” è in grado di esprimere.

Innanzitutto identifico nell'ostetrica libera professionista una dimensione sociale, che rimanda al lavoro di accompagnamento della donna e della coppia nel percorso nascita. Si tratta di un accompagnamento fisico e simbolico allo stesso tempo, che – come già detto – non si limita alla mera assistenza al processo fisiologico, ma include un sostegno di tipo più ampio, prima e dopo il parto.

L'esempio del post-parto è emblematico. Il dover sostenere le donne in questa fase tanto delicata significa non soltanto essere dispensatrici di consigli o effettuare controlli fisiologici; significa anche mettere in luce quei processi che hanno portato all'affievolirsi della rete privata di sostegno – tradizionalmente femminile – che fino a qualche decennio fa supportava la donna nel suo nuovo ruolo di madre. Significa, ancora, denunciare la mancanza di supporti istituzionali (per esempio di ostetriche territoriali che seguano le donne anche dopo i parti ospedalieri attraverso visite domiciliari)⁽²⁹⁾, rimandando, dunque, anche alla dimensione politico-economica della questione.

«Qua il problema viene dopo. Anche nei parti che a volte tu dici: 'Il parto veramente splendido! Un parto che si è svolto in maniera...una continuità dalla gravidanza nel parto!' Subito dopo però, poi le vedi che arrivano disperate, in crisi, perché non riescono...perché sono sole, di fatto! Quindi sono fagocitate da un bambino che ha bisogno! Ha i suoi bisogni: di mangiare, di dormire, di essere contenuto! E loro? Hanno...non sono contenute da nessuno!» (Annalisa)

«È malata la società. Perché, se non fosse così, sarebbe tutto molto più facile. Il problema è che devi sostenere una malattia sociale, devi sostenere queste donne deboli; devi sostenere il casino che c'è negli ospedali; famiglie deboli» (Elisa)

Questa malattia sociale che rimanda a «donne e famiglie deboli» è una tematica ricorrente nelle varie interviste. A volte assume i toni di una riflessione generale, di natura anche filosofica, e relativa all'importanza della buona nascita per la costruzione di individui socialmente sani, e di conseguenza di società sane (ILLICH I. 1976)⁽³⁰⁾. Altre volte, assume i connotati di una riflessione di natura storica, in merito ai processi che hanno portato alla condizione attuale della donna e al suo ruolo di attrice (o meno) nelle questioni che riguardano il suo corpo e la sua persona:

«Oggi sono meno capaci di chiedere aiuto, aiuto relazionale, magari sono più capaci di chiedere un aiuto all'epidurale, al computer, non so, un aiuto tecnologico; ma non sono in grado di chiedere: 'Aiutami'. Né alla mamma, né alla zia, né all'ostetrica. Riconoscere che siamo dentro una rete che ha bisogno di aiuto. Poi la difficoltà diventa sul bambino, anche il bambino lo vedono come autonomo; cioè, se non riconosco che ho bisogno di aiuto

non lo riconosco neanche nell'altro; cioè il bambino ha bisogno di te sempre, come tu hai bisogno della mamma, dell'ostetrica, di tuo marito. Cioè, questa finta autonomia, mamma mia...pazzesco!» (Marta)

Nelle parole delle ostetriche, «donne deboli» sono le donne che hanno ereditato quasi passivamente diritti e condizioni dalle generazioni precedenti (in particolare dalla generazione che ha vissuto il femminismo), ma che non hanno poi saputo/voluto/potuto difendere i propri desideri e il proprio ruolo. Sono le donne che oggi delegano agli altri (al medico, al ginecologo, all'istituzione ospedaliera) la gestione del proprio corpo e della propria salute in maniera a-critica, legittimando un'autorevolezza che non viene quasi mai messa in discussione. Queste donne contribuiscono a creare quella cornice medicalizzata che non appartiene solo dalla professione medica ma riguarda l'intera collettività:

«Le porti anche in gravidanza...devi renderle consapevoli di quello che fanno, di come stanno vivendo la gravidanza, del bambino che c'è. Ogni volta io chiedo: 'Ma, il bimbo come sta?' Alcune però, più quelle che non decidono di partorire a casa: 'Mah, mi hanno detto che sta bene.' No! 'Tu come lo senti?!' Devi portarle lì, non è facile» (Caterina)

«Una lotta da dire: 'Le cose devono cambiare, andiamo a protestare negli ospedali!', cioè le donne che vengono trattate male, che poi rielaborano, capiscono, eccetera non scrivono neanche una lettera all'ospedale! Io glielo dico sempre: 'Ma scrivete una lettera!' È quasi come se non volessero andare a mettere il dito nella piaga, rimuovono; però io vedo, ti ripeto, essendo una cosa quotidiana, non succede che le donne scrivano una lettera; è rarissimo. Ben consapevoli del disastro che gli ha fatto un x operatore, per una sua...tipo alle 02.00 di notte il bambino non si attaccava, non sapeva come aiutarla, non aveva voglia di aiutarla, le ha dato il latte artificiale [l'ostetrica]. Questa [la donna] disperata per grandissimi problemi, per poter ritornare a un latte materno. Però non è che scrivi una lettera 'questo qua cretino, per colpa sua io sto malissimo. Sto diventando matta, per farmi tornare il latte, piango tutte le notti...' mica glielo scrivono! Anche se è palese è, palese, un comportamento brutto, errato, da parte della struttura, una mancanza proprio di rispetto!» (Elisa)

Si tratta - nell'analisi delle ostetriche intervistate - di una condizione storica nella quale le donne sono immerse, al tempo stesso come vittime e come legittimatrici di un meccanismo di potere non orizzontale al quale non riescono a sottrarsi. È quella *authoritative knowledge* definite da Jordan come «*the knowledge that participants agree counts in a particular situation, that they see as consequential, on the basis of which they make decisions and provide justifications for courses of action. It is the knowledge that within a community is considered legitimate, consequential, official, worthy of discussion, and appropriate for justifying particular actions by people engaged in accomplishing the tasks at*

hand» (JORDAN B. 1997:58); un insieme di elementi che subiscono un processo di naturalizzazione così profonda da non permettere l'emergere di discorsi differenti, se non appunto nella marginalità.

Nello specifico del parto, l'ospedalizzazione generalizzata ha di sicuro contribuito nel corso del tempo alla perdita o alla devalorizzazione dei saperi femminili, minando alla base la fiducia delle donne nelle proprie capacità e la stessa conoscenza delle proprie potenzialità e abilità. Questo è un tema su cui insistono profondamente le ostetriche che lavorano in libera professione:

«C'è questo rapporto di potere ancora all'interno dell'ospedale che è comunque un'istituzione molto forte [...]. Sembra quasi che tu sei in ospedale come se non avessi più diritti, perché loro ne sanno più di te, senza tenere conto che non sei un malato in quel momento! [...] Però sì, di fatto sei, ci si sente quasi come se dovessi delegare in qualche modo, in cambio di questa sicurezza, questa falsa sicurezza! Di delegare le proprie decisioni! Si ha quasi a volte paura a chiedere: 'Ma posso stare in piedi?' Ormai sei lì, si tende un pochino...anche perché poi la donna in quel momento per potersi aprire non è che possa fare "la lotta dura senza paura" in quel momento, eh!?» (Elisa)

«Le fanno prima mille paranoie, le mettono in testa che è pericoloso: se non fai quello, quello, quello! Poi ti fanno sentire anche in colpa in quanto mamma e dici: 'Però, se...' Perché magari non tutte hanno le basi per andargli a ribadire quello che credono, no? Vanno avanti un po' a istinto. E poi gli mettono i paletti, dicendo: 'Ma è pericoloso così, colì, e poi [le donne] si fanno fare! Perché dopo tutta la ramanzina gli dicono: 'Bon, allora se non vuole questo, mi firmi!'» (Elisa)

Si tratta di donne che hanno perso non solo dei saperi, ma il potere che dà il sapere: potere decisionale, potere di negoziazione in merito ai propri bisogni e ai propri desideri, potere di espressione, potere di rifiuto, potere di denuncia, potere di scegliere in maniera libera. Non mi occupo in questo lavoro del punto di vista delle donne che hanno partorito in casa, che ho affrontato in altre occasioni⁽³¹⁾; ma è emblematico che quelle finora da me intervistate non abbiano voluto raccontare (o abbiano solo accennato) della scelta che intendevano compiere ai loro famigliari, amici e conoscenti. Questo per evitare di «sentirsi giudicata ogni volta» attraverso commenti come 'sei pazza?' o 'e se succede qualcosa?'.

Tali considerazioni, che rimandano a una decisione percepita socialmente come contro-corrente, rappresentano aspetti non secondari per comprendere i processi di incorporazione dei modelli egemonici che hanno portato la maggioranza delle donne a consegnarsi in toto all'istituzione ospedaliera. Il discredito e la delegittimazione di possibilità "altre" di

essere e di fare riaffermano di fatto il “sapere autorevole” di cui parla Jordan, il cui potere *«is not that it is correct but that it counts»* (JORDAN B. 1997: 58). Come afferma Lupo, si tratta di una «questione dagli evidenti risvolti politici, nella misura in cui le scelte di chi detiene tale potere interferiranno con la libertà d'azione di chi non lo detiene, imponendo certe condotte e inibendone altre» (LUPO A. 2012: 143). È in questo contesto che si avviano quei processi di devalorizzazione delle modalità non in linea con il pensiero dominante, che ne provocano in molti casi il disconoscimento. In merito al parto domiciliare è emblematica la scarsa conoscenza che le donne in genere dimostrano non solo in merito alla sua praticabilità (esistenza di ostetriche private che assistono a casa; esistenza di politiche di sostegno in certe regioni, esistenza di donne e coppie che optano per tale scelta, ecc.); ma soprattutto in merito alla sua “sicurezza”, un elemento solitamente associato esclusivamente al parto ospedaliero⁽³²⁾.

Le ostetriche storiche sottolineano la con forza la differenza generazionale in merito a questi aspetti, di cui sono al contempo osservatrici e interpreti:

«Le donne di venti anni fa mi hanno insegnato il mio lavoro. Io ho preso tantissimo da queste donne, mi hanno dato loro il coraggio di fare queste scelte veramente 23 anni fa molto contro corrente, hai capito? Però erano donne sicure! Prima di tutto da me non cercavano la sicurezza o che io le spiegassi per quale motivo era importante partorire in casa. Erano loro che mi dicevano: 'Io voglio partorire a casa se tu te la senti di accompagnarmi'. [...] Le donne di adesso sono molto più faticose dal punto di vista... diciamo rapporto ostetrica-paziente: sono donne...più paurose, hanno sempre continuamente bisogno di conferme; e dove sento che non hanno le competenze che avevano le donne 23 anni fa. Continuamente hanno bisogno della nostra energia per essere sostenute» (Monica)

«Altra cosa che mi ha aiutato: le donne. Ero dentro in un ruolo in cui mi mettevano loro. Se adesso io mi devo inventare cosa sia il parto a domicilio qua dove vivo, le donne adesso non lo sanno più. Là [dove ho iniziato], il primo giorno che sono arrivata c'era la coda fuori, dopo di che...cavoli, loro sapevano cosa io dovevo fare!» (Marta)

Anche la biografia professionale di Cristina rimanda agli stessi elementi:

«Coincide con un periodo storico. Le cose, credo, non le fai mai singolarmente. La mia storia nasce perché le donne vogliono questa cosa e le donne mi dicono 'non preoccuparti, fidati. Tu fidati come professionista che noi ci siamo come donne'. Ed erano donne estremamente acculturate, con delle scelte ideologiche e politiche» (Cristina)

La mancanza di fiducia delle donne in sé stesse e dunque la continua ricerca di espedienti esterni che possano in qualche modo offrirla (dal ginecologo alla tecnologia, dal ciuccio al latte artificiale) è uno degli aspet-

ti ridondanti nei discorsi e riguarda, seppure in grado minore, anche le donne che optano per il parto non ospedaliero. Pur essendo queste ultime spesso dotate di maggiore consapevolezza delle proprie risorse e di maggiore informazione in merito ai propri diritti e alle opzioni a disposizione, le ostetriche rilevano comunque anche in queste uno smantellamento della memoria storica in merito ai saperi e ai poteri femminili sul parto, che certamente affonda le sue radici molto lontano:

«Pensa che tutti i saperi femminili sono stati fondamentalmente rasi al suolo, visti demonizzati: le streghe, il male. E invece quello che arrivava, quando è arrivato il medico, tutto il sapere femminile è stato raso al suolo. Poi arrivato il maschio, che è il medico, che ha detto: 'si partorisce così, supina e in questo modo'. Quindi, dopo, anche tutte le competenze femminili, sai, se non si passano da madre in figlia, son tutti saperi e competenze che vengono a meno» (Elisa)

«Yo creo que el embarazo tambien es la clave. Todo el embarazo es: 'Vamos a hacer una ecografia para ver si está bien, vamos a ver el monitor para ver si está bien, vamos a ver una analítica. Hay una desconexión total con el cuerpo, entonces: 'No confío en mi cuerpo; no confío en que yo pueda alimentar'. Y cuando me dicen: 'Yo no tengo leche' no lo puedo entender! Has parido como una diosa, has hecho las orejas, los riñones el jgado, has hecho lo más difícil. ¿Cómo le vas a dejarle morir de hambre? ¿Cómo es posible que le dejes morir si no hubiera una farmacia...? ¡No tiene ningún sentido! Me sale la rabia, el dolor de ver la desconfinacia de la mujeres! Coje a ese bebe y dale la teta, no?» (Cristina)

Molte delle questioni emerse in questi brevi passaggi di intervista sono state chiaramente messi in luce dagli studi antropologici, alcuni dei quali di matrice femminista e marxista: per esempio, la visione patriarcale insita nello sguardo biomedico, la concezione del corpo della donna come macchina (spesso peraltro imperfetta) e del processo riproduttivo come produzione (RICH A. 1973; ENREINREICH B. - ENGLISH D. 1973, MARTIN E. 1987, ROTHMAN B. K. 1989, DAVID-FLOYD R. 1992, FRENKLING S. - RAGONE H. *curr.* 1997). Si tratta di un corpus di riflessioni che contribuiscono a delineare un quadro interpretativo ampio e complesso nelle sue diramazioni, e di cui sono portatrici anche le ostetriche libere professioniste che ho intervistato.

L'ostetrica libera professionista è infatti anche un'interprete di tali processi: li vive, li osserva, cerca di comprenderli, se ne appropria per poi poterli in qualche modo fronteggiare e gestire nel suo lavoro quotidiano. Può esserne inoltre facilitatrice, in grado di innescare quelle dinamiche di riappropriazione dei saperi femminili sulla nascita che rappresenta il nodo centrale di una visione diversa del parto anche nelle strutture ospedaliere. L'ostetrica libera professionista, proprio grazie al suo approccio, è

in grado di innestare dei meccanismi di conoscenza, autostima, consapevolezza, che possono contribuire a ridare fiducia alle donne, in modo che queste possano riappropriarsi della gestione del processo riproduttivo. Questo essere facilitatrice di processi culturali emerge in modo chiaro, a mio avviso, non tanto da un'intenzionalità del fare, ma dell'ideologia del non fare, partendo dalla constatazione che "le donne sanno partorire e i bambini sanno nascere", come diceva Lorenza Braibanti (BRAIBANTI L. 2009 [1994]).

Accompagnare la donna durante questo processo con un'ottica di non intervento e di rispetto nei confronti di ciò che la madre "sa" assume dunque un valore aggiunto all'ostetrica che opera in libera professione. Si tratta di contribuire all'emersione di quei saperi e di quelle conoscenze insite nella donna come persona che dà la vita, ma delle quali si è persa in parte cognizione. Accompagnare il parto, come fanno queste ostetriche – e non semplicemente assisterlo come spesso avviene nella struttura ospedaliera – è "il modo" per ridare fiducia alle donne e permettere loro di riappropriarsi della nascita nel suo complesso, come evento esistenziale nella vita della donna e della collettività. Attraverso un accompagnamento "denso" che porta le donne a scelte consapevoli e a percorsi di crescita anche personale in occasione della gravidanza, le ostetriche libere professioniste assumono dunque un ruolo fondamentale: quello di traghettare le donne dentro un'esperienza fondante, offrendo loro gli strumenti non solo per viverla pienamente ma per comprenderla fino in fondo nella sua essenza:

«Se tutte le donne partorissero come ha partorito la Chiara, tu la devi andare a vedere! Sembra di entrare in un'estasi, la vedi che è... Tutto il travaglio lei ha detto: 'Io non ce la faccio, non ce la farò mai. Lo volete capire che io non ce la faccio!' Proprio svalutazione di sé, che poi, ti ripeto, ognuno arriva dalla sua storia. È stato un continuo dire: 'Ce la fai, non ti preoccupare. Sei bravissima. Tu non ci credi, tu ce la fai, tu ce la fai'. Poi, è stato anche un momento in cui è stato...anche più del normale, per cui questa donna era proprio andata: 'Io non ce la farò mai!'. Ok, ce l'ha fatta. È successo un atto magico. Lei adesso me l'ha anche detto: 'Guarda, non lo dirò mai più! Dopo che ho fatto questa cosa, che ho visto che ce la faccio...' Vale mille punti capito? Perché è molto di più di una prova della vita, che devi trovare lavoro, passare un esame. È una cosa talmente grossa, che provi in maniera così viscerale, che non ce la fai, che poi ce la fai, che vedi 'sta bambina bellissima, che sta bene, che ce la fai, che l'hai fatta tu, che si attacca al seno, che l'alimenti tu! Questa donna è rinata. Ha avuto una possibilità per aumentare le sue ...da oggi in poi lei sa che ce la fa. Non è poco. Capito?» (Elisa)

Questo tipo di processo è dunque al tempo stesso individuale e sociale. Riguarda quella donna e quel bambino, ma riguarda anche dinamiche

collettive che rimandano a dimensioni più ampie. In questo senso mi sembra che le ostetriche libere professioniste siano oggi, nei contesti in cui la medicalizzazione del parto è preponderante, delle custodi dei saperi femminili legati al parto, intesi come una serie di pratiche e di conoscenze che provengono dal porre al centro del processo la donna, i suoi desideri, le sue sensazioni ed emozioni, i suoi bisogni, le sue necessità e quelle del suo bambino. Questa dimensione culturale che individuo in questo tipo di ostetrica non significa ovviamente una difesa e trasmissione a-critica di non ben definiti saperi ancestrali, ma una rielaborazione continua di un insieme di conoscenze intellettuali e corporee che appartengono al genere femminile e di cui la professionista stessa è al tempo stesso veicolo e agente.

Essere custodi dei saperi femminili in quanto donne e libere professioniste non significa di certo relegare le conoscenze tecnico-ostetriche ad un ruolo marginale. Significa, come ho già avuto modo di accennare, costruire un modo differente di essere e fare l'ostetrica, che recupera dimensioni (fisiologiche, ma anche sociali e culturali) disattese da un approccio strettamente biomedico ed eccessivamente tecnologico. Questo è un punto importante. Le ostetriche libere professioniste di certo non si formano al di fuori dei paradigmi che legittimano tale approccio. Sia in Italia che in Spagna si accede alla professione dopo un percorso accademico di orientamento fortemente biomedico, che porta sempre le allieve ostetriche a confrontarsi con la struttura ospedaliera, anche solo durante il tirocinio.

⁽³³⁾ Tale formazione però non risponde alle aspettative di nessuna delle ostetriche da me intervistate. Pur negli specifici percorsi di vita, ognuna di loro sente immediatamente che quel tipo di ostetricia non corrisponde al proprio modo di intendere la professione e di concepire il parto e la nascita, e fin dal percorso accademico (per alcune ancor prima) indirizza la sua attenzione verso modalità altre di assistenza. Si tratta di percorsi non facili, di scelte *borderline* – come affermano alcune delle mie interlocutrici – che rendono a volte tali ostetriche delle professioniste guardate con sospetto da chi persegue cammini più ortodossi. La relazione tra ostetrica libera professionista e ostetrica ospedaliera e/o tra la prima e l'*establishment* medico non è sempre facile.

È proprio il suo essere marginale (nel suo “fare” al di fuori del sistema) a costituire un elemento di crisi del sistema stesso, se nella marginalità includiamo anche la possibilità di esprimere una critica culturale che affondi le sue radici in una concezione diversa della donna e della società. I saperi e le pratiche di cui sono portatrici le ostetriche che assistono parti

a domicilio esprimono infatti una forma di resistenza esplicita ai modelli egemonici di interpretazione e azione nei confronti della salute, della malattia, del corpo, della vita e della morte.

Nello specifico del parto, il modello di assistenza tecnocratico o tecno-medico (DAVIS FLOYD R. 1992), dove la tecnologia non è al servizio della donna, ma diventa una forma di controllo individuale e sociale, trova un interlocutore inedito. L'ostetrica di cui parlo, invece, può per certi aspetti considerarsi una professionista libera (e non solo di una libera professionista) in grado di far emerge la sua agency in modo autonomo e consapevole, dentro un contesto biopolitico che spesso definisce in maniera univoca i rapporti tra persone-stato-istituzioni (FOUCAULT M. 1976, MARTIN E. 1987, LINDENBAUM S. - LOCK M. *curr.* 1993, GINSBURG R. - RAPP R. *curr.* 1995, LOCK M. - KAUFERT P. *curr.* 1998, FRANKLING S. - RAGONÉ H. *curr.* 1998, LOCK M. - FARQUAHAR J. *curr.* 2007, BROWNER C.H. - SARGENT C. *curr.* 2011).

Per concludere, quali attrici-interpreti dei cambiamenti sociali, custodi dei saperi femminili sulla nascita e facilitatrici di processi di ri-emersione e riappropriazione del ruolo della donna nei processi decisionali che la riguardano, ritengo che le ostetriche libere professioniste siano veicolo di una riflessione importante anche dal punto di vista politico.

Se la riappropriazione di cui ho detto significa, tra le altre cose, donne che si mobilitano per esercitare i propri diritti – per esempio chiedendo un sostegno economico in merito al luogo dove partorire – ciò si deve anche alla presenza di professioniste libere che rivendicano una modalità differente di essere e di esercitare una professione, a volte in contrapposizione con il sistema ufficiale. Si tratta in questo senso di ostetriche post-moderne (DAVID-FLOYD R. 1997)⁽³⁴⁾, che attraverso il loro lavoro legittimano e permettono l'espressione di modalità differenti di pensare e di essere in quanto donne e in quanto madri. La natura politica del loro ruolo si ritrova dunque nella capacità di difendere e negoziare spazi di potere, al contempo privati e professionali, individuali e collettivi. Nell'ottica di un dialogo costruttivo tra approcci differenti, tali elementi potrebbero costituire un interessante serbatoio (di conoscenza e di esperienza) dal quale attingere per fomentare la fisiologia anche nelle strutture ospedaliere.

Note

⁽¹⁾ La ricerca (agosto 2010-settembre 2015) è finanziata dal Settimo Programma Quadro dell'Unione Europea (FP7/2007-2013, contratto n. 256422) attraverso il programma Marie Curie Fellowship. Tale programma ha permesso il mio reinserimento accademico in Italia, dopo quattro anni di lavoro presso l'Università autonoma dello Yucatan, in Messico. Il progetto, che si intitola "Un Codice interculturale ed etico sul parto. Dialogo tra direttive istituzionali ed esigenze delle donne", intende analizzare le politiche e le pratiche che riguardano il parto non ospedaliero in Italia, Spagna e Olanda. Mi interessa, da una parte, l'esperienza delle ostetriche che lo assistono e delle donne che lo sperimentano; dall'altra, il "discorso ufficiale" (medico e politico) su questo tema. L'obiettivo è di giungere alla costruzione di una griglia orientativa – ciò che ho definito "codice" – prodotta dalla negoziazione tra differenti approcci al corpo, alla salute e alla riproduzione espressi dai diversi attori coinvolti (ostetriche, donne, medici, istituzioni nazionali e sovranazionali). Tale strumento ambisce a costituire un punto di riferimento per l'implementazione di politiche innovative sulla nascita, così come a delineare percorsi innovativi nella formazione del personale sanitario e ostetrico.

⁽²⁾ In Italia, il Servizio sanitario nazionale (SSN) nasce con la legge parlamentare n. 833 del 1978 ed è basato sull'universalità dell'assistenza sanitaria, sulla solidarietà del finanziamento attraverso la fiscalità generale e sull'equità di accesso delle prestazioni. Con il decreto legislativo n. 502/1992 si introduce l'aziendalizzazione e nel 1999 con il Decreto Legislativo n. 229/1999 si prevedono i LEA-Livelli essenziali di assistenza, per garantire l'uniformità delle prestazioni su tutto il territorio nazionale. La Legge 23 ottobre 1992, n. 421 completa il riordinamento del SSN, attribuendo alle regioni e alle province autonome la competenza in materia di programmazione e organizzazione dell'assistenza sanitaria e riservando allo Stato la programmazione sanitaria nazionale. In Spagna il *Sistema nacional de salud* (SNS) nasce con la *Ley general de sanidad* n. 14 del 1986. Anche in questo caso si tratta di un sistema di tipo universalista, che garantisce assistenza e prevenzione sanitaria a tutti i cittadini. Opera attraverso competenze regionali (gestite dalle singole Comunità Autonome) e competenze nazionali (gestite dall'*Instituto nacional de gestión sanitaria*, dipendente dal *Ministerio de salud*). A garanzia dell'omogeneità del servizio del coordinamento inter-territoriale si occupa il *Consejo interterritorial del sistema nacional de salud de España*.

⁽³⁾ Tra il 2010 e il 2013 mi sono recata in Spagna diverse volte. Ho intervistato ostetriche libere professioniste (alcune delle quali appartenenti a gruppi/enti storici in merito al parto domiciliare, come la cooperativa *Titania Tasco* di Barcellona o il gruppo *Génesis* di Madrid) e ospedaliere, donne che hanno partorito in casa, medici ed esperti; a San Vicenç de Castellet, in Catalogna, ho visitato la casa maternità *casa de naixements "Migjorn"*; a Madrid ho assistito all'evento organizzato per festeggiare i 25 anni dell'*Asociación nacional nacer en casa*, in cui si sono riuniti professionisti ed esperti nazionali e internazionali. Ho inoltre raccolto l'esperienza di ostetriche attive in altre regioni, come in Andalusia e nelle isole Baleari. In Italia ho intervistato ostetriche libere professioniste (in particolare in Lombardia, in Emilia-Romagna e in Friuli Venezia Giulia); così come ho raccolto le esperienze di donne che hanno scelto di far nascere i loro figli in casa, e di ginecologi ed esperti. Ho visitato la casa maternità "Montallegro" (situata a Induno Olona, in provincia di Varese) e la casa maternità "Il Nido" di Bologna. In Emilia Romagna ho soggiornato a Parma e a Reggio Emilia per conoscere l'esperienza di assistenza domiciliare al parto offerta del servizio sanitario nazionale; ne ho discusso con i dirigenti sanitari responsabili del progetto, con alcune ostetriche che vi partecipano e con donne che hanno usufruito del servizio. Il campione definitivo è stato di 82 persone intervistate nei tre paesi in cui si è svolto lo studio. Quali strumenti e tecniche di indagine ho utilizzato interviste aperte e in profondità, gruppi focali (in particolare con donne e ostetriche) e l'osservazione personale, anche partecipante: durante la mia ricerca sono nati, infatti, i miei due bambini: il primo nel 2011 in ospedale e il secondo nel 2015, in casa. In alcuni casi ho utilizzato questionari tematici (a risposta aperta) e questionari strutturati (per la raccolta di dati socio-demografici). Le interviste aperte e in profondità, della durata media di un'ora e mezza e le discussioni emerse nei gruppi focali (della durata media di 2 ore) sono state registrate su supporto digitale e trascritte letteralmente. La codificazione è avvenuta attraverso il *software* per la ricerca qualitativa Atlas Ti, mentre l'analisi e l'interpretazione è avvenuta in

maniera artigianale, individuando unità di analisi, categorie, tematiche e macro-tematiche, in un continuo dialogo tra l'esperienza di campo, la letteratura consultata e la teoria antropologica.

(4) Il tasso di nati-mortalità si riferisce ai nati morti ogni mille nati; il tasso di mortalità perinatale si riferisce a nati morti in meno di una settimana per mille nati vivi; il tasso di mortalità infantile si riferisce ai morti nel primo anno di vita per mille nati vivi.

(5) L'elevato tasso di taglio cesareo in Italia è un tema complesso, che necessita di una discussione a parte. Ritengo comunque interessante rilevare in questa sede le notevoli differenze regionali, che non possono rimandare in maniera esclusiva a fattori clinici: in Campania e in Sicilia si registrano i tassi più elevati (rispettivamente del 59,6% e del 52,6) mentre quelli più bassi si registrano in Provincia autonoma di Bolzano con il 23,8%, in Toscana il 23,6 %. (BOLDRINI R. - DI CESARE M. - TAMBURINI C. 2010). Ricordo che secondo l'OMS un tasso superiore al 10%-15% non è da considerarsi giustificato (OMS 1985) e che la media europea si aggira intorno al 23%.

(6) Le recenti linee guida sulla gravidanza fisiologica ne raccomandano due, da effettuarsi nei primi due trimestri (MINISTERO DELLA SALUTE - ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ - CENTRO PER LA VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DELL'ASSISTENZA SANITARIA 2010).

(7) Il tasso di episiotomia varia nei paesi europei da un 9,7% in Danimarca a un 16,2% in Inghilterra fino al 63% in Belgio (EUROPERISTAT 2010).

(8) Mortalità entro un mese di vita per mille nati vivi.

(9) Pizza sottolinea l'esistenza di un pluralismo biomedico, inteso come «pluralità di diverse forme di vita sociale e culturale della biomedicina stessa» (PIZZA G. 2005: 134).

(10) «Si intende per casa maternità una struttura extra-ospedaliera, non medicalizzata, con le caratteristiche abitative di una casa, che offre un ambiente accogliente e familiare per l'assistenza alla gravidanza, al parto e al puerperio fisiologici, la cui conduzione è in generale affidata ad ostetriche, figure professionali deputate per definizione all'assistenza della gravidanza, parto e puerperio fisiologici.» (SCHMIDT V. 2010: 1). Le case maternità sono piuttosto diffuse in Germania, Svizzera, Paesi Bassi, Gran Bretagna e nei paesi scandinavi. In Italia ve ne sono cinque, tre in Lombardia, una in Emilia-Romagna e una in Friuli Venezia Giulia, aperta appena nel dicembre del 2016.

(11) Mi trovavo in Messico come *Visiting Professor*, per condurre un seminario sulla salute interculturale. Durante la permanenza sono stata invitata a partecipare alla proiezione del documentario.

(12) In Italia i Collegi di Ostetriche sono provinciali e fanno parte della Federazione Nazionale dei Collegi Ostetriche. In Spagna vi sono dei collegi provinciali e delle Associazioni locali che rimandano alle comunità autonome, come per esempio la *Asociación de comadronas de Cataluña* o la *asociación de comadronas de Andalusia*. Vi sono anche Associazioni nazionali, come *La Federación de matronas de España*, costituitasi nel 2003 o la *Asociación de matronas españolas*, nata nel 1978. In entrambi i paesi sono poi attive associazioni di ostetriche libere professioniste: in Italia l'Associazione nazionale culturale ostetriche parto a domicilio e casa maternità, nata nel 1981 e la OLPI-Ostetriche libere professioniste italiane, nata nel 2012. In Spagna la *Asociación nacer en casa*, che proprio nel 2013 ha festeggiato 25 anni dalla fondazione.

(13) Già nel 1996 l'OMS sottolinea la necessità di rivedere il concetto di "rischio" durante la gravidanza e il parto (OMS 1996).

(14) Leboyer è riconosciuto come il maestro per eccellenza dalla maggioranza delle ostetriche che ho intervistato. Diverse di queste, sia in Spagna che in Italia, mi hanno raccontato di aver deciso di intraprendere la professione proprio a seguito della lettura del libro "Per una nascita senza violenza" (LEBOYER F. 2000 [1975]), in cui si raccontano – attraverso gli occhi, la pelle, la vista, il gusto e l'olfatto di un neonato – i primi momenti di vita in ospedale. Braibanti (1921-1989), medico ginecologo piacentino e primario presso l'Ospedale di Monticelli d'Ongine tra gli anni Settanta e Ottanta, è riconosciuto come maestro da parte di alcune ostetriche italiane per la sua capacità di comprendere la normalità del parto e della nascita e il suo instancabile lavoro di ginecologo al servizio delle donne.

(15) *Comadrona* è il termine maggiormente utilizzato dalle ostetriche che ho intervistato per indicare se stesse. Le Associazioni di categoria utilizzano invece il termine *matrona*, che rimanda al

titolo universitario; in Catalogna è poi diffuso anche il termine più colloquiale *llevadora*, mentre *partera* è poco utilizzato e a volte indica colei non ha una formazione accademica.

⁽¹⁶⁾ *Asociación española de matronas* www.aesmatronas.com.

⁽¹⁷⁾ I centri nascita intra-ospedalieri sono strutture volte all'assistenza del parto fisiologico situate nello stesso edificio o area in cui si trova l'ospedale. In Italia sono in numero crescente e a volte vengono confuse terminologicamente con le case maternità, che sono strutture non sanitarie del tutto indipendenti da quelle ospedaliere.

⁽¹⁸⁾ Il rimborso avviene sulla base delle spese documentate e non può superare la tariffa DRG (*Diagnosis Related Group* o Raggruppamenti omogenei di diagnosi) regionale prevista per un parto fisiologico senza complicanze. Il Ministero della Sanità determina le tariffe massime mentre le tariffe effettive sono di competenza regionale. La tariffa massima per un parto vaginale senza complicazioni è, per esempio, in Piemonte di 1518 euro, mentre un cesareo senza complicazioni costa 2374 euro; in Friuli il costo è di 2002 euro per il parto vaginale e 3172 per il parto cesareo. In Emilia Romagna 982 per il parto vaginale e 1806 per il cesareo; in Lazio 1638 per il parto e 2596 per il cesareo. In Lombardia 1972 per il parto e lo stesso importo per il cesareo (MORANDI I. 2009). Non è questa la sede per discutere dell'equiparazione delle tariffe tra parto vaginale e parto cesareo come elemento che potrebbe contribuire alla riduzione del taglio cesareo nel nostro paese; ciò nonostante colgo l'occasione per sottolineare l'importanza di una riflessione politica in tal senso.

⁽¹⁹⁾ Sull'esperienza di Parma e Reggio Emilia, si veda QUATTROCCHI P. 2014b.

⁽²⁰⁾ Un parto vaginale senza complicazioni costa in un ospedale statunitense in media tre volte di più che lo stesso parto assistito in casa da un'ostetrica. (ANDERSON R.E. - ANDERSON D.A. 1999).

⁽²¹⁾ Sia in Italia che in Spagna possiamo delineare un "gruppo storico" di ostetriche libere professioniste, la cui età media si aggira intorno ai 55 anni, che comprende le fondatrici dei vari movimenti di rivendicazione del parto – alcuni di matrice femminista – nati soprattutto negli anni Settanta; e un gruppo di ostetriche di "nuova generazione", che ha in media 30 anni.

⁽²²⁾ Per un interessante riflessione sul ruolo dell'intuizione nel lavoro dell'ostetrica si veda DAVIS E. FLOYD-DAVIS R. 1997.

⁽²³⁾ Elisa.

⁽²⁴⁾ Teresa.

⁽²⁵⁾ Il canto carnatico è un canto tradizionale del sud dell'India, basato su respirazione e vocalizzazione. Il suo utilizzo durante il travaglio e il parto è stato diffuso da Leboyer.

⁽²⁶⁾ Anche gli studi di natura antropologica dimostrano come la sofferenza di natura psico-emozionale della donna, che a volte sfocia nella cosiddetta "sindrome post-parto", sia dovuta alla mancanza di un sostegno sociale in questo periodo (STERN G. - KRUCKMAN L. 1983, HAGEN H.E. 2001).

⁽²⁷⁾ Sicuramente anche nell'ostetricia ospedaliera sono presenti in parte queste componenti. Qui però sostengo la tesi che nell'assistenza in libera professione – dove non sono presenti i protocolli istituzionali e dove la logica di intervento non è quella biomedica – tali aspetti possano essere maggiormente espressi e praticati, tanto da diventare preponderanti e connotativi della professionista stessa.

⁽²⁸⁾ «We define normal birth as spontaneous in onset, low-risk at the start of labour and remaining so throughout labour and delivery. The infant is born spontaneously in the vertex position between 37 and 42 completed weeks of pregnancy. After birth mother and infant are in good condition. » (WHO, 1996: 4).

⁽²⁹⁾ Si tratta di esperienze presenti in alcune aziende sanitarie o ospedaliere, ma di certo non generalizzate.

⁽³⁰⁾ Diverse ostetriche, sia spagnole che italiane, citano a questo proposito la frase dell'ostetrica e poetessa Ibu Robin Lim «il mondo cambia una nascita alla volta. »

⁽³¹⁾ Si veda QUATTROCCHI P. 2014a.

⁽³²⁾ L'ultima revisione della *Cochrane Library* (OLSEN O. - CLAUSEN J.A. 2012) indica come, nelle gravidanze normali, non ci sia differenza nella mortalità materna e neonatale indipendente-

mente dal luogo del parto (casa vs. ospedale), con alcuni vantaggi per il parto a casa. Il tasso di complicazioni materne, infatti, è più basso tra le donne che scelgono il parto a casa (dal 10 al 30% in meno) e il tasso di interventi, come i tagli cesarei, è dal 20 al 60 % inferiore. Tra gli studi osservazionali, Janssen dimostra come lesioni e traumi al bambino (emorragia cerebrale, frattura della clavicola, lesioni al plesso brachiale) siano tre volte più frequenti nei parti in ospedale (JANSSEN P.A. - SAXELL L. - PAGE A.L. *et al.* 2009).

⁽³³⁾ In Italia, dal 2002 il titolo accademico di Dottore in Ostetricia prevede la frequenza a un corso di Laurea in Ostetricia della durata di tre anni. In seguito l'ostetrica/o può conseguire la Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche con un ulteriore biennio di studio. Fino al 2001 si accedeva invece attraverso un Diploma Universitario e/o con un biennio di specializzazione dopo aver svolto un corso di Infermieristica. In Spagna secondo il *Real Decreto* 992/1987 l'ostetricia è una specializzazione infermieristica, ossia il titolo di matrona corrisponde a quello di *Enfermero especialista en Enfermería obstétrico-ginecológica*.

⁽³⁴⁾ «Postmodern midwifery are midwives who are educated, articulate, organized, political and highly conscious of both their cultural uniqueness and their global importance.» (DAVIS-FLOYD R. 1997: 330).

Riferimenti bibliografici

ANDERSON Rondy E. - ANDERSON David. A. (1999), *The cost effectiveness of home birth*, "Journal of Nurse-Midwifery", vol. 44, fasc. 1 1999, pp. 30-35.

ARTSCHWAGER Kay M. (1982), *Anthropology of human birth*, F.A. Davis Company, Philadelphia.

BLÁSQUEZ RODRÍGUEZ Maribel (2010), *Nosotras parimos. ¿Nosotras decidimos en la atención sanitaria al embarazo, parto y puerperio?*, Atenea - Universidad de Malaga, Malaga.

BOLDRINI Rosaria - DI CESARE Miriam - TAMBURINI Cristina (2010), *Ottavo rapporto sull'evento nascita in Italia basato sulla raccolta e analisi dei dati Cedap 2009*, Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali, Roma.

BRAIBANTI Lorenzo (2009 [1994]), *Parto e nascita senza violenza. Dalla gravidanza al parto, ai primi mesi di vita*, Red Edizioni, Milano.

BROWNER Carol H. - SARGENT Carolyn F. (curatrici) (2011), *Reproduction, globalization and the State. The theoretical and Ethnographic Perspectives*, Duke University Press, Durham and London.

CAMPIOTTI Marta (curatrice) (1999 [1991]), *Linee guida di assistenza al travaglio e parto fisiologico a domicilio*, Associazione Nazionale Culturale Ostetriche Parto a Domicilio e casa Maternità, Varese.

CHALMERS Iain (1989), *Evaluating the effects of care during pregnancy and childbirth*, pp. 3-38, in *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, CHALMERS I. - ENKIN M. - KEIRSE MARK J.N.C. (curatori), vol. 1-2, Oxford University Press, Oxford.

CHENEY Melissa (2010), *Born at Home: Cultural and Political Dimensions of Maternity Care in the United States*, Wadsworth Publishing Company, Belmont California.

COLLEGI OFICIAL DE ENFERMERÍA DE BARCELONA (2010), *Guías de asistencia al parto en casa* Collegi Oficial de Enfermería, Barcelona.

COLOMBO Grazia - PIZZINI Franca - REGALIA Anita (1987), *Mettere al mondo. La produzione sociale del parto*, Angeli, Milano.

DAVIS FLOYD Robbie (1992), *Birth as an American Rite of Passage*, University of California Press, Berkley.

DAVIS FLOYD Robbie - SARGENT Carolyn (curatrici) (1997), *Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-Cultural Perspectives*, University of California Press, Berkley.

DAVIS FLOYD Robbie - DAVIS Elisabeth (1997), *Intuition as Authoritative Knowledge in Midwifery and Home Birth*, pp. 315-349, in DAVIS FLOYD Robbie - SARGENT Carolyn (curatrici) *Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-Cultural Perspectives* (eds.), University of California Press, Berkley.

- DAVIS FLOYD Robbie - BARCLAY Lesley - DAVISS Betty-Anne - TRIETTEN Ian (curatori) (2010), *Birth models that work*, University of California Press, Berkeley.
- DE VRIES Raymond (2004), *A pleasing Birth. Midwives and Maternity Care in Netherlands*, Temple University Press, Philadelphia.
- ENREINREICH Barbara - ENGLISH Deirdre (1973), *Witches, Midwives and Nurses. A History of Women Healers*, Feminist Press, New York.
- EMONS Josine K. - LUITEN Mandy I.J. (2001), *Midwifery in Europe. An inventory in fifteen EU member states*, Deloitte & Touche, The Netherlands.
- ESTEBAN Mari Luz - COMELLES Josep M. - DIEZ MINTEGUI Carmen (eds.) (2010), *Antropologia, Género y Salud*, Barcelona, Ediciones Bellaterra.
- EUROPERISTAT (2010), *Europeristat Project. European Perinatal Health Report*, URL: <http://www.europeristat.com>.
- FARMER Paul (2003), *Pathologies of Power. Health, Human Rights, and the New War on the Poor*, University of California Press, Barkley-Los Angeles-Oxford.
- FASSIN Didier (1996), *L'éespace politique de la santé*, Presses Universitaires de France, Paris.
- FERNÁNDEZ DEL CASTILLO Isabel (1994), *La revolución del nacimiento: partos respetados, nacimientos más seguros*, Ediciones Verticales, Madrid.
- FOUCAULT Michel (1969), *Nascita della clinica. Il ruolo della medicina nella costituzione delle scienze umane* [ediz. orig.: *Naissance de la clinique: une archéologie du regard médical*, Presses Universit. de France, Paris 1963].
- FRANKLING Sarah - RAGONÉ Helena (curatrici) (1998), *Reproducing Reproduction: kinship, power and technological innovation*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia.
- FUENTES María (2001), *Mujeres y salud desde el sur. Reflexiones y experiencias desde una perspectiva de género*, Icaria, Barcelona.
- GINSBURG Faye D. - RAYNA Rapp (curatrici) (1995), *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*, University of California Press, Barkley.
- GOOD BYTON (1999 [1994]), *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Edizioni di Comunità, Torino [ediz. orig.: *Medicine, Rationality and Experience. An anthropological perspective*, Cambridge University Press, Cambridge].
- GOOD BYTON - 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.
- GRANDOLFO Michele - DONATI Serena - GIUSTI Angela (2002), *Indagine conoscitiva sul percorso nascita. Aspetti metodologici e risultati nazionali*, Istituto superiore di sanità, Roma.
- GRANDOLFO Michele (2012), *Percorso nascita e corsi di accompagnamento alla nascita: basi conoscitive, progettazione operativa, implementazione e valutazione delle attività*, pp. 1-24, in LAURIA Laura - LAMBERTI Anna - BUONCRISTIANO Marta - BONCIANI Manila - ANDREOZZI Silvia (curatori) (2012), *Percorso nascita. Promozione e valutazione della qualità di modelli operativi. Le indagini del 2008-2009 e del 2010-2011*, Rapporto ISTISAN 12/39, Istituto Superiore di Sanità, Roma.
- HAGEN H. Edward (2001), *Depression as bargaining: the case postpartum*, Department of Anthropology University of California Santa Barbara, Santa Barbara.
- HAHN Robert - INHORN Marcia (curatori) (2009), *Anthropology and Public Health: Bridging Differences in Culture and Society*, Oxford University Press, New York.
- ILLICH Ivan (2005 [1976]), *Nemesis medica. L'espropriazione della salute*, Milano, Boringhieri Editore [ed. or. *Limits to medicine-Medical Nemesis: the expropriation of health*, Marion Boyars Publishers Ltd, London.]

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA (2013), *Cifra de Poblacion y Censo demográfico*, (www.ine.es consultato il 4 novembre 2013)

ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA (2002), *Il percorso della maternità: gravidanza, parto e allattamento al seno. Indagine multiscopo sulle famiglie - "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anni 1999-2000"*, ISTAT, Roma.

ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA (2006), *Gravidanza, parto e allattamento al seno. Indagine multiscopo sulle famiglie - "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anni 2004-2005. Statistiche in breve"*, ISTAT, Roma.

ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA (2007), *Indagine Multiscopo sulle Famiglie "Condizioni di Salute e Ricorso ai Servizi Sanitari - 2005"*, ISTAT, Roma.

ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA (2012), *Compendio statistico italiano 2012*, ISTAT, Roma.

JANSSEN Patricia A. - SAXELL Lee - PAGE A. Lesley - KLEIN C. Michael - LISTON M. Robert - LEE K. Shoo (2009), *Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician*, "Canadian Medical Association Journal" 2009, vol. 181, fasc. 6-7, pp. 377-83.

JOHNSON Thomas - SARGENT Carolyn (1990), *Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method*, Praeger, New York,

JORDAN Brigitte (1983), *Birth in Four Cultures*, Eden Press, Montreal.

JORDAN Brigitte (1997), *Authoritative knowledge and its construction*, pp. 55-88, in *Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-Cultural Perspectives* (curatrici) DAVIS-FLOYD Robbie and SARGENT F. Carolyn University of California Press, Barkley.

KLEINMAN Arthur (1995), *Writing at the Margin. Discourse between Anthropology and Medicine*, University of California Press, Berkley-Los Angeles-London.

KLEINMAN Arthur - DAS Veena - LOCK Margaret (curatori) (1997), *The Social Suffering*, University of California Press, Berkeley-Los Angeles-London.

LAURIA Laura - ANDREOZZI Silvia (curatrici) (2011), *Percorso nascita e immigrazione in Italia: le indagini del 2009*, Rapporti ISTISAN 11/12, Istituto Superiore di Sanità, Roma.

LAURIA Laura - BONCIANI Manila - LAMBERTI Anna - BUONCRISTIANO Marta - BUCCIARELLI Mauro - GRANDOLFO Michele (2012), *Gruppo di lavoro sul percorso nascita*, pp. 25-78, in LAURIA L. - LAMBERTI A. - BUONCRISTIANO M. - BONCIANI M. - ANDREOZZI S. (curatori) (2012).

LAURIA Laura - LAMBERTI Anna - BUONCRISTIANO Marta - BONCIANI Manila - ANDREOZZI Silvia (curatori) (2012), *Percorso nascita. Promozione e valutazione della qualità di modelli operativi. Le indagini del 2008-2009 e del 2010-2011*, Rapporto ISTISAN 12/39, Istituto Superiore di Sanità, Roma.

LEBOYER Frederick (2000 [1975]), *Per una nascita senza violenza*, Bompiani, Milano [ediz. orig. *Birth without violence*, Pinter & Martin, London, 1975].

LINDENBAUM Shirley - LOCK Margaret (curatrici) (1993), *Knowledge, Power and Practice: The Anthropology of Medicine and Everyday Life* University of California Press, Berkeley.

LOCK Margaret - GORDON Debora (curatrici) (1988), *Biomedicine Examined*, Academia Publishers, Dordrech.

LOCK Margaret - KAUFERT Patricia (curatrici) (1998), *Pragmatic Women and Body Politics*, Cambridge University Press, Cambridge.

LOCK Margaret - FARQUAAR Judith (curatrici) (2007), *Beyond the proper body. Reading the anthropology of material life*, Duke University Press, Durham.

LOCK Margaret - NGUYEN Vinh Kim (2010), *An Anthropology of Biomedicine*, Wiley-Blackwell, Oxford.

LUPO Alessandro (2012), *Malattia ed efficacia terapeutica*, pp. 127-155, in Cozzi Donatella, (curatrice), *Le parole dell'antropologia medica*, Morlacchi Editore, Perugia.

MAFFI Irene (curatrice) (2010), *Nascita*, "Annuario di Antropologia", vol. 12, Ledizioni, Milano.

MARTIN Emily (1987), *The Woman in the Body. A Cultural Analysis of Reproduction*, Beacon Press, Boston.

MINISTERIO SANIDAD Y CONSUMO (2007), *Estrategia del Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud*, Ministerio sanidad y consumo, Madrid.

MINISTERIO DE SANIDAD, IGUALDAD Y SERVICIOS SOCIALES (2013), *Informe sobre el parto y en nacimiento en el Sistema Nacional de Salud 2012*, Madrid, Ministerio de Sanidad, Igualdad y Servicios Sociales.

MINISTERO DELLA SALUTE (2000), *Decreto Ministeriale 24-4-2000 Progetto Obiettivo Materno Infantile - Piano Sanitario Nazionale 1998-2000*, Ministero della salute, Roma.

MINISTERO DELLA SALUTE - ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ (2010), *Linea guida. Taglio cesareo. Una scelta appropriata e consapevole*, n. 19, Ministero della salute, Roma.

MINISTERO DELLA SALUTE - ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ, CENTRO PER LA VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DELL'ASSISTENZA SANITARIA (2010), *Linea guida. Gravidanza Fisiologica*, n. 20, Ministero della salute, Roma.

MONTES-MUÑOZ Maria Jesús (2007), *Las culturas del nacimiento: representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos*, Tesis doctoral en Antropología social y cultural, Universidad Rovira i Virgili, Tarragona.

MORANDI Isabella (2009), *Sistemi regionali di ripartizione del fondo sanitario e di remunerazione di ricoveri per acuti, di riabilitazione e lungo degenza. Analisi della normativa vigente al 30 ottobre 2008*, Agenas-Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, Roma.

NICHTER Mark - LOCK Margaret (2002), *New Horizons in Medical Anthropology. Essay in honour of Charles Leslie*, Routledge Harwood Anthropology, Northwestern University, London-New York.

OAKLEY Anne (curatrice) (1985), *Le culture del parto*, Feltrinelli, Milano.

OLSEN Ole - CLAUSEN Jette A. (2012), *Planned hospital birth versus planned home birth*, Cochrane Library Database of Systematic Reviews 2012, n. 9.

ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ (1996), *Maternità sicura. Guida pratica all'assistenza al parto fisiologico, al parto naturale*, MIPA-Movimento italiano parto attivo [trad. italiana di ARGENTO Rosa (curatrice) (1996) *Care in normal Birth. A practical Guide*, WHO Geneve]

ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ (2014), *La Prevenzione ed eliminazione dell'abuso e della mancanza di rispetto durante l'assistenza al parto presso le strutture ospedaliere*, Ginevra, Organizzazione Mondiale della Sanità.

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

PIZZINI Franca (curatrice) (1981), *Sulla scena del parto: luoghi, figure, pratiche*, Angeli, Milano.

QUATTROCCHI Patrizia (2014a) "Riesgo" y "seguridad" durante el embarazo y el parto: desde la visión biomédica hacia la visión de las mujeres que optan por un parto domiciliar. "Periferías, Diálogos y

Fronteras". Actas del XIII Congreso de Antropología de la Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español. Universitat Rovira y Virgili, Tarragona, Spain, pp. 4444-4465.

QUATTROCCHI Patrizia (2014b), *Homebirth and the National Health Service in Italy. A qualitative study in the Emilia-Romagna Region*, "Canadian Journal of Midwifery. Research and Practice", vol. 13, n. 3, pp. 32-39.

RANISIO Gianfranca (2012), *Corpo femminile e medicalizzazione*, pp. 67-84 in COZZI Donatella, (curatrice), *Le parole dell'antropologia medica*, Morlacchi Editore, Perugia.

RICH Adrienne (1995), *Of Woman Born. Motherhood as experience and institution*, W.W. Norton & Company, New York.

RODRIGÁNEZ BUSTOS Casilda (2007), *Pariremos con placer*, Madrid, Ediciones Crimentales.

ROTHMAN Barbara Katz (1989), *Recreating Motherhood*, Rutgers University Press, New Jersey.

SABBADINI Linda Laura (2001), *Gravidanza e Parto. Una nuova coscienza finale. Un nuovo protagonismo maschile*, Istat, Roma.

SCHEPER HUGHES Nancy - LOCK Margaret (1987), *The mindful body: a prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology*, "Medical Anthropology Quarterly", vol. I, n. 1, pp. 6-41.

SCHMID Verena (2010), La casa maternità: una valida alternativa al parto medicalizzato, pp. 1-5, <http://lostetricainforma.it/article-print-24.html>, consultato 11/01/2014.

SPINA Elena (2009), *Ostetriche e Midwives. Spazi di autonomia e identità corporativa*, Franco Angeli, Milano.

SEPPILLI Tullio (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.

STERN Gwen - KRUCKMAN Laurence (1983), *Multi-disciplinary perspectives on post-partum depression: an anthropological critique*, "Soc Sci Med", 1983, n. 17, pp.1027-1041.

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, 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.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2009), *Recommended intervention for improving maternal and newborn health*, World Health Organization, Geneva.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010), *Accelerated implementation of maternal and newborn continuum of care as part of improving reproductive health*, World Health Organization, Geneva.

Scheda sull'Autrice

Patrizia Quattrocchi (Gorizia, 1972). Dottore di Ricerca in Etno-antropologia presso l'Università di Roma "La Sapienza" (2005). Si occupa di antropologia medica, salute riproduttiva e salute interculturale, con ricerche sul campo condotte in Honduras (1998) e in Messico (2000-2009). In Italia ha condotto studi sulle comunità bengalese e cinese.

Nel 1998 come tesista di laurea dell'Università di Trieste 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 di perfezionamento all'estero 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, con il quale collabora fino a oggi. Dal 2005 al 2008 è ideatrice e coordinatrice 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*-Università Autonoma dello Yucatan, dove partecipa a due progetti di ricerca interdisciplinari sui tumori femminili (cervice uterino e seno) in aree indigene maya, finanziati dal *Consejo nacional de ciencia y tecnología*. Nel primo dei due progetti è co-ideatrice, responsabile dello studio antropologico e coordinatrice del gruppo di ricerca che lavora sul campo. Nel 2010 rientra accademicamente in Italia (Università degli Studi di Udine) grazie alla vincita del finanziamento europeo "*Marie Curie International Reintegration Grant*" (Programma People-Marie Curie, 7PQ) che finanzia il progetto di ricerca "*An Intercultural en Ethic Code on Birth. Dialogue between institutional directives and women's needs*" (2010-2014). Si tratta di uno studio antropologico sulle politiche e le pratiche del parto non ospedaliero (domiciliare e in case maternità) in Italia, Spagna e Olanda che ha il fine di fornire elementi per l'implementazione di politiche innovative in merito alla nascita, volte alla demedicalizzazione del processo riproduttivo e all'*empowerment* delle donne. Continua inoltre a collaborare con il Messico: nel 2010 è nuovamente *Investigadora visitante* della *Unidad de ciencias biomédicas del CIR* e nel 2012 è *Profesora invitada* della *Unidad de ciencias sociales* per condurre un seminario di 20 ore sulla salute interculturale diretto a ricercatori, docenti e personale del ministero della salute. Come *Profesora Invitada* conduce inoltre seminari presso l'*Universidad Complutense de Madrid* (2014) e presso l'*Universidad de la Republica de Uruguay* (2016).

Ha impartito 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 condotto corsi di formazione-aggiornamento per il personale sanitario, collaborando con il Ministero della Salute, con aziende sanitarie e ospedaliere e con Collegi di Ostetriche. È docente a contratto di Antropologia culturale presso il Corso di Laurea

in Scienze e Tecniche del Turismo Culturale dell'Università di Udine (2013-2014) e di Discipline Demoetnoantropologiche presso il Corso di Laurea in Ostetricia e in Educazione Professionale (2014-2015). Dal 2012 è docente di Antropologia medica presso il Master in *Pet Therapy. Applicazioni alle Scienze mediche e psicosociali* dell'Università di Trieste.

Ha partecipato quale relatrice in numerosi congressi internazionali e nazionali e ha al suo attivo circa 50 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), un compendio del suo lavoro quasi decennale in Messico.

Nel 2016 è risultata vincitrice di una secondo finanziamento europeo *Marie Skłodowska Curie Grant* (Horizon 2020) con il progetto "*Obstetric Violence. The new goal for research, policies and human rights on childbirth*". Attualmente (2017) conduce le sue ricerche sulla violenza ostetrica in Argentina, ospite dell' *Instituto de Salud Colectiva* dell'Universidad Nacional de Lanús.

Nel 1996 contribuisce a fondare l'Associazione AREAS-Associazione di Ricerche Etno-Antropologiche e Sociali e dal 2010 ne è Vicepresidente.

Riassunto

Rispettare il processo. Il ruolo sociale, culturale e politico delle ostetriche libere professioniste in Italia e in Spagna

In questo articolo l'autrice analizza il ruolo delle ostetriche libere professioniste in Italia e in Spagna, dove ha condotto le sue ricerche tra il 2010 e il 2015. A partire dalla loro esperienza nell'assistere parti a domicilio e in case maternità, si mostra come - nei contesti in cui la medicalizzazione del parto costituisce il paradigma dominante - le ostetriche libere professioniste rappresentino non solo le detentrici della fisiologia, ma anche le custodi dei saperi femminili sulla nascita. Un concetto centrale che emerge nel lavoro è quello di "rispetto". Intorno al "rispetto" - di cui nell'articolo si analizzano alcune declinazioni - è costruita la visione del parto e della nascita da parte di tali professioniste, così come le modalità di accompagnamento e assistenza alla donna, alla coppia e al bambino. Poter "essere" e "fare" al di fuori dal sistema istituzionale costituisce un valore aggiunto, che permette alla ostetriche in libera professione di esaminare criticamente assunzioni, modelli, pratiche e protocolli biomedici, ma anche di interpretare e agire su processi sociali più ampi. In questo senso viene analizzato il triplice ruolo sociale, culturale e politico che tali professioniste assumono, dentro e fuori la scena del parto.

Parole chiave: parto domiciliare, casa maternità, ostetrica, nascita, gravidanza.

Résumé

Respecter le processus. Le rôle social, culturel et politique des sages-femmes indépendantes en Italie et en Espagne.

Dans cet article, l'auteur analyse le rôle des sages-femmes dans la carrière professionnelle, en Italie et en Espagne, où il a mené ses recherches entre 2010 et 2015. De leur expérience en aidant les parties dans les foyers et maisons de maternité, il montre comment – dans des contextes où la médicalisation de l'accouchement et de la naissance constitue le paradigme dominant – les sages-femmes professionnelles représentent non seulement la défense de la physiologie, mais aussi les gardiennes féminines de connaissances sur ces processus. Un concept central qui émerge dans le travail est de «respecter». Autour du «respect» – dont nous analysons quelques variations dans l'article – est construit la vision du travail et de l'accouchement, ainsi que les modalités de contrôle et d'assistance à la femme, le couple et l'enfant. Être capable de «être» et «faire» en dehors du système institutionnel constitue une valeur ajoutée, ce qui permet aux sages-femmes indépendantes d'examiner de façon critique les hypothèses, des modèles, des pratiques et des protocoles biomédicaux, mais aussi d'interpréter et d'agir sur les processus sociaux plus larges. En ce sens, le triple rôle est analysé les facteurs sociaux, culturels et politiques que ces professionnelles prennent, dans et hors de la scène de la naissance.

Mots-clés: les accouchements à domicile, maison de naissance, la sage-femme, naissance, grossesse.

Resumen

Respetar el proceso. El rol social, cultural y político de las comadronas independientes en Italia y en España.

En este trabajo la autora analiza el papel de las comadronas independientes en Italia y en España. Los datos corresponden al trabajo de campo realizado entre el 2010 y el 2015, en ambos países. Se demuestra cómo, en los contextos en los cuales la medicalización del embarazo, del parto y del nacimiento constituye el paradigma dominante, las comadronas independientes representan, por un lado, las que detentan de la fisiología; por el otro, las guardianas de los saberes femeninos relacionados con estos procesos. Un concepto central que emerge en este trabajo es el “respeto”. Al rededor del “respeto”, del cual se analizan algunas derivaciones – se construyen la visión del parto y del nacimiento y las modalidades de acompañar y atender a la mujer, a la pareja y al bebé por parte de estas profesionales. Poder “ser” y “hacer” fuera del sistema institucional de salud (el servicio sanitario nacional) constituye un valor agregado,

que ofrece a las comadronas una lente crítica sobre asunciones, modelos, prácticas y protocolos oficiales; lo que también les permite interpretar procesos sociales más amplios. En este sentido, se analiza el triple papel-social, cultural y político – que estas profesionales asumen, dentro y fuera la escena del parto.

Palabras claves: parto domiciliario, casas de parto, matrona, nacimiento, embarazo.

Abstract

Midwife and Respect. The social, cultural and political Roles of Independent Midwives in Italy and Spain.

In this article the author focus on the role of the independent midwives in Italy and Spain, where she conducted her fieldwork between 2010 and 2015. Emerging data show that in these contexts – where the medicalisation of childbirth dominates – independent midwives are today the keepers of the physiology and of the female knowledge relating to birth. A central concept is “respect”; around this concept orbits the midwives’ vision of the process and all the practices that are deployed during the caring process. *To be* and *to do* outside the widespread system allow independent midwives to critically examine the assumptions and paradigms of scientific medicine, but also wider social processes. In this sense, a social, a cultural and a political role of the independent midwives was highlighted.

Keywords: homebirth, maternity home, midwife, birth, pregnancy

Il desiderio di maternità fra bio-politica e devozione.

*Un'etnografia napoletana presso il Santuario di Santa Maria Francesca delle cinque piaghe**

Helga Sanità

dottore di ricerca, Università degli studi di Napoli Suor Orsola Benincasa
[helga.sanita@gmail.com]

Infertilità di Stato

L'“atomo di parentela” indicato dall'antropologia (LÉVI-STRAUSS C. 2009 [1958]) come il tipo di relazione familiare più semplice che possa esistere, sembra attraversare in Occidente una delle fasi trasformative più creative dall'origine della storia dell'umanità. Se da una parte si paventa il declino della famiglia basata sull'unione coniugale eterosessuale come istituzione sociale, e di conseguenza della relazione genitoriale a scapito dell'attività procreativa, dall'altra i progressi delle biotecnologie ci suggeriscono nuove inattese configurazioni che vanno ben oltre i legami genealogici e tutte le possibili concezioni biologiche della parentela (SAHLINS M. 2014 [2013]: 82).

In Italia il “diritto alla libertà procreativa” (CHARLESWORTH M. 1996 [1993]: 48) contempla e legittima vari possibili modelli: bambini nati da coppie eterosessuali unite formalmente in matrimonio; bambini nati da coppie eterosessuali in unioni stabili di fatto; bambini nati da gameti di una coppia eterosessuale tramite tecniche di procreazione medicalmente assistita; bambini nati in una coppia eterosessuale da gameti e ovuli di donatori per mezzo della fecondazione in vitro e il trasferimento dell'embrione.

Eppure, i poteri governamentali continuano a essere ossessionati dallo spettro della denatalità e ad adoperarsi in ogni modo per sconfiggerlo esercitando una vera e propria “gestione calcolatrice della vita”.

Quel “potere sulla vita” che Michel Foucault analizzava nel primo volume della *Storia della sessualità*, affermando che esso si sarebbe sviluppato in due forme principali ma non antitetiche a partire già dal XVII secolo. Foucault individuava appunto due poli di sviluppo di questa forma di potere: il primo centrato sul “corpo in quanto macchina”, sul suo *dressage*, sul suo potenziamento attraverso la sua integrazione a sistemi di controllo efficaci ed economici; il secondo – formatosi verso la metà del XVIII secolo – centrato sul “corpo-specie” inteso come supporto a processi biologici quali proliferazione, nascita, mortalità, livello di salute, durata della vita, sui quali si opera attraverso tutta una serie di interventi e “controlli regolatori, una bio-politica della popolazione” (FOUCAULT M. 2009 [1976]: 123). L’esplosione di tecniche diverse e numerose per ottenere la subordinazione dei corpi e il controllo delle popolazioni ha aperto l’era del “bio-potere” che ha contribuito allo sviluppo del capitalismo inserendo i corpi nei processi di produzione e adattando i fenomeni di popolazione ai processi economici (*ibidem*: 124). Così i corpi, la sessualità, il desiderio di genitorialità, sono diventati «tema di operazioni politiche, d’interventi economici (attraverso incitazioni o freni alla procreazione), di campagne ideologiche di moralizzazione o di responsabilizzazione: [li] si fa vedere come l’indice di forza di una società, quel che ne rivela tanto l’energia politica che il vigore biologico» (*ibidem*: 129).

Già nei primi anni novanta l’Italia aveva raggiunto un tasso di natalità di circa 1,2 figli per famiglia, a quel tempo i più bassi del mondo, ma una recente indagine del CENSIS: *Diventare genitori oggi. Indagine sulla fertilità/infertilità in Italia*, ha dimostrato che «solo nel 2013 in Italia si è registrata una riduzione delle nascite del 3,7% rispetto all’anno precedente, con un calo del tasso di natalità da 9 a 8,5 nati per mille abitanti e che dall’inizio della crisi economica a oggi sono più di 62.000 i nati in meno all’anno, passando dai 576.659 bambini del 2008 ai 514.308 del 2013, il numero più basso nella storia del Paese dal 1862, nonostante l’aumento della popolazione, i progressi della medicina e il contributo degli immigrati residenti»⁽¹⁾.

L’indagine CENSIS intreccia il problema della denatalità con altre questioni: la procreazione eterologa, il superamento della famiglia tradizionale, la crisi economica, l’insufficienza delle politiche pubbliche a sostegno della famiglia, la scarsa informazione sull’infertilità, le difficoltà delle coppie con problemi di infertilità. E rinnova allarmismi emersi ciclicamente in diversi momenti della storia del Paese.

Questa indagine, come le altre dello stesso tipo che l'hanno preceduta, è utile a svelare le conoscenze, le credenze e i valori incorporati nei comportamenti riproduttivi degli italiani, ma è anche indicativa di un preciso orientamento di governance esercitato dallo Stato a scopo pronatalista. Diventa così una fonte illuminante anche nell'ipotesi di voler ricostruire una genealogia storica del bio-politico in campo riproduttivo. Gioverà ricordare, per segnare solo alcune tappe di questa storia, le politiche pronataliste mussoliniane che prevedevano misure coercitive contro l'aborto – considerato un crimine contro la razza e la nazione – e contro gli scapoli, che venivano pesantemente tassati, mentre le coppie particolarmente prolifiche ricevevano sussidi ed incentivi. In tempi più recenti, fin dal 1992, i demografi cominciano a segnalare i modelli riproduttivi italiani come deficitari e necessitari di un intervento politico. Si arriva così agli incentivi previsti dalla legge berlusconiana del *Baby-bonus* nel 2003, replicata poi dal "Bonus-bebé" del governo Renzi che, dal gennaio 2015, prescrive di assegnare un sussidio di ottanta euro al mese ai neo genitori con determinati requisiti di reddito.

Come hanno notato Elizabeth L. Krause e Milena Marchesi, «il problema della bassa fertilità riflette una nuova formazione egemonica per l'Italia del dopoguerra. Caratteristica di questo blocco storico è la nozione comune che la bassa fertilità sia diventata indiscutibilmente pericolosa» (KRAUSE E.L. - MARCHESI M. 2007: 351) e i discorsi e gli incentivi pro-natalisti funzionano – secondo le due studiose – come una sorta di "viagra sociale" perché fortificano il terreno politico di uno stato nazione che lotta per ottenere una modernità durevole e sicura.

«Proprio come il viagra è stato progettato per azionare la vita in un uomo impotente, così l'incitamento dei discorsi intorno alla bassa fecondità tenta di rilanciare una nazione impotente attraverso la famiglia» (KRAUSE E.L. - MARCHESI M. 2007: 351).

Contro il calo demografico, e in risposta allo studio CENSIS, la ministra della salute del governo Renzi, Beatrice Lorenzin, insedia nell'ottobre 2014 un tavolo consultivo in materia di tutela e conoscenza della fertilità e prevenzione delle cause di infertilità. Il gruppo multidisciplinare è composto da 26 membri: medici, ginecologi, sessuologi, psicologi, pediatri, giuristi, sociologi, farmacisti che, entro aprile 2015, si propongono di redigere un primo documento di indirizzo⁽²⁾.

Secondo le parole della ministra, il problema della fertilità: «rappresenta una delle fondamentali questioni per lo sviluppo dell'Europa nei prossimi decenni»⁽³⁾.

La Lorenzin precisa che lo scopo del tavolo consultivo non è quello di obbligare gli italiani ad avere figli, ma piuttosto di «dare informazione ai cittadini perché possano programmare la genitorialità come scelta consapevole» e che l'obiettivo è «totalmente deideologizzato» poiché il gruppo si propone di portare avanti un'indagine scientifica per «fornire strumenti operativi alle famiglie e agli operatori sanitari». Lo scopo è innanzitutto quello di «dare una serie di risposte sull'infertilità» estrapolando dalla ricerca CENSIS poc'anzi menzionata – ed evidenziandolo – il dato che «il 60% della popolazione non è sufficientemente informato su cosa sia l'infertilità e sulle sue cause»⁽⁴⁾.

Benché si auspichi il coinvolgimento futuro anche di altri ministeri, Economia e finanze e Istruzione, e si riconosca l'importanza delle politiche di *welfare*, va rilevato che il provvedimento del “Baby bonus” resta un aiuto irrisorio. La questione della denatalità viene ridotta all'aspetto “patologico” dell'infertilità, piuttosto che disarticolarla come significante sociale, ricalcando così una modalità non nuova di produrre egemonia attraverso la medicalizzazione (PIZZA G. 2014: 27, COSMACINI G. 1987). E, comunque, le politiche sanitarie pubbliche restano inadeguate ad affrontare e risolvere il problema. I lavori del tavolo consultivo insediato dalla ministra Lorenzin hanno trovato una prima compiuta espressione nell'elaborazione di uno studio di 127 pagine che ha posto le basi per la successiva pubblicazione, nel maggio 2015, del documento ministeriale intitolato *Piano Nazionale per la fertilità*⁽⁵⁾.

Se lo studio preparatorio sembra essere frutto di uno sforzo analitico più o meno accurato che tiene conto di diversi aspetti della questione - come ad esempio il quadro giuridico dei principi costituzionali ed europei che tutelano la maternità e la famiglia, le recenti indagini ISTAT ed EUROSTAT sui tassi di natalità e di fecondità totale⁽⁶⁾, l'impatto economico della denatalità, l'atteggiamento sociale e psicologico verso la procreazione⁽⁷⁾, le questioni fisiologiche e patologiche associate alla fertilità, inclusa la tutela e la conservazione della fertilità nel paziente oncologico, le tecniche di Procreazione medicalmente assistita – bisogna constatare che invece nella comunicazione del *Piano Nazionale per la fertilità*, promossa dal Ministero della Salute, molti aspetti dello studio precedente vengono trascurati e semplificati, se non addirittura enfatizzati in chiave ideologica.

Lo si capisce fin dalla premessa del documento finale pubblicato dal Ministero dove si legge che lo scopo del *Piano* è «collocare la Fertilità al centro delle politiche educative del Paese». A tal fine esso, oltre a informare i cittadini e fornire loro assistenza qualificata, si prefigge di: «operare un

capovolgimento della mentalità corrente volto a rileggere la Fertilità come bisogno essenziale non solo della coppia ma dell'intera società, promuovendo un rinnovamento culturale in tema di procreazione» e «celebrare questa rivoluzione culturale istituendo il *Fertility Day*, Giornata Nazionale di formazione e informazione sulla fertilità, dove la parola d'ordine sarà scoprire il "Prestigio della Maternità"»⁽⁸⁾.

Sebbene nelle premesse si agogni un necessario "rinnovamento culturale", una vera e propria "rivoluzione culturale", solo qualche pagina più avanti si prendono immediatamente le distanze dai fattori culturali e sociali della questione, precisando che l'analisi di questi fattori "esula dal Piano della Fertilità", pur riconoscendo che questi "meriterebbero di essere approfonditi con attenzione" (MINISTERO DELLA SALUTE, *Piano Nazionale per la fertilità*: 2). Si enfatizzano soprattutto gli obiettivi sanitario-assistenziali del Piano, partendo dal presupposto che la salute riproduttiva sia "alla base del benessere fisico, psichico e relazionale dei cittadini". Viene promossa una vera e propria "educazione sanitaria alla fertilità", strutturando una precisa "didattica riproduttiva" attraverso un progetto formativo che coinvolge il Ministero dell'Istruzione, le Università, le scuole di ogni ordine e grado, le farmacie, le Aziende sanitarie, i consultori. E si insiste sulla maternità come "valore positivo" da recuperare, perché portatore di "prestigio sociale" per le donne e capace di accrescere la loro "intelligenza creativa", «la maternità sviluppa l'intelligenza creativa e rappresenta una straordinaria opportunità di crescita. L'organizzazione ingegnosa che serve a far quadrare il ritmo delle giornate di una mamma, la flessibilità necessaria a gestire gli imprevisti, la responsabilità e le scelte implicite nel lavoro di cura, le energie che quotidianamente mette in campo una madre sono competenze e potenziali ancora da esplorare e capire come incentivare e utilizzare al rientro al lavoro» (MINISTERO DELLA SALUTE, *Piano Nazionale per la fertilità*: 20).

Ma la maternità non è solo proposta come un'esperienza gratificante per le donne e vantaggiosa per i loro datori di lavoro, è soprattutto definita un "bene comune".

Così i "corpi-specie"/"corpi-macchina" dei cittadini italiani sembrano essere predestinati alla riproduzione per dovere sociale più che per libera scelta, obbligati a rispondere a istanze statistiche di emergenza demografica, dunque a strategie economico-politiche - più che a passioni e desideri personali. E in queste derive esasperate della bio-politica contemporanea la fertilità diventa uno strumento discriminante, una nuova soglia che articola e separa ciò che dentro da ciò che è fuori (AGAMBEN G.

2005 [1995]: 145), ciò che è buono da ciò che è cattivo da pensare per il bene della Nazione.

Nel contesto attuale dei comportamenti riproduttivi degli italiani sembrano di fatto emergere due tendenze opposte. Se da una parte si registra un calo vertiginoso della natalità, dall'altra si riscontra invece un incremento del desiderio di genitorialità, in particolare da parte delle donne, disposte a sfidare la natura e la legge facendo ricorso alle più avanguardistiche tecniche fecondative pur di diventare madri.

Pur non essendo l'unica e probabilmente nemmeno la più decisiva causa della denatalità, l'emergenza infertilità non è tuttavia trascurabile.

In un testo del 2013, intitolato *Infertilità di Stato. Il desiderio di maternità fra legge 40 e viaggi della speranza* (AIELLO R. - PISTONE E. 2013), la sterilità – intesa ovviamente come patologia che riguarda coppie eterosessuali, unite in matrimonio o come coppie di fatto, secondo il modello tradizionale di famiglia nucleare – viene definita un vero e proprio “fenomeno sociale”. Secondo i dati ISTAT riportati dagli autori, il 30% delle coppie italiane è sterile e questo sarebbe persino un dato sottostimato perché calcolato solo in base alla percentuale delle coppie che si rivolgono in prima istanza a strutture mediche autorizzate alla pratica delle PMA, ovvero delle tecniche di Procreazione medicalmente assistita. (AIELLO R. - PISTONE E. 2013: 21).

Già nel marzo 2012 la *IV Indagine sul turismo procreativo*, condotta dall'omonimo Osservatorio, dimostrava che nel 2011 circa 4.000 coppie italiane si erano recate all'estero (soprattutto in Spagna, in Svizzera e nella Repubblica Ceca) per sottoporsi a trattamenti di fecondazione eterologa vietati in Italia o anche ad altri trattamenti di procreazione assistita consentiti dalla legge italiana⁽⁹⁾.

Il comma n. 3 dell'art.4 della legge n. 40, che regola dal 2004 la procreazione medicalmente assistita in Italia, ha vietato di fatto la pratica della fecondazione eterologa entro i confini nazionali fino al 9 aprile 2014, ovvero fino alla data della decisiva sentenza n. 162 della Corte Costituzionale, che ha definito tale divieto incostituzionale perché contrario al principio di uguaglianza e al diritto alla salute, legalizzando così la fecondazione con gameti esterni alla coppia a titolo gratuito per tutte le coppie eterosessuali infertili, anche se non affette da particolari patologie genetiche.

Per i giudici redattori della storica sentenza il desiderio di avere figli è da considerarsi: «espressione della fondamentale e generale libertà di autodeterminarsi e questa non può che essere incoercibile, anche quando

sia esercitata mediante la scelta di ricorrere alla tecnica di procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo»⁽¹⁰⁾.

L'art. 13 della legge 40/2004 era già stato in parte modificato nel 2009 da un'altra sentenza della Corte Costituzionale (n. 151/09) che eliminava l'obbligo di inseminare massimo tre ovociti e quello di trasferire tutti gli embrioni, consentendo quindi la crioconservazione di questi ultimi.

Dopo la sentenza dell'aprile 2014, secondo dati forniti dall'Osservatorio del turismo procreativo, si è registrato anche in Italia un notevole incremento delle richieste di accesso alle donazioni di spermatozoi e ovociti nei centri di PMA.

Nel dicembre 2014 la ministra della salute Lorenzin ha anche proposto l'inserimento della PMA, sia omologa che eterologa, nei "Livelli essenziali di assistenza" (LEA), ovvero fra le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (*ticket*), ma intanto le associazioni a sostegno delle coppie infertili hanno evidenziato alcune criticità nell'applicazione della nuova sentenza, individuandole soprattutto nella mancanza di adeguate linee guida e nella sperequazione del trattamento sanitario fra le diverse Regioni. Come ha affermato Antonino Guglielmino, direttore dell'Istituto di medicina e biologia della riproduzione UMR-Hera di Catania «[...] in Italia il 37,4% dei cicli avviene in centri pubblici, il 27% in centri privati convenzionati e il 35,5% in centri privati»⁽¹¹⁾.

Contestualmente si è registrata la mancanza di donatrici italiane di ovuli, tanto che in pieno centro a Milano ha trovato spazio l'Institut Marquès, una succursale dell'omologa clinica di Barcellona che offre un programma chiamato *Just For Transfer*. Le pazienti possono fare in loco le visite mediche, le ecografie di controllo e far congelare il campione di seme che in seguito sarà spedito al laboratorio di Barcellona, dove sarà poi fecondato con ovociti donati da donne spagnole. Così le pazienti dovranno recarsi a Barcellona solo per il trasferimento degli embrioni nel proprio utero, evitando i costi di una lunga permanenza in città⁽¹²⁾.

Mentre il Ministero della salute e il Parlamento stanno ancora elaborando una normativa che possa regolamentare la donazione, l'anonimato dei donatori, la loro eventuale retribuzione, il numero massimo di gameti donati, la possibilità di scelta delle caratteristiche fenotipiche del donatore, molte Regioni italiane si sono autoregolamentate scavalcando governo e Parlamento. La Regione Toscana, ad esempio, ha applicato la sentenza

della Corte Costituzionale dando il via libera alla fecondazione eterologa con il pagamento di un *ticket* di 500 euro⁽¹³⁾.

I centri privati di procreazione assistita hanno inoltre cominciato ad acquistare pagine sui principali quotidiani nazionali per pubblicizzare i propri trattamenti. Fra questi il *Social Egg Freezing* che «permette il congelamento degli ovociti per bloccare l'orologio biologico della donna, proteggendone così il potenziale riproduttivo e moltiplicando le sue chance per la maternità»⁽¹⁴⁾. In pratica, dando scacco alla natura, ogni donna può assicurarsi “il diritto di fare figli secondo i propri tempi” procrastinando la maternità senza incorrere nel rischio infertilità.

L'emergenza infertilità non è comunque un problema che riguarda solo le donne, perché anche fra gli uomini sembrerebbe essere in aumento. Come ha evidenziato la genetista Aarathi Prasad in un testo del 2014 significativamente intitolato *Like a Virgin. How Science is Redesigning the Rules of Sex* – e altrettanto significativamente tradotto in italiano con il titolo *Storia naturale del concepimento* – «secondo alcuni scienziati, il cromosoma Y, quello che rende l'uomo fertile e un embrione maschio, starebbe lentamente e inesorabilmente morendo» (PRASAD A. 2014 [2012]: 12). Le sue previsioni sono forse apocalittiche, ma di fatto negli ultimi tempi l'infertilità maschile è oggetto di grande attenzione e i media contribuiscono a detabuizzare il problema. In diversi paesi è iniziata la distribuzione dello *Sperm Check*, un test fai da te utile a misurare la concentrazione di spermatozoi nel liquido seminale, e sono stati avviati progetti come *Ecofoodfertility it* – ideato dall'andrologo Luigi Montano – grazie al quale il seme maschile diventa un sensore utile a valutare l'impatto dell'inquinamento ambientale sulla funzione riproduttiva e la salute dell'uomo⁽¹⁵⁾.

Nel testo della Prasad viene descritto un futuro avveniristico dove sarà addirittura possibile procreare fuori dalla provetta, fuori dal tempo e soprattutto fuori dal corpo delle donne che, grazie a uteri artificiali, potranno riuscire prima o poi a fare figli “come delle vergini”.

Sul terreno etnografico: “melanconia della sterilità” fra medicina e miracolo

I dati recenti sul moltiplicarsi dell'offerta del mercato biomedico e tecnologico in campo riproduttivo aprono nuovi scenari d'indagine anche rispetto alle prospettive e agli orientamenti messi in luce da alcuni interessanti studi antropologici in materia di contrazione della natalità italiana, politiche della fertilità e processi di cambiamento dei ruoli femminili.

Riferimenti bibliografici imprescindibili restano in tal senso il volume *Maternità, identità, scelte. Percorsi dell'emancipazione femminile nel Mezzogiorno* a cura di Anna Oppo, Simonetta Piccone Stella e Amalia Signorelli, pubblicato a Napoli per le edizioni Liguori nel 2000, e un altro volume collettaneo, pubblicato sette anni più tardi per le edizioni Guerini Scientifica, dal titolo *Non son tempi per far figli* a cura di Fulvia D'Aloiso – con una incisiva postfazione di Amalia Signorelli – oltre al già citato saggio pubblicato sempre nel 2007 sull' "American Anthropologist" a cura di Elizabeth L. Krause e Milena Marchesi dal titolo *Fertility Politics as Social Viagra: Reproducing Boundaries, Social Cohesion, and Modernity in Italy*.

Questi saggi, nati sull'onda dei dibattiti sulla bassa natalità italiana e di quell'emergenza che i demografi definivano "patologica" nei modelli riproduttivi (SGRITTA 2003: 65; LIVI BACCI 2001: 147) ritenute causa di un temuto "impoverimento generale della società", (LIVI-BACCI 2001: 142) esaminavano l'idea di famiglia in relazione alla modernità, nonché i valori e le trasformazioni sociali alla base dei cambiamenti nei comportamenti riproduttivi.

Il presente contributo si propone di approfondire l'analisi di una concezione della maternità che sembra porsi in contro-tendenza rispetto al calo demografico e che nella maggior parte dei casi analizzati sembra essere anche lontana da quella percezione di inadeguatezza «nata dal divario fra il non voler essere e il dover essere madri per convenzione e responsabilità sociale», vissuta da molte donne impegnate a conciliare maternità e lavoro, che Amalia Signorelli definiva "melanconia della maternità" (SIGNORELLI A. 2007: 181). Sul mio specifico campo di ricerca, presso il Santuario di Santa Maria Francesca delle Cinque Piaghe a Napoli, ho raccolto testimonianze di donne intente invece a perseguire un modello fortemente tradizionale di famiglia, che intendono i figli come «coronamento e compimento della perfetta unione genitoriale» (SIGNORELLI A. 2007: 182) e non riescono a concepire la piena realizzazione di sé senza immaginarsi anche nel ruolo di madri, talvolta anche anteponendo questo ruolo a quello di mogli, ovvero anteponendo il desiderio di maternità a quello di trovare un compagno con il quale condividere la genitorialità.

Il mio campo d'indagine è stato focalizzato dunque su una tendenza che si potrebbe definire piuttosto come "melanconia della sterilità".

L'indagine di campo è stata condotta fra le donne con problemi di infertilità che si recano presso la casa-Santuario di Santa Maria Francesca, in vico tre Re a Toledo, nei Quartieri Spagnoli, per chiedere alla Santa la grazia di restare incinte. L'etnografia, iniziata nell'ottobre 2012, è stata

condotta praticando l'osservazione partecipante e raccogliendo testimonianze dirette dalle donne, e talvolta anche dai loro compagni, giunti al santuario napoletano da ogni parte d'Italia e anche dall'estero, per sottoporsi al particolare rituale della benedizione che prescrive di sedere sulla sedia che appartenne alla Santa, assistiti in preghiera da una suora preposta ad officiare il rituale di benedizione.

Nella maggior parte dei casi il rituale compiuto presso la casa-santuario di Maria Francesca delle cinque piaghe non è considerato dai devoti un «itinerario terapeutico» (PIZZA G. 2005: 185-199) alternativo al percorso biomedico di protocollo per la cura dell'infertilità di coppia, ma si configura piuttosto come una tappa supplementare e coadiuvante di quello stesso percorso terapeutico e questo fa emergere in questa particolare devozione un'interessante circolarità culturale che tiene insieme scienza e fede, medicina e miracolo.

Le donne che arrivano al santuario hanno diversa estrazione sociale e livelli di alfabetizzazione eterogenei. La maggior parte di esse rivela un elevato grado di consapevolezza medico-anatomica. Molte hanno già passato una o più d'una delle tappe previste dal protocollo biomedico della Procreazione medicalmente assistita: la stimolazione ovarica, la selezione ovocitaria, l'impianto dell'embrione attraverso la fecondazione in vivo o in vitro⁽¹⁶⁾.

Alcune – sfidando i limiti imposti dalla Legge 40/2004 solo recentemente aboliti – hanno anche provato la strada del cosiddetto “nomadismo procreativo”, ovvero della fecondazione eterologa all'estero, oppure sono in lista per sottoporsi finalmente al trattamento in Italia. Si recano dunque al santuario di Santa Maria Francesca dopo aver avuto un responso medico di infertilità più o meno definitiva, per propiziare il buon esito di una tecnica procreativa o talvolta, dopo aver fallito tutte le strade possibili, anche per propiziare il buon esito di una pratica di adozione.

Adele, una delle prime testimoni che ho incontrato presso la casa-santuario, mi ha spiegato la *potentia* della santa napoletana asserendo: «La fede arriva dove la scienza non può!». Mi ha raccontato poi di aver portato qui tre delle sue amiche più care che non riuscivano ad avere figli e che tutte sono rimaste incinte dopo poco tempo. Ha aggiunto di aver lavorato in uno studio ginecologico per diversi anni e che più volte ha visto fallire le cure mediche per l'infertilità e le procedure di fecondazione assistita, ma che mai ha visto fallire Santa Maria Francesca. «L'importante – secondo Adele – è sedersi su quella sedia con devozione sincera». È stata lei ad avvicinare me, presentandosi come una devota affezionata e dicendomi

che viene qui almeno una volta al mese per sedersi sulla “sedia miracolosa” e sottoporsi al particolare rituale di benedizione praticato dalle suore. Adele non è sposata e non ha un compagno, ma le piacerebbe «incontrare l'uomo della sua vita e mettere su famiglia». Nel congedarsi – dando per scontato che anche io fossi lì per chiedere alla Santa “la grazia di un figlio” – mi ha raccomandato di pregare molto e di comprare dalle suore il fazzoletto benedetto da tenere ogni notte sotto il cuscino⁽¹⁷⁾.

Il particolare rituale a cui le devote accompagnate dai propri mariti e consorti si sottopongono può essere compreso e descritto in termini di “efficacia simbolica” (LÉVI-STRAUSS C. 1958).

La casa-santuario di Maria Francesca delle Cinque Piaghe è annessa a una piccola chiesa.

Dopo avere assistito alla celebrazione eucaristica, i devoti salgono al secondo piano dell'edificio e si dispongono in fila aspettando il proprio turno per potersi sedere sulla sedia che appartenne alla santa e ricevere la benedizione. Questa viene impartita con uno speciale reliquiario che contiene una ciocca di capelli e un frammento dello sterno della Santa da una delle suore che abitano il terzo e il quarto piano del santuario⁽¹⁸⁾. La formula liturgica, più o meno fissa, recitata dalla suora che pratica la benedizione, è la seguente:

«Per il patrocinio e per i doni ricevuti da Santa Maria Francesca, per sua intercessione, ti benedico in nome della Madonna e di sua madre Sant'Anna e in nome della Famiglia di Nazaret, affinché ti sia concesso il dono prezioso della maternità».

Le suore richiamano nell'atto della benedizione la Madonna e Sant'Anna, affermando così che la funzione di Santa Maria Francesca sia quella di una potenza vicaria e mediatrice presso altre potenze divine. Si tratta in realtà di una doppia mediazione che passa attraverso il potere d'invocazione delle suore benedicensi e poi attraverso quello della Santa, ma le devote attribuiscono anche alla sedia una funzione magico-terapeutica.

Maria Francesca è una santa guaritrice, quindi una figura potente che può operare al di fuori e al di sopra dell'ordine naturale, purché lo voglia: quello che le si chiede è di manifestare la sua potenza in cambio di offerte e voti, in un rapporto che è di tipo contrattuale. E quello che ci si aspetta dal rituale, dalla devozione, dalla pratica religiosa è che sia efficace, che serva cioè ad ottenere la grazia della guarigione (RIVERA A. 1988: 278). A Santa Maria Francesca si chiede soprattutto di essere guariti dall'infertilità, ma non solo questo.

Come le ossa e i capelli della Santa, anche la sedia è una reliquia a tutti gli effetti perché – come ha scritto Jean Michel Sallmann – è un oggetto metonimico, rappresenta il corpo della santa (SALMANN J.M. 1984: 84). Su quella sedia Maria Francesca riceveva i devoti quando era ancora in vita o trovava brevi momenti di sollievo dopo le pratiche mortificatorie quotidiane a cui sottoponeva il suo corpo. La sedia diventa dunque la sede del sacro tangibile, è il segno della *presentia* della santa e più di qualunque altra reliquia permette alle devote un contatto reale un vero e proprio “corpo a corpo” con la santa, una sorta di incorporazione del sacro.

Ci sono nella casa-santuario molti altri oggetti ai quali potremmo riconoscere lo statuto di reliquie: le bende e i guanti con cui la santa copriva le sue stimmate, le cordicelle, i cilici, le catene con le quali si fustigava, i materassi dove patì le frequenti malattie negli ultimi anni della sua vita, le stoffe ricamate con le sue mani, ma queste reliquie sono protette da spesse teche in vetro e hanno perciò una statuto diverso dalla sedia, sono *exempla* da ammirare, segni della *potentia* più che della *presentia* della santa. La sua *potentia* è rappresentata inoltre dalle innumerevoli coccarde rosa e azzurre – recanti i nomi di bambini nati per intercessione della santa e battezzati con il suo nome – che coprono fino all'*horror vacui* le pareti di una delle stanze della sua casa. Le coccarde sono portate dai genitori miracolati in forma di *ex-voto*. Segni ancora più concreti del suo potere sono gli *ex-voto* viventi che arrivano a renderle grazia, e cioè i bambini nati per sua intercessione che vengono portati al santuario per ricevere la benedizione.

Le donne sono spesso accompagnate dai propri mariti o consorti e anche gli uomini si sottopongono al particolare rituale della seduta e della benedizione. Anzi gli uomini – secondo Suor Gemma – devono sedersi per primi perché sono loro che detengono il “dono”, il “seme”, il “fiore” della procreazione.

Nel considerare la scintilla vitale racchiusa nei gameti maschili Suor Gemma rivela un pregiudizio che potremmo definire di stampo aristotelico⁽¹⁹⁾, e lo rafforza ricorrendo ad una gerarchia di genere tratta dal *Libro della Genesi* secondo la quale Dio avrebbe creato prima l'uomo e poi la donna. Ma le coppie che si sottopongono al rituale sanno benissimo che i gameti maschili e quelli femminili partecipano in egual misura alla procreazione del feto.

Una delle donne che ho incontrato mi ha raccontato di aver conosciuto Santa Maria Francesca proprio attraverso il suo ginecologo, di aver visto

per la prima volta un'immagine della santa nello studio di questo medico che la tiene in mostra, dietro le sue spalle, come una sorta di nume tutelare.

Il medico in questione è un noto professionista napoletano, è co-autore di numerose pubblicazioni a carattere scientifico, autore di un capitolo di un importante manuale di ostetricia e ginecologia sulle tecniche di fecondazione assistita. È stato organizzatore, docente e relatore in diversi simposi scientifici internazionali ed ha al suo attivo l'organizzazione di oltre 1000 cicli di PMA e l'esecuzione di oltre 500 prelievi ovocitari che hanno avuto esito positivo. Si potrebbe dire, dunque, che egli agisca al confine fra diversi ambiti della realtà mettendo in atto con competenza e professionalità tutte le più aggiornate tecniche biomediche procreative senza escludere – anzi pubblicizzandola come coadiuvante – la possibilità dialettica con altre risorse simboliche, altri dispositivi di efficacia alla portata delle sue pazienti come, nello specifico, il ricorso alla Santa, superando così i limiti di una relazione terapeutica troppo tecnica, e accorciando la distanza sociale e culturale con le pazienti. Anche altri ginecologi napoletani hanno affermato di aver conosciuto il culto di Santa Maria Francesca dalle testimonianze delle proprie pazienti.

Ma perché il rituale della seduta si rivela così efficace? Come lo descrivono le devote?

Dai racconti delle testimoni emerge il bisogno di superare una percezione eccessivamente medicalizzata della maternità e del proprio corpo indotta dagli estenuanti itinerari terapeutici a cui si sottopongono, a scapito della dimensione emozionale del desiderio di diventare madri. I corpi delle aspiranti madri che si sottopongono alla procreazione medicalmente assistita sono corpi smembrati dai saperi, oggettivizzati dalla scienza medica, e spesso restituiti alla responsabilità delle rispettive detentrici con una diagnosi di incapacità procreativa più o meno motivata. Il malessere che queste donne devono gestire diventa di tipo identitario. Si percepisce spesso nelle loro parole un senso di frustrazione nel sottoporsi ai trattamenti medici, dovuto a un allontanamento forzato dalla condizione che loro definiscono “naturale” dell'essere donna: «Mi sono iscritta al programma per l'inseminazione del Policlinico [...] ma poi non ho voluto continuare. Te la vendono come una cosa semplice, non pericolosa, ma invece non è così [...] e poi una cosa è aspettare con naturalezza il mese che va e viene, e un'altra se ci metti la speranza in questi trattamenti e questa viene delusa»⁽²⁰⁾.

Molte descrivono l'esperienza medica vissuta come un calvario:

«Dopo la diagnosi di infertilità iniziò quello che io chiamo “il calvario” perché è un percorso molto duro a livello fisico e a livello psicologico,

perché cominci a fare tutte le analisi del mondo, ti rovesciano come un calzino e alla prima analisi sballata che esce ti dicono che non puoi procedere con la fecondazione. E siccome la fecondazione è soprattutto una lotta contro il tempo, ogni ostacolo si vive come una sconfitta tremenda. Più anni passano, meno diventano gli ovuli della donna e più invecchiano gli spermatozoi. Prima c'è la fase della stimolazione. Forzano l'ovulazione con gli ormoni. Prendi pillole ogni quattro ore. Quando vedono che stai per produrre tutti gli ovociti ti portano in sala operatoria, dove ti fanno il prelievo degli ovociti sotto anestesia. Mi ricorderò sempre il dott. Gargiulo che faceva queste operazioni ed era abituato a vedere donne dalla mattina alla sera, come se fossero galline in un pollaio, eppure, prima di iniziare mi accarezzò la faccia, sentì la mia emotività e mi diede molta forza. Dopo l'operazione ti mandano a casa. Contemporaneamente alla tua operazione, l'uomo viene invitato a produrre gli spermatozoi e poi si lascia tutto alla biologa. In quella fase avevo 36 anni e avevo prodotto solo 7 uova, appunto come le galline. Dopo l'intervento inizia il momento secondo me più brutto perché è quello dell'attesa. L'attesa di sapere se, dopo che la biologa ha iniettato lo sperma nell'uovo, l'embrione si forma. Passano tre giorni dopo l'operazione per avere questa fatidica telefonata ed essere convocati se si sono formati gli embrioni. Mi dissero che si erano formati tre embrioni di tipo A, bellissimi. Ce ne sono di tre tipi: quello C che è una schifezza, poi il tipo B che è medio e quello A, il migliore. In clinica inizia la seconda fase. Ti mettono su un lettino e ti mostrano in monitor quelli che dovrebbero essere i tuoi figli»⁽²¹⁾.

Nel momento in cui siedono sulla sedia di Santa Maria Francesca le donne sembrano riappropriarsi della speranza e dell'intimità col proprio corpo, lo demedicalizzano. Il feto che hanno finora pensato solo come un «prodotto calcolato in base alle probabilità» (DUDEN B. 1994 [1991]: 20), torna ad essere un «bambino sperato» (DUDEN B. 1994 [1991]: 20), riacquista un'aura di sacralità. In termini di efficacia riusciamo a comprendere gli effetti del rituale di benedizione e del contatto con la sedia facendo riferimento alle parole delle donne che raccontano la propria esperienza: «La prima volta che mi sono seduta qui ho sentito un forte calore interiore, una grande pace, ho capito che non ero sola, che questa era la volta giusta e che tutto sarebbe andato bene» (Anna, 2 febbraio 2013); «Durante la benedizione ho provato un'emozione così forte da non capire niente, solo le lacrime coprivano il mio viso e nel mio cuore un'emozione fortissima e indescrivibile» (Rosa, 6 febbraio 2011); «Ho sentito una sensazione mai provata prima, come se il cuore si fosse ingrandito fino ad arrivarci in gola» (Lucia, 23 luglio 2014); «Sono venuta al Santuario due volte e la seconda volta che mi sono seduta sulla sedia ho sentito dentro di me un fuoco benefico» (Maria, 8 settembre 2011). I loro racconti ricordano vagamente la fenomenologia del sacro di alcune esperienze mistiche, le immagini ricorrenti del «fuoco vivo», del «calore intenso e rassicurante»

non sono così lontane dalla “Fiamma viva d’amore” di San Giovanni della Croce o del “dardo infuocato” di Teresa d’Avila. E si avvicinano molto al racconto dell’esperienza mistica vissuta dalla stessa Santa Maria Francesca. Nelle agiografie della Santa napoletana si legge infatti che il suo più ardente desiderio era quello di sentire e di accogliere nel proprio corpo il Figlio di Dio, di farsi tutt’uno con lui, anche a costo di atroci patimenti e sofferenze. L’utopia della santa mistica è quella di annientare se stessa, di “schiattà n’cuorpo”⁽²²⁾, di farsi paradiso sanguinante nell’accoglienza dell’Altro, del suo Figlio divino. E, proprio in questo “patire gioioso”, nella predisposizione all’accoglienza fino all’annientamento di sé, il corpo di Maria Francesca si può leggere anche come modello di corpo materno, e la sua esperienza come una forma di maternità mistica (SANITÀ H. 2014: 282-286). Il corpo della santa – come quello di una madre – diventa infatti, in questo senso, “teatro della ierofania di un idolo” (DUDEN B. 1994 [1991]). Quell’“idolo” che per le madri è il feto, per la santa è il Cristo, e in entrambi i casi esso si incarna in un’esperienza intima che diviene “luogo pubblico”. Entrambi, sia il figlio biologico che quello divino, diventano espressione della Vita come *sacrum* (DUDEN B. 1994 [1991]: 122) e Santa Maria Francesca si fa garante di un vero e proprio “biopotere”, quello stesso potere che le madri incarnano e che le donne desiderose di maternità bramano.

Certo le devote non conoscono questi aspetti dell’agiografia della Santa, ma potremmo dire che nel momento della benedizione, del contatto con le reliquie, le donne recuperino la dimensione invisibile e intangibile del mistero. Più foucaultianamente potremmo dire che in questo luogo non percepiscano più il proprio corpo come spietata “topia”, ma ricomincino a pensarlo come “luogo di utopia” (FOUCAULT M. 2008 [1966]) dove anche il miracolo diventa pensabile e possibile. Se dunque l’efficacia simbolica – come l’ha definita Claude Lévi-Strauss – non va considerata solo in base all’esito terapeutico, ma è parte di un processo che «mira a rendere sopportabili alla mente dolori che il corpo si rifiuta di tollerare» (LÉVI-STRAUSS C. [1958] 2009: 221), dovremmo dire che qui essa mira a rendere sopportabili al corpo “limiti” che la mente si rifiuta di tollerare⁽²³⁾.

E non è da trascurare l’efficacia terapeutica della dimensione comunitaria e condivisa di questo specifico rituale:

«Quello che ho visto qui (presso la casa santuario di Santa Maria Francesca) e che poi ho riscontrato anche nei centri di procreazione medicalmente assistita, è il fatto che qui ti senti capita, perché ci sono tutte donne che hanno il tuo stesso problema. Magari in quel momento tutte le tue amiche fuori sono incinte, invece qui ti senti sicuramente capita, compresa, com-

patita, perché ci sono persone consapevoli del calvario e della sofferenza che anche tu stai attraversando. Ci sono persone che aspettano da un anno, due, tre questo figlio che sperano possa arrivare. Ci sono anche coppie molto più giovani di te con lo stesso problema e questo ti incoraggia. Ti rendi conto che non sei sola in questo mondo triste»⁽²⁴⁾.

Anche le Figlie di Santa Maria Francesca, le suore che praticano la benedizione, svolgono un ruolo fondamentale perché accolgono le devote, le invitano a sedersi sulla sedia della Santa, e non si limitano a recitare una formula liturgica standardizzata. Sono predisposte all'ascolto e incoraggiano le donne a raccontare la propria esperienza. Il dialogo è anch'esso una forma di cura, nella misura in cui è efficace a rappresentare, a mettere in forma – attraverso le parole – l'esperienza della sofferenza, potremmo dire a ricodificarla, oltre la fredda terminologia della diagnosi biomedica, in una forma che recupera la relazione umana.

La seduta implica un “doppio affidamento”, ci si affida innanzitutto a una presenza umana, la suora officiante, e attraverso di lei – e per mezzo della sedia considerata miracolosa e del reliquiario contenente parti del corpo della Santa – a una presenza divina, Maria Francesca, che è deputata a intercedere presso la divina Provvidenza. Le coppie sono invitate a tenersi per mano durante la benedizione «perché l'energia possa circuitare» (Suor Anna, 23 luglio 2014).

Le suore che si alternano al rituale della benedizione si sentono predisposte a questa missione. «La mia posizione – mi dice suor Anna – è delicata perché qui devi assorbire le sofferenze di tutti, è un lavoro di pazienza che coinvolge il corpo e la testa». Suor Anna, ma anche le altre sorelle, Suor Bernardette, suor Gemma, Suor Vittoria, Suor Pasqualina sono capaci di una straordinaria empatia. Suor Anna, che ho visto più spesso in azione, si commuove al cospetto dei racconti, stringe le mani delle devote, le abbraccia. Ripete spesso che non è la sedia a fare miracoli ma che tutto dipende dal potere della fede e che bisogna “affidarsi”. Eppure sa che le devote hanno bisogno della sedia e rivolgendosi a loro definisce la seduta facendo ricorso a metafore eloquenti: «Sedere qui è come prendere una poppata spirituale [...]. Innanzitutto bisogna che tu partorisca tutte le tue pene». La suora, come uno sciamano, guida i devoti nell'esprimere e dare forma al proprio malessere e localizza il focolaio reale o simbolico della sofferenza di ognuno usando il reliquiario. Spesso invita le donne a spostare collane, sciarpe e qualunque altra cosa possa ostacolare il contatto diretto del reliquiario con il corpo: «Lo metto sul cuore, il cuore si apre e porta verso tutto [...] si diffonde nel corpo». Ma le sofferenze sono localizzate anche nella testa e nella pancia e il reliquiario tocca anche questi

luoghi fortemente simbolici. Molte delle donne che ho incontrato sono frequentatrici abituali del santuario, alcune tornano ogni giorno perché dopo la seduta dicono di sentirsi ricaricate di una nuova “energia”. Molte tornano per raccontare alle suore l’esito delle cure mediche e per aggiornarle sul proprio stato psico-fisico. Hanno voglia e bisogno di condividere la propria esperienza di sofferenza.

In quanto donna, non ho avuto difficoltà ad entrare in relazione con loro e a conquistare la loro fiducia, ma non è stato sempre facile conservarla quando gli ho rivelato che il mio non essere madre è frutto di una scelta consapevole⁽²⁵⁾.

Essere madri o non essere

Molte delle donne che ho intervistato, indipendentemente dal livello di alfabetizzazione, hanno spiegato il proprio desiderio di maternità come “naturale” adesione ad un determinismo di tipo biologico. Nei loro discorsi hanno spesso fatto riferimento all’istinto. Il mito dell’istinto materno che Simone de Beauvoir aveva decostruito già nel 1949 nel saggio *Le deuxième sexe*, torna prepotentemente sulla scena: «Ad un certo punto il tuo corpo ti dice che è scoccata l’ora x e senti che è il momento di diventare mamma» (Mara, 16 luglio 2014). Il desiderio di maternità viene definito “innato”, cioè congenito, e dunque non maturato come scelta attraverso l’esperienza di vita. Molte mi hanno detto di sentirsi “donne incomplete” senza un figlio, e molte hanno affermato con totale convinzione di essersi sentite madri fin da bambine. Secondo la maggior parte delle mie testimoni «mamme si nasce». Come hanno ribadito spesso, più o meno esplicitamente - essendo nate donne e dunque “madri”, si sentono chiamate a perpetuare il proprio destino biologico, a conseguire quel preciso ruolo sociale a qualunque costo.

I loro discorsi ci ricordano che «viviamo in una civiltà dove la rappresentazione “consacrata” (religiosa o laica) della femminilità è riassorbita dalla maternità» (KRISTEVA J. 1979 [1977]: 5).

Carla e Tina, due giovanissime amiche che ho incontrato al santuario mi hanno detto di essere venute per chiedere la grazia di diventare madri. Sono entrambe trentenni, hanno un lavoro ma vivono con i rispettivi genitori e dicono di sentire il “ticchettio del tempo che avanza”. Non sono sterili, non hanno mai provato ad avere figli perché non vivono relazioni stabili, ma temono di restare “zitelle” e di invecchiare prima di riuscire a

diventare madri. Se non dovessero mai riuscirci – dicono – si sentirebbero “mutilate”, “inutili”.

Quasi tutte le donne che ho intervistato mi hanno raccontato sempre volentieri e senza riserbo la propria esperienza fallimentare della procreazione assistita, della tecnica sperimentata senza successo sul proprio corpo, me ne hanno fornito rappresentazioni ricche di particolari, elaborandone facilmente la fenomenologia e descrivendo dettagliatamente l'anatomia e il funzionamento deficitario dei propri organi riproduttivi interni. Questa estrema disponibilità e precisione sembra rivelare in alcuni casi l'esigenza di oggettivizzare la propria condizione patologica, di riformularne l'eziologia per poterla proiettare nello spazio sociale. Il racconto dell'esperienza medica vissuta senza aver conseguito un esito positivo è la dimostrazione dell'aver comunque provato ogni strada possibile verso il concepimento, e questo le deresponsabilizza e garantisce loro una forma di autoconsenso consolatorio, rafforzato dalla percezione di un più ampio consenso familiare e sociale.

Non voglio qui ridurre l'interpretazione del desiderio di maternità ad un problema di “falsa coscienza”. È vero che il desiderio di essere madri può essere indotto socialmente, ma ci sono state in proposito posizioni estreme del movimento femminista come quella di FINRRANGE (*Feminist International Network of Resistance to Reproductive and Genetic Engineering*): «La sterilità è un problema per le donne solo perché vivono in una società che le costringe a vedersi soltanto come madri potenziali. È l'incapacità delle donne a rappresentarsi altrimenti che determina il loro desiderio di utilizzare le tecnologie riproduttive per corrispondere a una visione così limitata di se stesse. Invece di incoraggiare le donne in questo senso, potremmo lavorare per trasformare la società in modo che le donne non pensino di dover essere solo delle madri [...] Qualcuno sostiene che la posizione medica riesce a intrappolare le donne nei suoi programmi perché le donne sterili hanno subito un tale lavaggio del cervello che farebbero qualsiasi cosa pur di avere figli» (BIRKE L. - HIMMELWEIT S. - VINES G. 1990: 90-92, CHARLESWORTH M. 1996 [1993]: 61). E non sono neppure condivisibili in tal senso alcune altre posizioni del femminismo che interpretano il ricorso alle tecniche procreative come totale asservimento della donna al “tecno-patriarcato” (MIES M. 1985).

La maternità resta di fatto un desiderio profondamente umano che può prescindere da ogni forma di condizionamento. Il ricorso alle tecniche procreative per vincere la propria infertilità deve essere inteso come un

esercizio di libertà, tanto quanto il ricorso alle tecniche contraccettive e abortive.

Alcune delle donne che ho intervistato, nel voler essere madri ad ogni costo, hanno rivendicato la necessità di esprimere la propria “creatività” e di non voler rinunciare alla possibilità che la natura ha riservato solo alle donne di “sentire la vita crescere dentro di sé” (Francesca, 25 maggio 2015). In nome dell’esercizio creativo di questo speciale potere sono disposte ad affrontare ogni tipo di sofferenza.

Siamo nell’era della tecnica, siamo *After Nature* (STRATHERN M. 1992), in una dimensione dove la nozione di possibilità precede quella dell’essere, dove ogni desiderio può essere soddisfatto, anche quello di riprendersi l’identità di madri quando la società la impone e la natura l’ha negata, ricostruendola artificialmente con l’aiuto delle tecniche procreative. E se le tecniche sono incerte o fallimentari, non si ha esitazione a rimettere la Natura nelle mani di Dio. Ma questa “eretica dell’amore” (KRISTEVA J. 1979 [1977]) che implica persino il coraggio di dichiarare guerra alla natura, non è sempre scevra da resistenze etiche. Se è vero che alcune donne sarebbero pronte a tutto pur di diventare madri, e che in alcuni casi sarebbero pronte a farlo anche da sole, con l’aiuto dell’eterologa e senza condividere questa responsabilità con un compagno, è anche vero che l’idea di maternità che è emersa più frequentemente dal campo di ricerca da me preso in esame è ancora fortemente ancorata a una concezione biologica della parentela e della famiglia, secondo la quale un figlio è da intendersi come il frutto dell’amore coniugale, il risultato della combinazione del DNA dei suoi genitori biologici. Si riscontra quindi una forte resistenza nei confronti della fecondazione eterologa, perché questa viene percepita come pericolosa. È esemplificativa in tal senso la testimonianza di Nadia «[...] c’è il rischio che tutti si ritrovino a essere fratelli di tutti, che due fratelli si sposino senza sapere di essere consanguinei»⁽²⁶⁾. La proibizione dell’incesto, la “struttura delle strutture” – come l’aveva definita Lévi-Strauss – mostra così, nelle trame dei discorsi, la sua elasticità e la sua resistenza irriducibile.

Non c’è la stessa resistenza per l’adozione che è l’alternativa ancora più praticata laddove non sia possibile ricorrere alla fecondazione omologa, perché in questo caso nessuno dei due genitori è implicato geneticamente nella procreazione e, diversamente da quanto accadrebbe con la fecondazione eterologa, si ricrea una condizione di parità fra i due genitori coinvolti nel legame di filiazione. L’importante per le coppie che scelgono la strada dell’adozione è potersi costituire come atomo di parentela, anche

solo in senso sociale, costruire simbolicamente una discendenza, lasciare taccia della propria memoria e del proprio amore. L'esercizio dell'amore è una motivazione ricorrente del desiderio di maternità in tutte le sue forme.

Quelle donne che ce l'hanno fatta e che sono ora chiamate ad esercitare la propria funzione materna fuori dal proprio corpo, oltre il legame biologico – consapevoli dunque della fatica che la dedizione assoluta e le cure continue al nuovo nato comportano – mi spiegano la maternità con termini che richiamano il prototipo della passione amorosa:

«Io non ci credo tanto a questa storia dell'istinto. Ci sono donne che non ce l'hanno, forse sono strane, forse lo fanno per la carriera, non lo so. Ma io penso sempre che i figli sono la nostra memoria. Quando non ci saremo più avranno il nostro ricordo. Ha senso fare sacrifici per loro. E poi è un amore incondizionato. Si scopre che cosa significa amare senza volere niente in cambio. Anche se tuo figlio ti farà soffrire tu accetti tutto e lo sai e questo io lo chiamo l'amore incondizionato» (Graziella, marzo 2015).

E proprio sulla maternità come “passione” ci invita ad interrogarci anche Julia Kristeva:

«[...] se la cultura moderna e soprattutto quella dei mass-media “sopravvalutano la gravidanza” e “l'aiuto alla procreazione”, è per evitare di doversi interrogare su questa passione materna - la sola, forse, che non è virtuale e soggetta a manipolazioni spettacolari, ma che è il prototipo del legame amoroso. Questo amore che sappiamo essere l'unico “sacro” in un mondo moderno che si confronta con l'inflazione delle religioni e la loro esplosione. Direi anche che, data la complessità della passione materna, le stesse madri sono coinvolte, più o meno inconsciamente, nel suo occultamento: esse preferiscono trarre vantaggio dalla sacralizzazione del ventre e dalla commercializzazione del “figlio perfetto”, del “re bambino”, piuttosto che chiarire i rischi e i benefici che questa passione ha per loro stesse, per il bambino, per il padre e per la società. Si comprende, dunque, che non c'è altro modo di accompagnare le prove bio-fisiologiche, economiche e ideologiche che la maternità comporta, [...] se non cercando di affrontare le ambiguità di questa passione». (KRISTEVA J. 2012).

Il desiderio, la passione amorosa, forse proprio per la loro indefinibilità, restano rifugi del “Sacro” meno governabili e meno oggettivizzabili della “Vita”. Se interpretate a partire da questi ideali non mercificabili, né la maternità, né l'istituzione della Famiglia possono essere facilmente ridotte a dogmi biologici o etico-religiosi.

La complessità della maternità si potrebbe forse meglio descrivere, dunque, ricorrendo alla nozione di *embodiment*, ovvero di “incorporazione” (CSORDAS T. 1994, PIZZA G. - JOHANNESSEN H. 2009).

La scelta della maternità può essere intesa come un modo di «vivere l'esperienza del corpo nel mondo», «di agire creativamente nel mondo trasformandolo» (PIZZA G. 2005: 37) perché oltre la carne e le ossa delle madri, effettive o potenziali, oltre la fenomenologia di questi corpi suscettibili di essere agiti dalla bio-politica, dalla biomedicina e dalla scienza, ci sono le dimensioni intangibili del desiderio e dell'amore, le "rappresentazioni" dell'esperienza materna, i modi di "agire" soggettivamente questa esperienza. Ma ogni madre, in potenza o in azione, è sempre parte di uno specifico contesto storico-sociale, in relazione con la presenza microfisica dello Stato⁽²⁷⁾ che, ricollocando la vita biologica al centro dei suoi calcoli, continua a riportare alla luce, e alla nostra attenzione, quel vincolo segreto che unisce il potere alla "nuda vita" (AGAMBEN G. 1995).

Note

* I risultati di questa indagine etnografica in una fase meno avanzata della ricerca sono stati presentati nel corso del convegno internazionale *Il Corpo in scena: rappresentazioni, tecniche, simboli*, Università di Padova 24-26 settembre 2013, ed elaborati in altri saggi da prospettive interpretative diverse, SANITÀ H. 2014, 2016a, 2016b.

⁽¹⁾ La ricerca è stata condotta dal CENSIS in collaborazione con la fondazione IBSS ed è stata presentata il 1 ottobre 2014 presso la Biblioteca del senato "Giovanni Spadolini" di Roma.

⁽²⁾ Il tavolo è presieduto dalla dott.ssa Eleonora Porcu del Policlinico Universitario S.Orsola Malpighi (Università di Bologna). Ne sono membri: prof. Carlo Alviggi (Università Federico II di Napoli); prof. Sergio Belardinelli (Università di Bologna); dott.ssa Maria Emilia Bonaccorso, giornalista professionista e capo servizio "Salute, Ambiente e Scienza" Agenzia Ansa di Roma; prof. Andrea Borini, presidente della Società italiana fertilità sterilità; prof. Giovanni Corsello (Università di Palermo) presidente Società italiana di pediatria; dott. Mauro Costa, Centro PMA Ospedale Evangelico di Genova; prof.ssa Marilisa D'Amico (Università degli Studi di Milano); prof. Salvatore Dessole (Università di Sassari); prof. Giacomo Faldella (Università di Bologna); dott.ssa Alessandra Kustermann dell'Irccs - Ospedale Maggiore Policlinico Mangiagalli e Regina Elena di Milano; prof. Antonio La Marca (Università di Modena); prof. Antonio Lanzone (Università Cattolica Roma); prof. Andrea Lenzi (Università La Sapienza di Roma); dott.ssa Lucia Lispi, Dirigente Statistico Ministero della salute; dott.ssa Lucia Lo Presti Direttore U.O.C. Ostetricia e Ginecologia, Nuovo ospedale di Lentini (SR); dott.ssa Rosanna Mariniello Dirigente Amministrativo del Ministero della salute; prof.ssa Laura Mazzanti (Università di Bologna); dott. Gianluca Monaco, psicologo; prof.ssa Assuntina Morresi (Università di Perugia); dott.ssa Annarosa Racca, farmacista, presidente Federfarma; dott. Alberto Revelli (Università di Torino); prof. Nicolino Rossi (Università di Bologna); dott. Vito Trojano, Direttore Dipartimento Donna Irccs Ospedale Oncologico; prof. Filippo Ubaldi Direttore Centri Genera PMA di Roma, Prof. Paolo Vercellini - Università Statale Milano, Prof. Enrico Vizza - (Università di Roma Tor Vergata) e Segretario Sigo.

⁽³⁾ Quotidianosanità.it Governo e Parlamento, 1 ottobre 2014.

⁽⁴⁾ *Ibidem*.

⁽⁵⁾ Il Piano Nazionale per la Fertilità del Ministero della Salute è stato presentato il 25 maggio 2016, è pubblicato sul sito del Ministero, ed è scaricabile in pdf al link: http://www.salute.gov.it/imgs/C_publicazioni_2367_allegato.pdf (consultato il 24 settembre 2016).

⁽⁶⁾ In particolare si fa riferimento al rapporto annuale ISTAT 2014 che ha riscontrato la forte riduzione della natalità: oltre 42 mila nascite in meno in quattro anni con un tasso di crescita naturale negativo pari al valore di 1.4. (Il tasso di crescita naturale è dato dalla differenza fra il quoziente di natalità e il quoziente di mortalità espressi per mille abitanti). E al comunicato stampa Eurostat n. 108/2014 - 10 July 2014 che indica il valore del T_{FT} per il 2013 pari a 1.39, dove per T_{FT} si intende il Tasso di Fertilità Totale, ovvero il numero medio di figli per donna. Il dato è considerato allarmante perché è molto inferiore alla soglia di ricambio generazionale fissata a 2.1.

⁽⁷⁾ L'atteggiamento sociale e psicologico verso la procreazione è analizzato in relazione a fattori diversi come l'età della coppia, la professione, i ruoli di responsabilità, in particolare quelli femminili, gli effetti della crisi economica globale, il ritardo dell'uscita dalla famiglia d'origine, l'accresciuto livello di istruzione, la lunga durata del corso di studi, facendo anche riferimento al rapporto dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico: OECD 2014 *Society at a Glance 2014* - "The crisis and its aftermath: a stress test for societies and for social policies", OECD Social Indicators, OECD Publishing, Paris.

⁽⁸⁾ Il *Fertility Day* è concepito come una giornata nazionale a cadenza annuale dedicata al tema della fertilità, utile a richiamare l'attenzione dell'opinione pubblica su questo tema. Inizialmente programmato per il 27 maggio 2016, viene poi posticipato al 22 settembre 2016 e annunciato sul sito del Ministero della Salute il 31 agosto con una campagna informativa che si basa su sei slogan estrapolati dai contenuti del testo del Piano Nazionale della Fertilità che, associati ad immagini anche piuttosto banali, diventano manifesti ideologici lapidari: "La bellezza non ha età. La fertilità sì"; "Datti una mossa! Non aspettare la cicogna"; "Prepara una culla per il tuo futuro"; "Genitori giovani. Il modo migliore per essere creativi"; "La fertilità è un bene comune"; "La Costituzione tutela la procreazione cosciente e responsabile". La campagna mediatica scatena immediatamente aspre critiche e polemiche che diventano virali. Tanto che la Ministra si vede costretta a oscurare il sito e ritirare dopo pochi giorni la campagna presentandone una nuova. Quest'ultima non sortisce comunque effetti migliori perché focalizza solo il tema della salute e contrappone stili di vita sani e cattive abitudini tingendosi addirittura di toni razzisti: le "cattive" abitudini sono associate a ragazzi di colore e quelle "buone" e salutari a giovani biondi e sorridenti. Di conseguenza la responsabile della comunicazione del Ministero della salute, Daniela Rodorigo, viene rimossa dal suo incarico e l'unica immagine associata al *Fertility Day* diventa un fiocco rosso che sormonta la frase "Parliamo di salute". Il testo del Piano Nazionale della fertilità non subisce intanto nessuna modifica sostanziale.

⁽⁹⁾ PINI V., *Fecondazione, 4000 coppie in fuga e la metà senza motivo*, "La Repubblica.it", 28 marzo 2012.

⁽¹⁰⁾ La sentenza n. 162 del 9 aprile 2014 è pubblicata in G.U., I° Serie Speciale n. 26 del 18/06/2014.

⁽¹¹⁾ Notizia Ansa dell'11 dicembre 2014 relativa al convegno "Pazienti infertili ed esperti incontrano le Istituzioni" tenutosi alla Camera dei deputati.

⁽¹²⁾ RAVIZZA S., *Eterologa senza donatrici, le cliniche estere arrivano in Italia*, Il Corriere. It, 6 febbraio 2015.

⁽¹³⁾ BOCCI M., TONACCI, F., *Eterologa, lo strappo dei governatori*, "La Repubblica", giovedì 4 settembre 2014, p. 23.

⁽¹⁴⁾ Pubblicità del centro Tecnobios Procreazine di Bologna, "La Repubblica", 30 agosto 2014, p. 65.

⁽¹⁵⁾ CICERONE P.E., *Caro, di che seme sei?* "D La Repubblica delle donne", 9 maggio 2015, pp. 83-84.

⁽¹⁶⁾ Le tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) si distinguono in tecniche in "vivo" e in "vitro". Le tecniche in vivo prevedono l'introduzione degli spermatozoi, opportunamente selezionati, direttamente nella cavità uterina o nelle tube. Quelle in vitro, cioè all'esterno del corpo femminile, sono procedure che prevedono il prelievo ecografico degli ovociti e la loro successiva fecondazione esterna come la FIVET (Fertilizzazione in vitro con embryo transfer) ICSI (Intracytoplasmatic Sperm Injection). Nel caso della FIVET l'ovocita e gli spermatozoi sono lasciati

interagire naturalmente in una capsula. Con la ICSI lo spermatozoo è iniettato nell'ovocita con un particolare ago forzando la fecondazione. AIELLO R. (2013).

⁽¹⁷⁾ Da una conversazione con la sig.ra Adele svoltasi il 2 febbraio 2013 presso la casa-santuario di Santa Maria Francesca in vico tre Re a Toledo.

⁽¹⁸⁾ I loro nomi sono Anna, Bernardette, Gemma, Giuliana, Grazia, Luisa, Pasqualina, Vittoria, e fanno parte della Congregazione delle Figlie di Santa Maria Francesca.

⁽¹⁹⁾ Nel trattato *De generatione animalium* Aristotele propone una teoria sulla divisione sessuale nella riproduzione secondo la quale il maschio fornirebbe la "forma" e la femmina la "sostanza", ovvero la materia fisica da cui il figlio sarebbe «sculpto». La forma sarebbe naturalmente superiore alla materia: il seme maschile detterebbe la forma del bambino, come un cesello dà forma alla statua, senza far parte del prodotto finale.

⁽²⁰⁾ Da una conversazione con la sig.ra Marianna A. svoltasi il 16 luglio 2014 presso la casa-santuario di Santa Maria Francesca in vico tre Re a Toledo.

⁽²¹⁾ Da una conversazione con la sig.ra Graziella del 27 marzo 2015.

⁽²²⁾ Interrogata un giorno su quale virtù più le piaceva Santa Maria Francesca rispose: «Me piacciono tutte [...] ma chiiu assai chella 'e schiatta 'ncuorpo» (mi piacciono tutte ma di più quella di scoppiare nel corpo, di annientarsi nel nome di Cristo), in LAVIOSA B. Vita (1867 [1805]): 75).

⁽²³⁾ Sui dispositivi di efficacia PIZZA G. (2005: 203-216).

⁽²⁴⁾ Da una conversazione con la sig.ra Graziella del 27 marzo 2015.

⁽²⁵⁾ Il mio essere donna ma non madre (per scelta consapevole) rende la soggettività dell'antropologa ancor più direttamente parte integrante del campo in questa specifica ricerca e forse la mia curiosità verso il desiderio di maternità è stata innescata proprio da *phantasme* personali. Ho scelto perciò di adottare una postura dialogica e di esplicitare la mia posizione alle interlocutrici quando da loro richiesto, non certo per rivendicare il riconoscimento della mia identità, ma per poterne poi valutare criticamente i possibili condizionamenti sull'esperienza e sull'interpretazione. Ho cercato dunque di riprodurre sempre situazioni comunicative il più possibile vicine all' "interazione quotidiana" (OLIVIER DE SARDAN J.P. 1995, ROSSI C. 2003: 69-92) e lontane dal modello dell'intervista strutturata, e di ricostruire così una polifonia del desiderio di maternità.

⁽²⁶⁾ Da una conversazione con la sig.ra Nadia svoltasi presso il Santuario di Santa Maria Francesca il 17 giugno 2015. Nadia (43 anni) è accompagnata da Giampiero (39 anni), sono conviventi e arrivano dalle Marche. Entrambi lavorano come tecnici di laboratorio in ospedale e stanno per iniziare un percorso di procreazione medicalmente assistita.

⁽²⁷⁾ Sulle relazioni fra processi di incorporazione e "stateness" si veda PIZZA G. - JOHANNESSEN H., *Two or three things about Embodiment and the State*, "AM" Rivista della Società italiana di antropologia medica, n°27-28, ottobre 2009, pp. 13-20.

Bibliografia

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

AIELLO Raffaele - PISTONE Espedito (2013), *Infertilità di stato. Il desiderio di maternità fra legge 40 e viaggi della speranza*, Iuppiter Edizioni, Napoli.

AMBRASI Domenico (1991), *Maria Francesca delle Cinque Piaghe: una Santa della Restaurazione*, pp. 159-284, in "Campania Sacra. Rivista di Storia sociale e religiosa del Mezzogiorno", vol. 22 n. 2 1991.

BIRKE Lynda - HIMMELWEIT Susan - VINES Gail (1990), *Tomorrow's Child: Reproductive Technologies in the 90's*, Virago, London.

CHARLESWORTH Max, (1996 [1993]) *L'etica della vita. I dilemmi della bioetica in una società liberale*, Donzelli editore, Roma. Traduz. dall'inglese a cura di Giovanni Gozzini [ediz. orig.: *Bioethics in a Liberal Society*, Cambridge University Press, s.l, 1993].

D'ALOISO Fulvia (curatrice) (2007) *Non son tempi per fare figli. Orientamenti riproduttivi nella bassa fecondità italiana*, Guerini Scientifica, Milano.

DE BEAUVOIR Simone (2012 [1949]) *Il secondo sesso*, Traduz. dal francese di Roberto Cantini e Mario Andreose, prefazione di Julia KRISTEVA, Il Saggiatore, Milano [ediz. orig.: *Le deuxième sexe*, Editions Gallimard, Paris, 1949].

DUDEN Barbara (1994 [1991]), *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull'abuso del concetto di vita*, Traduz. dal tedesco di Gina Maneri, Bollati Boringhieri, Torino [ediz. orig.: *Der Frauenleib als öffentlicher Ort. Vom Mißbrauch des Begriffs Leben*, Luchterland Literaturverlag GmbH, Hamburg-Zürich, 1991].

FOUCAULT Michel (2008 [1966]), *Il corpo, luogo di utopia*, Traduz. dal francese di Gloria Origgi, Nottetempo, Roma [tit. orig.: *Le corps, lieu d'utopie*, 1966].

FOUCAULT Michel (2009 [1976]), *La volontà di sapere. Storia della sessualità I*, Traduz. dal francese di Pasquale Pasquino e Giovanna Procacci, Feltrinelli, Milano [tit. orig.: *La volonté de savoir*, 1976].

KRAUSE Elizabeth L., MARCHESI Milena, (2007) *Fertility Politics as "Social Viagra": Reproducing Boundaries, Social Cohesion, and Modernity in Italy*, "American Anthropologist", New Series, Vol. 109, No. 2, In Focus: Children, Childhoods, and Childhood Studies (Jun., 2007), pp. 350-362.

LAVIOSA Bernardo, (1867 [1805]), *Vita della venerabile serva di Dio suor Maria Francesca delle Cinque Piaghe di Nostro Signore Gesù Cristo*, tip. di F.Vitale, Napoli.

LE BRETON David, (2007 [2000]), *Antropologia del corpo e modernità*, Giuffrè Editore, Milano, Traduz. dal francese di Beatrice Magni [ediz. orig.: *Anthropologie du corps et modernité*, Presses Universitaires de France, Paris, 2000].

LEVILLAIN Philippe - SALLMANN Jean Michel, (curatori) (1984), *Forme di potere e pratica del carisma*, Liguori, Napoli.

LÉVI-STRAUSS Claude (2009 [1964]) *Antropologia strutturale*, Il Saggiatore, Milano.

MIES Maria (1987), *Why do we need all this? A call against genetic engineering and reproductive technologies*, in SPALLONE P. e STEINBERG D.L. (curatori) *Made to Order: The Myth of Reproductive and Genetic Progress*, Oxford University Press, New York.

NIOLA Marino (1997), *Il corpo mirabile. Miracolo, sangue, estasi nella Napoli Barocca*, Meltemi, Roma.

OPPO Anna - PICCONE STELLA Simonetta - SIGNORELLI Amalia, (curatrici) (2000) *Maternità, identità, scelte. Percorsi dell'emancipazione femminile nel Mezzogiorno*, Liguori editore, Napoli.

PIZZA Giovanni (2005), *Antropologia medica*, Carocci, Roma.

PRASAD Aarathi (2014 [2012]) *Storia naturale del concepimento. Come la scienza può cambiare le regole del sesso*, traduz. dall'inglese a cura di Susanna Bourlot, Bollati Boringhieri, Torino [ediz.orig.: *Like a Virgin. How Science in Redesigning the Rules of Sex*, Oneworld Publication Oxford, 2012].

RANISIO Gianfranca (curatrice) (2012) *Culture della nascita. Orizzonti della maternità tra saperi e servizi*, Edizioni Libreria Dante e Descartes, Napoli.

RIVERA Annamaria (1988), *Il mago, il Santo, la morte, la festa: forme religiose nella cultura popolare*, edizioni Dedalo, Bari.

ROSSI Cristina (2003) *Antropologia Culturale. Appunti di metodo per la ricerca nei «mondi contemporanei»*, Guerini Studio, Milano.

SANITÀ Helga (2014), *Santa Maria Francesca delle cinque Piaghe. Da vergine "bizzoca" a santa della Famiglia e della Vita*, in "Voci. Annuale di scienze umane", XI/2014, pp. 282-286.

SANITÀ Helga (2016), *Essere madri o non essere. Melanconia della sterilità. Il culto di Santa Maria Francesca delle Cinque Piaghe a Napoli*, in: Marino Niola (a cura di) *Antropologie del Contemporaneo. Patrimoni, simboli, tendenze*, Pensa MultiMedia editore, Lecce, pp. 57-77.

SANITÀ Helga (2016), *Infertilità di Stato, passione e mistica della maternità*, In: Marino Niola (a cura di) *Antropologie del Contemporaneo. Patrimoni, simboli, tendenze*, Pensa MultiMedia editore, Lecce, pp. 79-102.

STRATHERN Marilyn (1992) *After Nature. English Kinship in the Late Twentieth Century*, Cambridge University Press.

Scheda sull'Autrice

Helga Sanità è Ph.D. in Etnoantropologia e professore a contratto di *Antropologia del Patrimonio* presso l'Università degli Studi Suor Orsola Benincasa di Napoli dove è inoltre direttrice di ricerche del Centro di Ricerche Sociali sulla Dieta Mediterranea, *MedEatResearch*, diretto da Marino Niola. È stata titolare dell'insegnamento di *Antropologia Culturale* presso l'Accademia di Belle Arti di Napoli.

Studia le dinamiche di patrimonializzazione e di re-invenzione della tradizione e le politiche identitarie. È autrice del testo *La Festa di Piedigrotta. Il mito di un ritorno, l'ancora del mediterraneo*, Napoli 2010. Fra le sue pubblicazioni: *Santa Maria Francesca delle cinque piaghe. Da vergine "bizzoca" a santa della Famiglia e della Vita*, "Voci" Annuale di Scienze Umane, Anno XI, 2014; *Una maschera da inghiottire. Di che pasta sono fatti gli Italiani*, "La Freccia e il Cerchio", Annuale internazionale bilingue di filosofia, letteratura, linguaggi, IV "Specchio-Maschera", La scuola di Pitagora editrice, Napoli 2013; *La Piedigrotta dei bambini nelle immagini dell'archivio fotografico Parisio*, in Aleksandra Filipovic e Williams Troiano (a cura di) *Strategie e Programmazione della Conservazione e Trasmissibilità del Patrimonio Culturale*, Edizioni Scientifiche Fidei Signa, Roma 2013; *Piedigrotta e la Canzone. Packaging di un totem*, in Careri Enrico e Scialò Pasquale (a cura di) *Studi sulla canzone napoletana classica*, Libreria Musicale Italiana, Lucca 2008; *Atlante delle Feste religiose in Campania*, AA.VV., l'ancora del mediterraneo, Napoli 2007.

Riassunto

Il desiderio di maternità fra bio-politica e devozione. Un'etnografia napoletana presso il Santuario di Santa Maria Francesca delle cinque piaghe

In Italia le politiche pro-nataliste continuano a evidenziare il dato della bassa natalità come pericoloso per il futuro del Paese e lo medicalizzano, riconducendone la causa determinante al problema dell'infertilità. Intanto – dopo la storica sentenza n. 162 del 9 aprile 2014, che ha modificato la Legge n°40/2004 in materia di procreazione medicalmente assistita, autorizzando la pratica della fecondazione eterologa – si è

registrato un netto incremento della domanda di accesso alle donazioni di spermatozoi e ovociti nei centri di PMA. Queste tecnologie della vita favoriscono la configurazione di una nuova cartografia delle strutture di parentela, dei valori etici e delle strategie biopolitiche. Il presente contributo analizza il desiderio di maternità a Napoli, presso il Santuario di Santa Maria Francesca delle cinque piaghe, fra le donne con problemi di fertilità che si dichiarano pronte a tutto pur di diventare madri. Molte di queste donne hanno scelto di affidarsi alla fede come coadiuvante del percorso biomedico per la cura dell'infertilità già intrapreso. A Santa Maria Francesca – anche nota come la “Santa della Famiglia e della Vita” – viene riconosciuto dalle devote uno straordinario potere e i rituali della “seduta” e della benedizione praticati presso il Santuario, si rivelano simbolicamente efficaci nella cura di quel malessere che ho qui definito “melanconia della sterilità”.

Parole chiave: natalità, maternità, biopolitica, devozione, Napoli.

Résumé

Le désir de maternité entre bio-politique et dévotion. Une ethnographie napolitaine au Sanctuaire de Santa Maria Francesca des cinq blessures

En Italie, les politiques pro-natalistes continuent à mettre en évidence le faible taux de natalité comme dangereux pour l'avenir du pays et à le rendre médical, en traçant sa cause première au problème de l'infertilité. Pendant ce temps – après la décision historique n. 162 du 9 avril 2014, qui a modifié la loi n.40/2004 sur la procréation médicalement assistée, autorisant la pratique de la fécondation hétérologue – il y avait une augmentation marquée de la demande d'accès aux dons des spermatozoïdes et des ovocytes dans les centres PMA. Ces technologies de la vie favorisent la configuration d'une nouvelle cartographie des structures de parenté, des valeurs éthiques et des stratégies biopolitiques. Cet article analyse le désir de maternité à Naples, au Sanctuaire de Santa Maria Francesca des cinq blessures, chez les femmes ayant des problèmes de fertilité qui se déclarent prêtes à tout pour devenir mères. Beaucoup de ces femmes ont choisi de s'appuyer sur la foi comme un complément à la voie biomédicale pour le traitement de l'infertilité déjà entrepris. A Santa Maria Francesca – également connu sous le nom «Sainte Famille et la Vie» – est reconnu par le pouvoir extraordinaire dévot et les rituels de «assis» et la bénédiction pratiquée au sanctuaire, sont révélés symboliquement efficaces pour guérir le malaise que je ici appelé «mélancolie de l'infertilité».

Mots clés: naissance, maternité, biopolitique, dévotion, Naples.

Resumen

El deseo de maternidad entre la biopolítica y la devoción. Una etnografía napolitana en el Santuario de Santa Maria Francesca de las cinco heridas

En Italia, las políticas pro-natalistas continúan destacando la baja tasa de natalidad como peligrosa para el futuro del país y la medicalizan, rastreando su causa raíz del problema de la infertilidad. Mientras tanto – después de la histórica decisión No. 162 de 9 de abril de 2014, que modificó la Ley N. 40/2004 sobre reproducción asistida, lo que permite la práctica de la fecundación heteróloga – se ha producido un fuerte aumento de la demanda de acceso a las donaciones de espermatozoides y ovocitos en centros PMA. Estas tecnologías de vida favorecen la configuración de una nueva cartografía de estructuras de parentesco, valores éticos y estrategias biopolíticas. Este trabajo analiza el deseo de maternidad en Nápoles, en el santuario de Santa Maria Francesca de las Cinco Llagas, entre las mujeres con problemas de fertilidad que dicen que están dispuestos a hacer cualquier cosa para ser madres. Muchas de estas mujeres han optado por confiar en la fe como un complemento de la vía biomédica para el tratamiento de la infertilidad ya realizada. En Santa Maria Francesca – también conocida como la “Sagrada Familia y Vida” – es reconocida por el extraordinario poder devotos y rituales de “sentarse” y la bendición practicado en el santuario, se revelan simbólicamente eficaz para curar el malestar que me aquí se llama “melancolía de la infertilidad”.

Palabras claves: nacimiento, maternidad, biopolítica, devoción, Nápoles.

Abstract

The desire for maternity between bio-politics and devotion. A Neapolitan ethnography at the Sanctuary of Santa Maria Francesca delle cinque piaghe (St. Mary Francis of the five wounds)

In Italy, pro-natalist policies continue to highlight how the low birth rates, which have been medicalized and attributed to infertility problems, constitute a risk for the country's future. Following the historical sentence nr. 162 of 9 April, 2014 in amendment of Law nr. 40/2004 regarding medically assisted procreation, the practice of artificial insemination was authorized and lead to a sharp increase in requests for access to sperm and egg donations at PMA (Medically Assisted Reproductive) Centres. These reproductive technologies are fostering the configuration of a new structural cartography of family relationships, ethical values and bio-policy strategies. The present study analyzes the desire for maternity of women in Naples who have declared they are prepared to do almost anything in order to become mothers. Many of these

women have decided to rely on faith as an adjuvant to biomedical process for curing infertility. At Santa Maria Francesca – also known as “the Saint of Family and Life” – many of the devoted claim there is extraordinary power in the ritual of the “chair” and the blessings received at the Sanctuary which appear to be symbolically effective in curing that indisposition I have defined as “melancholy of sterility”.

Keywords: birth, motherhood, biopolitics, devotion, Naples.



Osservatorio

- 01. *Panorami* —
- 02. *Istituzioni* —
- 03. *Resoconti* —
- 04. *Segnalazioni* —
- 05. *Lavori in corso* —
- 06. *Recensioni* 281

Mara Benadusi, *L'ombra del tarantismo. Specchiamenti e rifrazioni salentine* [Giovanni PIZZA, *Il tarantismo oggi. Antropologia, politica, cultura*], 281 / Roberto Beneduce, *Gli archivi indocili di Frantz Fanon* [Frantz FANON, *Pelle nera maschere bianche*], 286 / Roberto Beneduce, *Gli oggetti della cura: come agiscono e come circolano al di là di ciò che si vede e si dice* [Pino SCHIRIPA, *La vita sociale dei farmaci. Produzione, circolazione, consumo degli oggetti materiali della cura*], 291 / Osvaldo Costantini, *La politica e la sua materia* [Didier FASSIN, *Ripoliticizzare il mondo*], 298 / Manuel De Carli, *Una nuova edizione del De anatome, morsu et effectibus tarantulae di Giorgio Baglivi* [Giorgio BAGLIVI, *Della tarantola*], 303 / Alessandro Lupo, *Potere, vecchiaia e resistenza: l'ironica riflessione sulla malattia di una grande antropologa* [Clara GALLINI, *Incidenti di percorso. Antropologia di una malattia*], 309 / Giovanni Pizzà, «La matrice di tutti i racconti

possibili». L'opera di Giancarlo Baronti sull'ideologia folclorica della morte in Umbria [Giancarlo BARONTI, Margini di sicurezza. L'ideologia folclorica della morte in Umbria], 314

- 07. *Schede di lettura* ▬
- 08. *Spoglio dei periodici* ▬
- 09. *Tesi universitarie* ▬
- 10. *Documenti audiovisuali* ▬

06. *Recensioni**L'ombra del tarantismo. Specchiamenti e rifrazioni salentine*

Mara Benadusi

professore associato di Antropologia culturale
Università degli studi di Catania**Giovanni PIZZA, *Il tarantismo oggi. Antropologia, politica, cultura*, presentazione di Andrea CARLINO, Carocci Editore, Roma, 2015, 270 pp.**

Per invitare il lettore a entrare nel campo dinamico, a tratti perfino caleidoscopico, del neo-tarantismo non potrei pensare a un'immagine più appropriata della fotografia apposta sulla copertina del volume di Giovanni Pizza *Il tarantismo oggi. Antropologia, politica, cultura*, pubblicato da Carocci in ricorrenza del cinquantesimo anniversario dalla morte di Ernesto de Martino, nel 2015. La foto è stata scattata a Galatina, nel Salento dei giorni nostri, da Raffaele Gallo, nel giugno del 2009, mentre accompagnava l'etnografo in uno dei suoi viaggi sulle tracce del tarantismo in terra pugliese. La fotografia riprende corpi danzanti a cerchio su un vecchio impianto pubblico, né volti né busti, solo arti, mani, piedi, gambe di persone senza contorni finiti che accennano movimenti e riflettono ombre – anch'esse incomplete – sull'ammattionato. Al centro, intera, flessuosa, danza – si direbbe in assoluto – un'ombra completa, in posa leggermente arcuata batte il ritmo di festa. L'immagine esprime il segno al tempo stesso di un'assenza (il corpo danzante) e di una presenza (la sua proiezione a terra). È l'ombra della tarantata, di ciò che ha rappresentato e continua a rappresentare nelle sue complesse trasformazioni patrimoniali, in Salento e di là dal Salento.

“Nessuno può saltare oltre la propria ombra”⁽¹⁾ scriveva il filosofo esistenzialista tedesco Martin Heidegger, a cui de Martino deve una delle sue nozioni più importanti, quella di “presenza” e “crisi della presenza”. Un assunto che non solo spiega l'irriducibilità al pensiero ontologico della coscienza, ma anche – trasponendo nel linguaggio demartiniano la metafora – l'impossibilità esistenziale di lasciarci alle spalle l'ombra grigia di un cattivo passato che torna a segnare il nostro cammino, immancabilmente. L'ombra di heideggeriana memoria rappresenta quella zona oscura della coscienza in cui la negatività viene incorporata e di qui l'immagine potrebbe assurgere a segno tangibile del bisogno di destoricizzare il negativo che sorregge il pensiero demartiniano. Come già notava Placido Cherchi nei suoi scritti sull'etnocentrismo critico e l'autocoscienza culturale, «l'immagine dell'ombra che segue silenziosa i nostri passi» (CHERCHI P. 1996: 5) assurge a ruolo di metafora nella produzione demartiniana, indicando la «parte storicizzabile del Sé, ovvero la somma dei debiti che la forma interna del nostro 'essere-così' ha contratto con il mondo storico in cui siamo nati e cresciuti» (*ibidem*).

Sulle tracce di un'ombra, Ernesto de Martino aveva cercato espressioni, singulti, gesti sincopati, memorie e suoni che attestassero forme di riscatto della presenza tra i contadini del Salento nel secondo dopoguerra. Sulle tracce di un'ombra si muove anche Giovanni Piza per studiare le attuali trasformazioni patrimoniali del tarantismo, calandosi in una vera e propria "patria elettiva" dell'antropologia italiana, dove rifrazioni – a volte deboli, a volte iridescenti – dell'opera demartiniana sono visibili a distanza di oltre mezzo secolo.

Tre sono i passaggi ne *La terra del rimorso* in cui de Martino ricorre esplicitamente alla metafora dell'ombra (chiedo perdono agli esegeti se qualcuno mi è sfuggito). Li userò come altrettante piste per presentare il percorso di ricerca che Piza compie sulle tracce del tarantismo, ben riassunto nel sottotitolo del libro che qui presentiamo: *Antropologia, politica, cultura*.

1. Antropologia

Considerato «il testo più organico e compiuto» (SIGNORELLI A. 2015: 91) in cui Ernesto de Martino condensa le premesse epistemologiche del suo lavoro di etnografo e storico delle religioni, l'introduzione de *La terra del rimorso* contiene il primo riferimento all'immagine dell'ombra che compare nell'opera dell'antropologo napoletano: «La nostra stessa coscienza di etnografi – leggiamo – che ci segue come un'ombra⁽²⁾, è lo strumento di analisi più indispensabile che abbiamo con noi» (DE MARTINO E. 2015: 42).

Ci addentriamo qui in una tematica complessa, a lungo dibattuta nella disciplina, che de Martino riesce a condensare in una prosa chiara e incisiva: le rifrazioni tra ricerca etnografica, consapevolezza di sé e del proprio radicamento storico e teoria antropologica. Giovanni Piza segue questa pista quando invita il lettore a "specchiarsi" in de Martino e nel tarantismo come strumento di analisi del noi. Rileggendo criticamente il ruolo esercitato dall'etnologo napoletano nella storia dell'antropologia italiana, Piza si rapporta così a de Martino come a una sorta di «spirito incorporato di un sé antropologico» nazionale (PIZZA G. 2015: 32), un'ombra oltre la quale non è possibile saltare senza cedere a una smemoratezza che non aiuterebbe a «costruire solide "patrie culturali"» (*ibidem*), per quanti oggi praticano un'etnologia critica in Italia.

Beninteso, nella sua rilettura dei lasciti demartiniani in terra salentina Piza non rinuncia a esercitare il suo particolare etnocentrismo critico: non «cela al pubblico le proprie passioni». Come scordare l'incipit de *La Terra del rimorso* con l'invito, veramente eterodosso per quegli anni, di tagliare i ponti con il naturalismo antropologico dominante e disvelare – in primo luogo a se stessi – il senso ultimo delle proprie pulsioni intellettuali, sempre lì ad accompagnare l'antropologo come un'immagine riflessa. Pulsioni che Giovanni Piza fa emergere in diverse parti del suo testo, in forma di esercizio conoscitivo utile all'analisi critica, senza compiacimenti. Penso al terzo capitolo della prima parte del libro, "Danzare ai margini dello Stato", in cui è una passione antropologica del tutto rinnovata e attuale – e quindi a tratti distonica rispetto alle sensibilità demartiniane – che spinge l'autore a cimentarsi in una lettura "biopolitica" della taranta, scandagliando la relazione tra potere, corpo femminile e sofferenza (esistenziale e sociale). In questo senso il libro permette di navigare tra diverse "antropologie allo specchio": l'antropologia di de Martino, l'antropologia di Gramsci, il pensiero micro-fisico di Foucault e le personali inclinazioni di ricerca dell'autore. Piza, per intenderci, non entra solo nel vivo dell'uso che de Martino fa della nozione

gramsciana di “molecolare”, ma sollecita a immaginare e praticare un riposizionamento non modaiolo dell’antropologia italiana in questa direzione, consolidando lo «studio microfisico dei processi che investono i rapporti tra il corpo e lo stato» (*ibidem*: 95).

Le rifrazioni sulla coscienza antropologica che il tarantismo oggi riesce a suscitare sono sicuramente una delle esperienze più interessanti che questo libro regala; un libro – è importante ricordarlo – che dà corpo a quasi venti anni di riflessioni sulle politiche della memoria in Salento e sulle varie rivisitazioni del tarantismo dentro e fuori l’antropologia italiana⁽³⁾.

2. Politica

La seconda citazione demartiniana in tema di ombra si trova nella prefazione de *La Terra del rimorso*: «una terra – scrive de Martino – che è il nostro pianeta, o almeno quella parte di esso che è entrata nel cono d’ombra⁽⁴⁾ del suo cattivo passato» (DE MARTINO E. 2015: 36). De Martino sta qui «proiettando in una dimensione più vasta, planetaria, la questione della marginalità meridionale» (PIZZA G. 2015: 115). Nel farlo crea le premesse per un’antropologia impegnata, che sia capace di partecipare alla costruzione di comunità orientate ai valori e di sciogliere nodi significativi della prassi sociale. Nella stessa direzione si muove Pizza quando, seguendo il rapporto di vicinanza e lontananza tra de Martino e Gramsci, o se preferiamo l’immagine riflessa di Gramsci in de Martino, aiuta a immaginare una vocazione pubblica dell’antropologia italiana, di un’antropologia che riesca a «farsi ricerca vivente, condivisa, e quindi impegnata e democraticamente incisiva» (*ibidem*: 140). L’ombra del filosofo Gramsci e quella dell’antropologo de Martino, così propenso all’«estroflessione esperienziale, conoscitiva e politica» (ivi), si sovrappongono nelle pagine del libro di Pizza, sollecitando gli antropologi a una pratica di ricerca criticamente indirizzata alla comprensione e all’intervento – umile e autoriflessivo – nel dibattito pubblico contemporaneo. Oltrepassando i confini strettamente accademici, *Il tarantismo oggi* è un’opera preziosa se da etnografi vogliamo capire come porre di nuovo «domande moralmente impegnative» – direbbe de Martino (2015: 45) –, in un clima di confronto aperto con la società.

Nel tarantismo demartiniano il passato era qualcosa di “smarrito per la rammemorazione” e per questo tornava a riproporsi come un “rigurgito”, in maniera criptata, sottratta ad un’ogni possibilità di decisione e scelta. In questa impossibilità di ricordare quanto già trascorso senza “doverlo subire mascherato in una nevrosi” risiedeva – secondo de Martino – la “servitù” delle tarantate. Il neo-tarantismo di Pizza è da questo punto di vista una sorta di progetto di “evocazione e deflusso”, per usare il linguaggio demartiniano. Attraverso l’impegno critico e la partecipazione attiva di un’antropologia che sceglie di posizionarsi *vitalmente* nel campo intellettuale del tarantismo contemporaneo, il libro aiuta a immaginare una via di uscita dai cono d’ombra di ieri e di oggi, per riprogettare in modo più consapevole, diffuso e socialmente distribuito le dimensioni politico-economiche della località, dell’identità, del patrimonio culturale intangibile.

3. Cultura

Il terzo passaggio dell’opera demartiniana in cui ritorna la metafora dell’ombra si trova nel capitolo de *La terra del rimorso* dedicato all’autonomia simbolica del tarantismo:

«la tarantata restava ancora per noi più prossima a un'ombra⁽⁵⁾ che a una persona», scrive de Martino (2015: 93), riferendosi agli sforzi di usare compiutamente l'etnografia a completamento dell'analisi storiografica. L'equipe demartiniana nel 1959 si era, infatti, imbattuta nella difficoltà di carpire i contenuti antropologici del particolare “dramma psichico” delle tarantate salentine. Una difficoltà in gran parte dovuta alla disgregazione del dispositivo mitico-rituale offerto in epoche precedenti da un ricco repertorio coreutico-musicale, che aveva subito un contraccolpo a causa dell'influenza cattolica e delle ingerenze statali.

L'ombra della tarantata che danza sulla copertina del libro di Pizza si adatta bene all'immagine demartiniana, quasi volesse ricordare al lettore che non esistono “fatti culturali” in sé, da cogliere nella loro estemporaneità e purezza, ma solo proiezioni e adombramenti, immagini riflesse che, grazie a un lavoro di continua produzione culturale, nel tempo possono acquisire (o perdere) mordente nell'arena pubblica. All'antropologo il compito di seguirne movenze, significati, sovrapposizioni, nella consapevolezza che se di cultura si può parlare questa agisce sempre all'interno di specifici campi dialettici, grazie agli sforzi, ai posizionamenti e alle rifrazioni di quanti a diverso titolo mantengono in vita – plasmandolo e riplasmandolo – un dato fenomeno culturale.

Nei suoi sforzi di seguire i processi di culturalizzazione del tarantismo “dopo de Martino” e le strategie politiche che li sorreggono, Giovanni Pizza osserva avvistamenti e evoluzioni della taranta in Salento. Accompagna il lettore in un viaggio dentro territori in cui si vanno formando snodi di produzione musicale, rivitalizzazione folklorica e politica culturale di innegabile interesse antropologico. Si tratta di un viaggio al quale l'autore dedica un'attenzione conoscitiva persistente, a tratti perfino “velenosa”, come il morso del ragno lo era per il corpo della donna che tentava di padroneggiare. Il libro restituisce così il senso delle pratiche patrimonializzanti del tarantismo contemporaneo in una terra diventata simbolo della riscoperta: riscoperta di de Martino «come una figura importante per il territorio» (PIZZA G. 2015: 34) e riscoperta della pizzica come “prodotto tipico” (*ibidem*: 35) da lanciare in un mercato musicale globale che si nutre di suoni folk e reminiscenze localistiche. È qui che si assiste alla trasformazione memoriale del tarantismo da “discorso del rimorso”, della sofferenza esistenziale e della sua presa in cura mitico-rituale, a “discorso della rinascita”, attraverso un processo che Pizza definisce di *inversione* più che di *invenzione* della tradizione.

Seguendo questa pista interpretativa, il lettore si rende conto che le movenze del tarantismo oggi continuano ad apparire più prossime a “un'ombra che a una persona”, non solo per via dell'inflessa irriducibilità dei fenomeni antropologici a farsi catturare allo sguardo, ma anche per quella resistenza sempre sottesa al fenomeno indagato, da de Martino in poi. La ricostruzione della fuga di Maria di Nardò di fronte alla macchina da presa nel corso di una delle numerose operazioni memorialistiche sul tarantismo segnala «l'impatto culturale della monografia demartiniana sui soggetti a cui era dedicata» (*ibidem*: 39); una monografia che – come sottolineava Clara Gallini – è ormai diventata un vero e proprio “cult” per gli animatori delle esperienze coreutico-musicali culminate nelle notti della taranta (GALLINI C. 2015: 14). Il lavoro di Pizza d'altronde ha il merito di far riflettere sui giochi d'ombra che l'antropologia contribuisce a produrre nei luoghi dell'incontro etnografico, senza nulla togliere alle “spalle dei giganti”.

A saperlo cogliere, il libro di Pizza ha anche il merito di mostrare come le pratiche di patrimonializzazione della pizzica tarantata possano essere lette in continuità con un tratto costitutivo del tarantismo demartiniano, quello di essere un fenomeno “evocativo” più che “rammemorativo”. Le pratiche di revival della taranta in terra salentina non passano tanto dal ricordo quanto dall’evocazione del passato; si nutrono di simboli capaci di suscitare indomite passioni localistiche, «da incorporare o da esorcizzare» (PIZZA G. 2015: 29) che dir si voglia.

Note

⁽¹⁾ GA 41: GA 41: 153.24 = 150.28–29. *Die Frage nach dem Ding. Zu Kants Lehre von den transzendentalen Grundsätzen*. Edited by Petra Jaeger, 1984; lecture course, winter 1935–1936; first edition 1962 (*What Is a Thing?* Translated by W. B. Barton and Vera Deutsch. Chicago: Henry Regnery, 1967). La traduzione in lingua italiana di questo volume è di Vincenzo Vitiello ed è stata pubblicata con il titolo *La questione della cosa. La dottrina kantiana dei principi trascendentali* dalla casa editrice Guida di Napoli nel 1989.

⁽²⁾ Corsivo mio.

⁽³⁾ A cominciare dai primissimi interventi convegnistici dell’autore, risalenti al 1995.

⁽⁴⁾ Corsivo mio.

⁽⁵⁾ Corsivo mio.

Bibliografia

CERCHI Placido (1996), *Il peso dell’ombra. L’etnocentrismo critico di Ernesto De Martino e il problema dell’autocoscienza culturale*, Liguori, Napoli.

DE MARTINO Ernesto (2015), *La terra del rimorso. Contributo a una storia religiosa del Sud*, il Saggiatore, Milano [ed. or. 1961].

GALLINI Clara (2015), “Presentazione”, in DE MARTINO E. 2015, pp. 13-33.

HEIDEGGER Martin (1989), *La questione della cosa. La dottrina kantiana dei principi trascendentali*, Guida, Napoli [ed. or. 1962].

PIZZA Giovanni (2015), *Il tarantismo oggi. Antropologia, politica, cultura*, Carocci, Roma.

SIGNORELLI Amalia (2015), *Ernesto De Martino: teoria antropologica e metodologia della ricerca*, L’Asino d’oro edizioni, Roma.

Gli archivi indocili di Frantz Fanon

Roberto Beneduce

professore ordinario di Antropologia medica e psicologica
Università degli studi di Torino

Frantz FANON, *Pelle nera, maschere bianche*, introd. di Vinzia Fiorino, trad. di Silvia Chiletto, ETS, Pisa, 2015, 216 pp.

Leggere Fanon costituisce un'esperienza singolare, che non smetto di suggerire agli studenti. Le sue parole sembrano conservare intatta la magia ipnotica di quegli oracoli che inchiodano i postulanti, cancellando ogni tentazione di oblio, perché è come se egli ci ripettesse, paziente, che le piaghe vanno scoperte e deterse.

Della sua scrittura, della sua persona, è stato detto tutto: un'ostinazione a tratti irritante, una diffidenza spietata nei confronti di ogni retorica dell'oggettività e della neutralità del metodo scientifico, una volontà caparbia di andare al fondo delle contraddizioni (poco importa quanto doloroso sia riaprire i lembi di una sutura infetta). E non è mancato chi ha interpretato il suo percorso dalla Martinica all'Algeria come un sintomo, e la ricerca nevrotica di un modello di macho che avrebbe trovato solo nella figura del mujāhidīn⁽¹⁾. Non c'è da sorprendersi se Fanon abbia avuto (e abbia ancora oggi) molti nemici, e che i suoi scritti siano spesso stato fraintesi (come accade oggi nelle università di Johannesburg o da parte dei sostenitori della "non mixité" in Francia, come accadde già da parte di Sartre, che nella prefazione a *I dannati della terra* volle insistere sulla questione della violenza, dimenticando il resto).

È tuttavia l'urgenza del presente e i suoi drammi irrisolti (le aggressioni razziali in Europa o negli Stati Uniti, perpetrate spesso dai rappresentanti delle istituzioni; le ipocrisie delle democrazie e dei loro principi umanitari; la violenza che ci accontentiamo di definire "terroristica", e il cui cupo boato sembra fare insistentemente eco a quella coloniale...), a ricordare a quanti volessero frettolosamente voltare pagina come Fanon avesse visto con lucidità impressionante i conflitti del suo tempo e anticipato molti degli incubi che assediano la nostra contemporaneità. Le diagnosi politiche di Fanon sono, in altri termini, ciò da cui conviene partire per comprendere davvero qualcosa del nostro mondo.

La nuova edizione di *Pelle nera, maschere bianche* rende dunque disponibile, in una traduzione rigorosa che restituisce finalmente al lettore la tensione di uno stile unico, un testo fondamentale, e tale ben oltre la cattura che ne è stata fatta – nel bene e nel male – dentro l'orbita dei *Postcolonial Studies*: una cattura alla quale aveva indubbiamente contribuito la densa introduzione di Homi Bhabha, pubblicata nell'edizione inglese del 1986 (*Remembering Fanon: Self, Psyche, and Colonial Condition*).

Perché Fanon sia decisivo per la critica antropologica, politica ed epistemologica, per il dibattito dei subaltern studies, o le pratiche di decolonizzazione del sapere, è ben noto. In queste note mi limiterò pertanto a ricordare solo alcuni dei motivi che fanno di questo libro, e di Fanon, un passaggio obbligato delle nostre strategie critiche, al pari di quanto lo siano Gramsci, Benjamin o Foucault.

In primo luogo, come il libro ci mostra sin dalle sue prime pagine, questo giovane psichiatra di ventisette anni inventa una metodologia assolutamente originale nell'analisi

dell'alienazione, utilizzando senza alcuna esitazione i materiali più disparati. Fanon non esita a ricorrere alla letteratura del suo tempo (i romanzi di Capécia, Maran e Sadji, ma anche quelli di Wright ed Ellison), a incrociare riferimenti al folklore africano-americano (RICHARDS P. 2011), alla narrativa per l'infanzia⁽²⁾ o agli scritti di Marie Bonaparte e Anna Freud, per poi incamminarsi disinvoltamente fra i sentieri della psichiatria fenomenologica di Jaspers o Minkowski, i concetti chiave di Lacan, la critica di Freud Adler e Jung, la psicologia dello schema corporeo di Lhermitte, la nozione di libertà in un "filosofo tedesco" (Gustav Anders)⁽³⁾, i richiami al cinema, incidendo ad ogni passo una singolare poetica del corpo e della condizione nera con l'aiuto di quella "carne" della quale scrivono Césaire o Merleau-Ponty.

Si potrebbe continuare a lungo, quasi perdendosi fra gli infiniti rinvii teorici di un lavoro che instancabilmente rivolta ad una ad una le teorie del suo tempo, esponendo al sole di una critica bruciante le loro contraddizioni e i loro silenzi: Sartre dimentica che un nero soffre diversamente, Lacan ignora che l'Altro del nero non è un generico Altro ma il Bianco, gli etnologi fingono di non sapere che le società che studiano non esistono come tali ma sono stati fabbricate dalla colonia⁽⁴⁾, e Mannoni omette i massacri compiuti in Madagascar dai *tirailleurs* senegalesi quando ha l'arroganza di interpretare in chiave psicoanalitica gli incubi dei malgasci, «ignorando volontariamente che da Gallieni⁽⁵⁾ il malgascio non esiste più. Quello che chiedevo a Mannoni era di spiegarci la situazione coloniale [...] Tutti l'hanno detto, l'alterità per il Nero non è il Nero bensì il Bianco [...] Sbarcando in Madagascar il Bianco provocava una ferita assoluta» (pp. 96-98). «Assoluta», più di quanto coloro che cantano le lodi del meticcio non amino ricordare, più di quanto coloro che si rassegnano alla storia sono soliti fare. Fanon. Al contrario, preferisce investigare, come un medico che non cessa di scrutare il corpo del suo malato, non accontentandosi di lasciare al tempo la soluzione del mistero sulle cause del male⁽⁶⁾. E la feroce ironia della sua critica si coglie per intero quando si ricordi che era stato proprio Mannoni a rivendicare di aver coniato quella nozione di "situazione coloniale" che sarebbe stata poi ripresa massicciamente da Balandier, lasciandola poi come inerte di fronte alle feroci contraddizioni che a tratti Mannoni sembra voler ignorare.

Quello che Fanon percorre è un autentico labirinto di teorie e problemi (i modelli della psichiatria coloniale sulla mente africana, il ruolo delle scienze sociali e psicologiche nelle colonie, i conflitti che scandiscono le relazioni sessuali e affettive fra neri e bianchi), la cui mappa Fanon però conosce bene: l'alienazione è il prodotto di condizioni di dominio e assoggettamento (celebri rimangono le sue considerazioni sul rapporto nevrotico fra il Martinicano e la lingua della *Métropole* che sono al centro del primo capitolo), e alla psicogenesi bisogna aggiungere la sociogenesi, certo. La violenza economica e materiale che la schiavitù e il razzismo hanno lasciato nei corpi dei neri americani ne sono il marchio più oscuro, e come un brusio fastidioso, che Cedric Robinson ha formulato in maniera ineguagliata: «Ora noi "sappiamo" ciò che la classe dominante certo sapeva, ma che così a lungo ha negato, per essere poi costretta a misurarsi con la verità solo nei suoi incubi, nelle sue fantasie sessuali e nella sua corrotta coscienza sociale: gli schiavi erano esseri umani. La domanda più radicale però non era se gli schiavi (o gli ex-schiavi e i loro discendenti) fossero umani. Era, piuttosto, e più semplicemente, *quale sorta di persone fossero ... e avrebbero potuto essere*. La schiavitù aveva *alterato* le condizioni loro essere, ma non aveva potuto negarlo» (ROBINSON C. 1983:125; i corsivi, come la traduzione, sono miei).

“Alterare” è un termine fondamentale, che è bene tenere a mente quando si legge Fanon e ci si inoltra nei sentieri del dibattito postcoloniale o le domande sul rapporto fra passato e presente. È lo stesso termine che Ashis Nandy (NANDY A. 1983) utilizza per descrivere l’impatto esercitato dal colonialismo britannico sulla cultura indiana, sulle trasformazioni che esso vi ha impresso. Spesso, riflettendo su queste opere, ho pensato che una nuova definizione di cultura potesse nascere da questi scritti, scarsamente preoccupata dei dibattiti accademici su essenzialismo, identità o relativismo: la “cultura”, in senso antropologico, può essere definita semplicemente come ciò che è stato *alterato* dalla storia (dalla schiavitù, dal dominio di classe, dal colonialismo, dalle religioni egemoniche, dallo sviluppo del capitalismo e dalla circolazione dei beni accelerata dai processi della globalizzazione...) *senza esserne stato del tutto occupato*, o cancellato.

Tuttavia Fanon non si accontenta di guardare a questo orizzonte: sa infatti, da psichiatra, che è nell’immaginario che si annidano dispositivi di alienazione non meno opprimenti, non meno drammatici. Ecco perché si occupa dei cartoons, dei controversi processi di identificazione di un bambino nero, dei fantasmi di lattificazione (*la vita psichica del potere*, insomma). Il suo obiettivo è portare alla luce i luoghi e i modi in cui questi dispositivi perpetuano le forme dell’alienazione razziale, e quando dialoga con il cinema, la poesia, o riprende nozioni quali quella di “intuizione delirante”, quasi anticipa il gesto di Deleuze, perché come Deleuze sa che i deliri sono sempre “storico-mondiali” (DELEUZE G. 1993: 16). Ecco perché il materiale solitamente lasciato sullo sfondo da quella psichiatria preoccupata solo di rilevare presunte lesioni organiche o motivi culturali e religiosi quando si tratta di spiegare la presunta “pigrizia dei neri”, o “l’impulsività o la violenza dei nordafricani”, la loro propensione a mentire (Porot, Gutman, Arii, Carothers, ecc.), diventa in Fanon la malta per costruire una ben diversa interpretazione dei meccanismi che generano alienazione fra gli oppressi.

Fanon sa che sebbene la schiavitù sia stata abolita da tempo, altro è rimasto da curare. Il dialogo che intrattiene con Richard Wright, l’autore di *Native Son*, è un passaggio decisivo per comprendere che cosa sia l’alienazione del Nero contro la quale egli intende lottare. La violenza del protagonista si configura come una sequenza dove tutto sembra convergere in direzione di un tragico destino: «Alla fine Bigger Thomas agisce. Agisce per mettere fine alla tensione e risponde all’attesa del mondo» (p. 133)⁽⁷⁾. Per Fanon questa risposta inevitabile, dettata dall’Altro, è il sintomo della storia che egli intende curare. Sarà analogo il progetto nella colonia algerina, di cui sa perfettamente che, dopo aver innalzato la bandiera dell’indipendenza, tutto quanto più conta rimane ancora da costruire (l’odio e la diffidenza generalizzata, i privilegi e la morte che scarnificano l’Africa dalla quale oggi fuggono milioni di emigranti, lo stanno a ricordare).

Possiamo facilmente immaginare il senso di vertigine che deve aver preso la commissione dell’università di Lione che avrebbe dovuto approvare il testo come dissertazione per la specializzazione, e che, considerandolo inadeguato, costrinse Fanon a scriverne in brevissimo tempo un altro. Quel testo avrebbe conosciuto d’altronde una vita straordinaria: dalla critica irriverente degli stereotipi razziali alla nevrosi del Nero incapace di sottrarsi al desiderio di diventare come un Bianco, Fanon recide ad uno ad uno molti dei nodi che stringevano il suo tempo, dischiudendo una clinica politica del reale unica nel suo genere, come stanno a mostrare anche le pagine su Hegel e il progetto di oltrepassare la dittatura del risentimento («Il comportamento dell’uomo non è solamente reazionale. In una reazione c’è sempre del risentimento», p. 199).

Pelle nera maschere bianche è un testo che, in definitiva, non si cessa di leggere e rileggere. Va ripreso anche nei suoi passaggi frettolosi, nelle sue allusioni, e nelle sue folgoranti intuizioni (sul desiderio, ad esempio), obbligandoci a ripercorrere il dibattito psicoanalitico, filosofico e antropologico che scosse il secolo scorso. Il suo principio mi pare, in fondo, vicino a quello di chi non cessa di connettere fatti, immaginari ed esperienze che i saperi egemoni vorrebbero invece separare. Fanon quasi ripete il gesto decisivo di Gramsci, là dove quest'ultimo suggeriva l'esigenza di riannodare insieme le vicende di Lazzaretti con quelle delle "bande di Benevento" (GRAMSCI A. 1975, Q25: 2282). Sta in questo riannodare la storia il primo atto per curare un'alienazione che, ricorda Fanon, dalla Storia è nata.

Note

⁽¹⁾ Fanon non sarebbe più tornato nella sua terra, è vero: ma suggerire una interpretazione psicologistica per le vicende di chi brucia gli anni della sua giovinezza nell'impegno, si salva miracolosamente da due attentati, e sarà fermato per sempre a soli 36 anni da una leucemia (persino quest'ultima è stata letta come il segno di una inconfessata attrazione per la bianchezza!), mi pare a dir poco beccero (cfr. a questo riguardo BENEDEUCE R. 2016).

⁽²⁾ Penso a *La capanna dello zio Tom*, *I racconti dello zio Tom*, e alla relativa critica letteraria – Wolfe, ad esempio, le cui note Fanon legge sulla rivista "Les temps Modernes" nel 1949. Fanon è attentissimo nei confronti di quanto si muove sulla scena statunitense: il dibattito sulla condizione nera gli offre numerosi stimoli, e le sue letture (gli articoli che sono pubblicati in quegli anni sulla rivista *Présence Africaine*, ad esempio), gli offriranno infinite suggestioni per un confronto sull'esperienza dei neri in Europa e in America.

⁽³⁾ Per un'analisi dettagliata dei temi evocati e del ruolo che questi ed altri autori occupano nel pensiero di Fanon, rinvio ai miei precedenti lavori BENEDEUCE R. (2011, 2012), oltre che a CHERKI A. (2000).

⁽⁴⁾ Può essere utile qui un rinvio a quanto scrivono Hardt e Negri sulla produzione di alterità come "provvisoria soluzione della crisi della modernità europea" (economica, politica, culturale, ecc.): "Il colonialismo costruisce figure dell'alterità e gestisce i loro flussi all'interno di ciò che si realizzerà come una complessa struttura dialettica. La costruzione negativa degli Altri non-europei è, di fatto, ciò che fonda e sostiene l'identità europea stessa" (HARDT M. - NEGRI A. 2000: 124; la traduzione è mia).

⁽⁵⁾ Governatore Generale francese del Madagascar dal 1895 al 1905.

⁽⁶⁾ Non vi è qui lo spazio per riprendere in dettaglio, come pure sarebbe necessario, questo aspetto. Mi limito solo a suggerire che nel corso degli anni emergerà in Fanon come una sorta di pessimismo prognostico: ne *I dannati della terra*, sarà spesso, semplicemente, il tempo a poter dire se quelle personalità definite come "ipotecate per sempre", o i traumi della guerra coloniale, potranno essere superati (BENEDEUCE R. 2011).

⁽⁷⁾ Il dibattito politico intorno alla figura di Richard Wright, le diverse interpretazioni della sua opera (a cominciare da *Native Son*, tradotto in Italia con il titolo *Paura*), sono stati al centro di un dibattito quanto mai denso, che non si è ancora esaurito. Le figure dei suoi "romanzi di protesta", come sono stati definiti spesso i suoi scritti, parlano di una condizione che vede nell'interiorizzazione della colpa da parte del Nero e nell'impossibilità di liberarsi dalla gabbia dello sguardo razziale motivi certo largamente superati, che non cessano d'altronde di generare domande. La sua stessa vita, i contrasti relativi alle sue scelte politiche, scandirono la sua esistenza (e lo stesso Fanon non mancò di criticarlo). Pochi forse ricordano che, come Ralph Ellison, anch'egli al centro dell'attenzione di Fanon, Wright sostenne attivamente l'esperienza della clinica Lafargue: un centro dove, nella Harlem degli anni Quaranta, dentro il seminterrato di una chiesa battista,

fu sperimentata la presa in carico di pazienti neri affetti da varie forme di sofferenza psichica. Fu in questo stesso centro che operarono anche i coniugi Clark, autori del celebre “Doll test” (su questi temi, cfr. GIBSON C.N. - BENEDEUCE R. 2017: 32-36).

Bibliografia

- BENEDEUCE Roberto (2011), *La tormenta onirica*, in Beneduce R. (a cura di), *Frantz Fanon, la decolonizzazione della follia. Scritti sulla psichiatria coloniale*, ombre corte, Verona, pp. 7-70.
- BENEDEUCE Roberto (2012), *La potenza del falso. Mimesi e alienazione in Frantz Fanon*, “aut aut”, 354, pp. 5-45.
- BENEDEUCE Roberto (2016), (a cura di) *Mobiliser Fanon*, “Politique Africaine”, 3, 2016.
- CHERKI Alice (2000), *Frantz Fanon. Portrait*, Seuil, Paris.
- DELEUZE Gilles (1993), *Critique et clinique*, Minuit, Paris.
- GIBSON C. Nigel -BENEDEUCE Roberto (2017), *Frantz Fanon, Psychiatry and Politics*, Rowman and Littlefield, London.
- HARDT M. - NEGRI A. (2000), *Empire*, Harvard University Press, Harvard.
- RICHARDS P. 2011, *Fanon as Reader of African American Folklore*, “The Journal of Pan African Studies”, 4, 7, pp. 126-133.
- ROBINSON J. Cedric (1983), *Black Marxism. The making of Black Radical Tradition*, Zed Press, London.
- NANDY Ashis (1983), *The Intimate Enemy*, Cambridge University Press, London a New Delhi.

Gli oggetti della cura: come agiscono e come circolano al di là di ciò che si vede e si dice

Roberto Beneduce

professore ordinario di Antropologia medica e psicologica
Università degli studi di Torino

Pino SCHIRIPA, *La vita sociale dei farmaci. Produzione, circolazione, consumo degli oggetti materiali della cura*, Argo, Lecce, 2015, 206 pp. (Biblioteca di Antropologia medica 11).

Recensire un libro significa molte cose: presentarne le tesi principali, analizzarne la struttura e lo stile, individuarne i punti di forza e di debolezza, situarlo dentro un dato orizzonte disciplinare (quello dell'antropologia medica, in questo caso) – in modo da far emergere la particolare collocazione teorica e metodologica dell'Autore, e molto altro ancora.

Il libro di Pino Schiripa tuttavia, per sua stessa ammissione («Mi chiedo se il mio lavoro possa essere definito come una etnografia multisituata. Francamente credo di no [...] Non è un lavoro comparativo», p. 17), non consente letture ovvie e sfida il lettore con temi molteplici.

L'oggetto centrale del lavoro, *la vita sociale dei farmaci*, dà titolo al volume ed è esplicitamente ispirato ai lavori di APPADURAI A. (1986) e REYNOLDS WHYTE S. - VAN DER GEEST S. - HARDON A. (2002). Il primo, in particolare, dischiudeva già oltre trent'anni fa una riflessione originalissima, suggerendo un approccio interpretativo e storico alla materia e alle cose, alla loro "biografia culturale", come scriveva Kopytoff.

Per mostrare i complessi profili che scandiscono i rapporti tra farmaci tradizionali e farmaci della bio-medicina, è sufficiente evocare d'altronde quanto scrivono Reynolds Whyte, van der Geest e Hardon:

«I farmaci (*pharmaceuticals*) e le medicine 'indigene' prendono il loro pieno significato quando contrapposti l'uno all'altro [...] Allo stesso tempo, i primi possono offrire un modello (*prototype*) per il confezionamento e il mercato delle seconde [...] Un effetto di questo processo è l'enfasi sul ruolo dei medicinali in altri sistemi di cura non appena le medicine 'tradizionali' hanno guadagnato peso ideologico in opposizione ai farmaci di sintesi, diventando via via sempre più commercializzati» (REYNOLDS WHYTE S. - VAN DER GEEST S. - HARDON A. 2002: 12, traduzione mia).

In poche righe sono già enunciate le contraddittorie connessioni che definiscono il significato di questo termine, "farmaco", quando pensato fra ambiti terapeutici diversi: le differenze strutturali che emergono allorquando questi ultimi sono confrontati l'uno all'altro; le prossimità visibili quando si pensi alla loro produzione, confezione e circolazione; le dimensioni politiche e storiche che hanno marcato la traiettoria delle farmacopie locali, fra valorizzazione postcoloniale, orgoglio nazionale, e più recenti lotte contro le politiche dei brevetti imposti dalle lobby. Se dunque l'oggetto centrale

del libro, il farmaco, è un oggetto sfuggente e proteiforme, al punto da spingere Schirripa a evocare la celebre metafora heideggeriana dei «sentieri interrotti» (p. 19) per descrivere la propria ricerca, sarà necessario che anch'io adotti una strategia all'altezza di un simile procedere.

Ho pertanto deciso di analizzare soprattutto quei passaggi sui quali la mia stessa ricerca mi ha condotto nel corso di questi anni, da quando, nel 1988, mi sono occupato delle trasformazioni della cosiddetta "medicina tradizionale" sull'altopiano dogon (Mali), per poi continuare – senza mai abbandonare quella prima ricerca – a lavorare sulla collaborazione fra *curanderos* e operatori della salute mentale in Mozambico e gli immaginari della cura nelle regioni bulu del Camerun. Spero in questo modo di poter più efficacemente dialogare con un testo che, va detto subito, sollecita infinite riflessioni e rinvia a controversi territori tematici: dai progetti di promozione della medicina tradizionale e il destino opaco di non pochi interventi di cooperazione sanitaria alla questione della "cittadinanza terapeutica" e il nodo della "violenza strutturale", al ruolo delle industrie farmaceutiche e delle diagnosi medico-psichiatriche nel plasmare bisogni ed esperienze.

Un primo nodo teorico da esaminare è quello della legittimità o meno di pensare come equivalenti i farmaci definiti "tradizionali" e quelli "in uso in ambito biomedico". La posizione di Schirripa sostiene il fondamento di questo confronto, là dove altri autori lo ritengono illegittimo o problematico. Cerchiamo di avvicinarci a questo problema con una domanda: che cosa renderebbe equivalenti o, al contrario, strutturalmente impossibili da confrontare un farmaco biomedico e un farmaco "tradizionale"?

Così posta la domanda non ammette molte alternative: l'analisi dettagliata delle molte componenti che entrano in gioco nella "vita sociale" dell'uno e dell'altro non farebbe che allontanare questi oggetti, anche se essi sembrano a tratti occupare lo stesso posto (la ricerca di una risposta alla malattia). Ci sono tuttavia questioni che rendono questa ipotesi, questa domanda, propriamente parlando, mal formulate.

In primo luogo suggerisco di distinguere, più di quanto talvolta non venga fatto, la medicina cosiddetta "tradizionale" in Africa da quella ayurvedica o cinese: il fatto che le teorie e le pratiche di queste ultime poggino su conoscenze trasmesse da manuali e testi sacri introduce una distanza radicale che, quando non pienamente considerata in tutte le sue implicazioni, comporta una grave confusione. Il corpus delle tradizioni mediche indiane o cinesi, esso stesso sottoposto a un tumultuoso processo di contaminazioni, rinvia in altri termini a fonti scritte, ciò che, nel caso africano, costituisce l'eccezione. La *porosità epistemologica* (l'incorporazione di altri immaginari, nozioni, riferimenti, eziologie ecc.) è, in questo caso, decisamente maggiore, e l'impatto della medicina coloniale e missionaria è stato particolarmente massiccio nell'orientare le sue espressioni di "critica sociale" (FEIERMAN S. 1995, HUNT N. R. 2016).

In altre parole, i principi terapeutici di quella che definiamo in modo un po' sbrigativo medicina tradizionale cinese o ayurvedica abitano campi simbolici, morali e politici tutt'altro che sovrapponibili a quelli dello *nganga* (e, naturalmente, della bio-medicina), e sono le loro stesse epistemologie cliniche (i modelli anatomici, le cosmovisioni e le teorie scientifiche che sottendono in ciascun caso l'idea di corpo, malattia o cura) a imporre di distinguere quelli che rimangono, in ciascuna di esse, progetti medico-terapeutici radicalmente diversi.

Schirripa tuttavia non incorre nell'errore ricorrente in molta antropologia: quello per il quale si insiste nel cercare le differenti soluzioni *culturali* o i differenti dispositivi simbolici per risolvere un problema già definito a priori (in questo caso, "come curare le malattie"), dal momento che, come viene suggerito da tempo, dovrebbero essere studiati in primo luogo i distinti problemi per i quali società diverse hanno forse elaborato strategie comuni (VIVEIROS DE CASTRO E. 2002: 116-117). La questione torna ad essere allora se questo oggetto, questa nozione ("farmaco"), partecipa di analoghe strategie conoscitive e terapeutiche o se invece il ricorso ad un comune concetto, e alla peculiare tradizione scientifica che esso evoca (quella occidentale), non comporti distorsioni inaccettabili. La prima delle quali si annuncia già nell'idea implicita in tanti programmi di "promozione della medicina tradizionale": accompagnare per mano questi nostri fratelli più piccoli a fare come facemmo noi un tempo, imparando a uniformare dosi e concentrazioni di sostanze medicamentose, confezionando prodotti e rimedi in flaconcini e sacchetti di plastica, accumulando poi questi prodotti per la vendita in ordinate farmacie... Insomma, accelerando, con un po' di soldi e di razionalità, quella *evoluzione naturale* verso una medicina all'altezza di questo nome.

L'immagine di quegli operatori in camice bianco, che – fra orgoglio e scetticismo – introducevano in sacchetti di plastica mucchietti di foglie disseccate dopo averli pesati su una bilancia, o in flaconcini di vetro diluizioni per il trattamento di talune affezioni (malaria, ittero, amebiasi ecc.) in un centro di medicina tradizionale in Mali, è quella che più facilmente torna alla mia memoria.

Da quella idea scaturisce un effetto particolare, che Robert Pool riassume, in un articolo sul quale ritornerò di qui a poco, parlando di una "piccola medicina" (questa è, in fondo, l'immagine della "medicina tradizionale" che, volenti o nolenti, i programmi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità finiscono col produrre). Se infatti è solitamente ammesso il vantaggio derivante dalla sua diffusione nelle aree più periferiche e dai costi relativamente bassi dei suoi prodotti, ed è riconosciuta come promettente la possibilità di sfruttare talune conoscenze empiriche, come già è accaduto nei passati secoli per numerose sostanze derivate da piante o animali, pochi sarebbero i disturbi sui quali la sua efficacia oggettiva può essere dimostrata, preminente è il ruolo dei fattori psicologici nel suo operare, e frequente rimane la deriva verso pratiche ciarlatanesche.

Il paradosso è dunque che più si parla di medicina tradizionale da valorizzare, da integrare nei sistemi di Primary Health Care, o di formazione dei guaritori, insomma: più sono evocati i limiti da oltrepassare, più la medicina tradizionale rischia di veder indebolito il suo potere. E non evoco qui per motivi di spazio il tema che occupa da tempo una crescente attenzione: il sospetto che i guaritori abbiano un ruolo importante in quei crimini rituali volti a produrre rimedi con parti del corpo umano (sangue, ossa, ecc.), secondo quanto riportato da non pochi quotidiani in paesi come il Gabon, l'Uganda o il Mozambico. Come liberare da questo malinteso un sapere che sembra vertiginosamente oscillare fra immagini di violenza e nobili tecniche terapeutiche, fra oscure complicità politiche e sofisticate strategie di cura?

La ricerca di una autentica simmetria politica, epistemologica ed economica fra i saperi medici e fra i loro protagonisti è comunque rimasta per lo più un'illusione, come Schirripa ricorda, e le immagini che egli offre di venditori di rimedi che, sugli autobus, promettono a passeggeri assonnati prodotti di ogni genere, accresce l'im-

pressione di una medicina *piccola e disordinata*, caratterizzata da un'economia caotica di discorsi, metafore, linguaggi.

Sarebbe dunque inevitabile concludere che ogni confronto intorno alla nozione di farmaco è impossibile? Questa soluzione presenta dei limiti.

Parlare di equivalenza o di differenza fra rimedi e modelli medici presuppone, di fatto, l'idea di distinti "sistemi", come si diceva un tempo e come talvolta io stesso ho erroneamente fatto, suggerendo l'esistenza di pratiche, rappresentazioni, domande sociali i cui confini sarebbero nettamente definiti e relativamente stabili, là dove abbiamo invece imparato a riconoscere la presenza di universi magmatici e contraddittori, attraversati da dinamismi e prestiti incessanti.

Come per il modello del meticcio, il cui errore storico nasceva dal concepire questo processo come l'intreccio fra due o più culture immaginate come originariamente distinte (AMSELLE J.-L. 2001), anche l'idea di sincretismo medico aveva in sé l'errore di suggerire un processo caratterizzato dal sovrapporsi di una medicina A con una medicina B con una medicina C..., ciascuna immaginata come distinta dalle altre, mentre trascurati rimanevano quegli elementi fluidamente circolanti fra esse (le sostanze note in molte farmacopee diventate poi farmaci convenzionali; le tecniche chirurgiche; e soprattutto l'idea dei guaritori come di coloro che per eccellenza attraversano confini epistemologici, culturali, ecc.: LUEDKE T - J. - WEST H. G. 2006).

Ciò che intendo dire è che ogni "campo di sapere terapeutico" è percorso al suo interno da mutamenti continui e, nei confronti di altri campi di sapere medico, da dinamiche di attrazione e incorporazione, o all'opposto di differenziazione, che si strutturano secondo linee di forza storicamente definite.

Gli storici della medicina coloniale in Africa non hanno mancato di osservare le differenze esistenti fra medicina missionaria e medicina militare, e all'interno della prima le distinte prospettive medico-igienistiche che caratterizzarono le missioni cattoliche da un lato, quelle protestanti dall'altro. E scontato è ricordare quanto la stessa bio-medicina sia attraversata oggi da atteggiamenti e stili eterogenei, da movimenti egemonici e contro-egemonici che nei fatti mettono in discussione la possibilità di parlarne al singolare.

Quando si guardi all'operare dei guaritori africani, è particolarmente evidente quanto essi esibiscano quello che ho definito altrove *mimetismo medico* (BENEDUCE R. 2010: 183), e quanto essi manifestino una forte ansia identitaria (quella che con felice espressione Joseph Tonda chiama "ambizione di un sapere totale"; TONDA J. 2001: 146) espressa nel tentativo di accumulare registri di conoscenza (tradizionale, moderno, religioso), poco preoccupandosi del grado di coerenza di questa combinazione (non è un caso se Éric de Rosny abbia finito col privilegiare la nozione di "amalgama" in riferimento alla medicina tradizionale in Camerun: (DE ROSNY É. 1981, 1996).

Le prescrizioni su foglietti di carta di sostanze da assumere con modalità particolari ne è l'esempio più evidente, sebbene non l'unico (il fascino segreto della scrittura...). Ed è proprio qui, in questi gesti apparentemente banali, che paiono *semplicemente ripetere* quello che nella bio-medicina (non solo in questa) sigilla solitamente ogni incontro clinico, che alcune domande s'impongono, allorché leggiamo su quei frammenti di carta che a dover essere acquistata dal paziente non è un "farmaco" o un estratto di corteccia ma una coda di iena (secondo quanto aveva prescritto un guaritore che

collaborava con il Centre de Médecine Traditionnelle di Bandiagara)⁽¹⁾ o delle candele “mistiche” (BENEDEUCE R. 2010).

Date queste premesse, è difficile respingere la prospettiva suggerita da Pool nell'articolo già menzionato, quando, in riferimento alla medicina wimbun (Camerun), ricordava come il termine “medicine” (*mceɸ*) includesse all'interno del suo campo semantico significati e oggetti quanto mai eterogenei: i farmaci intesi “in senso occidentale”, certo, ma anche prodotti erboristici locali o altre sostanze usate per “fissare” o prevenire accidenti non necessariamente riconducibili a malattie, proteggere dalla stregoneria, e figure mascherate (*juju*). Impossibile, conclude Pool, immaginare che questo termine possa identificare con legittimità uno stesso insieme di oggetti: «Quando le persone parlano inglese o pidgin usano il termine “medicina” in un senso ben più ampio di quanto faremmo noi» (POOL R. 1994, p. 14), idea che l'autore riprenderà in un manuale ad uso didattico scritto alcuni anni dopo con Wenzler e citato da Schirripa (p. 21).

Se questo termine indica, oltre ai farmaci intesi nel senso a noi più familiare, prodotti utilizzati per accrescere possibilità di successo sociale o economico, foglie e aculei di porcospino, frammenti intrisi di sangue sacrificale e cauri; se lo stesso termine dà nome a oggetti che simboleggiano l'unità del lignaggio, sono gelosamente custoditi all'interno del compound e possono essere usati per proteggere coloro che emigrano, riesce in effetti difficile pensare che l'uso di questo unico termine indichi, per la totalità della popolazione wimbun, un significato sovrapponibile a quello che hanno in mente i ricercatori della Angelini, della Glaxo o della Roche.

La questione di quale termine (di quale *lingua*) adottare per nominare oggetti, processi, esperienze, è questione antica e largamente irrisolta, e la polisemia del termine *mceɸ* è solo uno dei problemi.

Malcolm Crick suggeriva di non limitarsi a utilizzare concetti prêt-à-porter (*ready-concept*) come quello di “stregoneria” (*witchcraft*), ipotizzando che la comprensione di questo fenomeno si sarebbe avvantaggiata dalla sua «dissoluzione in un più ampio quadro di riferimento»⁽²⁾; questo principio potrebbe essere egualmente applicato all'esperienza della trance da possessione; e Pool suggerisce qualcosa di analogo per ciò che concerne termini come “farmaco” o “medicina”. Riprendendo Deleuze e Guattari, potremmo aggiungere che ciò che andrebbe realizzato è non sacrificare il molteplice al dominio dell'unico (DELEUZE G. – GUATTARI F. 1980).

Le buone intenzioni epistemologiche tuttavia non bastano, e si potrebbe obiettare che le persone in Africa utilizzano ormai diffusamente il termine “medicine” (o “witchcraft”) quando parlano, ancor più quando parlano con gli antropologi, malgrado molto distingua i “farmaci” tradizionali e quelli della bio-medicina, la loro e la nostra stregoneria, e così via.

La ricerca etnografica non può però rassegnarsi al dogma wittgensteiniano («il significato di una parola è il suo uso nel linguaggio»): la filosofia oxoniense, dopo tutto, non aveva da fare i conti con quello che è il problema dell'antropologia: la traduzione, e questo suggerisce l'utilità di non trascurare il ricorso ai termini e agli orizzonti sociali locali, come fa l'Autore traendo dalle sue ricerche in Ghana e in Etiopia non pochi esempi.

Di un testo del quale sarebbero ancora molte le cose da dire, e che ben si presta a diventare uno strumento prezioso all'interno dei corsi di antropologia medica, voglio

ancora evocare due questioni. Il peso della storia, di quella coloniale, in particolare, deve essere tenuto presente quando si voglia analizzare il confronto *nervoso* e ambivalente delle popolazioni africane con la bio-medicina: il ruolo che quest'ultima ebbe nel corso del dominio coloniale è fondamentale per comprendere anche le derive della medicina tradizionale e le sue contraddizioni, così come i sentimenti che negli anni successivi alle indipendenze animarono i progetti rivolti a *riscoprire* e *valorizzare* le proprie tradizioni culturali.

Si apre qui un territorio infinito di riflessioni, che può arricchirsi indubbiamente del contributo di Gramsci e de Martino sul rapporto fra gruppi subalterni, classi rurali e saperi egemonici, ma non può fare a meno delle riflessioni di Frantz Fanon sulla medicina coloniale: che costituiscono un passaggio obbligato per comprendere il significato di quelle rivendicazioni, di quelle ansie identitarie e di quelle pratiche controverse che ancora riconduciamo confusamente al territorio della medicina tradizionale. Emerge qui anche la dimensione *sintomale* di una storia, nel senso suggerito da Boni (BONI L. 2012)⁽³⁾.

Infine, una riflessione brevissima sulle pagine dedicate alla “nascita di un farmaco”. La descrizione accurata delle ragioni scientifiche, economiche ed epistemologiche, oltre a evocare un laboratorio latouriano, ci rivelano quello che spesso non verrà mai detto di un farmaco immesso sul mercato, se non quando i suoi effetti collaterali obbligheranno a riconoscere il lato oscuro della ricerca. Ma mi nasce spontanea, a questo proposito, una domanda: quali sono i vincoli che possono impedire al ricercatore di dire presso quale industria farmaceutica ha realizzato le sue ricerche?

Note

⁽¹⁾ Si trattava di un guaritore esperto nel trattamento di una sindrome nota come “uccello della notte” (*yaja saza*). Osservazione personale (1988).

⁽²⁾ «Gli studi sulla stregoneria – per non parlare di quelli comparativi – apparirebbero allora un non senso semantico, e il segno della nostra migliore comprensione sarà il progressivo ridursi dell'impiego [di questo concetto]» (cit. in POOL R. 1994: 16, traduzione mia).

⁽³⁾ Per alcuni di questi temi, rinvio alle ricerche che ho realizzato in Camerun (BENEDEUCE R. 2010).

Bibliografia

- AMSELLE Jean-Loup (2001), *Connessioni. Antropologia dell'universalità delle culture*, Bollati Boringhieri, Torino.
- APPADURAI Arjun (1986), a cura di, *The Social Life of Things: Commodities in Cultural Perspective*, Cambridge University Press, Cambridge.
- BENEDEUCE Roberto (2010), *Corpi e saperi indocili. Stregoneria, guarigione e potere in Camerun*, Bollati Boringhieri, Torino.
- BONI Livio (2012), *Avanzare dai margini. Il 25° «Quaderno» come matrice di un post-marxismo gramsciano?*, “Studi culturali”, IX, 2, 2012, pp. 285-312.
- DELEUZE Gilles, GUATTARI Félix (1980), *Capitalisme et schizophrénie. Mille plateaux*, Minuit, Paris.

- DE ROSNY Éric (1981), *Les yeux de la nuit. Sur les pas des maîtres de la nuit*, Paris, Plon.
- DE ROSNY Éric (1996), *La nuit, les yeux ouverts*, Seuil, Paris.
- FEIERMAN Steven (1995), *Healing as Social Criticism in the Time of Colonial Conquest*, "African Studies", 54, 1, 1995, pp. 73-88.
- HUNT Nancy Rose (2016), *The Nervous State. Violence, Remedies and Reveries in Colonial Congo*, Duke University Press, Durham & London.
- LUEDKE Tracy J., WEST Harry G. (a cura di) (2006), *Borders and Healers. Therapeutic Resources in Southeast Africa*, Indiana University Press, Bloomington.
- POOL Robert (1994), *On the Creation and Dissolution of Ethnomedical Systems in the Medical Ethnography of Africa*, "Africa: Journal of the International African Institute", 64, 1, 1994, pp. 1-20.
- REYNOLDS WHYTE Susan - VAN DER GEEST Sjaak - HARDON Anita (2002), *Social Lives of Medicines*, University of Cambridge, Cambridge.
- TONDA Joseph (2001), *Le syndrome du prophète. Médecines africaines et précarités identitaires*, "Cahiers d'études africaines", 161, 2001, pp. 139-162.
- VIVEIROS DE CASTRO Eduardo (2002), *O nativo relativo*, "Mana", 8 (1), 2002.

La politica e la sua materia

Oswaldo Costantini

Centro per le Scienze Religiose – Fondazione Bruno Kessler

Didier FASSIN, *Ripoliticizzare il mondo*, traduzione e cura di Chiara PILOTTO, Ombre Corte, Roma, 2014, 177 pp.

Chiara Pilotto ha tradotto e curato questa raccolta di saggi di Didier Fassin pubblicata da Ombre Corte nel 2014 con il titolo accattivante di “ripoliticizzare il mondo”. Si tratta di articoli già pubblicati, tra il 2004 e il 2014, e rimaneggiati dall'autore che aggiunge una breve introduzione.

Fassin si conferma in questo testo come autore originale che fa del rigore scientifico e l'impegno politico due sue caratteristiche fondamentali ed intrecciate. I lavori contenuti in questa raccolta sono elaborazioni di analisi che da tempo l'Autore francese porta avanti, in esso confluiscono infatti le letture e i temi classici della sua produzione scientifica: da un punto di vista dei fenomeni, le politiche sull'immigrazione e la gestione della povertà urbana in Francia emergono come preminenti, mentre sotto il livello teorico la depoliticizzazione della realtà e la centralità della morale, della vita e del corpo sono il filo conduttore dell'intero testo. Già nella sua presentazione in occasione del primo convegno nazionale della società italiana di antropologia medica – pubblicato nel numero 37 di questa rivista – Fassin evocava la necessità di una antropologia medica che fosse anche antropologia morale e politica (FASSIN 2014: 47): in quell'occasione, riguardo al caso del saturnismo infantile l'autore individuava nel discorso biomedico e mediatico, con la complicità di una antropologia esotizzante, la rimozione delle cause sociali della malattia a favore di una impostazione discorsiva che operava uno slittamento sulla responsabilità individuale e un soggetto da rieducare (ivi: 44). Fassin identificava in questo discorso un postura caratteristica della governamentalità neo-liberale legata all'autonomia del soggetto libero. In questo modo, in maniera non dichiarata, egli riprendeva quella connessione tra la biopolitica e il liberalismo, presente in Foucault ma spesso marginalizzato dai suoi seguaci, che è un elemento centrale dei saggi di “ripoliticizzare il mondo”. Fassin in questa raccolta prova infatti ad inserirsi nella teoria foucaultiana riprendendola nella sua integrità e criticandola allo stesso tempo: il suo tentativo è di andare oltre la biopolitica mostrando anche le forme di resistenza alle riduzioni a mera esistenza biologica.

L'idea di una antropologia che sia morale e politica porta l'autore ad esplorare le complesse forme di gerarchizzazione dei gruppi umani, degli intrecci tra confini simbolici e confini fisici, del trattamento umanitario della sofferenza migrante e della povertà urbana. In questo senso va letto il titolo/slogan “ripoliticizzare il mondo”: produrre un sapere scientifico che affronti la depoliticizzazione dei fenomeni prodotta dal linguaggio dominante nell'era del disincanto nei confronti della politica, tornando ad interrogarsi su cosa è la politica. Fassin si pone sulla scia di quell'approccio degli ultimi decenni la cui idea centrale, ispirata a Marx e Foucault, e ripresa dagli studi femministi e postcoloniali, «è che il politico non sia già presente, ma che sia il prodotto dell'azione umana, che sia ciò che gli uomini e le donne fanno esistere come tale attraverso rapporti di forza e prove di verità. L'immigrazione e la povertà,

il genere e la sessualità, la sofferenza e il trauma non sono di per sé oggetti politici: lo diventano» (p. 11).

L'idea fassiniana è che la prospettiva antropologica possa dare spazio alla dimensione materiale, alla dimensione corporea, poiché la politica si esercita sui e attraverso i corpi. A questo livello si leggono sia le disuguaglianze che le violenze impresse e le norme di condotta iscritte. È proprio la dimensione corporea che l'antropologia, per Fassin, aggiungerebbe alla visione aristotelica della politica che ha come fine la vita e come principio la morale. Ripolitizzare il mondo significa allora «riporre la questione della politica e dei suoi fondamenti: la vita, il corpo, la morale. La politica governa le vite, si manifesta sui corpi, deriva da scelte di natura morale» (p.12). La triade vita-corpo-morale costituisce anche strutturalmente la linea del testo che è infatti diviso in tre sezioni riguardanti i tre aspetti, mantenendo un intreccio non sempre messo in evidenza. La prospettiva delineata di spostare l'attenzione dalle forme della politica, quali i partiti e le istituzioni, alla sua stessa materia, la vita, il corpo, la morale, conduce Fassin a prendere in esame i legami tra governo dei corpi ed ideologie politiche: come già in *Compassion and Repression* (2005), uno dei temi più cari a Fassin è l'analisi di quella economia morale che definisce gli scopi della biopolitica contemporanea con la quale vengono trattati gli "altri indesiderati", i migranti, o le masse della povertà urbana.

Le sue analisi sono volte infatti a dimostrare come le politiche *della* vita e le politiche *sulla* vita siano le due facce di un discorso che media tra la totale accettazione dei migranti e la loro respingibilità attraverso l'idea di *biolegittimità*, definita come il diritto alla vita di esistere in quanto tale. L'esempio dell'asilo è calzante ed è usato dall'autore per spiegare il proprio punto di vista: in Francia (come in Italia) le politiche migratorie sono sempre più restrittive rispetto agli ingressi ed ai permessi di soggiorno, e l'asilo politico non è stato risparmiato da questa dinamica: vari casi di respingimento alla frontiera e di rifiuto delle richieste di asilo si accompagnano ad una diminuzione della percentuale di accettazione delle richieste effettuate; un sesto delle richieste di asilo vengono infatti accettate rispetto al 1974. Tuttavia, in questo contesto, su pressione delle ONG, è stata inserita una clausola che permette di legalizzare gli immigrati non regolari che soffrono di una grave malattia non curabile nel loro paese di origine: la clausola *umanitaria* (vedi anche FASSIN D. 2012). È piuttosto frequente che una persona a cui è stato diniegato l'asilo tenti la strada della regolarizzazione cercando di dimostrare una malattia con il corollario di uno slittamento dalla politica alla compassione. Non si tratta però soltanto di una impostazione dedicata ai richiedenti asilo: in uno dei saggi del libro (l'impero della sofferenza), Fassin esplora come questa dinamica risieda anche dietro le scelte di concessione dei sussidi ai poveri in Francia, mostrando come l'umanitario, e le sue politiche *della* vita, rappresentino oggi una modalità di governo della popolazione che crea specifiche forme di soggettivazione legate alla percezione che gli individui hanno del loro posto nella società:

«quando la donna senza lavoro, abituata a percepire un sussidio o un reddito minimo come diritto e in qualche occasione a scendere in strada per manifestare al fine di difenderlo, quando questa donna deve porsi di fronte allo Stato in un rapporto di obbligo, presentandosi come vittima esibendo le piccole e grandi miserie alle quali il suo corpo è costantemente sottoposto (la fame, il freddo, la malattia), è ragionevole pensare che l'idea che essa ha di sé e del suo rapporto con il mondo sociale ne esca mutata. Quando un richiedente asilo a cui è stata respinta la domanda viene

a sapere che se avesse una malattia da far valere potrebbe ritentare la fortuna e ottenere il titolo di soggiorno tanto desiderato, non come rifugiato politico ma per ragioni umanitarie – a volte anche in nome di disturbi psichiatrici sopraggiunti a causa della sua situazione disperata (questo fa sì che il documento ottenuto assuma un valore terapeutico in sé) – possiamo immaginare che la sua percezione del posto che occupa nella società d'accoglienza non rimanga immutata» (p.86).

Senza togliere forza a questa analisi, Fassin ne avverte tuttavia i rischi sottolineando come, senza una presa in considerazione del ruolo attivo dei soggetti, questa impostazione possa comportare una doppia vittimizzazione: di fronte infatti al tentativo dei dispositivi di potere di riduzione a nuda vita, gli individui reagiscono con forme di resistenza che vanno dalla dissimulazione al silenzio, dalla menzogna alla contestazione.

Nell'ultima parte del testo, dedicata alle economie morali, Fassin amplia questa sua visione della bioleggittimità come mediazione tra la totale accettazione e il totale rifiuto dell'umanità altrà, e sembra riprendere alcune sue argomentazioni sul rapporto tra confini simbolici e confini fisici proposte nel 2011 (Fassin D. 2011). Ripercorrendo la questione degli intollerabili antropologici e della loro relatività, mostra come alla base delle modalità con le quali oggi viene affrontato il rapporto con l'alterità vi sia una complessa gerarchizzazione dei gruppi umani, con un diverso valore delle vite assegnato ai loro appartenenti. Quando si decide che il volo degli aerei Nato possa essere alto al punto che per la salvaguardia dei piloti si renda più ampio il margine di errore nei bombardamenti, si dispiega in questo una precisa idea della differenza di valore tra le vite umane. Riprendendo quindi la lezione foucaultiana del "far vivere" e del "lasciar morire", sottolinea che essa presuppone un principio di differenza tra coloro la cui vita è sacra e le vite sacrificabili e un principio di indifferenza che fa sì che la protezione dei sacrificabili non comporti alcun rischio per gli insacrificabili. Si delinea dunque un nuovo ordine del mondo che riprende la vecchia distinzione etnocentrica tra "noi" e "loro" e ne trae tutte le conseguenze massime: le "nostre" vite non hanno lo stesso valore delle "loro". In questo contesto la figura dello straniero si pone in una situazione liminare e dunque scomoda: viene da fuori ma vive da "noi". Una delle tendenze per risolvere questa ambiguità è stata quella di accordare agli stranieri maggiori diritti sociali, restringendo, allo stesso tempo, il numero di coloro che possono rivendicarli. Si fa di tutto per restringere gli ingressi, compreso impegnarsi per non far inoltrare le richieste di asilo. In questo contesto, gli sforzi vanno tutti nella direzione di tenere gli stranieri nello spazio morale in cui la loro vita è sacrificabile (in paesi dove i diritti umani non sono rispettati) e di evitare che raggiungano la zona in cui la loro vita diventa sacra (si pensi agli accordi Italia-Libia di questa estate): «ciò dimostra l'efficacia simbolica di questa frontiera, il cui superamento permette in fondo di passare da un lato all'altro dell'intollerabile» (p. 143). Tra le due categorie un compromesso è quello del riconoscimento dell'altro tramite il compassionevole riconoscimento della propria nuda vita, la bioleggittimità espressa nel permesso di soggiorno per la "ragione umanitaria".

La mediazione della ragione umanitaria, con la "bioleggittimità" come perno delle politiche della vita, va letta attraverso il concetto di "economia morale", che Fassin rivisita rispetto alla versione originale di Thompson (1969), e ai successivi rimaneggiamenti di James Scott (1981) e Lorraine Daston (1995). Per Fassin l'economia morale è da considerarsi come «la produzione, la ripartizione, la circolazione e l'uso delle emozioni e dei valori, nelle norme e degli obblighi nello spazio sociale» (p. 167). Questa definizione serve all'autore per tracciare il filo rosso che lega la biopolitica

dell'alterità (Fassin D. 2007), che si dispiega nell'umanitario come nuovo governo dei corpi e delle popolazioni, con la ragione economica, mostrando non solo il nesso tra biopolitica ed economia politica, ma anche la sostanza dell'idea di morale come materia della politica. L'autore spiega come, prima del 1974, l'immigrato dalle colonie sia stato un grande volano dell'economia francese del dopoguerra (e questo vale per molti altri paesi europei ed occidentali). In quel contesto l'immigrato era trasformato in puro corpo (Sayad A. 2002). Il corpo dell'immigrato malato era lo scandalo, la crisi (si ricorderà l'analisi di Sayad sull'accusa di "sinistrosi"): il corpo ferito o malato era illegittimo. Dopo il 1974 vi è stata invece una forte restrizione all'immigrazione. Negli anni Novanta e duemila una parziale inversione di tendenza con una categoria amministrativa: la ragione umanitaria. Il corpo malato illegittimo del passato diventa l'unico corpo legittimo nel nuovo regime di frontiera. Non si tratta qui di opporre economie politiche ad economie morali, spiega l'autore, ma di individuare due diverse economie morali: «l'economia morale passa da un regime di sospetto ad un regime di compassione [...]. È sempre in un tempo ed in uno spazio dati che l'economia morale permette di cogliere l'impiego di norme, valori e affetti» (pp. 170-71). Infatti collochiamo la economia morale dell'immigrazione nel più ampio campo del governo dell'umanitario:

«dal sospetto nei confronti della sinistrosi al riconoscimento della ragione umanitaria, vi è stato un cambiamento nell'ordine dei valori: della negazione della sofferenza alla legittimazione attraverso la malattia, da un ferreo utilitarismo che riduce l'immigrato alla sua forza lavoro a un sentimento morale che gli dischiude dei diritti, anche se in circostanze estreme» (p.173).

Alla fine del saggio che chiude il libro è Fassin stesso a rimarcare la centralità di questo concetto giustificata dalla «[...] sua forza critica, che consiste nel ricordarci che, dal momento che si iscrive nei rapporti sociali, la morale è anche una questione politica» (p. 175). Sembra interessante notare come questa categoria consenta a Fassin di chiudere il testo riprendendo il legame non solo tra impegno politico e rigore scientifico, ma anche quello tra biopolitica e ragione economica. Appare infatti chiaro come la categoria di "economia morale" permette all'autore di perseguire l'obiettivo di analizzare le pratiche e il linguaggio dell'umanitario mostrando come in azione vi sia quella che Reid-Henry definisce "geografia morale liberale" (Reid-Henry S. 2013) che riesce in modo fertile a frammentare le questioni politiche in un linguaggio morale e viceversa (ivi: 753). Ciò che non è esplorato sono le estreme conseguenze di questa economia morale e cioè quali sono le connessioni tra la ragione economica neoliberista, anche in termini di bisogni di manodopera, e la biopolitica dell'alterità e la relativa economia morale. In altri termini: se l'immigrato analizzato da Sayad vede la sua riduzione a corpo-lavoro, per soddisfare il bisogno di manodopera nell'Europa del secondo dopoguerra inoltrato, al punto che la sua malattia mette in scacco il suo riconoscimento nella società, la clausola umanitaria risponde solo alla logica individuata da Fassin di mediazione tra la totale accettazione dei migranti e il totale rifiuto? Oppure tali categorie sono volte a produrre soggettività minacciabili che costituiscono un bacino di manodopera docile e ricattabile per l'Europa dell'austerità? E ancora: lo slittamento dal riconoscimento dell'asilo al riconoscimento del corpo malato non ha che vedere anche con la sfiducia nei confronti dei richiedenti asilo spostando non solo lo status dal piano dei diritti e della politica verso quello della compassione, ma anche verso quello delle retoriche sulla meritocrazia? il diritto di asilo, così come quello al lavoro, alla casa, all'assistenza medica, sembrano essere trasformati dall'ideologia dominante in concessioni che il singolo deve "meritare", che sia tramite l'esposizione

del corpo malato, la dimostrazione ossessiva della veridicità dei propri racconti o, in maniera più estrema, attraverso il lavoro volontario come approvato in Italia dal recente decreto Minniti-Orlando? La tesi di Fassin sembra infatti non voler esplorare sino in fondo il legame tra l'umanitario come modalità di governo della popolazione e l'ordine economico in cui esso si inserisce, senza che però costringerci a togliere le sue opere dallo scaffale dei punti di riferimento scientifici e politici nell'epoca buia in cui ci troviamo a scrivere queste righe.

Bibliografia

DASTON Lorraine (1995), *The Moral Economy of Science*, "Osiris", Vol. 10 (*Constructing Knowledge in the History of Science*), pp. 2-24.

FASSIN Didier (2005), *Compassion and Repression, The Moral Economy of Immigration Policies in France*, *Cultural Anthropology*, vol. 20, n. 3 (Aug. 2005: Ethnographies of the Biopolitical), pp. 362-387.

FASSIN Didier (2006), *La biopolitica dell'alterità. Clandestini e discriminazione razziale nel dibattito pubblico in Francia*, pp. 303-322, in QUARANTA Ivo (a cura di), (2006), *Antropologia Medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina, Milano; ed. or.: 2001, *The Biopolitics of Otherness. Undocumented Foreigners and Racial Discrimination in French Public Debate*, "Anthropology Today", 17, 1, pp. 3-17.

FASSIN Didier - RETCHMAN Richard (2009), *The empire of trauma. An inquiry into the condition of victimhood*, Princeton University Press, Princeton-Oxford.

FASSIN Didier (2011), *Policing Borders, Producing Boundaries. The Governmentality of Immigration in Dark Times*, "Annual Review of Anthropology", n. 40, pp. 213-26.

FASSIN Didier (2012), *Humanitarian reason. A moral History of the present*, University of California Press, Berkeley.

FASSIN Didier (2014b), *Cinque tesi per un'antropologia medica critica*, "AM. Rivista della società Italiana di Antropologia Medica", n. 37 (aprile 2014), pp. 33-50.

REID-HENRY Simon (2013), *Review essay: On the politics of our humanitarian present*, "Environment and Planning D: Society and Space", vol. 31, pp. 753-760.

SAYAD Abdelmalek (2002), *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Raffaello Cortina, Milano [ed. or. 1999], *La double absence : des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*, préface de Pierre Bourdieu, Seuil, Paris.

SCOTT James (1981), *I contadini tra sopravvivenza e rivolta*, trad. it. Di S. Miletta, Liguori, Napoli.

THOMPSON Edward Palmer (1969), *Rivoluzione industriale e classe operaia in Inghilterra*, vol. 1, trad. it. Di B. Maffi, Il Saggiatore, Milano.

THOMPSON Edward Palmer (1991), *The Moral Economy Reviewed*, "Customs in Common", The Merlin Press, London.

THOMPSON Edward Palmer (2009), *L'economia morale delle classi popolari inglesi del secolo XVIII*, Altri editori, Milano.

*Una nuova edizione del**De anatome, morsu et effectibus tarantulae di Giorgio Baglivi*

Manuel De Carli

dottorando di ricerca in Musicologia
Université François Rabelais, Tours

Giorgio BAGLIVI, *Della tarantola. Lo studio di un medico nel Salento del XVII secolo*, Edizione, traduzione, note e glossario, a cura di Concetta PENNUTO, con un'introduzione di Andrea CARLINO e una postfazione di Gino Leonardo Di MITRI, Carocci Editore, Roma, 2015, 190 pp.

È stato recentemente restituito da Concetta Pennuto il primo testo critico con traduzione italiana del *De anatome, morsu et effectibus tarantulae* di Giorgio Baglivi. Ad oggi questo testo era leggibile in italiano solo attraverso la traduzione ottocentesca di Raimondo Pellegrini⁽¹⁾. Il volume si apre con un'introduzione di Andrea Carlino e si chiude con uno scritto di Gino L. Di Mitri. L'edizione Pennuto è anche corredata da un *Glossario* contenente le parole chiave e i principali concetti del pensiero medico bagliviano e da una *Nota al testo latino* nella quale si espongono i criteri di edizione e la storia editoriale del testo. La prima versione del *De anatome, morsu et effectibus tarantulae* di Baglivi viene redatta nel 1694 su invito di Jean Jacques Manget, il quale intende inserire la voce *Tarantati* nella sua *Biblioteca medico-pratica*, un'opera enciclopedica su malattie e terapie in quattro tomi, pubblicati tra il 1695 e il 1698 a Ginevra presso Jean-Antoine Choüet e David Ritter. La versione ginevrina del 1694, edita nel 1698, rappresenta un *unicum* nella tradizione del testo⁽²⁾. Baglivi, dopo aver inviato il testo a Manget nel 1695, si affretta a redigere una nuova versione del trattato sulla tarantola, che vede la luce a Roma l'anno seguente per i tipi di Domenico Antonio Ercole. Negli anni successivi alla pubblicazione romana, che si è imposta come versione preferita dall'autore, Baglivi continua a lavorare sul testo con tagli e inserzioni che si riscontrano in due nuove versioni del trattato, pubblicate a Lione nel 1699 e nel 1704. I ritocchi presenti nella versione lionese del 1704 sono ravvisabili in tutte le successive edizioni: tali interventi costituiscono l'ultima parola di Baglivi sul suo testo, ormai diffuso solo nella versione romana. Alla luce di queste ragioni, il testo latino dell'edizione Pennuto è stabilito proprio sulla base della versione romana e le sue tre edizioni pubblicate in vita da Baglivi, senza trascurare i *loci paralleli* del testo ginevrino (pp. 39-40).

Testo cardine della letteratura storica sul tarantismo, il trattato di Baglivi si compone di tredici capitoli, ai quali si aggiungono una dedicatoria al cardinale Girolamo Casanate (1620-1700) e un'epistola *Al lettore*. Seguendo una tendenza assai diffusa tra le precedenti trattazioni sulla tarantola, Baglivi dedica il primo capitolo dell'opera allo studio dell'etimologia del nome del ragno. A tal proposito, l'autore cita Plinio, Avicenna, Ulisse Aldrovandi e Martin Lister. In particolare, nel prosieguo della sua trattazione, egli propone un interessante raffronto tra l'avvelenamento causato dalla tarantola e l'idrofobia, descritta da Celio Aureliano, Pierre Borel, Salmuth e van Helmont figlio.

Al fine di giustificare la presenza e la diffusione di questo fenomeno nella sola Puglia, Baglivi, nel secondo capitolo del *De anatome*, prende in esame la natura e la geografia

dei luoghi in cui vive la tarantola. Egli osserva che la Puglia, essendo una regione situata a Oriente, è soggetta ai venti orientali ed è «bruciata dai raggi infuocati dal sole e i suoi abitanti sono costretti a respirare un'aria che emana come da un forno ardente» (p. 53). A tale costituzione climatica, egli associa la costituzione fisica degli abitanti, che generalmente presentano un temperamento «adusto, con i capelli neri, la pelle di color tendente al bruno e talora pallido, magri, impazienti, iracondi, insonni, dotati di grande acutezza d'ingegno, rapidi nel parlare, prontissimi all'azione» (p. 55). Sempre alla situazione climatica estiva, Baglivi riconduce il comportamento della tarantola, la quale «non sopporta il freddo e si nasconde sotto terra in inverno, stagione in cui non si nutre affatto» (p. 55).

Nel terzo e nel quarto capitolo Baglivi procede con l'esame anatomico e con l'illustrazione dell'apparato riproduttivo del ragno, comparandolo con quello dei molluschi marini. Nei capitoli successivi – il quinto, il sesto e il settimo – l'autore studia i sintomi e le malattie provocate dal morso della tarantola, soffermandosi sull'analisi etologica di questo particolare aracnide. Il ragno di Baglivi è un animale di natura aggressiva, che tende a mordere anche quando non è attaccato e che inocula sempre il suo veleno. Si tratta di una tarantola nociva solo in estate e in Puglia, allorquando il suo veleno, esaltato dai raggi cocenti e dai calori dell'accoppiamento, sprigiona tutta la sua virulenza (pp. 67-69). Coloro i quali sono stati morsi dalla tarantola presentano sempre la medesima successione di sintomi: una puntura simile a quella inflitta da un'ape o una formica; l'apparizione di un livido di colore bluastro, nero o gialliccio; sensazione di dolore o, in alcuni casi, di torpore. Dopo qualche ora dal morso il malcapitato inizia a provare dolore nella regione cardiaca, spossatezza, difficoltà respiratoria, stato di generale prostrazione e impossibilità di rispondere agli stimoli ambientali. A questi sintomi di avvelenamento, Baglivi ne associa altri che paiono derivare da «immaginazione depravata» e che sfociano in quella «melanconia *sui generis*», che tanta fortuna avrà presso la letteratura critica successiva⁽³⁾.

Discutendo di altre malattie che possono presentare sintomi analoghi, Baglivi introduce la distinzione significativa tra tarantismo vero, provocato dal veleno del ragno, e la simulazione dei comportamenti, dei sintomi e dei benefici prodotti dalla musica nei tarantati. Di un simile fenomeno sono protagoniste quelle donne le cui esistenze sono segnate dalla miseria, dalla preclusione dell'amore e dalla disperazione, spesso generate dalla clausura domestica. Ed è tale condizione di afflizione e di frustrazione che induce queste donne a cercare nella musica e nella danza una liberazione temporanea dal giogo della sofferenza: «Si fingono allora tarantate per gioire dell'opportunità della musica offerta ai soli tarantati. Grazie al belletto e alla simulazione si ottengono inoltre il pallore del volto, l'afflizione, la difficoltà di respirazione, il dolore alla regione cardiaca, l'immaginazione depravata e gli altri sintomi del veleno delle tarantole, simulati piuttosto che veri e, poiché questa danza è piacevole soprattutto per le donne, circola tra i nostri l'adagio il *Carnevaletto delle donne*» (p. 79).

Dopo la minuziosa disamina dei sintomi legati al morso della tarantola, nel capitolo ottavo, Baglivi offre la descrizione della cura. Per il trattamento del morso del ragno egli cita i rimedi tradizionali, ampiamente utilizzati dalla farmacopea contro gli

avvelenamenti, come la scarificazione o l'uso di unguenti a base di terre ed estratti vegetali. Rifacendosi alla tradizione degli autori classici, distingue due possibili effetti del veleno: la coagulazione del sangue o, al contrario, la sua liquefazione. Nel caso specifico di avvelenamento provocato dalla tarantola, l'effetto è quello della coagulazione, a causa della natura fredda di questo singolare veleno. Ciò si può spiegare osservando i sintomi costanti dei tarantati: senso di oppressione, difficoltà respiratoria e dolore cardiaco.

Nel capitolo nono Baglivi rivolge l'attenzione a quello che, «come la costante e infallibile esperienza delle nostre regioni dimostra», è «l'antidoto specifico dei tarantati» (p. 89): la musica e la danza. Egli nota che il sudore emesso dal paziente, per mezzo della danza frenetica, ha il merito di sottrarre alla massa sanguigna le particelle virulente. Il moto è la chiave di volta della concezione bagliviana del tarantismo⁽⁴⁾. Infatti, è grazie al movimento che il malcapitato può riacquistare la salute e restare immune per circa un anno dai sintomi di questo male. Purtroppo, però, questa particolare forma di avvelenamento si riattiva l'anno successivo, nel momento in cui il calore estivo ravviva quelle molecole velenose rimaste nel sangue per tutto l'inverno⁽⁵⁾.

Nel decimo capitolo, l'autore si sofferma su alcuni aspetti legati al fenomeno della danza. Innanzitutto, egli precisa che «come le tarantole sono diverse in grandezza, colore e virulenza, così anche i tarantati si eccitano e godono di diverse specie di suoni per ballare secondo la differente specie di tarantola da cui sono stati morsi» (p. 95). Successivamente, Baglivi sembra respingere l'idea che la tarantola balli al suono della musica. La sua danza apparente non è che un moto involontario, riconducibile alla sua complessione fisica e alla combinazione di precisi fattori esterni. Da un lato, il calore estivo, fermentando gli umori della tarantola, la spinge a moti sussultori piuttosto forti; dall'altro, le ondulazioni dell'aria prodotte dagli strumenti musicali colpiscono e muovono il suo corpo flebile (p. 97).

Nel capitolo undicesimo del suo trattato, Baglivi presenta le otto *Aegrorum Historiae*, ovvero i casi clinici di tarantati. A esclusione dei casi clinici quinto e ottavo, rispettivamente dedicati alle virtù antivenefiche della pietra serpentina e al riporto del celebre esperimento di Clarizio-Sangenito narrato da Antonio Bulifon, gli altri rimanenti sono dedicati a due donne della nobiltà leccese e a quattro contadini morsi da tarantole. Uno di questi ultimi casi, quello di Pietro Simeone da Nardò, è tratto dalle *Centum Historiae* di Epifanio Ferdinando. I cinque casi "inediti" restanti, per l'assenza di riferimenti a pratiche di cura diretta, potrebbero essere tratti dalle testimonianze del padre di Baglivi o comunque di altri medici leccesi.

Se nel capitolo dodicesimo Baglivi ripropone alcune precisazioni sulla natura fredda del veleno della tarantola, nel tredicesimo, invece, esamina il ruolo giocato dalla musica nella cura dei tarantati e di altre malattie. Innanzitutto, la musica, mediante il moto velocissimo degli strumenti, imprime un impulso all'aria, che colpisce la pelle dei pazienti, si propaga alle fibre e ai vasi, e, di conseguenza, disintegra le particelle di veleno e scioglie i grumi di sangue. Secondo l'argomentazione di Baglivi, c'è un'altra ragione per cui la musica opera prodigiosamente: essa conduce i pazienti a un rapimento emozionale intimo, profondo, incontenibile. Le onde sonore, colpendo le molecole sanguigne e gli spiriti animali, ovvero i fluidi nervosi dei tarantati, «eccitano in questi diversi affetti, agitandoli ora energicamente al movimento, calmandoli ora nel riposo» (p. 127). Si può constatare come, oltre al tradizionale richiamo alla iatrofisica dei suoni, la proposta di Baglivi contenga *in nuce* i principi fondativi di quella teoria

del potere psichico della musica che, insistendo sull'*ethos*, avrebbe arrecato fortuna alla riflessione musicologica di Rousseau e che avrebbe rivoluzionato la successiva letteratura medica sul tarantismo (p. 183).

La dissertazione sulla tarantola rispecchia una precisa concezione della medicina, che secondo Baglivi si fonda sulla pratica, sull'osservazione e sulle testimonianze raccolte sul campo. D'altronde, la pletera d'informazioni accumulate nel *De anatome*, siano esse provenienti da scienziati o da popolani, rivela quanto tale dissertazione sia stata elaborata dall'autore seguendo un criterio inclusivo, piuttosto che selettivo. Proprio sulla base di tale criterio Baglivi avrebbe introdotto la differenziazione tra il tarantismo vero e la sua simulazione (pp. 20-21). Una simile distinzione, come pure la stessa nozione di *Carnevaletto delle donne*, sono state utilizzate dalla letteratura successiva per confermare la tesi secondo cui il *De anatome* di Baglivi costituisce l'opera inaugurale di un'interpretazione schiettamente medico-scientifica del tarantismo, all'interno della quale si compie l'esautoramento dei suoi contenuti simbolici, culturali e rituali. Non a caso, un rilievo notevole alla questione del *Carnevaletto* si ritrova anche in Ernesto De Martino, il quale la addita come un momento topico nella trattazione bagliviana. Secondo De Martino, proprio in questo punto si sarebbe compiuta la riduzione medica del tarantismo a discapito di una prospettiva culturale più ampia e più articolata, in grado di offrire la dovuta considerazione a credenze, superstizioni e comportamenti rituali sedimentari⁽⁶⁾. In realtà Baglivi non intenderebbe affatto introdurre una distinzione funzionale all'isolamento di un fatto patologico, ascrivibile unicamente agli effetti del veleno sul corpo della vittima. Al contrario, l'intenzione del medico sarebbe quella d'integrare, nella sua *historia* naturale dalla tarantola, un aspetto rilevante per i protagonisti del fenomeno che sta descrivendo, conformemente alle osservazioni e alle testimonianze raccolte (pp. 21-22). In questa prospettiva, la stessa nozione di *Carnevaletto delle donne* – che il medico prende a prestito dal lessico della tradizione popolare pugliese – rivelerebbe in maniera inequivocabile non solo l'attenzione riservata a questa tradizione, ma anche quella sottile e profonda commistione tra cura e teatralità, tra pratica medica e rito collettivo, che sono elementi peculiari del tarantismo che Baglivi intende illustrare.

Come si può vedere, il *De anatome* risulta strettamente connesso con il programma di ricerca delineato da Baglivi nelle altre opere che compongono il *De praxi medica*. Pertanto, l'*observatio nuda*, l'attenzione alla qualità dell'informazione e delle testimonianze raccolte, l'inclusione del maggior numero possibile di particolari e dettagli, apparentemente irrilevanti, ma fondamentali per la storia dei fatti, sono tutti elementi che caratterizzano il progetto bagliviano teso all'affermazione di una medicina fondata strettamente sull'osservazione. Quest'approccio si può ricondurre a una duplice tradizione: da un lato, quella medico-ippocratica, che nel Cinquecento si era sviluppata nella vasta letteratura delle *observationes*; dall'altro, quella naturalistica, che aveva come punto di riferimento sia la filosofia e la storia naturale inglese – specialmente gli scritti di Francis Bacon e Robert Boyle – sia le attività di osservazione e sperimentazione dei *fellows* della Royal Society.

Nella dissertazione sulla tarantola l'eredità dell'ippocratismo è ravvisabile tanto nella scelta di porre l'accento sulla *historia morbi*, quanto nello sforzo di contestualizzare questo fenomeno nello spazio geografico in cui vivono la taranta e i tarantati. In questa prospettiva, Baglivi scorge nel tarantismo non solo un riscontro dell'idea ippocratica del rapporto tra ambiente, corpo e malattia, ma anche la conferma di un legame

stringente tra specifiche condizioni ambientali, specifiche complessioni, specifiche manifestazioni patologiche e specifiche terapie (p. 25).

L'altra componente della *praxis medica* bagliviana è rappresentata dall'empirismo baconiano. La dissertazione sulla tarantola si presenta infatti come la storia naturale di un ragno, il cui morso velenoso produce effetti solo ed esclusivamente in un particolare contesto ambientale e geografico. Le vittime di questo morso possono essere curate attraverso una terapia che non è praticata in altri luoghi né per altre patologie, una terapia attestata da secoli in questa regione, che coinvolge ritualmente le comunità e che – sfidando i tradizionali sistemi esplicativi della medicina razionale – si è dimostrata efficace su di un piano schiettamente empirico (p. 29). A testimonianza di una certa “connivenza progettuale” con i baconiani e la Royal Society, non bisogna dimenticare la volontà dell'autore di apporre *in exergo* al *De anatome* una frase tratta dal *Novum Organum* di Francis Bacon che indica la rotta da seguire nel corso della ricerca scientifica: «Non fingendum aut excogitantum, sed inveniendum quid naturam faciat aut ferat» (p. 44). Non mancano inoltre nel corso del trattato riferimenti espliciti ai lavori di Martin Lister, di Robert Hooke e di Robert Boyle.

In questa prospettiva, il *De anatome* può considerarsi un testo che si colloca nell'intersezione di diverse esperienze medico-scientifiche, tutte segnate dal comune approccio empirico agli oggetti e ai fatti della natura. Un approccio, questo, che oltre alla nuova scienza inglese attraversa anche le raccolte di *observationes* cinquecentesche, la medicina pratica sistematizzata da Manget e la clinica di Sydenham, così come la medicina indigena e le relazioni di viaggio nel Nuovo Mondo, che rappresentano i prodromi di una vera e propria scrittura etnografica. D'altro canto, tra Cinque e Seicento la scrittura medico-scientifica e quella etnografica condividono una serie di elementi dettati direttamente dal carattere documentale proprio dell'approccio empirico e della volontà di comprensione dei fenomeni naturali umani, comune al filosofo naturale, al medico e all'etnografo. Baglivi, scrivendo il *De anatome*, si pone così nell'alveo di questa modalità di rendicontazione, includendo nella sua *historia* la descrizione della tarantola e dei suoi luoghi, i comportamenti dei malati e dei terapeuti, le credenze della comunità e dei testimoni, i sintomi dell'avvelenamento, la terapia musicale, insieme alla spiegazione fisica dell'effetto della musica sulle fibre del tarantato (pp. 30-33). Questi caratteri propri del trattato bagliviano eserciteranno una certa influenza sulla sua fortuna critica nel dibattito biomedico sul tarantismo settecentesco (pp. 173-183). Si pensi alla voce *Tarantismus* della *Nosologia methodica* (1736) di François Boissier de Sauvages de la Croix, medico addottoratosi all'Università di Montpellier. A più di sessant'anni dalla sua morte, e nonostante la “rivoluzione” attuata dalle *Lezioni accademiche* di Francesco Serao, Boissier da Sauvages esordiva nella sua *summa* tassonomica con il riconoscimento del ruolo di prim'ordine ricoperto da Baglivi e da Serao nello studio di questa singolare forma di malattia. Il primo avrebbe accreditato l'eziologia tossicologica, la sintomatologia coreutico-convulsiva e la terapia musicale propagate dall'opinione volgare; il secondo le avrebbe, di fatto, demolite. Successivamente lo stesso Sauvages passava all'esposizione della propria classificazione dei vari tipi di tarantismo, attribuendo un'importanza decisiva al *Tarantismus apulus* Baglivi, distinto in cinque sottovarietà (pp. 173-174). Non mancano riferimenti significativi alla concezione bagliviana del tarantismo anche nella voce *Tarentule* dell'*Encyclopedie* di Denis Diderot e Jean Baptiste d'Alembert. Qui, infatti, la lunga citazione dell'ipotesi di Étienne-François Geoffroy è arricchita con ampi riferimenti a Richar Mead e, non a caso, a Giorgio Baglivi. La figura del medico istriano sarà ricordata in questo

monumento della stampa illuminista soprattutto per ciò che riguarda la duplice natura degli effetti, fisici e psichici, che la musica induce sul corpo umano, fattore che costituisce un segnale evidente del mutamento dei paradigmi biomedici del tarantismo nel XVIII secolo (pp. 182-183).

Nel *De anatome* la ricerca anatomo-fisiologica si fonde con lo studio del ragno e del suo *habitat*, con l'analisi dei comportamenti dei malati, con la descrizione delle interpretazioni tradizionali delle comunità e con l'esposizione delle testimonianze dei singoli protagonisti. Ne viene fuori un testo che si colloca nell'intersezione dei saperi naturalistici, medici ma anche etnografici. L'edizione Pennuto si presenta come uno stimolo a proseguire lo studio di un fenomeno notissimo, ma per molti aspetti sconosciuto, qual è il morso della tarantola. Si tratta di un'operazione scientifica e culturale che non può che fondarsi sull'edizione critica dei testi.

Note

⁽¹⁾ Cfr. BAGLIVI Giorgio (1841). Mirko D. Grmek segnala errori presenti nella traduzione fiorentina del 1841. Cfr. GRMEK M.D (1991:95).

⁽²⁾ Sulle peculiarità del testo ginevrino cfr. PENNUTO C. (2003), *Il De anatome, morsu et effectibus tarantulae di Baglivi: scelte e problemi nell'edizione di un testo secentesco*, in MONTI M.T. (2003), pp. 77-102: 83-84.

⁽³⁾ Cfr. DI MITRI G.L. (2006: 9-12).

⁽⁴⁾ Sul tema del moto nel trattato bagliviano cfr. FANTINI B. (2000), *La tarantola e il moto perpetuo: empirismo e teoria in Giorgio Baglivi*, in AA. VV. (2000), pp. 53-67: 61-62.

⁽⁵⁾ Sul veleno descritto da Baglivi e sulle sue proprietà cfr. PENNUTO C. (2002), *Casi di tarantati studiati dal Baglivi nel '600*, in PEPE R. - FORTUNA M. - BELMONTE G. (2002), pp. 15-39: 21-22.

⁽⁶⁾ Cfr. DE MARTINO E. (1961: 294).

Bibliografia

AA. VV. (2000), *Transe guarigione mito. Antropologia e storia del tarantismo*, Nardò, Besa.

BAGLIVI Giorgio (1841), *Intorno all'anatomia, morso ed effetti della tarantella*, in Id. (1841), *Opere complete medico-pratiche ed anatomiche*, trad. it. e commento di Raimondo Pellegrini, Sansone Coen, Firenze, pp. 679-722.

DE MARTINO Ernesto (1961), *La terra del rimorso. Contributo a una storia religiosa del Sud*, il Saggiatore, Milano.

DI MITRI G. L. (2006), *Storia biomedica del tarantismo nel XVIII secolo*, Leo S. Olschki Editore, Firenze.

GRMEK Mirko D. (1991), *La vita e l'opera di Giorgio Baglivi medico raguseo e leccese (1668-1707)*, in CIMINO Guido - SANZO Ubaldo - SAVA Gabriella (a cura di) (1991), *Il nucleo filosofico della scienza*, Congedo Editore, Galatina, pp. 93-111.

MONTI Maria Teresa (a cura di) (2003), *Antonio Vallisneri. L'edizione del testo scientifico d'età moderna*, Atti del Seminario di studi (Scandiano, 12-13 ottobre 2001), Leo S. Olschki Editore, Firenze.

PEPE Roberto - FORTUNA Michele - BELMONTE Genuario (2002), *Tarante" veleni e guarigioni*, Atti del Convegno Interdisciplinare, Lecce, 31 ottobre 2000, Ideemultimediali, Nardò.

Potere, vecchiaia e resistenza: l'ironica riflessione sulla malattia di una grande antropologa

Alessandro Lupo
professore ordinario di Etnologia
Sapienza Università di Roma

Clara GALLINI *Incidenti di percorso. Antropologia di una malattia*, Nottetempo, Roma, 2016, 286 pp.

Incidenti di percorso. Antropologia di una malattia è l'ultimo libro di Clara Gallini, celebre antropologa, raffinata e originale osservatrice e analista della società contemporanea, che in venti capitoli (raggruppati in tre parti, intitolate *Incidenti*, *Ricordi* e *Percorsi*) descrive ed esamina con acuto senso critico e non comune perspicacia introspettiva la parte discendente della propria parabola esistenziale, raffigurata iconicamente dalla scultura popolare in copertina, con la "scala della vita" lungo cui sono disposte donne «sempre più magre, rugose e inappetibili» (p. 9), nel cui ultimo gradino l'Autrice idealmente si colloca. Un libro almeno anagraficamente senile, dunque, scritto dopo che l'avanzare degli anni e il parallelo cedimento del corpo alla malattia l'hanno costretta a rinunciare al proprio ideale di autodeterminazione, adattandosi a una inusuale condizione di dipendenza – definita icasticamente come il «trovare le cose già fatte dagli altri. Dunque non saperne l'origine» (p. 24) – e al contempo scoprendovi l'occasione positiva per «un radicale ripensamento di se stessi» (p. 14). Ma al contempo un libro di sorprendente e ironica vivacità, nel quale l'antropologa applica con consumata maestria gli strumenti analitici della disciplina per tanti anni praticata sul terreno e nella riflessione scientifica, rivolgendoli contro le retoriche giovanilistiche di una società ove il Potere (declinato su più piani: politico, economico, biomedico...) «valorizza l'Antico, ma sprezza ogni cosa assegnata alla categoria di vecchiume» (p. 26). Attraverso questo esercizio di auto-etnografia, Clara Gallini denuncia l'ipocrisia e la contraddittorietà dell'imperante giovanilismo ideologico e mediatico dei «rottamatori», che nell'esaltare in quanto tale la condizione di chi è fresco di anni e sano di corpo, per converso – e in palese contrasto con l'andamento demografico – condanna allo stigma della marginalità e dell'irrilevanza la schiera crescente di vecchi sempre più longevi, malandati e dipendenti che compone la nostra realtà sociale. E attraverso la propria vicenda, eletta senza alcuna vanità a caso esemplare, mostra i limiti di una sanità spesso incapace di prestare ascolto agli idiosincratici bisogni dei pazienti e di fornire un conforto che vada oltre la mera risoluzione (neppur sempre ottenibile) delle disfunzioni organiche, nonché quelli di un *welfare* insufficiente a supplire ai vuoti creati da un tessuto sociale in graduale arretramento. Ben consapevole della posizione di privilegio derivante dal proprio capitale economico e culturale e al contempo esperta – per annosa pratica etnografica e militanza politica – dei bisogni che spingono tanti appartenenti a regioni del mondo o a classi sociali meno prospere a offrire i propri servizi nell'assistenza di anziani non autosufficienti, l'Autrice dedica pagine di riflessioni penetranti alla propria "badante" latinoamericana (dall'emblematico nome di Abilia), figura di «mediatrice tra uno Stato debole e una famiglia sempre più in crisi di ruoli, ma ancora forte» (p. 257).

Offrendo al lettore la disamina antropologica dello specifico caso di malattia vissuto da un'osservatrice del tutto particolare, le pagine del volume mostrano come il processo inculturativo attraverso cui ogni individuo si sviluppa, acquisendo e continuamente adattando alla propria vicenda esistenziale i modelli culturali e gli *habitus* della società con cui interagisce, sia praticamente senza fine, soprattutto nel caso di un soggetto vigile, curioso e dotato di strumenti analitici e critici per orientarsi nel mondo. In particolare, lo testimoniano con grande efficacia la prima e la terza ed ultima parte, dedicate a illustrare con limpidezza di stile e schiettezza il crudele paradosso di un corpo che, attraverso i tanti "incidenti di percorso", cede pian piano alla vecchiaia, accanto a una mente che resiste intrepida, ostinata, e risponde ai tanti malanni con l'esibizione della propria freschezza e la capacità di scherzare sulle sue stesse *défaillances* (prima fra tutte, la scomparsa della memoria, soprattutto recente, che la lascia «lucida e smemorata», p. 10). Ne emerge con chiarezza quanto possano esser preziosi – per chi è costretto a una faticosa senescenza – una vasta cultura, una curiosità mai esausta e (sia lecito portare un po' d'acqua al mulino della comune casa disciplinare) una lunga pratica antropologica.

Clara Gallini racconta così il suo «viaggio in un corpo malato», che l'ha costretta a confrontarsi innanzitutto con una sempre minore capacità di essere autosufficiente, con la necessità di una rete sociale di sostegno (la famiglia cremasca, la badante peruviana), nonché con un sistema sanitario per alcuni versi encomiabilmente efficace (basti pensare alla delicatezza degli interventi neurochirurgici subiti, che l'hanno lasciata in grado, ultraottantenne reduce da una seria patologia cerebrale, di scrivere questo volume), ma per altri versi sempre più manifestamente inadeguato a farsi carico in modo soddisfacente dei problemi e dei malanni della sterminata popolazione di "utenti" anziani, afflitti da mali cronici, metabolici e degenerativi, per i quali la sola attenzione alla dimensione organica (talora fallimentare, spesso ineluttabilmente inefficace) evidentemente non basta a fornire il sollievo, la consolazione e le motivazioni necessari per "star bene", o quantomeno per sopportare i tanti inconvenienti del proprio incontenibile invecchiamento.

L'attenzione con cui Gallini osserva le proprie traversie le consente descrivere con minuzia e sensibilità lo sdoppiamento che la malattia determina tra la parte del sé che soffre in prima persona – provando diverse forme di dolore (che puntigliosamente vengono distinte in "ferita da stiletto", "copricapo ferreo", "pulsazione dell'occhio" e "pesantezza esterna e gonfiore interno") – e l'altra parte che – quasi da un punto di osservazione esterno – tutto ciò registra e sottopone ad analisi. Analogamente, la ricostruzione attraverso il ricordo di alcune visioni post-operatorie (del tutto realistiche, ma completamente fantastiche, come nel caso dell'immaginaria morte di papa Ratzinger) la induce a proporre un parallelo tra la "dissociazione" che in esse aveva percepito tra «oggetti "veduti" e coscienza che avevo di essi» e lo stato mentale alterato dagli effetti degli anestetici e della chirurgia, fatto di «testa che ronza e testa che osserva e riflette» (p. 41). Pur presentandosi solo per un breve periodo, le visioni un utile insegnamento l'hanno lasciato, consistente in una combinazione di "accettazione e divertimento", che sarà fondamentale per sapersi adeguare alla nuova condizione di precaria salute (p. 45).

E tuttavia non sempre è possibile adattarsi a circostanze caratterizzate dal palese venir meno di ogni capacità comunicativa ed empatica da parte della classe medica. Lo dimostrano in maniera assai efficace le pagine dedicate alla frustrazione per il disinteresse che i medici curanti mostrano per tutto ciò che non rientra nella loro stretta

competenza clinica. Una volta che l'operazione al cervello ha avuto l'esito sperato in termini chirurgici, le insolite visioni che accompagnano la convalescenza non meritano alcuna loro attenzione. Anche l'accidentale lesione al nervo trigemino è motivo di incomprensione: non potendo esso più trasmettere impulsi nervosi, i forti dolori che la paziente pur prova e che le rendono oltremodo penosa la vita quotidiana "non esistono", posto che ne manca la giustificazione neurologica:

«Mi fa sedere su una poltrona dall'alto schienale, mi si avvicina, mi guarda fisso negli occhi e mi afferma in tono imperativo: "Lei non ha dolore". E io, con tono altrettanto deciso: "Ma io ho dolore! Ho dolore!" Il Professore: "È un paradosso!" E io: "Ma ho dolore!" Il professore allora bofonchia una spiegazione: "Il suo trigemino è rotto e non trasmette più. Non ha dolore, crede di averlo. Un paradosso è come quando tagliano una gamba o un braccio. Continua a sentire il dolore. È la sua immaginazione"» (p. 54-55).

Senza l'aiuto degli specialisti, che si occupano di organi e tessuti ma non sanno ascoltare le persone malate (non vi sono preparati, non ne hanno la curiosità), come sopportare e gestire la malattia? Ancora una volta Clara Gallini attinge alla propria solida esperienza di antropologa, che nella sua lunga vita accademica ha studiato approfonditamente tanto i processi di plasmazione culturale dei corpi e le forme eterogenee che la sofferenza e la malattia assumono nel variare dei momenti storici e dei contesti geografici e sociali, quanto i complessi meccanismi con cui i gruppi umani tentano di contrastarle, alleviando la pena, la menomazione e l'esclusione dei malati (dallo studio sull'*argia* a quello sulla categoria diagnostica dello spavento o *assustu* in Sardegna, dalla ricerca sul mesmerismo ottocentesco a quella sui miracoli perseguiti dagli infermi pellegrini a Lourdes). Ecco dunque comparire la felice formula del «corpo interpretante. Dove finisce il fisico e inizia il mentale?» (p. 56), in cui riecheggiano le tante opere con cui la studiosa si è confrontata negli anni e che, pur non venendo esplicitamente menzionate (il libro non ha il taglio di, né pretende essere, un testo accademico), ogni lettore che abbia familiarità con le tematiche dell'antropologia medica e religiosa è in grado di intuire come sotto-testo che ispira molte delle acute riflessioni dell'Autrice (le quali richiamano la *querelle* contro il riduzionismo organicista scaturito dal dualismo cartesiano, nonché le teorie sull'incorporazione e il *mindful body*, di cui il "corpo interpretante" è in fin dei conti una parafrasi).

La capacità di distanziamento propria della ricercatrice sul campo le permette di rivolgere lo sguardo sulla propria persona, sul proprio corpo, i suoi bisogni, lo spazio e le persone circostanti, cogliendo con lucidità sorprendente (sorprendente non perché non le sia consueta, ma perché conservata intatta anche nella malattia) i processi di medicalizzazione cui la sua esistenza è sottoposta, le forme di espropriazione del suo spazio privato e degli oggetti (rimossi, ricollocati, nascosti – come il pericoloso coltello che forse mani premurose sottraggono a immaginati intenti suicidari –, a volte forse gettati via), la necessità (per lei che è sempre vissuta sola, coltivando la propria autonomia e libertà decisionale) di venire a compromessi con il sostegno altrui (delle amate nipoti, premurose verso questa zia piuttosto speciale e certo anche divertente; delle diverse badanti che si succedono nel lungo tempo della graduale ma pur sempre incompleta ripresa).

La lettura del libro mi sembra mostrare con grande efficacia una reazione che alcuni grandi vecchi di questa presente temperie gerontofoba talora mettono in atto, ovvero la capacità di "resistere" alla dissoluzione della integrità, autonomia e dignità della persona. Viene in mente – l'accostamento non suoni provocatorio, per una donna così

convintamente agnostica – la strenua lotta di papa Giovanni Paolo II con il Parkinson, la sua protervia nell'esibire fino all'ultimo il proprio corpo (un tempo così giovane, atletico e metonimicamente annunciatore di un pontificato dinamico e innovativo) nella fase finale del disfacimento. Un messaggio che per il pontefice era chiaramente intriso di ammonimento religioso, sulla futilità dell'effimera carne rispetto all'immortalità dello spirito, sulla dignità dell'Uomo in tutte le sue condizioni, anche le più degradate: una sorta di (indiretta e certo neppur pensata, ma potente e polemica) risposta all'uso che in quegli stessi anni altre figure pubbliche facevano di un corpo palesemente manipolato per celarne la vecchiaia (con ridicoli trapianti di capelli, oscena esibizione di prodezze sessuali – per di più prezzolate – e proclami di aver “sconfitto il cancro”), facendo di questa fittizia perenne giovinezza la condizione e lo specchio del proprio successo.

Alle penose imposizioni della vecchiaia Clara Gallini non può sottrarsi, ma vi si confronta apertamente, opponendo una «caparbia volontà di resistenza», che declina in tutta la complessità dei risvolti, non solo fisici, ma culturali e sociali: «Resistere dovevo al male, e più che al male, a un suo nuovo “senso” che già mi trovavo addosso» (p. 38).

Che non si tratti di una resistenza puramente caratteriale e soggettiva, ma di una lotta dal profondo senso politico, fatta di consapevolezza civile e di spirito antropologicamente critico, lo dimostrano le stesse esplicite dichiarazioni che l'Autrice propone quando afferma: «continuo a ritenere che sul corpo del cosiddetto “paziente” si eserciti una partita di potere e controllo che va oltre ogni idea di “guarigione”, se per “guarigione” si intende il recupero di quel grande bene che ci concerne come persone nella loro completezza: l'autonomia decisionale. Assieme alla salute, è questo l'importante principio da salvaguardare» (p. 34). Non si potrebbe esprimere con maggior chiarezza la critica che innumerevoli pazienti muovono (e che tanti etnografi operanti in contesti sanitari costantemente raccolgono) alla diffusa tendenza degli operatori di quell'ambito a trascurare, limitare e conculcare l'agentività dei pazienti e di coloro che li circondano e sostengono, di fatto compromettendo la relazione terapeutica, depotenziando l'efficacia delle cure e disattendendo lo stesso mandato professionale, che li impegna a operare per il soddisfacimento al diritto di una salute intesa nel suo senso più ampio e nel pieno rispetto della persona umana.

È con la finezza di analisi di chi ha letto Bourdieu e lungamente esercitato la capacità di individuare le poste in gioco soggiacenti alle retoriche impiegate nell'agone sociale, che Gallini disvela la pretestuosità dei ricorrenti richiami all'igiene in tante decisioni prese da altri riguardo al suo organismo e ai suoi oggetti: «quello medico dell'Igiene, come valore, copriva altre realtà di ordine ben diverso, in un rapporto tra potere e dipendenza che aveva per oggetto un corpo sofferente e tendeva a trasformarne la debolezza in privazione di diritti» (p. 33). Non può certo stupire che sia proprio attorno alle categorie di “sporco” e “pulito”, sempre così intrise di valore e variamente utilizzate nelle diverse società per definire i confini dei campi dell'azione umana, che la sensibilità dell'etnologa colga la manipolazione della propria libertà di scelta e di affermazione: «in mezzo ci sta, come posta in gioco, l'autonomia della persona, bene grande ma anche e soprattutto, per gli uni e per l'altra, tappa da raggiungere attraverso resistenze e confronti» (p. 22).

Un intreccio di negoziazioni e di sforzi attorno al corpo malato che, tuttavia, porta inevitabilmente alla luce la dimensione sociale della malattia e della cura. Se le ingerenze di quanti esercitano il proprio potere attorno al paziente ne finiscono inevitabilmente per limitare l'autodeterminazione, ciò non toglie che la possibilità di

apportargli sollievo e restituirgli dignità e agentività passa proprio attraverso l'aiuto altrui. È con la piena consapevolezza della nostra connaturata vocazione di "animali sociali", bramosi forse di autonomia e libertà individuali, ma poi sempre impossibilitati a «pensare l'esistenza di una vita assoluta da ogni altrui presenza» (p. 247), che la vecchia studiosa constata quanto

«l'autonomia delle proprie decisioni [...] è una forza, che richiede la gran capacità di trasformarsi in atto di mediazione tra la tua persona e quella altrui, nello stesso tempo tenendo conto delle tue e delle sue ragioni. Se sei sano, e ancor più se sei malato, ti aiuta ad affrontare ogni situazione e assieme a relazionarti con coloro che ti sono vicini. Ti aiuta a vivere. Da soli è irraggiungibile» (p. 258).

Tra i diversi pregi delle esperienze e delle riflessioni da cui è scaturito questo libro, quello che la stessa Autrice percepisce come il più prezioso consiste nella dimostrazione di quanto la natura relazionale e in perenne divenire della persona permanga e si evolva anche in fasi di crisi come la malattia e l'invecchiamento. Se la persona è un soggetto «la cui "autonomia decisionale" [è] frutto di un processo aperto, rinnovabile sempre nel rapporto con le altre classi di persone» (p. 14), allora è nella relazione con l'altro che fino all'ultimo sarà possibile trovare una possibilità di riorientamento, una speranza di conforto e un orizzonte di senso.

«La matrice di tutti i racconti possibili». L'opera di Giancarlo Baronti sull'ideologia folclorica della morte in Umbria

Giovanni Pizza

professore associato di Antropologia medica e culturale
Università degli studi di Perugia

G. Baronti, *Margini di sicurezza. L'ideologia folclorica della morte in Umbria*, Morlacchi Editore, Perugia, 2016, tre tomi, 1299 pp. (Collana Itaca. Itinerari di antropologia culturale, diretta da Cristina Papa).

*Ma tu vò sapè si come se muria prima
e come se more adè?... Tule e quale!*

Giuseppina C., nata nel 1907, casalinga (p. 38)

«Le cose si svolgono, in verità, come se cultura e società emergessero tra gli esseri viventi come due risposte complementari al problema della morte: la società per impedire all'animale di sapere che è mortale; la cultura, come reazione dell'uomo alla consapevolezza di esserlo»⁽¹⁾.

È questo l'esergo di Claude Lévi-Strauss, pronunciato in una delle sue ultime lezioni al Collège de France, che Giancarlo Baronti ha scelto di apporre a questa sua ponderosa opera in tre volumi. La scelta di Baronti è motivata non solo dall'omaggio indiscusso offerto al grande etnologo francese, scomparso a centouno anni nel 2009. Ma anche dall'evidenza interpretativa che il testo lévi-straussiano evoca: la morte è un tema umano dominante, con il quale prima o poi l'antropologia deve fare i conti, nei suoi plurali percorsi di studio sulle forme di vita sociale e culturale.

Riecheggia, nella consapevolezza di Baronti, il tema che lo storico Carlo Ginzburg affrontò nel suo pregevole studio sui sostrati sciamanici della stregoneria, sull'estasi e il mito del "volo notturno". *Storia notturna* elaborava, in conclusione, una peculiare definizione della morte e della sua esperienza culturale: «Nella partecipazione al mondo dei vivi e a quello dei morti, alla sfera del visibile e a quella dell'invisibile, abbiamo già riconosciuto un tratto distintivo della specie umana. Ciò che si è cercato di analizzare qui non è un racconto tra i tanti, ma la matrice di tutti i racconti possibili»⁽²⁾.

Nella imponente opera di Baronti, la morte, antropologicamente interpretata, si costituisce certamente come una "matrice di tutti i racconti possibili", non solo per la grande ricchezza e varietà delle narrazioni raccolte e interpretate dallo studioso nei tre volumi della sua opera, ma in quanto l'evento di morte si qualifica quale fonte narrativa primaria, origine del racconto, atta a motivare culturalmente azioni e rappresentazioni sociali, scelte e adesioni a paradigmi culturali storicamente stratificati.

Ma cosa vuol dire interpretare «antropologicamente» la morte?

Per rispondere all'interrogativo occorre in primo luogo chiarire che l'antropologia è una scienza sociale che studia in chiave comparativa le differenze culturali e che quindi ha come suo obiettivo ineludibile una lettura critica del senso comune e dei simboli condivisi; in secondo luogo, che in tale prospettiva antropologica la morte cessa di

essere l'evento puntiforme, quel momento finale che la biologia vede come unico e irreversibile (sposandosi qui con un razionalismo ideologico, la cui radice illuministica rimane dubbia e quanto meno contraddittoria), per divenire un evento di passaggio verso altre forme di vita socioculturale: la memoria o la dimenticanza, la nozione di persona diffusa, il rapporto tra esseri umani e animali, la presenza assente del fantasma, le pratiche, le credenze e la fede nella comunicazione vivi-morti, congiunzione così intensa nelle immagini popolari del purgatorio, della cabala, del sogno, del lutto e del lotto, come momenti di dialogo fra discendenti e antenati.

Il dialogo antropologico è un principio ordinatore e un operatore simbolico di momenti strutturali che hanno a che fare con le differenti organizzazioni della vita sociale, inclusa la parentela e la residenza, la discendenza, l'eredità del patrimonio e le strategie di matrimonio, fino alla scelta dei nomi stessi dei propri figli e alla declinazione individuale e collettiva del ciclo della vita. Un immaginario e un sistema di pratiche vastissimo definisce la lettura antropologica della morte e corrisponde a un'ideologia popolare la cui subalternità si qualifica come momento culturale che pure fiorisce all'ombra delle dominanti classificazioni di questa forma elementare dell'evento umano.

Con il potente lavoro di Baronti accade che una così ampia silloge di saperi e pratiche di cultura popolare sia assunta quale tratto di una specifica «ideologia folclorica della morte» in un contesto regionale dell'Italia centrale: l'Umbria.

La Regione Umbria costituisce in effetti un terreno di grande ricchezza storico-tradizionale, per il quale disponiamo, a partire dal 1956, di un'enorme documentazione inedita – per lo più consegnata a importanti lavori di tesi di laurea – avviata nel 1956 da Tullio Seppilli, che proprio in quell'anno fondò l'*Istituto di etnologia e di antropologia culturale* e lo diresse fino all'anno 2000, lasciandoci in quelle tesi, pensate come momenti di approfondimento di più ampie ricerche comparate sulla cultura popolare umbra (e non solo), una documentazione di grande rilievo. Tale documentazione è proseguita fino a oggi grazie al lavoro di Baronti che, da studioso di *Storia delle tradizioni popolari*, ha provveduto ad aggiornare nel tempo anche gli strumenti di raccolta dei dati antropologici, quali temari e questionari specifici, atti a delineare una vera e propria «ideologia folclorica» della morte, come di molti altri argomenti culturalmente rilevanti.

Una notazione: l'aggettivo «folclorica» è volutamente scritto da Baronti con la “c” (folclorica) e non con la “k” (folklorica), come più spesso accade, per evocare, agli occhi del lettore, la legittimazione del termine e del campo di studi, lasciataci in eredità da Antonio Gramsci nei *Quaderni del carcere*⁽³⁾. Era una fase storico politica, quella della pubblicazione dei *Quaderni* (dal 1948 al 1951) che in Italia influenzò, come è noto, l'antropologia culturale e il suo metodo. Una fase che seguiva la seconda guerra mondiale, e che vide una nuova attenzione alla cultura delle classi popolari che, per dirla con Ernesto de Martino, “irrompevano” nella storia come «mondo popolare subalterno».

Baronti attualizza questi studi, li rende a noi contemporanei. La sua opera ha in questo senso un titolo emblematico: *Margini di sicurezza*. Si tratta di una scelta felice e non casuale. D'altronde la familiarità di Baronti, studioso di antropologia, con le tematiche gramsciane, marxiane e foucaultiane è nota. Ora, questo titolo esprime alla mia lettura l'effetto di una scelta precisa e attuale: interpretare alla luce del momento contemporaneo, sia evenemenziale che teorico-metodologico, le grandi suggestioni

che provengono dai saperi e dalle pratiche di cultura popolare rilevate sul campo nella Regione Umbria.

Cosa sono i “margini” e la “sicurezza” oggi? Secondo lo storico italianista David Forgacs, i margini non sono luoghi realmente estranei e lontani, ma piuttosto immagini di confine allontanate e straniare da uno sguardo classificatorio dominante, che è in primis quello dello Stato-Nazione nel suo processo di formazione⁽⁴⁾. Ora se ciò è più evidente per le forme culturali attinte dall'antropologia nel Sud d'Italia – come nell'opera fondativa di Ernesto de Martino *Morte e pianto rituale nel mondo antico*⁽⁵⁾ – analogamente tale marginalità emerge anche dal centro dell'Italia, l'Umbria.

Si tratta dunque di una dimensione di marginalità che esclude la questione dei confini territoriali, e piuttosto investe il problema dei confini simbolici di un certo modo di produzione intellettuale⁽⁶⁾, uno statuto cognitivo e simbolico di specifici saperi popolari, «folclorici», appunto, connessi all'esperienza della vita, anzi “estroflessi” alla vita, per usare un lessico filosofico. Nel nostro caso connessi all'esperienza della perdita, all'indicibile esperienza umana della vita e all'ineffabile mistero della morte.

Ma la specificazione «di sicurezza» sta lì a chiarire la qualità per così dire *politica* di tale modo culturale di stare al mondo: è la vittoria sull'incertezza, sul disagio, il superamento di quella che de Martino concepiva come «crisi della presenza», o di quel lavoro culturale definito come «trionfo sulla morte» (e non “della morte”), da Alfonso Maria di Nola, altro grande storico delle religioni e antropologo italiano che ci ha lasciato due ampi volumi sul tema, il primo appunto intitolato con un passivo che invece allude a una grande capacità di agire della cultura popolare⁽⁷⁾.

«Margini di sicurezza», dunque, è la chiave interpretativa che – nelle forme che ho provato a sintetizzare – inquadra le grandi ricchezze culturali popolari sul tema funebre, di cui l'Umbria ha lasciato testimonianza, nella cornice contemporanea dell'incertezza e della necropolitica, cioè alla luce, talora alla oscurità, delle scelte governamentali di morte di chi controlla moltitudini di persone. Scelte che in questa drammatica e apocalittica scena mondiale attuale appaiono portatrici di una insicurezza che quei margini intende limitare, ridurre al minimo, se non dissolvere: un vero e proprio attacco contro ciò che Baronti invece salva come il «lavoro della cultura» che contraddistingue la specie umana e che costantemente emerge da ogni dato rilevato dall'antropologo inerente il tema della morte nella ideologia folclorica.

In effetti è proprio questo l'obiettivo antropologico: collocarsi al punto prossimo all'esperienza concreta di persone in carne e ossa, attingere con umiltà metodologica il sapere che emerge dalla loro vita e rispettarlo studiandolo, per poi proiettarlo in dibattiti solo apparentemente lontani da tali conoscenze “locali”. Dibattiti nazionali e internazionali che non investono soltanto i destini di una disciplina come la demotnoantropologia, ma che riguardano tutti gli esseri umani che vivono in società. E su questo punto l'antropologia e la storia della morte si sono da sempre incontrate, alleate. Come ha scritto il grande storico Alberto Tenenti nella postfazione alla nuova edizione del suo libro *Il senso della morte e l'amore della vita nel Rinascimento*⁽⁸⁾: «Occorre [...] sviluppare sempre più fortemente la coscienza che qualsiasi aspetto – rituale, funerario, mentale – del senso della morte fa parte della vita sociale, politico-economica e culturale concreta».

In definitiva, questi tre volumi di Baronti sono un vero e proprio antidoto contro molti mali del nostro tempo, e in sintesi lo sono contro il cinismo: un anti-sentimento che, nelle scienze sociali, talora si traveste da metodologia di freddezza oggettivante,

di finta neutralità, dissimulando solo malamente la sua vera natura di indifferenza e di anti-riconoscimento, oggi rivalutata nel senso comune, nel dilagante “cattivismo” conformistico contemporaneo. Le voci restituite da Baronti al dialogo comune sono feconde. Ogni pagina di quest’opera ci insegna che occorre tornare ad essere umani. Anche se essere umani ha sempre un costo. Il costo primario è proprio il modo che le società hanno (scelgono) per trattare culturalmente i defunti. I morti non sono un problema di smaltimento di rifiuti. Perciò la Shoah fu il male assoluto. I morti convocano intorno ad essi la forma più alta di lavoro culturale, quella supremamente votata alla continuità della specie. Che se ne parli o non se ne parli, essi restano come monito per l’educazione delle generazioni all’amore per l’altro, alla condivisione intersoggettiva, al permanere della speranza nella riproduzione di tempi e spazi plurali che guardino al futuro.

Nelle righe poste in calce a questo scritto, affido all’indice ricchissimo dei tre volumi la sequenza degli argomenti e l’ironia creativa dei titoli di capitoli e paragrafi che Baronti è in grado di utilizzare, svelando la natura dialogica dell’ironia, una delle poche forme espressive, forse insieme al sarcasmo e alla poesia, in grado di evocare la potenza generativa della cultura.

Ma prima di passare all’indice vorrei ricordare il grande insegnamento di antropologia della morte che ci viene da un grande maestro, Alfonso Maria di Nola. Oltre a quello dei suoi ultimi importanti lavori, sopra citati, sui quali Baronti discute, c’è un di Nola meno noto, un giovane ventenne, poeta-antropologo, che in un libro dimenticato del 1950, concludeva una sequenza di brevi componimenti poetici con il canto di una generazione perduta, la generazione della seconda guerra mondiale.

È una poesia dal titolo *I morti di tutti i popoli*, che ridà antropologicamente la voce a coloro che, alla rinascita del dopoguerra, erano assenti e perciò presenti, nel rapporto incessante tra visibile e invisibile, un dialogo che ancora alimenta la matrice di ogni voce possibile.

L’odio si è spento per sempre
Sogniamo gli stessi sogni,
piangiamo le stesse lacrime.
Amatevi,
che l’ombra di qui
è terribile⁽⁹⁾.

Indice dell’opera:

Tomo I:

1. Premesse: 1.1 Affinità elettive / 1.2 Scheletri nell’armadio / 1.3 L’antropologia della morte in Italia: piante e rimpianti / 1.4 Ricordi di vita e di morte / 1.5 Nani (pochi) sulle spalle di giganti
2. La morte domestica: 2.1 Il male comune
3. Precognizioni, presagi, premonizioni, presentimenti, preannunci, previsioni, pronostici...: 3.1 Antropocentrismo / 3.2 Uccelli (e altri animali) del malaugurio: 3.2.1 Messaggero di morte / 3.2.2 Galline: scompigli tassonomici / 3.2.3 L’amico dell’uomo / 3.3 L’assidua vigilanza dei santi: 3.3.1 Sant’Orsola e tutta la compagnia / 3.3.2 La solerzia di san Pasquale / 3.3.3 *La morte sta anniscosta in ne l’orloggi* / 3.4 Il linguaggio dei sogni / 3.5 Combinazioni esiziali

4. L'agonia come istituto culturale: 4.1 Il linguaggio delle mani / 4.2 Compagni di viaggio / 4.3 Estremi bagliori / 4.4 L'agonia come evento pubblico / 4.5 Devozioni finali / 4.6. Anche morire è un lavoro / 4.7 Duri a morire
5. La casa del morto: 5.1 Donne e uomini: a ciascuno il suo / 5.2 Per chi suona la campana? / 5.3 Lavori domestici / 5.4 La finestra sull'aldilà / 5.5 La forma dell'anima / 5.6 Noi non possiamo entrare: 5.6.1 Donne e bambini / 5.6.2 Animali e uomini
6. La proliferazione dei morti: 6.1 Vuoto a perdere / 6.2 Lavori culturali in corso: 6.2.1 *Les laveuses* / 6.2.2 *Chi more secca chi resta si rinfresca* / 6.2.3 L'ultima comparsa / 6.2.4 Quando l'abito deve fare il monaco / 6.2.5 *Argent de poche* / 6.2.6 Metafisici caselli di pedaggio / 6.2.7 *Do ut des* / 6.2.8 Bagaglio a mano

Tomo II:

7. Partir bisogna: 7.1 Le scarpe: un dilemma escatologico / 7.2 La stanza del morto / 7.3 Il letto del morto / 7.4 Fermi tutti / 7.5 *Chi more se sottora chi vive se ristora* / 7.6 *Pulvis es* / 7.7 Una nottata che non passa mai
8. Il funerale: trasporto e accompagnamento: 8.1 Il trasporto / 8.2 L'accompagnamento / 8.3 Il congedo / 8.4 Attenti alla croce / 8.5 Sensi unici / 8.6 *Sturm und Wind* / 8.7 *Sit tibi terra* / 8.8 Di cosa parliamo quando parliamo di pianto / 8.9 Il linguaggio del dolore / 8.10 Le conseguenze del dolore
9. La decantazione della morte: 9.1 Inerzie rituali / 9.2 Sommessi motori pulsano nella notte / 9.3 la bonfinita / 9.4 La legge è uguale per tutti / 9.5 *Nessun dorma!* / 9.6 Divieto di circolazione

Tomo III:

10. Il lutto: obblighi sociali e disposizioni individuali: 10.1 Lutti di classe: 10.1.1 Meticolose etichette e sontuosi apparati / 10.1.2 Una romantica religione della memoria / 10.1.3 La pronta, esibita e compatta mobilitazione della parentela / 10.2 *Ma l lutto quella volta era proprio na cosa seria* / 10.3. Fine lutto: mai
11. La presenza dei morti: 11.1 Non disturbare! / 11.2 *En rêve venants* / 11.3 Tempi supplementari / 11.4 Arresti domiciliari / 11.5 Dimmi chi sei / 11.6 Bagno maria / 11.7 *Todos caballeros* / 11.8 *Revenants* / 11.9 Clandestini nella notte: ombre e paure / 11.10 *De profundis* / 11.11 Incubi e folletti / 11.12 Anime sante / 11.12.1 Appendice: testi di canti di questua
12. Ritorno ai morti: ritorno dei morti: 12.1 *Fiant lucas* / 12.2 *Bed and breakfast* / 12.3 La carità dei morti: 12.3.1 Appendice: testi popolari del *Dies irae* / 12.4 L'eredità dei morti / 12.5 Le fave dei morti: 12.5.1 Cibo dei santi e cibo dei morti / 12.5.2 Cibo dei morti, cibo dei vivi
13. Bibliografia
14. Dossier di ricerca

Note

(1) Claude Lévi-Strauss, *Parole date. Le lezioni al Collège de France e all'École pratique des hautes études (1951-1982)*, Einaudi, Torino, 1992, p. 22.

(2) Carlo Ginzburg, *Storia notturna. Una decifrazione del sabba*, Einaudi, Torino, 1989, p. 289.

(3) Einaudi, Torino, 1975, 4 volumi.

(4) Margini d'Italia. *L'esclusione sociale dall'Unità a oggi*, Laterza, Roma-Bari, 2014.

(5) Einaudi, Torino, 1958.

(6) Giovanni Pizza, *Margini*, in "Antropologia Museale", anno 13, n. 37/39, pp. 105-109.

(7) Alfonso M. di Nola, *La morte trionfata. Antropologia del lutto*, Newton Compton, Roma, 1995.

(8) Einaudi, Torino, 1957, nuova edizione 1989, *Postfazione*, p. 504.

(9) Alfonso M. di Nola, *Autunno del mondo*, Guanda, Parma, 1950, p. 87.

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 [oltrech , 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   detto, tra virgolette caporali – possono essere mantenute nella lingua originale, fornendone in questo caso, almeno in nota, la traduzione italiana. Ove la citazione sia mantenuta nella lingua originale, la sua collocazione tra virgolette caporali esime dall'uso del corsivo.
- Le note, complessivamente precedute dall'indicazione *Note* e numerate in progressione, vanno fornite a fine testo (e non a pie' di pagina), prima dei *Riferimenti bibliografici* o di una vera e propria *Bibliografia*. I numeri d'ordine delle singole note, e gli stessi rimandi alle note nel testo dell'articolo, vanno posti in apice, in corpo minore, tra parentesi tonde (esempio: ⁽³⁾).

Normativa per i rinvii bibliografici nel testo e nelle note

- Nei richiami collocati nel testo oppure in nota con funzione di rinvio ai *Riferimenti bibliografici* o ad una vera e propria autonoma *Bibliografia*, si richiede che gli Autori adottino le convenzioni qui di seguito indicate.
- Fra parentesi tonde vanno inseriti cognome (maiuscoletto) e nome (puntato) dell'autore o curatore, la data di pubblicazione dell'opera e, nel caso di citazioni o riferimenti specifici, il numero della/e pagina/e preceduto dal segno grafico dei due punti e da uno spazio. Esempi: (DE MARTINO E. 1961) (DE MARTINO E. 1961: 18) (DE MARTINO E. 1961: 18-22).

- Per richiami relativi a più opere del medesimo autore pubblicate in anni diversi: (DE MARTINO E. 1949, 1950). Per richiami relativi a più opere del medesimo autore pubblicate nel medesimo anno: (DE MARTINO E. 1948a, 1948b).
- Per richiami ad opere pubblicate in più edizioni: l'anno dell'edizione utilizzata seguito, tra parentesi quadra, dall'anno della prima edizione (DE MARTINO E. 1973 [1948]). Per richiami ad opere pubblicate in traduzione: l'anno dell'edizione utilizzata (tradotta) seguito, tra parentesi quadra, dall'anno dell'edizione originale (NATHAN T. 1990 [1986]).
- Per richiami relativi ad opere di più autori: (GOOD B. - DELVECCHIO GOOD M.-J. 1993). Nel caso di più di tre autori, nel richiamo può essere indicato solo il primo autore seguito da *et al.* (CORIN E.E. *et al.*), mentre nei *Riferimenti bibliografici* e nella *Bibliografia* devono tutti comparire.
- Per richiami relativi a differenti opere di differenti autori: (DE NINO A. 1891; PITRÈ G. 1896; ZANETTI Z. 1892).
- Per richiami relativi ad opere predisposte da un curatore: (DE MARTINO E. cur. 1962). Da più curatori: (LANTERNARI V. - CIMINELLI M. L. curr. 1998).

Normativa per la costruzione e l'ordinamento delle informazioni nella bibliografia

- Nella costruzione dei *Riferimenti bibliografici* cui si rinvia dal testo del contributo o anche da una sua nota, si richiede che gli Autori forniscano almeno le informazioni previste dalla esemplificazione qui di seguito proposta.
 - Libri
 - DE MARTINO Ernesto (1948), *Il mondo magico*, Einaudi, Torino.
 - DE MARTINO Ernesto (1973 [1948]), *Il mondo magico*, III ediz., introduzione di Cesare CASES, Boringhieri, Torino [I ediz.: Einaudi, Torino, 1948].
 - DE NINO Antonio (1879-1897), *Usi e costumi abruzzesi*, 6 voll., Barbera, Firenze.
 - DE NINO Antonio (1891), *Usi e costumi abruzzesi*, 6 voll., vol. V. *Malattie e rimedii*, Barbera, Firenze.
 - DE NINO Antonio (1965 [1879-1897]), *Usi e costumi abruzzesi*, ristampa anastatica della I ediz., 6 voll., Leo S. Olschki Editore, Firenze [I ediz.: Barbera, Firenze, 1879-1897].
 - NATHAN Tobie (1990 [1986]), *La follia degli altri. Saggi di etnopsichiatria*, traduz. dal francese e cura di Mariella PANDOLFI, Ponte alle Grazie, s.l. [ediz. orig.: *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*, Dunod, Paris, 1986].
 - FRIGESSI CASTELNUOVO Delia - RISSO Michele (1982), *A mezza parete. Emigrazione, nostalgia, malattia mentale*, Einaudi, Torino.
 - CORIN Ellen E. - BIBEAU Gilles - MARTIN Jean-Claude - LAPLANTE Robert (1990), *Comprendre pour soigner autrement. Repère pour régionaliser les services de santé mentale*, Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal.
 - BASTANZI Giambattista (1888), *Le superstizioni delle Alpi Venete*, con una lettera aperta al prof. Paolo Mantegazza, Tipografia Luigi Zoppelli, Treviso / in particolare: *Superstizioni agricole*, pp. 141-146; *Superstizioni mediche (Superstizioni relative ai rimedii alle malattie e alle virtù curative di certe persone)*, pp. 163-189.

□ Opere collettive

- DE MARTINO Ernesto (curatore) (1962), *Magia e civiltà*, Garzanti, Milano.
- GALLI Pier Francesco (curatore) (1973), *Psicoterapia e scienze umane. Atti dell'VIII Congresso internazionale di psicoterapia (Milano, 25-29 agosto 1970)*, Feltrinelli, Milano.
- *Enciclopedia delle religioni* (1970-1976), 6 voll., Vallecchi, Firenze.
- MAUSS Marcel (1965 [1950]), *Teoria generale della magia e altri saggi*, avvertenza di Georges GURVITCH, introduzione di Claude LÉVI-STRAUSS (*Introduzione all'opera di Marcel Mauss*), traduz. dal francese di Franco ZANNINO, presentazione dell'edizione italiana di Ernesto DE MARTINO, Einaudi, Torino.

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

- GOOD Byron - DELVECCHIO GOOD Mary-Jo (1981), *The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice*, pp. 165-196, in EISENBERG Leon - KLEINMAN Arthur (curatori), *The relevance of social science for medicine*, Reidel Publishing Company, Dordrecht.
- BELLUCCI Giuseppe (1912), *Sugli amuleti*, pp. 121-127, in SOCIETÀ DI ETNOGRAFIA ITALIANA, *Atti del Primo congresso di etnografia italiana. Roma, 19-24 ottobre 1911*, Unione Tipografica Cooperativa, Perugia.
- DI NOLA Alfonso M. (1972), *Malattia e guarigione*, coll. 2-15, 2 tavv. f.t., in *Enciclopedia delle religioni*, 6 voll., vol. IV, Vallecchi, Firenze.
- TAMBIAH Stanley Jeyaraja (1985), *A Thai cult of healing through meditation*, pp. 87-122, in TAMBIAH Stanley Jeyaraja, *Culture, thought, and social action. An anthropological perspective*, Harvard University Press, Cambridge (Massachusetts) - London [ediz. orig. del saggio: *The cosmological and performative significance of a Thai cult of healing through meditation*, "Culture, Medicine and Psychiatry", vol. I, 1977, pp. 97-132].

□ Opere collettive in periodici

- LÜTZENKIRCHEN Guglielmo (curatore) (1991), *Psichiatria, magia, medicina popolare. Atti del Convegno (Ferentino, 14-16 novembre 1991). Sezione demo-antropologica. I*, "Storia e Medicina Popolare", vol. IX, fasc. 2-3, maggio-dicembre 1991, pp. 58-213.

□ Contributi individuali entro opere collettive in periodici

- PRINCE 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./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./fax: (+39)075/41508e(+39)075/5840814

e-mail: fondazionecelli@antropologiamedica.it

sito web: www.antropologiamedica.it

partita IVA: 01778080547

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:

Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute

ex Monastero di Santa Caterina Vecchia

strada Ponte d'Oddi, 13

06125 Perugia (Italia)

tel./fax: (+39)075/41508e(+39)075/5840814

e-mail: fondazionecelli@antropologiamedica.it

sito web: www.antropologiamedica.it

partita IVA: 01778080547



Stampato dallo Stabilimento Tipografico «Pliniana»
Viale F. Nardi, 12 – 06016 Selci-Lama (PG)
www.pliniana.it

