

AMM



54 / dicembre 2022

RIVISTA DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI ANTROPOLOGIA MEDICA
FONDATA DA TULLIO SEPELLI



In copertina

1961: Ernesto de Martino (1908-1965) alla presentazione del suo libro *La terra del rimorso. Contributo a una storia religiosa del Sud*, Il Saggiatore, Milano 1961.



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

AM

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

Fondata da / Founded by
Tullio Seppilli

Biannual open access peer-reviewed online Journal

54

dicembre 2022
December 2022



Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute) – Perugia

Direttore

Giovanni Pizza, Università di Perugia

Comitato di redazione

Roberto Beneduce, Università di Torino / Donatella Cozzi, vicepresidente della SIAM, Università di Udine / Fabio Dei, Università di Pisa / Lavinia D'Errico, Università di Napoli "Suor Orsola Benincasa" / Erica Eugeni, studiosa indipendente, Roma / Corinna Sabrina Guerzoni, Alma Mater Studiorum Università di Bologna / Fabrizio Loce-Mandes, Università di Perugia / Alessandro Lupo, Sapienza Università di Roma, presidente della SIAM / Massimiliano Minelli, Università di Perugia / Chiara Moretti, Università di Bologna / Giulia Nistri, Università di Perugia / Cristina Papa, presidente della Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute), Perugia / Elisa Pasquarelli, studiosa indipendente, Perugia / Francesca Pistone, studiosa indipendente, Roma / Ivo Quaranta, Alma Mater Studiorum Università di Bologna / Andrea F. Ravenda, Università di Torino / Elisa Rondini, Università di Perugia / Pino Schirripa, vicepresidente della SIAM, Sapienza Università di Roma / Nicoletta Sciarrino, Università di Torino / Alberto Simonetti, studioso indipendente, Perugia / Simona Taliani, Università di Torino / Eugenio Zito, Università di Napoli "Federico II"

Comitato scientifico

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

Comitato tecnico

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

Editor in chief

Giovanni Pizza, Università di Perugia, Italy

Editorial Board

Roberto Beneduce, Università di Torino, Italy / Donatella Cozzi, vicepresidente of the SIAM, Università di Udine, Italy / Fabio Dei, Università di Pisa, Italy / Lavinia D'Errico, Università di Napoli "Suor Orsola Benincasa", Italy / Erica Eugeni, independent scholar, Italy / Corinna Sabrina Guerzoni, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Italy / Fabrizio Loce-Mandes, Università di Perugia, Italy / Alessandro Lupo, Sapienza Università di Roma, president of the SIAM, Italy / Massimiliano Minelli, Università di Perugia, Italy / Chiara Moretti, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Italy / Giulia Nistri, Università di Perugia, Italy / Cristina Papa, president of the Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute), Perugia, Italy / Elisa Pasquarelli, independent scholar, Perugia, Italy / Francesca Pistone, independent scholar, Roma, Italy / Ivo Quaranta, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Italy / Andrea F. Ravenda, Università di Torino, Italy / Elisa Rondini, Università di Perugia, Italy / Pino Schirripa, vicepresidente of the SIAM, Sapienza Università di Roma, Italy / Nicoletta Sciarrino, Università di Torino, Italy / Alberto Simonetti, independent scholar, Perugia, Italy / Simona Taliani, Università di Torino, Italy / Eugenio Zito, Università di Napoli "Federico II", Italy

Advisory Board

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

Technical Board

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

AM

Rivista della Società italiana di antropologia medica
fondata da Tullio Seppilli

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

Indice Contents



n. 54, dicembre 2022

n. 54, December 2022

Editoriale

- 9 Giovanni Pizza
AM 54 e il ritorno della sezione monografica
AM 54 and the Return of the Monographic Section

Sezione monografica

- 11 Roberto Beneduce, Giovanni Pizza
“1961 (e dintorni)”: un tempo-cerniera.
Premessa alla sezione monografica
“1961 (and surroundings)”: a time-hinge.
Introduction to the monographic section
- 21 Roberto Beneduce
Frantz Fanon: curare la Storia, disalienare il futuro
Frantz Fanon. Healing History;
Disalienating the Future
- 71 Didier Fassin
L’Histoire de la folie et ses doubles
History of Madness and Its Doubles
- 87 Giovanni Pizza
La formula strutturale dell’équipe.
La terra del rimorso oggi e il metodo etnografico di
Ernesto de Martino
The Structural Formula of the Team.
The Land of Remorse Today and Ernesto de Martino’s
Ethnographic Methodology
- 111 Massimiliano Minelli
Asylum 61. Follia, istituzioni, scritture
Asylum 61. Madness, Institutions, Writings
- 145 Pino Schirripa
La grande festa e i Movimenti religiosi,
una prospettiva materialista nell’antropologia religiosa
The Great Feast and The Religion of the Oppressed,
a Materialist Perspective in the Anthropology of
Religions

Saggi

- 163 Chiara Moretti
Persona, corpo e malattia.
Il contributo dell’antropologia medica allo sviluppo
di una medicina critica e autoriflessiva
The Individual, the Body and the Disease.
The Contribution of Medical Anthropology
to the Development of a Critical and Self-Reflexive
Medicine

- Saggi* 179 Rita Finco, Raúl Zecca Castel
*Il dispositivo etnoclinico del Centro Fo.R.Me.
 Tra storia, teoria e metodo
 The Ethnoclinical Device at Centro Fo.R.Me.
 Between History, Theory and Method*
- Ricerche* 207 Ylenia Baldanza, Marco Bacchella
*Traiettorie di genere. Legittimazione dell'identità trans
 tra istituzione biomedica e autocura
 Gender Trajectories. Legitimation of Trans Identity
 between Biomedical Institution and
 Self-Medication*
- 241 Daniela Crocetti, Laura Palareti
*"Why is it that, more often than not, docs and nurses
 haven't even heard of us?".
 Women and Bleeding Disorders in Italy
 "Perché, il più delle volte, i medici e gli infermieri
 non hanno nemmeno sentito parlare di noi?".
 Donne e malattie emorragiche in Italia*
- 271 Federico Divino
*Alcune note sulla concezione di corpo e di malattia
 nella medicina buddhista
 Some Notes on the Conception of Body and 'Disease'
 in Buddhist Medicine*
- Note, interventi,
 rassegne* 299 Donatella Cozzi
*«Trasumanar e organizzar».
 Sulla Nascita ed evoluzione di una psichiatria
 di comunità in Umbria di Francesco Scotti
 «Trasumanar e organizzar». Birth and Evolution of a
 Community Psychiatry in Umbria by Francesco Scotti*
- 327 Fabio Dei
*Etnografie pandemiche
 Pandemic Ethnographies*
- Recensioni* Francesco Diodati, *La demenza e l'imperativo
 della prevenzione / Dementia and the Imperative
 of Prevention* [Annette Leibing, Silke Schicktanz
 (a cura di), *Preventing Dementia? Critical Perspectives
 on a New Paradigm of Preparing for Old Age*],
 p. 345 • Corinna S. Guerzoni, *Part(or)ire altrove / Give
 Birth Elsewhere* [Chiara Quagliariello, *L'isola dove
 non si nasce. Lampedusa tra esperienze procreative,
 genere e migrazioni*], p. 353 • Giovanni Pizza, *Di là
 dal corpo / Beyond the Body* [Sara Cassandra,
*La solitudine del cruciverba incompiuto. Storie
 di tranelli linguistici e disturbi psicosemantici*],
 p. 358 • Giovanni Pizza, *Politica, poesia e
 pandemia / Politics, Poetry and the Pandemic*
 [Gabriele Frasca, *Lettere a Valentinov*], p. 363 •
 Viviana L. Toro Matuk, *Struttura biopolitica e
 paradigma immunitario / Biopolitical Structure and
 Immune Paradigm* [Roberto Esposito, *Immunità
 comune. Biopolitica all'epoca della pandemia*], p. 370.

Editoriale

AM 54 e il ritorno della sezione monografica

Giovanni Pizza

Università di Perugia

[giovanni.pizza@unipg.it]

Care Lettrici e Cari Lettori,

con questo numero 54 di AM torniamo alle sezioni monografiche. Per la cura di Roberto Beneduce e mia ne produciamo una che celebra l'anno 1961.

Si vuole così ricordare un periodo importante che, a cavallo tra gli anni Cinquanta e i Sessanta del secolo scorso, ha visto il declino del colonialismo e l'avvio, fin da subito intenso, del fenomeno postcoloniale e decoloniale.

Il discorso "postcoloniale" ci sembra fondamentale anche per l'antropologia medica. Esso cerca di andare ben oltre la Grande Separazione della salute, quel *Great Divide* tra l'Occidente e gli Altri che a lungo aveva caratterizzato anche tale branca di studi (che, per esempio, in precedenza non teneva conto delle ineguaglianze). Si cominciano a decostruire tematiche e relazioni importanti, tra le quali malessere, potere, identità. In antropologia medica è il tema del corpo e della follia ad essere esplorato attraverso lo studio di altre culture e/o di dislivelli interni alla cultura occidentale nel tempo e nello spazio, cioè sia nella profondità storica sia nel comparativismo geografico.

In tale quadro generale, abbiamo chiesto una riflessione a studiosi e ricercatori esperti, italiani e no, per rievocare quel periodo e le sue promesse. Tutti lo hanno interrogato alla luce del presente.

AM, però, non finisce qui.

Vi è una sezione non monografica con due saggi, di cui uno complementare a uno scritto che apparirà nel numero successivo, tre ricerche, due

note (una sul nostro fondatore e il suo amore per le questioni della salute mentale e un'altra sull'antropologia della pandemia da Covid-19) e infine cinque recensioni.

Questo è quanto siamo riusciti a fare per questo numero 54.

A Voi un caro saluto e un duplice augurio di buona lettura e di sereno giudizio.

“1961 (e dintorni)”: un tempo-cerniera

Premessa alla sezione monografica

Roberto Beneduce, Giovanni Pizza

Università di Torino, Università di Perugia
[roberto.beneduce@unito.it; giovanni.pizza@unipg.it]

Con la sezione monografica di questo numero 54 di *AM* celebriamo l'anniversario del 1961 e dei dintorni di quell'anno: sessant'anni fa e oltre.

Nel 1961 appaiono numerosi scritti relativi alla questione della sofferenza psichica nei suoi rapporti con i processi culturali e la violenza istituzionale, e vedono la luce eventi che marcheranno per sempre il dibattito sul sapere psichiatrico: vengono pubblicati i libri di Frantz Fanon, Michel Foucault, Ernesto de Martino, Erving Goffman e Franco Basaglia, proprio nel 1961, all'età di 37 anni, decide di dire basta alla sua potenziale “sindrome accademica” e andare a dirigere il manicomio di Gorizia. A questa costellazione si aggiunge un'altra figura di rilievo: Vittorio Lanternari, che tra il 1959 e il 1960 pubblica due libri destinati a diventare dei classici. In essi alienazione, oppressione e colonizzazione verranno annodate l'una all'altra in modo originale e pionieristico.

Abbiamo chiesto a studiosi e ricercatori italiani e no di esplorare questa costellazione, per ricordare quel periodo e interrogarlo alla luce delle sue promesse per il presente. Lo hanno fatto: Roberto Beneduce (Frantz Fanon); Didier Fassin (Michel Foucault); Massimiliano Minelli (Erving Goffman); Giovanni Pizza (Ernesto de Martino); Pino Schirripa (Vittorio Lanternari).

In verità a livello internazionale, molti sono gli eventi che coinvolgono Autori e libri. Il 1961 è di fatto l'“annus mirabilis” di un tempo-cerniera dove convergono, come in un fiume impetuoso, mille acque, il cui incontro non parla solo o tanto delle loro sorgenti, ma soprattutto della foce comune: quella che vede nascere – in un mondo attraversato da nuove ansie (la costruzione del Muro di Berlino è dell'estate del 1961, la crisi dei missili di Cuba sarà nel 1962, mentre la memoria della catastrofe nucleare è l'oggetto del libro di Günther Anders, apparso nel 1959 e tradotto da Einaudi nel 1961 con il titolo *Essere o non essere: diario di Hiroshima e Nagasaki*) – il senti-

mento di una nuova incertezza, di nuove minacce, ma anche l'orizzonte di un mutamento possibile, che non risparmierà nessun campo del sapere.

È un tempo di trasformazioni radicali, sentite come ineluttabili e urgenti, alle quali fa da sfondo il tumulto delle lotte coloniali, la "ripresa d'iniziativa" (BALANDIER 1955) di masse sino ad allora umiliate, dominate e spossate della loro memoria, che ora vogliono *essere nella Storia, irrompervi*, per dirla con Ernesto de Martino. Un'epoca marcata da profondi mutamenti anche nelle scienze umane e sociali, nella letteratura, che sembrano affermare con una forza nuova e misteriosa il cuore di problemi politici, filosofici e culturali. Le connessioni si vanno facendo strada in modo sino a qualche tempo prima impensabile, come rizomi inarrestabili, e nuovi intrecci tematici s'impongono sulle dormienti separazioni fra temi e discipline. Dovremo attendere ancora anni per vedere intrecciati la storia e il sociale come un *unicum* al di là delle separazioni e delle eleganti tassonomie del "pensiero ereditato" (CASTORIADIS 1975: 6), ma già si annuncia la promessa di originali riflessioni che interrogheranno sempre più gli stili stessi della ricerca, della scrittura e, in antropologia, il rapporto con i "soggetti etnografici". È fra il 1954 e il 1965 che gli scritti di Georges Condominas, un antropologo purtroppo poco letto in Italia, vanno esplorando, grazie alla sua coscienza "meticciasca", le contraddizioni del sapere antropologico (CONDOMINAS 1960, 1965, 1980).

È, infine, il tempo in cui a livello internazionale emergono scritture che vanno disegnando il labirinto psicologico definito dalle scissioni e dai dubbi di chi ha attraversato mondi eterogenei, ed ora vive – con la fatica di una "doppia vista", la stessa che Bhabha riconosce all'esperienza degli immigrati (BHABHA 1994: 5) – le lacerazioni generate dallo scontro di orizzonti morali, pedagogici e religiosi. I colonizzati, si potrebbe dire, sono diventati antropologi *malgré soi*: e come gli schiavi nelle Americhe, hanno appreso in modo doloroso "il punto di vista degli altri". Lo hanno conosciuto con e dentro il loro corpo: le cicatrici, gli stupri e i linciaggi sono la loro etnografia dei coloni, dei Bianchi. Chi guarda il mondo dal basso, ricorda Rosaldo, conosce in modo intenso e unico l'ordine delle cose.

Du Bois, che aveva scandagliato le ombre del razzismo e i suoi effetti psichici negli Stati Uniti *torna* in Africa, ad Accra, proprio nel 1961, lo stesso anno in cui Fanon l'ha dovuta lasciare per curarsi da una leucemia che lo sta consumando da tempo, e che piegherà il suo corpo il 6 dicembre di quello stesso anno.

È sempre nel 1961 che vede la luce *L'aventure ambiguë*, di Cheickh Hamidou Kane: testo fondatore per molti aspetti di una nuova coscienza del mondo globalizzato, dove *scegliere* si traduce spesso con *tradire*, e diventare padroni del proprio destino significa uccidere le leggi familiari, i saperi e le gerarchie tradizionali, forse conservati nei recessi oscuri del mondo privato, dei suoi conflitti. Si tratta di un libro nato dalla coscienza di un paese che aveva visto le alchimie della cittadinanza e della nazionalità scritte dalla grammatica coloniale, esperimento amministrativo che faceva presagire in parte gli effetti della violenza burocratica e la militarizzazione delle frontiere dell'Europa a venire¹. Il protagonista de *L'aventure* cammina lento fra due mondi ostili, di cui l'uno misura la propria sconfitta sui banchi della «scuola dei Bianchi». Il dialogo fra il maestro della scuola coranica (uomo severo che divide la sua vita fra la dura disciplina degli allievi, la preghiera e il lavoro nei campi), il direttore della scuola e il capo villaggio, mostra per intero i toni amari di una sconfitta (una fine del mondo?) inesorabile:

[Il direttore della scuola, rivolgendosi al maestro della scuola coranica]: Sono anch'io della vostra idea, maestro, e ho messo mio figlio a scuola solo perché non potevo fare altrimenti. Noi stessi ci siamo andati *solo perché vi siamo stati costretti*. Tuttavia, la questione è complessa. Rifiutiamo la scuola per restare noi stessi e conservare a Dio il suo posto nei nostri cuori. Ma abbiamo ancora sufficiente forza per resistere alla scuola, *abbiamo ancora sostanza per restare noi stessi?* (Kane 1961: 19; corsivo nostro)

Le lancinanti domande del padre del protagonista preludono già alla fine drammatica del figlio, esitante e confuso sulle sue scelte, ormai incapace di “credere” nei valori dell'uno o dell'altro orizzonte – ai suoi occhi entrambi contraddittori e privi di risposte:

[Il maestro della scuola coranica]: Genti del Diallobé, vi giuro che non so nulla di tutto ciò. Anch'io, come voi, vorrei sapere. I presenti si guardarono profondamente turbati. Se il maestro non sapeva, chi dunque sapeva? Bisognava tuttavia prendere una decisione. I viaggiatori venuti da province lontane affermavano che gli uomini avevano scelto dappertutto di inviare i propri figli alla *scuola straniera*. Queste nuove generazioni stavano imparando a costruire case, a curare i corpi all'interno delle loro abitazioni, come sapevano fare gli stranieri. (*ivi*: 97)

Che i modi della conoscenza, di “costruire le case” e di “curare i corpi” siano qui evocati come metafore di saperi divisi, segnati dall'incertezza epistemica che l'esperienza coloniale aveva generato, meriterebbe un approfondimento a parte. In questo tempo sospeso, prende forma il destino tragico del protagonista, che per aver rifiutato l'invito a prendere il posto

del maestro alla sua morte, rivoltogli insistentemente da parte di un folle, sarà ucciso proprio da quest'ultimo.

Ma il tempo-cerniera che stiamo scrutando è denso di altri contributi e progetti teorici: il primo dei quali a dover essere ricordato, e lo fa Didier Fassin, è quello di Michel Foucault. Con *Storia della follia*, Foucault inaugura una nuova stagione di riflessioni intorno alla follia e alla storicità delle categorie che nel passato l'hanno di volta in volta nominata, definita, classificata, interpretata. L'opera riprende e distende il progetto avviato da Foucault stesso nel 1954 nel breve libro scritto da psicologo su invito di Althusser (*Maladie mentale et personnalité*), le cui conclusioni sembrano avere *nuances* fanoniane e demartiniane ad uno stesso tempo:

Voler separare il malato dalle sue condizioni di esistenza, e voler separare la malattia dalle sue condizioni di apparizione, significa richiudersi nella stessa astrazione, e lasciare la teoria psicologica e la pratica sociale dell'internamento nella stessa complicità, *mantenendo il malato mentale nella sua esistenza di alienato*. La vera psicologia deve liberarsi da queste astrazioni, che oscurano la verità della malattia e alienano la realtà del malato: perché quando si tratta dell'uomo, *l'astrazione non è solo un errore intellettuale*. La vera psicologia deve sbarazzarsi da questo psicologismo, se è vero che, come ogni scienza dell'uomo, *deve aver per scopo quello di disalienare*. (Foucault 1954: 110: il corsivo è nostro)

Il folle ora si rialza e si libera da altre catene: quelle invisibili con le quali i ritratti dei manuali avevano fissato per decenni le sue emozioni, i suoi corpi, i suoi gesti nelle tavole dei diversi quadri diagnostici, rendendoli naturali e oggettivi, sottraendoli alla storia. Uno degli autori di queste note ricorda la lettura e la discussione delle pagine di Foucault ai tempi in cui frequentava un ospedale psichiatrico napoletano, sempre accompagnato – nelle ore trascorse in quei reparti di tanto in tanto squarciati da urla – dall'edizione economica di quel libro magico, che sembrava offrire in ogni pagina un nuovo bisturi per pensare l'Altro, la sua parola, e la violenza con la quale questa era stata silenziata.

Poco importa se a Foucault saranno rimproverati dagli storici di professione alcune sviste e di aver dato scarso rilievo alla questione coloniale, o se a Ronald Laing sarà criticata la visione quasi romantica della follia (è sempre nel 1961 che viene pubblicato il suo *The Self and Others*, e l'anno prima di *The Divided Self: An Existential Study in Sanity and Madness*, entrambi al centro di un radicale rinnovamento dello sguardo rivolto all'esperienza della malattia mentale e della sua più controversa espressione, la schizofrenia). La critica del sapere psichiatrico metterà in primo piano un'altra urgenza:

quella di scrollare il velo del silenzio dalle violenze delle istituzioni manicomiali e dall'ignoranza di una scienza spesso complice dell'ordine sociale.

Disalienare sarebbe stato anche il progetto di Fanon, riletto da Roberto Beneduce, nella colonia e nelle società razziali: che il colonizzato, il Nero e il folle si sollevino insieme, nello stesso momento, invocando (*imponendo*) il proprio riconoscimento di persone intere, non costituisce un caso, perché – come abbiamo già detto – quegli anni sono gli stessi della decolonizzazione. Che l'alienazione debba d'ora innanzi essere esplorata non solo nei dominati e nei colonizzati ma anche nei coloni, lo ripeteranno più volte tanto Fanon quanto Memmi (MEMMI 1957).

Ma questa non vuole essere solo la celebrazione di un “anniversario”, seppure importante. Molte sono le ricadute sul presente rilevabili in tutti i saggi. Si assuma quale esempio per tutti Massimiliano Minelli, il quale, contestualizzando la rilettura del testo *Asylums* di Erving Goffman nella rete dei lavori di critica psichiatrica italiana dell'istituzione totale emersi negli anni Sessanta e Settanta del Novecento, esplora nuove possibilità di ricerca sulle attuali classificazioni diagnostiche ancora operanti nella psichiatria contemporanea. Lo studio di Erving Goffman appare anch'esso nel 1961. Il titolo in inglese, *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, esprime bene il progetto etnografico condotto dall'autore in diverse istituzioni di cura statunitensi (il NIMH, a Bethesda; il St. Elizabeth Hospital di Washington; ecc.): un progetto rivolto a «conoscere il mondo sociale del paziente ricoverato e come tale mondo è da lui soggettivamente sperimentato» (GOFFMAN 1961: IX). La prospettiva sociologica adottata per analizzare i mutamenti sperimentati dai pazienti è decisamente originale: un altro capitolo pionieristico di quell'antropologia medica critica, se così si può definire l'analisi di Goffman, che illumina la vita intima delle istituzioni (e dell'ospedale psichiatrico, in particolare), e analizza i processi di desocializzazione e deculturazione, di spossessamento e di «mortificazione» sino alla perdita di ruolo determinata dalla separazione dal mondo esterno, spesso irrevocabile anche una volta dimessi. E indimenticabili sono le osservazioni sulla vera e propria spoliazione sperimentata dal ricoverato o dal detenuto: di beni, di oggetti (importanti perché è anche attraverso di essi che la nostra soggettività si costruisce, si plasma e si esprime), ma anche dello stesso nome. La diagnosi è severa: dentro questo labirinto, se un incontro con un dipendente afferma spesso «la credenza dell'individuo nella razionalità e nelle buone intenzioni della società in cui vive, un incontro con gli psichiatri dell'ospedale ha con molta probabilità un effetto alienante» (*ivi*: 355).

Soggettività spogliate, sorvegliate, rese mute, esse non saranno però mai del tutto addomesticate, come insegnerà la fenomenologia politica della catatonìa realizzata di lì a poco in Italia da parte di Basaglia, Pirella ed altri protagonisti della riforma psichiatrica italiana. L'istituzione asilare, coercitiva nell'organizzazione degli spazi e del tempo, nel controllo dei corpi, violenta nella gerarchizzazione dei saperi, non riuscirà infatti mai a cancellare del tutto le tracce di una resistenza che anche un sintomo come la catatonìa saprà rivelare a chi è in grado di cogliere contraddizioni e brutalità dell'istituzione psichiatrica. Descritta dai classici della psichiatria con l'elegante e asettica formula di *flexibilitas cerea*, anche la catatonìa condividerà d'ora innanzi con l'isteria il valore di un sintomo-protesta, di una «insurrezione simulatrice» (FOUCAULT 2003: 137), indicando i limiti del sapere psichiatrico. Sono gli anni di un'autentica svolta, che nelle istituzioni totali riesce a *vedere* e a *sentire* quello che era rimasto a lungo occultato, e ciò perché ora lo sguardo non è più solo quello del clinico, dello psichiatra, ma anche quello di studenti, artisti, fotografi, animati dalla volontà di svelare il funzionamento di quei dispositivi. Le istituzioni totali si trasformano in archivi che interrogano le responsabilità e le complicità che hanno fatto sì che destini e persone fossero dimenticati fra muri di abiezione². Ciò è possibile perché ora una nuova leva di psichiatri va demolendo il silenzio: Franco Basaglia, come abbiamo già ricordato, giunge a Gorizia nel 1961, mentre Sergio Piro (1971) avvia esperimenti di trasformazione all'ospedale psichiatrico privato di Materdomini (Nocera Superiore), e un altro tempo va dischiudendosi nella cura della malattia mentale, un tempo che sarà segnato da promesse e da disincanto. Le sue trasformazioni, anche quelle più fragili e controverse, anche quelle che saranno spesso criticate, saranno in ogni caso irreversibili.

Lo sguardo che in quegli anni vuole disalienare, liberare, scopre in altri termini che «gli strumenti del padrone non smantelleranno mai la casa del padrone»³: nuove categorie, nuovi linguaggi sono necessari. E si scopre *nuovamente* che solo i dominati, i colonizzati, gli ultimi, potranno scrollarsi di dosso il peso della coercizione, il dolore dello spossamento, il furto del tempo.

In Francia, per i tipi di Maspero, viene pubblicato nel 1961 *I dannati della terra*, il libro di Fanon al quale molte pagine dei decenni successivi non smetteranno di abbeverarsi. Apparso poco prima della sua morte, censurato in Francia, troverà in Italia l'accoglienza attenta di Giovanni Pirelli, che da tempo collabora con la lotta algerina, e di Einaudi (per i cui tipi esce nel '62).

Sartre scriverà una prefazione che non piacerà a Marie-Josèphe “Josie” Dublé (moglie di Fanon), perché del libro sembra esaltare soprattutto le pagine della violenza, e il tema del colonizzato condannato ad essere «figlio della violenza». Oggi però a interpellarci rimane soprattutto l’analisi di Fanon, e il suo invito

Dobbiamo lasciar stare i nostri sogni, abbandonare le vecchie credenze e le amicizie di prima della vita. Non perdiamo tempo in sterili litanie o in mimetismi stomachevoli. Lasciamo quest’Europa che non la finisce più di parlare dell’uomo pur massacrandolo dovunque lo incontra, a tutti gli angoli delle stesse sue strade, a tutti gli angoli del mondo. Sono secoli che l’Europa ha arrestato la progressione degli altri uomini e li ha asserviti ai suoi disegni e alla sua gloria; secoli che in nome d’una pretesa «avventura spirituale» soffoca la quasi totalità dell’umanità. Guardatela oggi altalenare tra la disintegrazione atomica e la disintegrazione spirituale. (FANON 1962: 220)

Fanon evoca qui temi decisivi, gli stessi che percorreranno di lì a poco gli ultimi scritti di de Martino, così come le riflessioni di Günter Anders (ANDERS 2016). Ma Fanon ci permette di riconoscere un’altra traccia ricorrente negli scritti di quegli anni: da un lato la volontà dei subalterni di agire nella storia con strategie proprie, che non si vuole più prendere a prestito dai coloni, dai ceti dominanti, dall’Europa, dall’altro l’obbligo per le scienze sociali di guardare in modo nuovo agli ultimi, agli esclusi, ai «soggetti etnografici». È con questo progetto che de Martino avvia la sua *Terra del rimorso*, un altro testo fondamentale, caratterizzato da un metodo etnografico tipicamente italiano.

La terra del rimorso è un capolavoro del connubio demartiniano tra analisi etnografica e ricerca storica. Nonché il fondamento della lettura etnopsichiatrica demartiniana di un culto religioso-terapeutico e della sofferenza che in esso viene accolta e integrata. Andrebbe letto e studiato insieme alla *Storia della follia* di Foucault. È sul metodo etnografico dell’*équipe*, che si concentra Giovanni Pizza. Su quella “formula strutturale dell’*équipe*” che è emblema di metodo delle ricerche demartiniane. *La terra del rimorso* esce nell’estate del 1961: tutto era cominciato già nei dintorni di quell’anno, alla fine degli anni Cinquanta del Novecento quando de Martino aveva svolto la sua ricerca “in sede”, in biblioteca e a casa sua, studiando il tarantismo pugliese con la propria *équipe* interdisciplinare di studiosi giovanissimi e meno giovani, per preparare la ricerca etnografica che poi pubblicò in *La terra del rimorso* nel 1961. Tra di essi Giovanni Jervis, che mentre *La terra del rimorso* appariva nel 1961, andava a Gorizia seguendo Basaglia e costituendo di fatto in Italia il *trait d’union* tra lo psichiatra e l’antropologo.

Infine, è Vittorio Lanternari, l'antropologo italiano che risulta forse più influenzato direttamente da Ernesto de Martino, come sostiene Pino Schirripa esaminando quei "dintorni" del 1961 che tra il 1959 e il 1960 vedono la pubblicazione di due opere lanternariane fondamentali, nelle quali l'influenza della sua "alleanza" con de Martino è facilmente riconoscibile. L'idea di Schirripa è che fundamentalmente fu con queste due opere collocate in quella fase che Lanternari caratterizzò la sua antropologia della religione in senso marxista e nell'alveo della riflessione demartiniana.

Altre opere vedranno la luce in quel tempo, di cui ricordiamo qui solo Devereux (1961) e Thrupp (1962) per il loro ruolo nella nascita di un'altra etnopsichiatria e nell'attenzione rivolta a esplorare i luoghi dove s'incontrano politico e religioso.

La cultura postcoloniale di quel mutamento che va dagli anni Cinquanta ai Sessanta del Novecento è il collante che tiene tutto insieme. Abbiamo provato a spiegarlo in questa breve premessa. E continueremo a leggerlo nei saggi qui raccolti. Ora non ci resta che sperare in Voi, cari lettori e care lettrici, ai/alle quali sempre guardiamo dedicandoVi ogni nostro sforzo.

Note

⁽¹⁾ In Senegal, gli abitanti dei "quattro comuni" di Dakar, Gorée, Rufisque e Saint-Louis avevano visto riconosciuto dopo la Grande Guerra il loro "diritto" alla nazionalità francese, affrancandosi così dal "codice dell'indigenato" che sarebbe stato invece mantenuto per il resto della popolazione.

⁽²⁾ Le voci e i ricordi raccolti da Maria Pia Bruzzone negli anni Settanta nell'ospedale Psichiatrico di Arezzo (BRUZZONE 2021), costituiscono a questo riguardo una testimonianza unica di ciò che può fare un archivio critico. Si tratta delle interviste e delle registrazioni sonore disponibili presso il Dipartimento di Scienze della Formazione di Arezzo: patrimonio unico, che offre anche un originalissimo orizzonte per la ricerca etnografica compiuta da una storica all'interno di un'istituzione totale.

⁽³⁾ Prendiamo qui a prestito le parole di Audre Lorde.

Bibliografia

- ANDERS G. (2016), *Brevi scritti sulla fine dell'uomo*, a cura e traduzione di D. Colombo, Trieste, Asterios Editore.
- BALANDIER G. (1955), *Sociologie actuelle de l'Afrique noire*, PUF, Paris.
- BHABHA H.K. (1994), *The Location of Culture*, Routledge, New York.

- BRUZZONE M.P. (2021 [1976]), *Ci chiamavano matti. Voci dal manicomio 1968-1977*, nuova edizione a cura di M. Setaro e S. Alamai, Il Saggiatore, Milano.
- CASTORIADIS C. (1975), *L'institution imaginaire de la société*, Seuil, Paris.
- CONDOMINAS G. (1960), *Fokon 'olona et collectivités rurales en Imerina*, Berger-Levrault, Paris.
- CONDOMINAS G. (1965), *L'Exotique est quotidien, Sar Luk, Vietnam central*, Plon, Paris.
- CONDOMINAS G. (1980), *L'Espace social. A propos de l'Asie du Sud-Est*, Flammarion, Paris.
- DE MARTINO, E. (1961), *La terra del rimorso. Contributo a una storia religiosa del Sud*, Il Saggiatore, Milano.
- DEVEREUX G. (1961), *Mohave Ethnopsychiatry and Suicide: The Psychiatric Knowledge and the Psychic Disturbances of an Indian Tribe*, Smithsonian Institute, Smithsonian Institution Bureau of American Ethnology, Washington.
- FANON F. (1962 [1961]), *I dannati della terra*, Einaudi, Torino.
- FOUCAULT M. (1954), *Maladie mentale et personnalité*, PUF, Paris.
- FOUCAULT M. (1961), *Histoire de la folie à l'âge classique*, Plon, Paris.
- FOUCAULT M. (2003), *Le pouvoir psychiatrique*, Fayard, Paris.
- GOFFMAN E., (1961), *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, Anchor Books, New York.
- KANE C.H. (1961), *L'aventure ambiguë*, Julliard, Paris.
- LANTERNARI V. (1974), *Movimenti religiosi di libertà e di salvezza dei popoli oppressi*, Feltrinelli, Milano (nuova edizione, riveduta e ampliata).
- LANTERNARI V. (1959), *La grande festa. Storia del Capodanno nelle civiltà primitive*, Il Saggiatore, Milano; 2ª edizione: *La grande festa. Vita rituale e sistemi di produzione nelle società tradizionali*, Dedalo, Bari, 1976.
- LANTERNARI V. (1960), *Movimenti religiosi di libertà e di salvezza dei popoli oppressi*, Feltrinelli, Milano (una “nuova edizione riveduta e ampliata” è apparsa nel 1974).
- MEMMI A. (1957), *Portrait du colonisé (précédé de) Portrait du colonisateur*, Gallimard, Paris.
- PIRO S. (1971), *Le tecniche della liberazione*, Feltrinelli, Milano.
- THRUPP S.L. (a cura di), *Millennial Dreams in Action. Studies in Revolutionary Religious Movements*, The Hague, Mouton.

Frantz Fanon: curare la Storia, disalienare il futuro

Roberto Beneduce

Università di Torino
[roberto.beneduce@unito.it]

Abstract

Frantz Fanon. Healing History, Disalienating the Future

Fanon's revolutionary thought and action raised a wide political and theoretical debate over last decades. His analysis has been inspiring for scholars as well as for social activists, from anti-imperialist movements to postcolonial studies, from antiracist struggle to intersectionality and subaltern studies. This paper, seventy years after the publication of *Peau noire, masques blancs*, aims to shortly explore three domains, at the heart of his thinking: the deconstruction of psychiatry and its diagnostic categories; the relationship between racism, black condition, and alienation; the analysis of violence in colonial Algeria and its ongoing consequences. Starting from these issues, the article suggests a dialogue with those authors who explored the same problems, against the background of new forms of violence concerning migration, security industries and the border's control, as well as the State's racism. The paper takes in consideration a further issue: the racial time, and the temporality of oppressed.

Keywords: racial temporality, visual alienation, colonial psychiatry, violence, epistemic decolonization

Non è che il pensiero, per essere onesto, deve sempre pensare controcorrente?

Pierre Clastres

1952, l'incendio

Peau noire, masques blancs: il libro di Fanon taglia il tempo in modo definitivo. Sono trascorsi settant'anni, e le sue parole-scintille non cessano di accendere il nostro pensiero, scrutando in ogni recesso il dramma razziale e l'alienazione che vi si perpetua.

È un libro dove poesia e filosofia sono chiamate a dire ciò che la clinica da sola non riesce più a nominare, scarsamente preoccupato di attraversare territori distanti, e che attraversa come un lampo temi che vanno dalla lotta anticoloniale malgascia alla nevrosi linguistica di un giovane martinicano, dall'ossessione mimetica della lattificazione alla violenza razziale negli Stati Uniti o alla psicoanalisi del presunto complesso di dipendenza. Non sorprende che un testo dove i nomi di Adler, Hegel, Lacan, Merleau-Ponty s'intrecciano con disinvoltura a quelli di Césaire o Valéry, di Lhermitte o Baruk, oltrepassi i limiti dei professori *ordinari* della Facoltà di Medicina e Farmacia di Lione, e che per diventare psichiatra Fanon dovrà scrivere in fretta un'altra tesi¹.

Poco importa. *Peau noire, masques blancs* farà il giro del mondo, mettendo a nudo l'infondatezza delle teorie psichiatriche del tempo, decostruendo il mito dell'oggettività e componendo le prime voci del vocabolario post-coloniale. Fanon è il padre del decostruzionismo, e Said riconoscerà i suoi debiti. Per noi è l'inizio di un tempo dove le verità non potranno più essere mascherate. Perché se l'attenzione è, in quelle pagine, diretta soprattutto a indagare l'alienazione strutturale dei rapporti fra il Nero e il Bianco o i dolorosi riflessi di un corpo razzializzato, le maschere di cui parla Fanon sono anche quelle dietro le quali si nascondono le scienze sociali e psicologiche, la psicoanalisi in primo luogo (GIBSON, BENEDEUCE 2017; PARKER, PAVÓN-CUELLAR 2010)².

Fanon duella con i maggiori intellettuali del tempo, dai quali estrae ciò di cui ha bisogno per ricordare loro, subito dopo, il problema che hanno dimenticato: quello del nero. Così è con Sartre e il suo *Orfeo nero*³, al quale riconosce, stringendo i denti, che ha ragione, perché della negritudine ha ricordato il divenire storico e dissolto l'illusione che la coscienza nera potesse da sola creare "una torcia per incendiare il mondo": la torcia era già lì, attendeva solo che le si offrisse "la possibilità storica". Qualche pagina dopo suggerisce però l'elemento l'essenziale che era sfuggito al filosofo di Parigi: «Se gli studi di Sartre sull'esistenza dell'altro rimangono esatti (nella misura in cui, ricordiamo, *L'essere e il nulla* descrive una coscienza alienata), la loro applicazione a una coscienza alienata si rivela falsa. È che il Bianco non è solo l'Altro, ma il padrone, reale o immaginario che sia» (FANON 2015a: 132; il corsivo è mio).

Sulla scacchiera dell'alienazione, Fanon utilizzerà ancora una volta lo stesso gesto quando dovrà ricordare Hegel e la questione del riconoscimento, affermando che, contro ogni paternalismo che pretenda dichiarare che

le differenze non esistono più, quella differenza *ora* il Nero la grida e la rivendica:

Quando al negro capita di *guardare* il Bianco con ferocia, il Bianco gli dice: «Fratello, non c'è differenza fra noi». Eppure il negro *sa* che vi è una differenza. La *auspica*. Vorrebbe che il Bianco gli dicesse di colpo: «Sporco negro». Avrebbe così quest'unica occasione, di «fargliela vedere...». Ma il più delle volte non c'è niente, solo indifferenza, o la curiosità paternalistica. Il vecchio servo esige che gli si contesti la sua umanità, vuole una lotta, una rissa. Ma troppo tardi: il negro francese è condannato a mordersi e a mordere [...] Per il Nero francese la situazione è intollerabile. Non essendo mai sicuro che il Bianco lo consideri come coscienza in-sé e per-sé, si preoccupa costantemente di palesare la resistenza, l'opposizione, la contestazione. È quanto emerge da alcune pagine del libro che Mounier ha dedicato all'Africa. I giovani neri che ha conosciuto laggiù volevano conservare la loro alterità. *Alterità di rottura, di lotta, di combattimento*. (ivi: 198-199; il corsivo è mio)

Accade lo stesso con Lacan, al quale riconosce di aver ripensato in modo originale la nozione di “complesso”, sottolineando però che dello stadio dello specchio ha mancato di scrivere un capitolo decisivo: che l'Altro del Bianco è il Nero, e viceversa⁴. E anche con Adler ripete l'identica mossa:

Il martinicano non si paragona al Bianco considerato come il padre, il capo, Dio, ma si paragona al suo simile sotto il patrocinio del Bianco. Un paragone adleriano si schematizza nel modo seguente: «Io più grande dell'Altro». Il paragone antillano, invece, si presenta così: Bianco/Io diverso dall'Altro. Il paragone adleriano comporta due termini; esso è polarizzato dall'Io. Il paragone antillano ha per cappello un terzo termine: la finzione direttiva non è personale, bensì sociale. Il martinicano è un uomo messo in croce. L'ambiente che lo ha fatto (ma che egli non ha fatto) l'ha spaventosamente lacerato; ed egli mantiene questo ambiente di cultura con il suo sangue e i suoi umori. Ora, il sangue del negro è un concime apprezzato dai conoscitori. (FANON 2015a: 193)⁵

Lacan, più tardi, in una pagina fondamentale sul capitalismo, e Manoni, sopravvissuto alle critiche urenti di Fanon, avrebbero ripensato le questioni del razzismo, situando questi processi in rapporto alla scissione del soggetto o, rispettivamente, alla dialettica fra conoscenza e credenza (MENDELSON 2021). Lo avrebbero fatto però anni dopo il tuono della decolonizzazione, e senza risolvere per intero l'enigma di un diniego (*déni*) del quale essi stessi erano stati vittima.

Come già nel capitolo su *L'esperienza vissuta del nero*, Fanon avvia una riflessione originalissima sul ruolo dello “sguardo” in un mondo dominato dalla perversione del razzismo, non molto diversa da quella intrapresa anni prima dagli scritti di narratori e intellettuali neri negli Stati Uniti, fra i cui

nomi spicca certamente quello di William du Bois. Nel copione coloniale di cui Fanon decostruirà ad una ad una le battute, vi è però una scena che merita la nostra attenzione: non riguarda la Martinica o l'Algeria ma lo spazio della piantagione e i corpi degli schiavi, decisiva per il ruolo che vi giocano le connessioni fra razza, diagnosi medico-psichiatrica e alienazione.

Le categorie diagnostiche proposte dal dottor Samuel Aldophus Cartwright, medico dell'università della Louisiana, sono infatti esemplari. Si tratta in particolare della *drapetomania* (un'affezione grave che avrebbe causato negli schiavi la pulsione incontrollabile a fuggire e a nascondersi, sic!), e della *dysaesthesia aethiopica*, di cui Cartwright (1851a) scrive:

Dysaesthesia Aethiopsis is a disease peculiar to negroes, affecting mind and body, in a manners well expressed by *dysaesthesia*, the name I have given it, as could be by a single term [...] There is partial insensibility of the skin, and so great a *hebetude* of the intellectual faculties as to be like a person *half asleep*, that is with difficulty aroused and kept awake [...] It is *much more prevalent among free negroes* living in clusters by themselves, than among slaves on our plantations, and attacks only such slaves as live like free negroes in regard to diet, drinks, exercise, etc. [...] To narrate its symptoms and effects among them would be *to write a history of the ruins and dilapidation of Haiti* [...] They raise disturbances with their overseers and fellow servants without cause or motive, and seem *to be insensible to punishment*. The fact of the existence of such a complaint, making man like *an automaton or senseless machine*⁶.

Ogni passaggio, ogni parola meriterebbe un'analisi approfondita: dai sintomi di ebetudine e sonnolenza che caratterizzano secondo l'autore questa affezione a quelli dell'insensibilità alle punizioni o di un comportamento descritto come privo di senso e frequente soprattutto fra i negri liberi (sic!), sino alla necessità di una terapia che includa, fra l'altro, duri esercizi fisici al sole per favorire l'espansione dei polmoni... Non appena le condizioni migliorano – aggiunge ancora Cartwright – il malato guarderà *ricoscente* l'uomo bianco che gli aveva permesso in questo modo di recuperare le sue capacità: e con il ritrovamento della forza e dell'intelligenza, egli non sarà più il "bipedum nequissimus" di prima né quel "furfante matricolato" (*arral rascal*) spesso descritto dai sorveglianti.

Per Cartwright, la *dysaesthesia aethiopsis* era solo una delle tante prove della fallacia del dogma sul quale era stato costruito l'abolizionismo. Alle differenze anatomiche non poteva non accompagnarsi infatti, secondo il medico della Louisiana, una politica delle differenze: e se la libertà determinava malattia e torpidità fra i negri, la schiavitù che l'uomo bianco abborriva più della morte sarebbe stato invece nel loro caso il rimedio, migliorando il

“corpo, la mente e il morale” del negro, il cui spirito infantile non rendeva possibile alcuna autonomia.

Si tratta di una pagina fondamentale, sulla quale avanzano già le nubi del complesso di dipendenza di cui avrebbe parlato Mannoni, e che conobbe altre espressioni. Nell'archivio dell'abiezione che fu la schiavitù, il nome di Thomas Butler è per noi importante. Nel 1876 Butler fu sottoposto a un procedimento giudiziario che doveva verificare il suo stato di insania. L'unico testimone nel processo è John Saunders, proprietario della fattoria nella quale Butler lavorava, il quale dichiara di aver notato in passato segni di follia nel suo dipendente a proposito “dei temi della religione e della libertà”, quella libertà, osserva Wingerson (2018), che probabilmente Butler aveva guadagnato anni prima. La testimonianza di Saunders convinse il giudice, e così lo sceriffo della contea condusse Butler al Central Lunatic Asylum for the Colored Insane, dove, come in tanti altri analoghi casi, si perderanno per sempre le sue tracce. Come osserva Wingerson, la costruzione della razza e quella della follia fra gli Africani Americani andava costruendosi parallelamente, e «contribuì reciprocamente alla supremazia bianca e alla disumanizzazione degli Africani Americani attraverso il loro controllo sociale, la revoca dei loro diritti legali e il confino» (WINGERSON 2018: 6-7). Si tratta di un capitolo decisivo per un'analisi del rapporto fra diagnosi psichiatrica, razzismo e colonialismo, sul quale ritornerò brevemente più innanzi: un capitolo propriamente foucaultiano, là dove il sapere psichiatrico, nato nei manicomii, finisce nelle piantagioni e nelle colonie per diventare non solo uno strumento rivolto ad accrescere l'efficienza del dispositivo asilare ma del dispositivo coloniale e razziale tout court: come mostra esemplarmente in merito alla Nigeria il caso di Isaac descritto da Sadowsky (1999), anch'egli affetto da *strani* deliri sulla questione della libertà e della giustizia sociale.

Cartwright non mancava di evocare, nel lavoro prima citato, un altro tema, non meno rilevante per comprendere le genealogie occulte della miseria e del disastro strutturale dei paesi postcoloniali: le “rovine” di Haiti. L'antropologia medica critica, che ha imparato con Paul Farmer a interpretare l'incidenza della tubercolosi e dell'Aids *attraverso* la storia maledetta di quest'isola, delle sue rivolte, e della violenza che si è abbattuta su di essa per oltre due secoli diventando la malta di relazioni sociali segnate dalla miseria e dalla violenza, incontra negli scritti di Cartwright un momento genealogico decisivo di quella connessione perversa fra categorie diagnostiche e inganno razziale che Fanon avrebbe denunciato con ostinazione. Ma il rapporto fra sapere medico (bianco) e razzismo mette in luce un

nodo non circoscrivibile all'interno del solo concetto di pregiudizio razziale. Si tratta di un aspetto superbamente analizzato da Charles Mills nei termini di quella che chiama "epistemologia dell'ignoranza": «an epistemology of ignorance, a particular pattern of *localized and global cognitive dysfunctions* (which are psychologically and socially functional), producing the ironic outcome that whites will in general be unable to understand the world they themselves have made» (MILLS 1997: 18; il corsivo è mio).

Mills sarebbe tornato in uno scritto successivo su questo tema, proponendo l'idea di "ignoranza bianca", ossia «the idea of an ignorance, a non-knowing, *that is not contingent, but in which race—white racism and/or white racial domination and their ramifications—plays a crucial causal role*» (MILLS 2007: 20; il corsivo è mio). Le sue considerazioni potrebbero essere applicate punto per punto alle diagnosi psichiatriche utilizzate oggi nei confronti di cittadini stranieri. Se l'epistemologia razziale è strutturalmente connessa al "contratto razziale", e se nella colonia questo contratto celebra le sue più perverse espressioni, sarà proprio qui, a partire dalle lotte anticoloniali e la crisi del registro cognitivo imperiale, che un'altra epistemologia andrà lentamente emergendo, come avrebbero osservato più recentemente Valentin Mudimbe e soprattutto Boaventura de Sousa Santos, fra i protagonisti nel lavoro di corrosione dell'impero cognitivo occidentale (DE SOUSA SANTOS 2019). Descritti come indolenti, respinti nell'anonimato di "masse amorfe" (l'espressione è di Antoine Porot, padre della scuola psichiatrica di Algeri), o nel silenzio di corpi apatici o anestetizzati, quei corpi torneranno ora a respirare, strappandosi da dosso i nomi animali con i quali erano stati interpellati, umiliati, etichettati. Prima di analizzare questi processi, Fanon si applicherà però a incidere ad uno ad uno gli accessi di un desiderio assoggettato, di un inconscio colonizzato⁷. Nell'oceano di temi che il suo pensiero percorre con la forza di un uragano, voglio per primo considerare quello che rappresenta un nodo irrisolto del nostro presente: *la questione del tempo degli oppressi*, il tic-tac dell'orologio razziale.

L'orologio razziale

Fanon sembra condurre col tempo una guerra infinita. La sua è una temporalità animata da una singolare tensione verso l'avvenire, sullo sfondo di una dissoluzione del mondo coloniale che si annuncia tra urla e gemiti infiniti, e dove intravede la nascita di un uomo finalmente disalienato, un "uomo nuovo", come scriverà ne *I dannati*. Quest'uomo Fanon lo cerca

meno nelle élite rivoluzionarie, fra gli intellettuali delle colonie, quanto piuttosto fra i contadini affamati e dimenticati, nei vicoli sordidi della kasbah, sui volti del *Lumpenproletariat* o dei folli (KHANNA 2013). Sono “i contadini senza terra” che si affollano nelle bidonville, sono gli esclusi stipati ai margini delle città create dal colonialismo, coloro che saranno portati a ribellarsi e a lottare: «Il ‘Lumpenproletariat’, coorte di affamati detribalizzati, declanizzati, costituisce una delle forze più spontaneamente e radicalmente rivoluzionarie del popolo colonizzato» (FANON 1962: 82). È come se dalle voci a pezzi del delirio coloniale, dai furfanti dei bassifondi, dovesse sorgere ora le parole nuove della rivolta. Seppure tutto il resto li distingue, non è improprio immaginare questi vicoli oscuri dell’umanità, della sofferenza e della rabbia come il luogo dove lo sguardo di Fanon incontra a tratti quello di de Martino alla Ràbata di Tricarico o quello di Pasolini. A suggerire esplicitamente questa prossimità è l’etnografia di Thomas Belmonte che, descrivendo in modo unico i pensieri e i sentimenti degli abitanti dei vicoli di Napoli, esplora le analogie psichiche fra i colonizzati e i poveri, l’*insicurezza ontologica* comune a tutti gli oppressi, ricordando però quanto sia difficile trasformare la loro condizione. Le “ferite di classe nascoste” (un concetto proposto nel 1972 dai sociologi Richard Sennett e Jonathan Cobb), sono per Belmonte troppo profonde perché l’uomo nuovo di Fanon possa curarle:

Il Lumpenproletariat si costituisce di profughi da tutto il mondo e i vicoli scassati con le baraccopoli del mondo intero sono il suo accampamento. Fanon ha chiamato queste persone i dannati della terra, ma nonostante il suo auspicio che da simili relitti umani nascesse l’uomo nuovo, sempre dannati restano! Dannati di Harlem e del South Bronx, dannati di Calcutta e di Napoli, dannati di Singapore, di San Salvatore e di Manila; tutte queste masse incapaci, sradicate ma piene di risorse, che faticano un giorno qui e uno lì [...] *sempre appese fra la speranza del presente e la disperazione del futuro*; tutti questi uomini, donne e bambini *con occhi che sono occhi di lupo*, compongono un unico, misconosciuto tipo umano che potrebbe avere molto più in comune al suo interno (sotto l’apparente diversità culturale) di quanto non si sia mai immaginato o tentato di verificare [...] *Il povero non è restio a pianificare il domani per via di un “orientamento al presente”, ma perché già oggi fa fatica a mantenersi a galla.* (BELMONTE 2021: 113-115; i corsivi sono miei)

Alla fine degli anni Settanta, gli anni in cui scrive Belmonte, la speranza rivoluzionaria sembra già lontana, e misuriamo nelle sue parole tutta la distanza da quello che a Fanon era stato invece possibile immaginare al tempo delle lotte anticoloniali. Mettendo a confronto le pagine di *Pelle nera*

e maschere bianche con quelle de *L'anno V della rivoluzione algerina* o *Per la rivoluzione africana*, affiorava infatti netta una differenza, benché fossero trascorsi appena pochi anni: i protagonisti degli scritti realizzati a partire dall'esperienza algerina ricordano le figure di un affresco che, scena dopo scena, sembrano rialzarsi, animando di gesti nuovi i propri corpi. “Il nordafricano”, “l'indigeno”, potevano finalmente uscire dalle gabbie delle “grandi esposizioni” e dalle stanze del museo che li aveva mummificati definendoli pigri, interessati solo al quotidiano, sonnolenti, come recitava il copione di una sceneggiatura che – dopo averli spossati di tutto – aveva loro imposto persino i tempi del *risveglio*⁸. Quei corpi possono ora fare del mimetismo una strategia, un'arma dei deboli. E nella lotta contro il colonizzatore, ritrovano la forza di agire nella storia⁹.

Se fino al 1952 era stata centrale la critica delle interpretazioni psicoanalitiche o delle categorie diagnostiche (decolonizzare il sapere psichiatrico è la condizione per disalienare il Nero), dopo l'arrivo in Algeria aumentano però anche i riferimenti al dolore determinato dall'oppressione e al carattere specifico dei disturbi psichiatrici prodotti dalla violenza della guerra coloniale.

È uno scarto che gli impongono, dopo il 1954, l'incontro con le allucinazioni delle vittime della tortura, e più tardi il ruolo di portavoce del FLN. Ma anche e soprattutto la vista della miseria e dell'abbandono in cui vive una società oppressa da decenni, e di cui avrebbero offerto immagini indimenticabili *L'incendio*, di Mohamed Dib (2004), e lo straordinario film di Mohammed Lakhdar-Hamina, *Chronique des années de braise* (1974) (sempre immagini di fuoco, di combustione...). In quelle immagini riconosciamo il tempo inesorabile della disumanizzazione, l'assurda produzione di una specie umana differente (quella degli *indigeni musulmani*, con uno statuto diverso di fronte alla legge rispetto ai coloni o agli ebrei algerini), e il progetto di una umiliazione sistematica attraverso la possibilità di sequestrare i beni degli algerini (legge codificata nel 1881) per punire “reati” come le riunioni non autorizzate, la partenza dal comune di residenza senza autorizzazione, i propositi offensivi rivolti a un pubblico ufficiale anche al di fuori delle sue funzioni, e persino una denuncia inesatta o ripetuta presso la stessa autorità... (WEIL 2005). È questa l'atmosfera irrespirabile che avvelenerà per oltre un secolo le menti e i corpi incontrati da Fanon, trasformando le loro soggettività e ipotecando il loro avvenire. Anche quando scrive di temi politici, denunciando le ipocrisie di Houphouët-Boigny o analizzando le lotte di liberazione in Angola, Fanon non dimenticherà

infatti la necessità di contestare una psichiatria fondata su presupposti razzisti e indifferente agli effetti specifici della violenza nel contesto coloniale. Così, nell'ultimo capitolo de *I dannati*, torna a criticare le "pseudologie fantastiche"¹⁰ e i discorsi degli psichiatri che avevano contribuito ad alimentare la colonia e il suo *comando epistemologico*¹¹.

L'analisi di Fanon non origina però soltanto da un'acuta riflessione teorica, forgiata dalla poesia di Césaire o dall'esperienza decisiva maturata a Saint-Alban, con Tosquelles (lo psichiatra catalano che aveva avviato il progetto della "psicoterapia istituzionale" e accolto fra i suoi malati i militanti in fuga della guerra civile in Spagna). Nasce dal confronto con l'insulto e il paternalismo conosciuti in prima persona, con l'amarezza sperimentata quando, volontario contro le truppe naziste, aveva scoperto come l'Europa dei diritti continuasse a riservare ai fratelli neri il ruolo marginale di sempre. La tragedia di Camp Thiaroye, nel novembre del 1944, è la fine dell'illusione egualitaria. Si può combattere contro il nazismo e l'antisemitismo in Francia, ed essere razzisti e aguzzini nelle colonie, come riveleranno la guerra d'Indocina¹² e d'Algeria, o la biografia di militari come Jacques Émile Massu. La critica di Fanon non evita di misurarsi però anche con le ombre del tradimento, con il sangue delle lotte fratricide: l'assassinio di Abbane Ramdane in Marocco e quello di Lumumba in Congo, le contraddizioni delle élite nazionali, introdurranno nella sua scrittura una sfumatura malinconica, traccia ancora poco esplorata del suo pensiero. Fanon è l'autore di una *scrittura del disastro* che testimonia le atrocità della guerra, la notte dell'umanità, l'esperienza del crollo¹³.

La sua temporalità, è stato giustamente osservato, si avvicina a tratti a quella di chi vede intorno a sé un mondo apocalittico, dove il continuum delle cose salta una volta per tutte: è la "tabula rasa", la "necessità" che esiste allo stato bruto nella coscienza e nella vita degli uomini e delle donne colonizzati (FANON 1962: 27). Anche in Benjamin la Storia straripa dall'alveo del meccanicismo storicistico per riversarsi sulla coscienza degli oppressi come un bagliore "nel momento del pericolo"¹⁴. Il tempo benjaminiano, l'accezione che assume nel suo pensiero la dialettica fra violenza e sovranità, disegnano senza dubbio un vocabolario politico che sembra trovare eco in molti dei termini fanoniani. E anche per Fanon si è parlato, come per Benjamin, di un pensiero attraversato dal soffio della profezia. Ma in Fanon è assente quella tensione teologica che in Benjamin articola costantemente il messianismo rivoluzionario e il materialismo storico con le dimensioni della redenzione e della speranza. La coscienza di *essere un nero* (la questione

razziale), l'aver conosciuto cioè l'esperienza di sentirsi *ontologicamente* differente nei territori di una mancanza, di un "non essere", e il confronto con il dispositivo della colonia (là dove la Storia dell'oppressore aveva provato a rendere invisibile la Storia del colonizzato, a cancellarne il passato e a scriverne il futuro), aggiungono un carattere unico al progetto di rompere il "circolo infernale" dell'oppressione, che altre scritture non conoscono, e pongono domande a noi, lettori di Fanon, oggi.

Gli scritti di David Marriott rendono evidente la peculiarità e la complessità di questo nodo là dove ricordano che in Fanon ogni *telos* è sospeso. Una lettura solo o prevalentemente emancipatoria non restituirebbe né la tessitura del suo pensiero né permetterebbe di oltrepassare quelle interpretazioni che si sono limitate ad articolare il suo pensiero unicamente con il tema del razzismo e della liberazione. Riporto per intero un lungo passaggio dell'analisi di Marriott:

Fanon, who famously links the violence of colonialism to language, visuality, and sexuality, thinks of *black* life as a moment of suspension or lived impossibility in which the subject is made excessively, and therefore insufficiently, aware of *being-as-lack* or *defect*: this is the point of many of Fanon's reflections on the unconscious, of course. But the experience of this lack or defect (which can also provoke despair, anguish, disillusion) remains somewhat of a mystery precisely to experience because it cannot be embodied. Such a stress on lack, deferral, and the question of psychic morbidity that cannot be separated from them is of course strictly Fanonian, as many readers know: yet I have wondered why this question of defect (first explicitly thematized in *Black Skin, White Masks*) has been insistently read as loss, or as something that can be existentially grasped and so restored in some significant sense (I have also wondered here about why Fanonism is seen too immediately, and comfortably, as a discourse of restitution). And this structure brings out another feature of the thought of Fanonism as a thought whose time has passed—Fanonism is, in this second tendency, typically referred to as a phenomenological discourse whose urgent questioning (the moment of separation of authenticity from bad faith, the past from the present, the moment at which all becomes clear, at which the temporal and the contingent resolves into the universal and the absolute) is no longer "ours." On this view, the truth of Fanonism no longer awaits the messianic moment, which will resolve difference into a definitive moment of identity and resolution: Fanonism is judged instead to be a romance of emancipation, whose thought is no longer able to think the postcolonial as such and whose anticolonialism remains tied to the thought of the nation as *telos*. My unresolved question in this book will be that of whether it is possible to think Fanonism without being committed to this narrative of liberation, or the thought of a deferred universal-humanism, of time having an end in dialectical resolution; and, relatedly, whether it is possible to think of a

Fanonism that is not surreptitiously mortgaged to a thought of racism in its understanding of the politics of life. (MARRIOTT 2018: 5-6)

La riflessione di Marriott è un contributo importante per immaginare il pensiero di Fanon come una fenomenologia dell'esperienza, dell'alienazione e della "mancanza" di cui non è ancora stato detto tutto, una fenomenologia che oltrepassa il "racconto della liberazione". Continuo a pensare che l'attualità indocile di Fanon nasca proprio dalla sua concezione della storia (del tempo), e dall'intreccio unico che ha costruito fra corpo razzializzato, colonizzazione e alienazione: sta qui la cifra di una prospettiva che non cessa di interrogare il nostro presente (BENEDEUCE 2011; GIBSON, BENEDEUCE 2017). Ma torniamo alla temporalità fanoniana.

Dalle prime righe del suo *Pelle nera* Fanon annuncia: «L'esplosione non avverrà oggi. È troppo presto... o troppo tardi» (FANON 2015a: 25). Poco più avanti esplicita il progetto che ha ispirato il proprio lavoro: «L'architettura del presente lavoro si situa nella temporalità. Ogni problema umano richiede di essere considerato a partire dal tempo. Perché l'ideale è che il presente *serva sempre a costruire l'avvenire*» (FANON 2015a: 30). Nel tracciare il suo progetto, il tempo sembra però rivelarglisi come saccheggiato, irrimediabilmente consumato. Parlando delle teorie genetiche che volevano a tutti i costi trovare i presupposti biologici di presunte differenze razziali, osserva:

Fino a due secoli fa ero perso per l'umanità, schiavo per sempre. Poi sono venuti degli uomini che dichiararono che tutto era durato anche troppo. La mia tenacia ha fatto il resto, venivo salvato dal diluvio civilizzatore. Ho fatto un passo in avanti... *Troppo tardi. Tutto è previsto, trovato, provato. Sfruttato. Le mie mani nervose non portano più niente, il giacimento si è esaurito. Troppo tardi!* (2015a: 118; corsivo mio)

Il parallelo fra antisemitismo e negrofobia, analizzato nelle sue diverse ragioni e nelle sue profonde differenze, lo spingono ad aggiungere qualche riga dopo: «In seguito compresi che voleva semplicemente dire: un antisemita è per forza negrofobo. *Arrivate troppo tardi, decisamente troppo tardi. Ci sarà sempre un mondo – bianco – tra voi e noi!*» (FANON 2015a: 119; corsivo mio). Nelle conclusioni di *Peau noire* Fanon sembra suggerire una via d'uscita:

Saranno disalienati quei Negri e quei Bianchi che avranno rifiutato di lasciarsi rinchiudere nella Torre sostanzializzata del passato. Per molti altri negri la disalienazione nascerà, tra l'altro, dal rifiuto di considerare l'attualità come definitiva. Sono un uomo ed è tutto il passato del mondo che devo riprendere. Non sono responsabile solamente della rivolta di Santo

Domingo. In nessun modo devo trarre la mia vocazione originale dal passato dei popoli di colore. In nessun modo devo accanirmi a far rivivere una civiltà negra ingiustamente misconosciuta. Non faccio di me l'uomo di nessun passato. Non voglio cantare il passato a spese del mio presente e del mio avvenire. Non è perché ha scoperto una cultura propria che l'indocinese si è ribellato. È perché «semplicemente» gli era diventato, per più motivi, impossibile respirare. (*ivi*: 203-204)

Il nemico maggiore, la radice più oscura dell'alienazione, sembra avere qui soprattutto le sembianze di ciò che è già stato, di ciò che è già accaduto, ma che ora bisogna lasciarsi alle spalle, oltrepassare. Tuttavia, come pensare una comune umanità, un comune futuro, quando si guarda al succedersi di tragedie, violenze e abiezione che dalla schiavitù al colonialismo si sono rovesciati sui corpi e sull'esperienza di tante generazioni di oppressi? Come immaginare la possibilità di sottrarsi all'eredità oscura di quella violenza per far nascere un tempo, un "uomo nuovo"? In questi passaggi Fanon sembra anticipare alcune delle riflessioni di Cedric Robinson sulle conseguenze della tratta degli schiavi e il genere di umanità che sarebbe venuto alla luce da quella esperienza. Che anche gli schiavi fossero esseri umani, scrive Robinson, persino gli schiavisti alla fine del diciottesimo secolo erano ormai disposti ad ammetterlo. La vera questione è un'altra: che genere di esseri umani *avrebbero potuto essere quegli uomini e quelle donne se non avessero conosciuto la schiavitù?* (ROBINSON 1983)¹⁵. E a questo sembra pensare Fanon quando scrive:

Il Nero è stato agito. Dei valori che non sono nati dalla sua azione, dei valori che non risultano dalla montata sistolica del suo sangue, sono venuti a danzare la loro ronda intorno a lui. Il capovolgimento non ha differenziato il negro. Egli non è passato da un modo di vita a un altro, *ma da una vita all'altra*. Così come, quando si annuncia a un malato in via di guarigione che in pochi giorni uscirà dall'ospedale, succede che questi abbia una ricaduta, *la notizia della liberazione degli schiavi neri determinò delle psicosi e delle morti improvvise*. (FANON 2015a: 197; il corsivo è mio)

Occorrerà aspettare *I dannati* per capire in che misura i dominati possano essere trasformati dalla lotta, dall'azione comune, dal tempo accelerato della violenza, e solo grazie a questa diventare capaci di afferrare nuovamente l'avvenire. Nella controversa prefazione a *I dannati della terra*, Sartre coglieva la natura di un tempo fatto di scarti, squarciato dalla violenza ("E noi viviamo al tempo della deflagrazione"). Ma se ne *I dannati* è affermata la certezza di un mutamento inesorabile, Fanon non manca di ricordarci che quella di cui va scrivendo gli atti è e sarà a lungo una tragedia atroce (l'eredità dolorosa della colonia, il futuro compromesso

delle società postcoloniali, le contraddizioni che emergeranno evidenti già all'alba dell'indipendenza)¹⁶. Qual è l'orizzonte, il "tempo della deflagrazione", a cui guarda in quegli anni Fanon?

Negli Stati Uniti non si cessa di appendere agli alberi i neri linciati, e le leggi Jim Crow sulla segregazione razziale saranno abolite solo nel 1964; in «America del Sud gli scioperanti negri sono frustati in strada e mitragliati» e in Africa occidentale, continua Fanon, «il negro è una bestia» (FANON 2015a: 112). Nelle colonie, il corpo degli indigeni è un corpo *minore*, di cui può essere fatto tutto (YENGO 2022), che può essere impunemente utilizzato per sperimentare farmaci e vaccini (dalla Tunisia al Camerun, dal Togo alle Filippine: ANDERSON 2006; ECKART 2002; ESCHADELY 2014¹⁷; LACHENAL 2014), mentre l'apartheid avrebbe avuto ancora decenni di vita davanti a sé.

Ovunque guardi, Fanon fa l'esperienza di un tempo *irrespirabile*. Ma a scrutare questa ontologia negativa, questa "zona di non essere" (FANON 2015a: 26), a vivere questa atmosfera di morte e di arbitrio, Fanon non è solo. L'inchiostro con il quale scrive è in fondo lo stesso con il quale gli intellettuali di quegli anni, dagli Stati Uniti alle Antille, dall'Europa all'Africa, denunciano la mostruosità dei rapporti razziali, i loro effetti psichici (la paura, l'inibizione, la violenza), mentre allo stesso tempo già cantano l'agonia del colonialismo.

Che le loro parole divampino l'una dopo l'altra non è un caso: il colonialismo è strutturalmente fondato sul razzismo, scrive Fanon, e interrogare il primo significa riconoscere come il secondo abbia indossato la maschera di una teoria scientifica grazie alla quale infiltrarsi nelle scienze psicologiche e sociali, persino nell'arte (ATTIA, LUDER BOULBINA 2009).

Gli intellettuali africani e afroamericani scuotono la Storia, prima piano, poi sempre più violentemente, perché le menzogne che l'hanno ingravidata ne cadano via una volta per sempre. La decostruzione delle teorie razziste, delle rappresentazioni dell'Altro, diventerà la *critica della traiettoria temporale* tracciata dal progetto imperiale: il tempo dell'oppresso va ormai componendosi secondo altre leggi.

Di quell'inchiostro intendo seguire qui almeno qualche tratto, e la scelta di pensare insieme il conflitto razziale negli Stati Uniti o in Europa da un lato, e quello che accade nelle colonie dall'altro, è fatta nella consapevolezza che la decolonizzazione avviata da Fanon in *Peau noire* pensa non a caso entrambi questi spazi di alienazione, malgrado le differenze che oppongono Harlem e la banlieue di Parigi a Brazzaville o Algeri.

La *situazione coloniale* è un tempo di crisi, la sociologia deve trasformarsi in «sociopatia» per cogliere le trasformazioni sociali e culturali delle società colonizzate, osserva Georges Balandier, che sottolinea le multiformi e caotiche espressioni di quella che definisce, con una formula diventata celebre, «reprise d'initiative»: culti religiosi come il *Ngol*, in Congo, «cospirazione del silenzio» per proteggere e perpetuare attività rituali condannate dagli amministratori coloniali, rivolte e forme di nazionalismo ancora «grossolano» ma già tali da preoccupare il «comando coloniale» (*commandement colonial*) (BALANDIER 1982: 63-67)¹⁸.

Da un lato all'altro dell'Oceano i movimenti di liberazione e gli intellettuali partecipano di questa volontà di mutare il corso della Storia. Il tratto che m'interessa sottolineare è quello della peculiare temporalità che va emergendo nella loro analisi, nelle narrazioni di quegli anni. Si tratterà spesso di un'*anticipazione* di quell'agitazione e di quel vortice che riconosciamo come caratteristiche delle società postcoloniali: è sufficiente guardare oggi ai fuochi che divampano nei paesi del Sahel, alle violenze che scandiscono in questi anni paesi come le Comore, il Kenya o il Mozambico, o ancora alle proteste contro le feroci aggressioni razziste in Europa per averne la misura e riconoscere in questi scenari di crisi come la nuova scena di un dramma che non sembra esaurirsi, ma anche l'urgenza di affermare uno spazio di azione politica, di sovranità. Diventa allora possibile discernere in essi quelle che è legittimo definire come le contemporanee espressioni della «ripresa d'iniziativa».

Poco importa se questi movimenti di rivolta, queste rivendicazioni di indipendenza e queste forme di insubordinazione all'ordine politico mondiale e contro le élite nazionali spesso saranno repressi o si ripiegheranno su se stessi. «Il tempo non è un fiume, il tempo è un pendolo», afferma Arna Bontemps (1992) nella prefazione alla nuova edizione del suo *Black Thunder*: suggerendo che persino l'insuccesso della rivolta può essere pensato, a certe condizioni, come la metafora di una «turbolenza a venire»¹⁹.

Il tempo dell'oppresso *verrà* (come «l'Africa a venire» di Fanon). Il futuro si presenta con il suono di un rombo che insidia la calma del presente e l'illusione che tutto sarà come è sempre stato. Come ruggine inesorabile, avvia di quel mondo la lenta decomposizione. È un tempo diverso da quello lineare del fiume perché, scrive ancora Bontemps, in esso riconosciamo «la coalescenza di passato presente e futuro». Questa fusione quasi bergsoniana è necessaria per interpretare diversamente l'esperienza dei vinti e delle loro lotte, percependovi la dimensione di un soggetto politico

collettivo fino a quel tempo sempre negato o ignorato: la sconfitta di oggi è la vittoria di domani, poco importa se a lottare sono i Neri della Louisiana o le popolazioni di Niamey e Bamako. Già nel 1906 William du Bois aveva scritto: «Il giorno delle razze di colore sta sorgendo» (DU BOIS 2010: 227).

L'insurrezione del tempo si situa in Fanon nel punto in cui collassano tutti i significati acquisiti, allontanandosi, osserva Marriott, dalla visione romantica di quegli autori che immaginano il futuro come redenzione. Il *momento* decoloniale sarà in Fanon discontinuità assoluta, in traducibile nei termini di qualsivoglia genere narrativo, «drammatico, dialettico o esistenziale che sia»²⁰.

Di questo tempo fatto di scarti improvvisi, *intempestivo*, scandito dalla consapevolezza di arrivare «troppo presto o troppo tardi», la scrittura di Baldwin ci offrirà un altro affresco memorabile, che sembra riecheggiare nelle parole stesse lo stile e la prospettiva di Fanon.

In *To Go to Meet the Man*, libro pubblicato nel 1948 e tradotto in italiano con il titolo di uno dei racconti che vi sono raccolti, *Stamattina stasera troppo presto* (*This Morning, This Evening, So Soon*), tutto sembra costituirsi nel segno di una deviazione appena percettibile, eppure fondamentale, che fa del *tempo razziale* un altro tempo, regolato da meccanismi paradossali, come suggerisce un'altra celebre immagine, tratta sempre da un libro di Baldwin, *No Name in the Street*: «Time passes and passes. It passes backward and it passes forward and it carries you along, and no one in the whole wide world knows more about time than this: it is carrying you through an element you do not understand into an element you will not remember. Yet, *something* remembers—it can even be said that something avenges: the trap of our century» (BALDWIN 2007: 22).

Se in *Stamattina* il movimento istituito fra New York e Parigi assegna alle parole e alla musica il compito di trascendere i vincoli geografici o storici e stabilire una comunicazione tra *fratelli*, in *Una strada* è detta la legge implacabile del ricordo, un ricordo che – affidato a un misterioso «qualcosa» – non cessa di pensare, *malgrado noi*, al di là della nostra coscienza, ciò che è accaduto: lo sguardo che ci ha attraversato, l'umiliazione che ci ha ferito, il colpo che ha urtato il nostro corpo. Ma *Stamattina* è per noi un testo fondamentale anche per altre ragioni. Qui i passi di Fanon sembrano risuonare in ogni pagina. Il personaggio del copione che il regista affida al protagonista del racconto (ossia a Baldwin), Chico, è nato da una madre martinicana e da un colono francese, ed è carico di odio per la Martinica

e il mondo intero. L'attore-Baldwin non ne può più di questa «uguaglianza nel dolore», e quando descrive il mondo dei nordafricani a Parigi sembra di leggere *La sindrome nordafricana*:

E di algerini, per le strade di Parigi, se ne trovano sempre meno di questi tempi. I venditori di tappeti, di noccioline, di cartoline, i cambiavalute sono scomparsi. I ragazzi che frequentavo durante i miei primi anni parigini si sono dispersi – o raggruppati – Dio sa dove. La maggior parte di loro non aveva soldi. Vivevano in tre o quattro assieme in certe stanze con un solo lucernario, una sola branda, dura come i sassi, o in certi edifici che sembravano evacuati da tutti gli altri abitanti, con pezzi di cartone alle finestre, e condutture dai percorsi bizzarri, negli umidi cortili col selciato di ciottoli, in certi vicoli ciechi e bui, oppure sulle gelide colline in periferia. I caffè arabi sono chiusi... quei caffè scuri e avvolti da odori pungenti dove m'incontravo con loro a bere tè, a fumare hashish, ad ascoltare quella musica insistente, sfilacciata, che non è affine a nessun altro ritmo che conosco. (BALDWIN 2016: 171)

Quello che emerge dalle parole di Du Bois, Bontemps, Baldwin o Fanon è una forma di esistenza sospesa fra arresto e squarcio, che assume a tratti la metrica del discorso profetico. In loro la profezia non ha però bisogno di sapersi confermata dagli eventi, non resta in attesa di un consenso che la riconosca legittima, e soprattutto non cerca la certezza di una redenzione futura (in questo Marriott ha ragione). Non pretende il potere della verità, e non è predittiva. Per dirlo con le parole di Benedetti, non è *assertiva* ma – come quella di Pasolini o del *Noé* di Anders – “suscitatrice”: efficace in virtù dei sentimenti che genera²¹. Il suo gesto è, lo ripetiamo, quello della rottura, il suo profilo quello della *tabula rasa*, della «sostituzione di una specie di uomini» con un'altra²², il cui tempo è quello dell'anticipazione, dell'avvenire. E che gli oppressi, gli ultimi, sentano spesso il bisogno di maledire e ricorrano all'idea di un evento o di una giustizia sempre a venire, di una ragione sempre differita, che i dannati della terra per poter resistere al sopruso quotidiano debbano ritrarsi all'ombra di un fatalismo inespugnabile, racconta questa esperienza da un'altra prospettiva, una prospettiva *infrapolitica*, direbbe forse Scott. Le parole che Jacques Berque scrive sui colonizzati e sulla loro condizione esistenziale sono illuminanti:

Il va lui falloir retrouver la nature, sa nature, par et malgré la facticité. Fonder sa personne, par et malgré la mondialité. A tout instant il devra rééquilibrer en lui-même l'efficace et l'authentique. *Il ne peut y réussir qu'en anticipant sur l'avenir* [...] C'est peut-être parce que cet homme a tant de choses à faire ou à refaire, à commencer par lui-même, qu'il est privilégié sur nous. *Il ne peut vivre, cet homme, qu'en souvenir de demain.* (1964: 172)

“Un uomo bianco si era materializzato dal nulla...”.

Razzismo e psicosi

Bisogna procedere con calma, facendo confluire i materiali dell'archivio critico fanoniano che sto evocando verso il luogo che li attende naturalmente, come sospinti da una forza segreta e nervosa. Nel 1903 apparivano le indimenticabili pagine di Du Bois sulla “strana esperienza” di “essere un problema”, e il suo ricordo d'infanzia quando sperimenta per la prima volta il peso di un'ombra opprimente di fronte a una bambina bianca che, rifiutando il suo invito e il suo “bellissimo biglietto da visita”, gli ricorda che è diverso dagli altri. «Perché, si chiede du Bois, Dio ha fatto di me un escluso e uno straniero a casa mia? [...] È una strana sensazione questa *doppia coscienza*, questo senso di *guardare a se stessi sempre attraverso gli occhi degli altri*» (corsivo mio). Per du Bois, la «Storia del negro americano è la Storia del conflitto [...] per riunire il suo doppio Sé in un Sé migliore e più vero».

Il confronto fra du Bois e Fanon è stato già analizzato in dettaglio da Sandro Mezzadra (MEZZADRA 2013), e la sua analisi suggerisce innumerevoli e convincenti intrecci, a cominciare dalla comune “immaginazione geografica” che condurrà entrambi a rinunciare alle loro cittadinanze e a vivere (a *tornare*) in Africa, sino alla condivisa necessità di ripensare e “ampliare” la prospettiva marxista che, come la psicoanalisi, sulla questione razziale manteneva incomprensibili silenzi. La *doppia coscienza*, il *doppio Sé*, gli scopi divergenti fra i quali ogni scelta si trasforma per un Nero in un'esperienza lacerante, e persino la “seconda vista” di cui secondo du Bois sono dotati i Neri in America, costituiscono l'immagine esemplare di una scissione del Sé razzializzato, che ritroveremo nelle riflessioni di Fanon, nelle sue preoccupazioni, e nello stile unico di una prosa dove tornano insistentemente i temi dello sguardo, della vista, delle mani (un'anatomia politica cantata come un *rythm and blues*, si direbbe)²³. Queste preoccupazioni e questi motivi sono comprensibili solo nella misura in cui li pensiamo in riferimento all'esperienza – alla *situazione*, sarebbe meglio dire – di un'ansia che non conosce tregua, e che lo sguardo dell'Altro, del Bianco, alimenta e affila come un incubo.

È questo il tema che voglio brevemente riprendere, muovendo da un altro confronto: quello tra Fanon e Baldwin, già avviato nelle pagine precedenti in riferimento al tema della temporalità, e ora ripreso a partire dal tema dell'*alienazione visuale*, che determina secondo i casi o una cecità nei confronti del corpo nero, come per il protagonista del romanzo di Ralph

Ellison, pubblicato lo stesso anno di *Peau noire*, che si scopre invisibile allo sguardo bianco, e dunque inesistente (ELLISON 1952), o al contrario una visibilità estrema, come quando un fascio di luce sorprende e immobilizza un essere nella notte. Fanon e Baldwin condividono un comune territorio di temi e domande: l'esperienza di sentirsi costantemente osservati (sino a perdersi nella vertigine del delirio o della violenza), il destino che conduce a fare proprio ciò che l'Altro non smette di suggerire (con il suo paternalismo o il suo insulto), l'esperienza della paura e della rabbia come modo di vita²⁴, come febbre: «Una specie di febbre cieca, la testa che batte, e un bruciore alle viscere [...] Non c'è un negro – continua Baldwin, prima di ricordare la sera in cui si sente dire “qui non serviamo negri” – che non abbia questo furore nel sangue, ha soltanto la scelta di viverci insieme coscientemente o di soggiacerci» (BALDWIN 1964: 85).

In Fanon il tema dell'*ansia razziale* costituisce il nucleo fondamentale de “L'esperienza vissuta del nero”, uno dei capitoli più celebri di *Pelle nera, maschere bianche*²⁵. Nelle pagine di *No name in the street* sembra di ascoltare come un dialogo a distanza tra i due autori. Baldwin vi descrive il momento in cui il protagonista entra in un bar di Bianchi:

Mi ero reso conto dell'errore commesso non appena avevo aperto la porta: ma il terrore assoluto su tutte quelle facce bianche – giuro che non si mosse nemmeno un'anima – mi paralizzò. *Loro fissavano me* [...] Feci un passo indietro fuori dalla porta [...] Un uomo bianco si era materializzato dal nulla, sul marciapiede che fino a un attimo prima era vuoto. Io *lo fissai* senza comprendere. Lui *mi guardò* con risolutezza, *con una sorta di minaccia sospesa*. Il mio turbamento iniziale si era ormai placato. Non avevo avuto il tempo di provare né paura né rabbia. Adesso invece, entrambe cominciavano a montare dentro di me. Sapevo che dovevo andarmene da quella strada. L'uomo aveva indicato una porta, e io capii subito che mi stava indicando l'ingresso per i neri. Fu un momento terribile: breve come un lampo, ma molto più illuminante. *Mi resi conto che quell'uomo credeva di essere gentile, e difatti aveva la gentilezza che ci si aspetterebbe da una guida dell'inferno*. Compresi che non gli dovevo parlare, che non dovevo avere alcun tipo di coinvolgimento con lui. Non avevo più fame, ma questo non lo potevo certo dire. (BALDWIN 2007: 72-73)

È facile comprendere da passaggi come questo perché Fanon si sia abbeverato alla letteratura per scrivere la sua psicoanalisi dell'alienazione razziale. Si potrebbe osservare che se Ernesto de Martino ricorda il “valore empirico” della “documentazione psicopatologica” per l'antropologia, Fanon mostra del documento letterario il valore clinico e politico. Le parole di Baldwin, pubblicate undici anni dopo la morte di Fanon, sono la superba

descrizione del lavoro letale realizzato dallo sguardo razziale²⁶, il cui effetto sui Neri Fanon aveva descritto come l'esperienza di un divenire-oggetto, di un corpo che va esplodendo in mille frammenti:

Ma laggiù, proprio sul crinale, inciampo, e l'altro, *con gesti, atteggiamenti, sguardi, mi fissa, così come si fissa un preparato, un colorante*. Mi arrabbiavo, pretendevo una spiegazione... Non servì a nulla. Esplosevo [...] Quel giorno, disorientato, incapace di essere al di fuori con l'altro, il Bianco, il quale, impietoso, mi imprigionava, *mi portai lontano dalla mia stessa presenza, molto lontano, costituendomi come oggetto*. Che cos'era per me se non *uno scollamento, una lacerazione, un'emorragia* che coagulava sangue nero su tutto il mio corpo? (FANON 2015a: 109-112; il corsivo è mio)

L'esplorazione della condizione nera è in du Bois, Fanon e Baldwin attuata utilizzando le stesse metafore, gli stessi attributi ("infernale" è uno dei termini più ricorrenti nel lessico fanoniano). E realizzata a partire da un'auto-etnografia cruenta quanto unica. In *Stamattina stasera troppo presto* Baldwin scrive: «La prima volta che mi sentii chiamare negro avevo sette anni. Fu una ragazzina bianca che aveva lunghi riccioli neri» (BALDWIN 2016: 89), e – come in du Bois – anche in Baldwin l'essere respinto da una bambina perché "giocare coi Neri" non le era consentito, determina una frattura. Le lacrime del bambino-Baldwin, il velo del bambino du Bois, il corpo in brandelli di Fanon, sono il territorio dove l'interpellazione si fa colpo di frusta, e dove si scrive invisibile la genealogia razziale della psicosi, del delirio.

Quello tracciato da Fanon è il capitolo decisivo di un'altra psicologia e di un'altra psichiatria, avviate negli anni Quaranta ad Harlem dall'esperienza della Clinica Lafargue e gli esperimenti di Kenneth e Mamie Clark, una psicologia e una psichiatria decise a esplorare gli interstizi dove la violenza e il disprezzo razziali, l'indifferenza o il paternalismo verso il dolore degli oppressi, generano sintomi (GIBSON, BENEDUCE 2017). È una sensibilità particolare quella che va proponendo la sua psichiatria, costruita ben oltre gli schemi di un semplice modello sociogenetico dell'alienazione, e di cui cogliamo tracce in una pagina del giovane Foucault, nel lavoro pubblicato nel 1954 per il suo dottorato in psicologia²⁷. Fanon vuole guardare però tanto all'alienazione razziale quanto all'alienazione coloniale, e coglierne il profilo *da entrambi i lati della linea del colore*: il caso dell'adolescente ricoverata all'ospedale di Saint-Ylie è esemplare del modo in cui Fanon tesse la sua semiotica del sintomo razziale:

Questa osservazione chiarisce il punto di vista che difendo in questa sede. Essa dimostra che, al limite estremo, il mito del negro, l'idea del negro arriva a determinare un'autentica alienazione". Affetta da tic, da allucina-

zioni uditive (il suono del tam-tam) e visive (cerchi concentrici, immagini di “uomini neri che danzano intorno a un grande fuoco e hanno un aspetto cattivo”), la paziente rivelerà nel corso dei colloqui la sua Storia, che Fanon così riassume: “Quando aveva dodici anni, suo padre, ‘veterano dell’esercito coloniale’, amava ascoltare i programmi di musica negra. Il tam-tam risuonava nella casa tutte le sere. Lei era allora a letto... (FANON 2015a: 184-187)

Ecco qui un'altra pagina di archeologia politica dell'alienazione razziale e coloniale, in quegli anni rara da leggere. Nel 1968 vede la luce *Black Rage*, dove gli autori (GRIER, COBBS 1968), psichiatri africani americani, s'interrogavano sulle conseguenze del razzismo e la sua metamorfosi in psicopatologia. Non posso per limiti di spazio analizzarne in dettaglio i contenuti, sebbene si tratti di un libro decisivo per il mio discorso. Mi limito ad evocare solo un passaggio. L'esordio del libro, con il racconto delle vicende cliniche di tre pazienti neri e l'analisi dei loro sintomi, sembra anticipare Taussig e la nozione di “reificazione della malattia”. Grier e Cobbs sottolineano come l'America sia un paese che *non ama guardare al suo passato*, desideroso solo di proiettarsi in avanti (come del resto le moderne retoriche della resilienza o dei *born again* non cessano di salmodiare), eppure *qualcosa ricorda*:

L'uomo nero di oggi è al termine di un *continuum* psicologico che risale indietro nel tempo sino ai suoi antenati schiavi. Osservate da vicino un uomo all'angolo di una strada ad Harlem, e si può vedere quanto poco la sua esperienza della vita sia diversa da quella dei suoi avi. Se molti aspetti esteriori sono diversi, la loro vita interiore è fondamentalmente la stessa.

Osservando lo sguardo di alcuni lavoratori occasionali neri in fila, in attesa di essere selezionati per lavorare, gli autori notano inoltre come “la struttura psichica” di quei lavoratori sia in fondo poco mutata dal tempo in cui venivano scelti gli schiavi. Ed è in questo orizzonte che d'un tratto

la città esplode (*erupts*) furiosa, i suoi abitanti sono intimiditi e oltraggiati. Vengono designati allora comitati misti (*biracial*), ed ecco capri espiatori apparire ovunque. Anziché parlare di case miserabili (*wretched*) e di una disoccupazione asfissiante (*stifling*), si dice che a causare tutto questo siano agitatori e furbi comunisti. Le vere cause sono nel migliore dei casi minimizzate, e nel peggiore dei casi negate (*denied*). Come se dopo tre secoli di oppressione l'uomo nero avesse ancora bisogno di un provocatore perché si infiammi (*enflames*)! La Storia è stata dimenticata. C'è poca memoria dei primi africani portati in questo paese, sradicati da ogni cosa. Una crudeltà calcolata aveva in quel tempo preso avvio, rivolta ad annientare il loro spirito. (COBBS, PRICE 1968: 24-25)

Pretendere di ignorare o dimenticare i nodi di questo passato di dolore e di sangue è un atto rischioso, così come è ingenuo pretendere di decre-

tare per legge il loro oblio. Vengono alla mente le parole di Baldwin nel libro pubblicato qualche anno prima: «Ho paura che si stia preparando per l'America un conto che essa non è preparata a pagare» (BALDWIN 1995: 111). Tanto la psichiatria quanto la psicoanalisi avrebbero spesso trascurato, sino ad anni recenti, questi nodi. È pertanto importante il contributo di Neusa Santos Souza negli anni Ottanta. Autrice scomparsa tragicamente nel 2008, il suo approccio assume un valore particolare per aver saldato psicanalisi e impegno antirazzista nello studio dell'alienazione e della condizione nera in Brasile (SANTOS SOUZA 1983)²⁸.

Fanon è però e senza alcun dubbio il primo ad aver svelato nel sapere psichiatrico (quello coloniale, in particolare) l'ordito di silenzi e complicità sulla questione razziale. Sarebbe stato proprio contro una psichiatria indifferente o cieca alla violenza coloniale e al razzismo, che pretendeva curare nel momento stesso in cui volgeva il suo sguardo lontano dalle matrici politiche dell'alienazione, o dalle stanze della tortura, che Fanon avrebbe scritto la sua lettera di dimissioni dall'ospedale di Blida-Joinville (FANON 2006: 63-65).

Ma non sono solo Fanon in Algeria o, più tardi, Grier e Cobbs negli Stati Uniti a lanciare questa denuncia. Il premio Nobel per la letteratura Toni Morrison avrebbe ripreso questo tema alla sua maniera e da un'altra prospettiva: «Ovunque corresse la mia immaginazione, il guardiano la cui chiave tintinnava sempre nelle mie orecchie era la razza», scrive Morrison, aggiungendo più innanzi di aver scritto il suo primo romanzo, *The Bluest Eye*, pubblicato nel 1970, per interrogare il razzismo «come *causa, conseguenza e manifestazione* della psicosi individuale e sociale» (MORRISON 1997: 7; il corsivo è mio). Le sue parole suonano forti come una diagnosi, là dove i termini "psicosi" e "razzismo" vengono definitivamente intrecciati l'uno all'altro. La protagonista del suo romanzo, una bambina nera nata in un contesto di miseria e di violenza, è infatti *convinta* di avere gli occhi azzurri. Sembra di incontrare un altro personaggio fanoniano, un'altra espressione di quel bisogno ossessivo di pensarsi bianchi, di lattificarsi, descritto nei loro esperimenti dai coniugi Clark, o da Fanon quando ricorda l'esperienza di un antillano a Parigi, che scopre a cinema di essere Nero. Hickling e Hutchinson (che citano non a caso proprio Toni Morrison), avrebbero discusso in alcuni lavori una forma di psicosi descritta nei Caraibi (Giamaica) come «psicosi del frutto del pane arrostito». Secondo gli autori questo disturbo rifletteva il conflitto e la crisi identitaria nella popolazione caraibica di colore, che in alcune persone prendeva la forma di una

totale identificazione con il Bianco e i suoi valori mentre, parallelamente, emergeva in essi il rifiuto della lingua e della cultura locali (un “disturbo di identificazione razziale”)²⁹.

Quello che questa ed altre sindromi mettono in evidenza è una forma particolare di *lattificazione dell'inconscio*, inscritta all'interno di un registro psicotico di scissione, non molto diversa dalla “oreo syndrome” o dalla “coconut syndrome” descritte in altre aree geografiche (Stati Uniti e, rispettivamente, Asia e Polinesia) (HICKLING, HUTCHINSON 1999; HICKLING, GIBSON, HUTCHINSON 2013).

Non è improprio riconoscere in questi casi una forma particolare di quel *divenire-altro* sul quale hanno scritto Deleuze e Guattari (1997): un divenire che si attua non all'interno della deterritorializzazione ma in quella dello spossessamento, non nel movimento del rizoma ma a partire dall'atto di un innesto traumatico e di una potatura. Un divenire-altro *scritto dall'Altro*, imposto dal colono, dal Bianco, o generato insidiosamente da un desiderio alienato. È dentro questo labirinto di muri e di specchi che si produce allora una peculiare e dolorosa forma del *divenire-cosa* o del *divenire-animale* non ancora soddisfacentemente indagata dal dibattito promosso dall'ontological turn, e che suggerisce l'urgenza di una riflessione in grado di avvistare strutturalmente i modi del divenire-altro a quelli del dominio, della coercizione, dell'alienazione e della violenza: in una parola, a quelli della storia (LANGFORD 2013; RHANI 2019; BENEDEUCE 2021).

La farmacia di Fanon, la clinica Lafargue, la sociologia di du Bois o i racconti di Baldwin, Bontemps, Morrison convergono dunque, al di là di tutte le differenze che pure è doveroso riconoscere, verso un comune territorio marcato dall'urgenza di esplorare le conseguenze psichiche e soggettive dell'esclusione, della paura e della violenza, e nel quale è imperioso sostare quando si provi a re-immaginare oggi una psichiatria autenticamente decolonizzata. Questo territorio si impone ai nostri sensi con la forza di un boato: le brutali esecuzioni di Rodney King, Walter Scott, Breonna Taylor, Ahmaud Arbery, Patrick Lyoya e tanti altri ancora, le tragiche morti di Mussa Balde e Chaka Ouattara in Italia, sono i nostri “moderni linciaggi”, per riprendere l'espressione che Arica Coleman ha utilizzato riferendosi al brutale assassinio di George Floyd, linciaggi di fronte ai quali il discorso psicologico-psichiatrico è ancora troppo spesso assente o esitante.

Dopo tutto, non è difficile intravedere un legame oscuro fra la teoria della cosiddetta *anestesia etiopica* di Cartwright e l'“anestesia” attribuita a Rodney

King dall'ufficiale Powell mentre lo colpiva con accanimento, e secondo il quale la sua reazione *bestiale* ai colpi, così come la posizione del corpo mentre veniva brutalmente colpito, non erano che la prova di una insensibilità al dolore (FELDMAN 1994: 412). Nelle sue varie forme – sociale, istituzionale, di Stato, epistemologico, diagnostico³⁰ – il razzismo continua a nutrire pratiche e dispositivi, alimentando ansie³¹, o all'opposto reazioni aggressive che gli psichiatri si accontentano spesso di descrivere come l'espressione di un delirio. La domanda, lo ripeto, è allora quale psichiatria oggi, nella postcolonia, dopo Fanon, sia possibile immaginare. Se lo chiedeva Vergès in un saggio di quasi trent'anni fa, con termini che dicono efficacemente il problema al quale sto pensando:

The writings and practice of Frantz Fanon as a psychiatrist have rarely been assessed against the history of psychiatry in the colony and the general history of the clinic. Yet Fanon's salient questions about psychiatry *are still with us*: *What kind of psychiatry is possible in the postcolony? What should be its goals? To discipline and to control? To facilitate reintegration into society? What should be the role of the psychiatrist? What is the relation between postcolonial psychiatry and psychoanalysis? What is the legacy of colonial psychiatry in today's psychiatry?* The desire to see Fanon as a psychoanalyst (which he never was) has often led postcolonial critics to ignore that, as a psychiatrist, he tried to redefine the goal and practice of psychiatry from within. (VERGÈS 1996: 85)

“Ma la guerra continua”.

L'inventario del reale e il pensiero di Fanon in un mondo che brucia

Pensando ai dilemmi e al dibattito sulla nozione di *négritude*, Fanon scriveva: «Compito colossale quello di inventariare il reale. Accumuliamo fatti, li commentiamo, ma ad ogni riga scritta, ad ogni proposizione enunciata, proviamo un senso di incompiutezza» (FANON 2015a: 158; il corsivo è mio)³². Questa incompiutezza non è soltanto il riconoscimento di un problema metodologico: è la scoperta, già definitiva, dell'oceano di contraddizioni che non cessa di crescere, e la consapevolezza che in ogni angolo del mondo sorgono sempre nuove ferite, nuove alienazioni, nuovi tradimenti, nuovi massacri.

Pagina dopo pagina Fanon ha forgiato parole e orizzonti nuovi, che annunciavano una svolta. Ma dopo aver disvelato le complicità e i silenzi della psichiatria o della psicoanalisi, la colonizzazione del desiderio e dei corpi, è come se sentisse la necessità di una pausa per guardare alla singolare *nevrosi epistemologica* provocata dalla disumanizzazione razziale: «Il Nero,

a tratti è richiuso nel suo corpo», e per quanto «sincero, è schiavo del passato». Alcuni vogliono «gonfiare il mondo con il proprio essere», scrive Fanon parafrasando il «filosofo tedesco»³³.

Nella sua analisi, l'oggettività evocata all'inizio del capitolo *L'esperienza vissuta del Nero* era stata scrutata nelle sue contraddizioni e nella sua fragilità epistemologica. Ora, nelle conclusioni di *Pelle nera*, riconosce che l'oggettività gli è semplicemente impossibile: non vi può fare ricorso perché il nevrotico, l'alienato dei cui sintomi ha ricostruito l'archeologia, sono "suoi fratelli". Non può adottare l'oggettività tanto cara ai suoi colleghi perché nel momento stesso in cui scrive, il dolore dell'umiliazione e dei traumi, il ricordo dei massacri compiuti in Cabilia, a Chélif o a Ambikéra, tornano come uno spettro invano ricacciato indietro, e nuove violenze vanno prendendo il posto delle prime. Tre anni dopo Aimé Césaire scrive:

Se ho ricordato alcuni dettagli di queste orrende mattanze, non è per cupo divertimento, ma perché penso che non ci si potrà sbarazzare tanto impunemente di queste teste umane mozzate, di queste raccolte di orecchie, di queste case bruciate, di queste invasioni gotiche, di questo sangue bollente, di queste città che svaniscono sotto i colpi di spada. Tutto ciò prova che la colonizzazione disumanizza, lo ripeto, anche l'uomo più civilizzato, e che l'azione coloniale, l'impresa coloniale, la conquista fondata sul disprezzo dell'uomo indigeno, e giustificata da questo disprezzo, tende, inevitabilmente, a modificare anche colui che l'intraprende [...] In verità, *esistono dei peccati che nessuno è in grado di sanare e che non finiremo mai di espiare* [...] Sicurezza? Cultura? Formalismo giuridico? Nel frattempo, ovunque si trovino faccia a faccia colonizzatori e colonizzati io guardo e vedo la forza, la brutalità, la crudeltà, il sadismo, lo scontro e, come esito parodistico della formazione culturale, l'immediata creazione di qualche migliaio di funzionari subalterni, di boys, di artigiani, di contabili e di interpreti necessari al buon funzionamento degli affari. Ho parlato di contatto. Tra colonizzatore e colonizzato vi è spazio soltanto per la corvée, l'intimidazione, la pressione, la polizia, le tasse, il furto, la frusta, lo stupro, le colture obbligatorie, il disprezzo, la diffidenza, l'insolenza, la sufficienza, la rozzezza, masse avviliti ed élite decerebrate. Nessun contatto umano, ma rapporti di dominazione e di sottomissione, che trasformano l'uomo colonizzatore in pedina, in ausiliare, in sentinella e l'uomo indigeno in strumento di produzione. Adesso tocca a me fare un'equazione: colonizzazione = cosificazione". (CÉSAIRE 2010: 54-55)

Sono parole aspre, e memorie scomode, che spiegano la marginalità di Césaire e di Fanon nell'isola in cui sono nati, dove al più del loro pensiero se ne sono fatti nomi di piazze e di licei. L'ultimo capitolo di *Pelle nera* è la sintesi di questo tempo a venire che insorge dall'inventario delle violenze coloniali e di un mondo in lotta: come in Indocina, dove i soldati francesi

erano rimasti sorpresi dall'atteggiamento sereno dei giovani vietnamiti persino di fronte ai plotoni di esecuzione; o in Europa, dove coloro che resistevano ai nazisti avevano dato prova di un'analogia "serenità asiatica". O ancora, fra i lavoratori dei campi di canna da zucchero in Martinica, che protestano non perché hanno letto Marx, ma perché hanno compreso, semplicemente, che la loro esistenza può essere concepita solo come «lotta contro lo sfruttamento, la miseria, la fame». La serenità, la tenacia di questi militanti, di questi lavoratori, non ha nulla a che fare con pretese filosofie della morte o impassibilità di origine culturale: nasce dal fatto che quegli uomini e quelle donne non possono più respirare.

Le piantagioni di canna da zucchero e l'odore marcio della schiavitù che continuava a salire da quei campi; l'Indocina e l'arroganza di un Impero che non cessava di celebrare la sua potenza; la resistenza contro il nazi-fascismo nel cuore dell'Europa. Superfluo sottolineare la potenza politica e la lirica di questo trittico.

I lavori pubblicati postumi in *Per la rivoluzione africana* lasceranno affiorare altri ritmi, mostrando la densità di una scrittura impossibile da ricondurre all'uno o all'altro dei canoni dominanti, e di uno stile in grado di mutare direzione con la rapidità di uno stormo di uccelli. Ecco allora Fanon, al confine fra Mali e Algeria, sognare un'Africa nuova, solidale, fatta di sguardi fraterni, di poche parole, e descrivere – prima di passare al calcolo delle postazioni militari e degli armamenti – la bellezza del Sahara da Kidal a Aguerhoc, da Tessalit a Bouressa, correndo nel silenzio di dune mai uguali, sotto un cielo tinto di viola o di un rosso duro... È una strana immagine quella che ci lascia in queste righe Fanon, il medico di Fort-de-France, lo psichiatra di Blida, il militante severo che non può ora trattenersi dall'esprimere quanto sia «emozionante vivere questi momenti».

Ma è necessario ora ricordare un altro aspetto. Fanon sembra a tratti ripetere, come in una di quelle preghiere sussurrate a bassa voce nei momenti del supplizio, ciò che non deve essere fatto. Non si deve essere più schiavi della Storia; non si deve essere più un pendolo che oscilla fra l'urlo dell'odio e il mormorio della riconoscenza nei confronti del Bianco; non bisogna lasciarsi sedurre dall'illusoria «astuzia di un mondo nero», né accontentarsi di reagire³⁴... Il suo è l'invito a decolonizzare la memoria, compito infinito anch'esso, perché si tratta di una memoria esplosa, amputata, silenziata, dolente, umiliata, sensibile come piaga viva ai lampi del quotidiano, inchiodata al registro burocratico delle istituzioni e dei martiri di Stato, o raccontata unicamente dalle celebrazioni ufficiali. La letteratura

algerina è senza alcun dubbio, nei confronti della guerra coloniale e degli anni che ne sono seguiti, la migliore *riserva critica* della memoria traumatica di quegli anni, come testimoniano le pagine di Yamina Mechakra in *La grotte éclatée*.

Le parole di Fanon, nella sua loro perentorietà, suggeriscono un tema ulteriore: non vi è una “missione negra” né un “fardello bianco”, e la sola disalienazione possibile nasce dal rifiuto di lasciarsi chiudere nella torre d’avorio del passato. Alla fine di *Pelle nera*, prendendo a prestito il corpo cantato da Césaire, chiede al suo stesso corpo di fare di sé un uomo che non cessi di interrogare. Fanon sembra in queste pagine sentire l’esigenza di un cambio di passo: come a cercare nei suoi stessi muscoli, nei propri sogni, là dove soltanto può trovarla, la forza per balzare fuori dal tempo delle illusioni, delle autocelebrazioni, degli inganni che ha conosciuto al tempo della guerra contro il nazismo o durante gli anni trascorsi in Francia. Questo ritorno a sé avvia il progetto di una decolonizzazione non più vittimistica, di una disalienazione che o concernerà tanto i dominati quanto i dominanti, o sarà impotente, come riaffermerà nel suo ultimo lavoro: analisi pungente della guerra coloniale, ma anche disillusa rappresentazione delle élite nazionali. La sua conclusione sembra ritrovare nelle parole di Isabela Figueiredo una conferma. Figlia di coloni portoghesi in Mozambico, l’autrice ricorda il padre, *l’impero del colore* nella percezione e nell’esperienza quotidiana, la divisione razziale che organizzava il mondo della sua infanzia a Maputo (all’epoca Lourenço Marques), le relazioni quotidiane, il tempo stesso sin nei suoi dettagli più intimi, dettando la legge di un manicheismo infernale di cui Fanon aveva scrutato il dispositivo e gli effetti: «A vida na colonia era impossível. Ou se era colono, ou se era colonizado, não se podia ser qualquer coisa de transição, no meio daquilo, sem um preço, a loucura no horizonte» (FIGUEIREDO 2010: 125).

Ne *I dannati*, il capitolo sulle borghesie nazionali e le derive del “partito” nei paesi africani è di una amara, profetica lucidità³⁵. Fanon *non crede* nello Stato-nazione: ne vede per intero, anche nei paesi in lotta per l’indipendenza, il veleno che trasformerà inesorabilmente questi ultimi in macchine-stato, burocrazie orientate dagli interessi di élite accaparratrici e rapaci. Nell’ultimo capitolo torna però nuovamente, con uno di quegli scarti che siamo abituati a incontrare nei suoi scritti, a interrogare la psichiatria, le sue responsabilità e i peculiari profili dell’alienazione nelle colonie. Nasce in quelle pagine il progetto per noi fondamentale di una psichiatria rivolta a

contestare le classificazioni fondate sul razzismo e l'evoluzionismo, capace finalmente di riconoscere nei deliri il dolore della storia (l'esperienza con Tosquelles e Bonnafé, a Saint-Alban, era stata decisiva).

Il capitolo sulle conseguenze psichiche della guerra coloniale offre un'immagine ulteriore. Dopo aver visto e curato gli orrori della tortura e delle violenze, il futuro degli uomini e delle donne a cui guarda è percepito con tutte le sue cicatrici invisibili, e descritto come "ipotecato". La guerra in Algeria sarebbe stata il teatro di orribili crimini da parte di quell'Europa che continuava a ripetere le sue litanie sui diritti umani (VIDAL-NAQUET 2001); quella guerra e il disastro avviato dalla colonizzazione nel 1830, con il suo corredo di carestie, esodi, espropriazioni, malattie, esecuzioni, avrebbe causato un milione di morti e avrebbe lasciato piaghe infinite (LAZALI 2022). Lo lasciavano ben presagire le testimonianze dei sopravvissuti e i racconti dei bambini algerini profughi nei paesi vicini (KESSEL, PIRELLI 2003; PIRELLI 1962). Fanon, che non cessa di sottolineare quanto sia diversa la natura dei disturbi psichici determinata dalla guerra coloniale nei confronti di quella descritta dalla psichiatria bellica nel corso della Seconda guerra mondiale, *vede ancora dell'altro*. Parallelamente alla descrizione dei vari tipi di disturbo, propone una serrata critica del ruolo di medici, psicologi e psichiatri («In Algeria i medici militari e gli psichiatri trovano negli stanzoni di polizia grandi possibilità di esperimento»; «la seduta, dicono gli psicologi presenti, ha messo in evidenza la persistenza del virus nazionalista»). È tuttavia l'esordio che, più di ogni altra cosa, interpella: «Ma la guerra *continua*» (FANON 1962: 154). Non incontriamo qui la mera constatazione della situazione politico-militare di un paese colonizzato dopo anni di violenze, repressione e torture. È una verità, un *bollettino medico*, si direbbe, che Fanon ricorda a se stesso e a chiunque sia in lotta contro «lo sfruttamento, la miseria, la fame».

Questa frase giunge a noi, sessant'anni dopo, con la forza di un proiettile: profezia cupa per chi è oggi testimone attonito dell'abiezione delle prigionie libiche, delle violenze in Mali, dell'inferno afgano, dell'assurda guerra in Ucraina, del cinico capitalismo delle armi, del diffuso sentimento di apocalisse che torna a percorrere il mondo.

Fanon anticipa con le sue parole tutto questo, e dobbiamo ora mescolare il suo con altri inchiostri per immaginare una scrittura all'altezza dei problemi che ci stanno di fronte. «La libertà è una lotta costante», avrebbe ripetuto Angela Davis, analizzando con lucidità chirurgica i contemporanei dispositivi della violenza di Stato, da Ferguson a Israele, e sullo sfondo

dell'intreccio perverso fra l'industria privata della sicurezza (di cui la società G4S è metafora esemplare), la gestione delle prigioni o l'uso della tortura (DAVIS 2018: 67-68). Nella sua riflessione Davis menziona anche un'altra scena, non meno tragica e per noi altrettanto decisiva, o meglio: il teatro di un'altra guerra. Si tratta della situazione migratoria, là dove ricorda quanto accadde a Jimmy Mubenga, l'immigrato espulso dall'Inghilterra e ricondotto a forza nel suo paese, morto soffocato sull'aereo della British Airways nel 2010 dopo essere stato sottoposto a tortura da parte di uomini della G4S³⁶. Una scena, quella della figura del *sans papier*, dell'immigrato espulso e respinto al mittente come un oggetto rifiutato dal destinatario, che sembra non molto diversa (solo più perversa) di quella raccontata da Fanon in *La Sindrome Nordafricana* (FANON 2007) o da Ousmane Sembène in *Le docker noir* (SEMBÈNE 1973).

Jimmy Mubenga, soffocato come George Floyd: sono le figure della contemporanea, irrespirabile atmosfera di violenza, di indifferenza, di morte (dobbiamo memorizzare questi nomi e serbarli nel nostro archivio del futuro, segnarli sulle mappe delle nostre democrazie). «Voi Bianchi, mi avete rovinato! Voi Italiani mi avete ucciso», mi ripete da mesi un richiedente asilo, la cui richiesta è stata rifiutata, e la cui esistenza si è sgretolata inesorabilmente. «Non capisco niente, che cos'è questo furto? c'è troppa confusione, è un problema di comunicazione, Lo Stato italiano mi ha rubato tutto», urla una donna immigrata dalla Nigeria accompagnandosi ostinatamente alla sua borsa-valigia che si trascina ovunque, metafora di un'esistenza consumata dal sentimento della caduta, da un'angoscia a tratti analoga a quella provocata dalla rottura del *kauwa-awwa*, il palo rituale senza il quale gli Achilpa ricordati da Ernesto de Martino rischiavano di perdersi per sempre nel caos di un territorio anonimo.

Quanto sarà lunga, per queste donne e questi uomini, la «strada della riparazione»?³⁷.

Di un futuro decoloniale, e infinitamente incerto

Fanon non cessava di immaginare un uomo nuovo, in grado di sottrarsi all'assedio della paura e della rabbia, di liberarsi dai grovigli della Storia e da un passato-tomba, un passato mummificato, e tutto questo malgrado il colonialismo – non accontentandosi di ipotecarne il futuro – avesse provato a confiscarne persino il passato³⁸. L'invito a decolonizzare il sapere psichiatrico si trasforma, nelle ultime pagine de *I dannati*, in un gesto di

immaginazione storica e terapeutica, dove si avverte però come un'esitazione, dissimulata appena dal tono dell'esortazione: «Per l'Europa, per noi stessi e per l'umanità, compagni, bisogna rinnovarsi, sviluppare un pensiero nuovo, *tentare* di metter su un uomo nuovo». È quasi la cifra di una melanconia, una melanconia indocile³⁹, che alla tenace volontà di resistere a un mondo manicheo sempre più opaco, intreccia la certezza che l'alienazione non cesserà di rinascere, e la lotta dovrà essere continua: una certezza intrisa della stessa consapevolezza che aveva fatto dire a Benjamin che il «nemico non ha smesso di vincere» (BENJAMIN 1962: 78).

Fanon melanconico? Forse è a qualcosa di simile che alludeva Jacques Ladsous, quando descriveva Fanon come un uomo «triste [...], triste e appassionato» allo stesso tempo⁴⁰. Questa è ad ogni modo anche la mia impressione. Di un uomo che è stato spesso definito un profeta, che ha sacrificato l'intera sua esistenza al progetto di curare la storia e inventare un futuro disalienato, mi sono spesso chiesto che cosa lo rendesse triste, che cosa – al di là del cupo orizzonte coloniale che aveva ancora di fronte a sé, dall'Algeria all'Angola – non gli permettesse di scrollarsi una volta per tutte di dosso quella malinconia. Quale consapevolezza faceva delle sue analisi un bisturi epistemologico perfetto, e insieme l'annuncio che un riposo vero sarebbe stato impossibile? Forse la consapevolezza che dei luoghi violati e dei corpi possessati rimane difficile o impossibile fare una storia quando questa – come sarebbe accaduto in Algeria – è narrata nel solo registro epico della Nazione e trasformata nell'icona omogenea di *una* lingua (l'arabo), di *una* religione (l'islam), da cui sono state espulse le voci e le memorie *minori* – quelle femminili in primo luogo (Rahal, cit. in JARVIS 2021: 109)? Come ricorda Jarvis,

Rahal invites historians and anthropologists to challenge this epistemological blindspot and break with these theatrical clichés by turning to alternative archives as authoritative sources of historical knowledge. Breaking with the dramatic narrative framework will not be accomplished through unrestricted access to the national archives, she points out, because the archive *itself* enshrines these amnesiac silences and temporal demarcations. (JARVIS 2021: 110)

“Macchie cieche epistemologiche”, “cliché teatrali”, “amnesie postcoloniali”: un vocabolario, questo che potrebbe perfettamente applicarsi non solo alla critica della storia e dell'antropologia ma anche a quella della psichiatria, e delle retoriche del trauma in primo luogo. Fanon ci ha lasciato un compito colossale, ed è facile immaginarlo oggi impegnato su altri fronti e in altre battaglie. Alla critica delle categorie diagnostiche razziali, Fanon

avrebbe oggi aggiunto la critica delle categorie diagnostiche della psichiatria occidentale e della loro pretesa egemonica, svelando come esse contribuiscano a dissimulare altri conflitti e altre contraddizioni⁴¹. Sarebbe stato senza dubbio protagonista nella denuncia delle pratiche di sterilizzazione forzata⁴² o dell'uso di vaccini praticati all'insaputa di famiglie e istituzioni, come è accaduto nel tristemente celebre caso di Kano, in Nigeria. Fanon avrebbe denunciato gli infiniti abusi contro l'infanzia delle minoranze etniche, dall'Australia al Canada e ne avrebbe scrutato gli effetti psichici sui sopravvissuti⁴³, e sarebbe stato certo in prima linea nel soccorrere clandestini e rifugiati curando le loro ferite lungo le frontiere.

Compito colossale, quello di decolonizzare i saperi, disalienare l'uomo, lottare contro le menzogne, curare la storia, ma reso leggero dalla serena certezza che *altro non rimane da fare*: continuare a lottare contro ogni forma di sopruso, continuare a inventariare un reale segnato dall'abiezione e dalla cancellazione, continuare a curarlo nei corpi offesi e nella mente ferita degli oppressi. Insomma: «tenter de mettre sur pied un homme neuf».

Compito infinito, quello di decolonizzare il futuro, che né la critica storica né il dibattito politico sembrano essere stati in grado di realizzare, tanto meno il ricorso a quel "postcoloniale" che in Francia ha riempito ogni scaffale, senza lambire il cuore del problema, anzi spesso paradossalmente accompagnando come ombra impotente l'inquietante aumento del razzismo e dei sentimenti di islamofobia, non diversamente da quell'ossessione del velo islamico che in nome dell'universalismo e della *République* già vedemmo trionfare nella colonia algerina.

La letteratura è, nei confronti della storia coloniale e postcoloniale, lo ripeto, la migliore riserva critica di quel tempo, testardamente opposta ai compromessi e ai silenzi che hanno, anche dopo l'indipendenza, provato a silenziare il dissenso e le voci dei morti, in Mozambico come in Algeria: in particolare da parte delle nuove élite nazionali, che avviarono altre forme di repressione, di disciplinamento, di sopruso, di privilegio. La letteratura ha costituito spesso l'unico antidoto contro queste nuove espressioni di violenza e di oblio perché, come scrive Mechakra ne *La grotte éclatée*, essa cerca "parole per la guerra che non possano essere utili allo Stato" (cit. in JARVIS, 2021: 114).

Questa funzione di riserva, di culla ribelle in grado immaginare una decolonizzazione autentica del tempo, è vicina a ciò che Brozgal definisce un "anarchivio" (neologismo parzialmente ispirato da Derrida, che intende

evocare l'idea che la letteratura possa accogliere i semi di una coscienza insonne, molesta, recalcitrante ad ogni pacificazione imposta). Brozgal pensa in particolare alla tragedia di quell'ottobre del 1961 a Parigi, quando una manifestazione contro il coprifuoco imposto dalle autorità nei confronti degli algerini conobbe una delle più brutali forme di repressione (e di rimozione), che la letteratura è oggi chiamata a curare. È un suggerimento prezioso perché aiuta a immaginare altri modi di conoscenza di quelle tracce disperse che, sopravvissute spesso sotto forma di sintomo, indicano non solo l'assenza di un archivio, ma anche i limiti dell'archivio stesso.

L'aporia che cogliamo nel pensiero di Fanon (BENEDUCE 2016) dischiude in definitiva un orizzonte nuovo tanto per la critica letteraria quanto per la cura. Dopo aver descritto le danze di possessione come mera valvola di sfogo nei colonizzati, Fanon ammetteva che quelle esperienze erano anche potenti asserzioni di libertà, che consentivano all'inconscio di sottrarsi alla colonizzazione ritraendosi in luoghi e spazi inaccessibili (espressioni di "eterocronia" ed "eterotopia", per riprendere le efficaci formule di Foucault), che facevano, per così dire, qualcosa di diverso dalla mera dimensione mistica. Allo stesso modo, dopo aver mille volte guardato alle cicatrici della storia, alle ombre di alienazione e al sentimento di impotenza che essa aveva ormai innestato nella coscienza dei dominati, non cessa di pensare a come liberare il futuro dalle determinazioni del passato. Quello che egli disegna è un orizzonte d'azione, ben oltre la memoria di vicende represses, rimosse o cancellate. In un tale orizzonte troverebbero accoglienza, ne sono certo, anche le inedite strategie di resistenza delle minoranze afro-americane, rivolte a costruire, nel momento stesso in cui ricordano i loro morti, forme autonome di storicità e nuove reti di parentela⁴⁴.

Il lavoro che l'immaginazione storica e terapeutica ha di fronte è dunque infinito: si tratta di estrarre tutto il potere trasformativo che il riconoscimento di queste oscure e fluttuanti "strutture di sentimento"⁴⁵ rende possibile, e realizzare un simile progetto comincia con l'impegno di ascoltare la voce degli spettri. È questa anche la funzione che Avery Gordon assegna ai "fantasmi":

The ghost is not simply a dead or a missing person, but a social figure, and investigating it can lead to that dense site where *history and subjectivity make social life*. The ghost or the apparition is one form by which something lost, or barely visible, or seemingly not there to our supposedly well-trained eyes, makes itself known or apparent to us, in its own way, of course. The way of the ghost is haunting, and haunting is a very particular way of knowing what has happened or is happening. Being haunted draws us affectively,

sometimes against our will and always a bit magically, *into the structure of feeling of a reality we come to experience, not as cold knowledge, but as a transformative recognition.* (GORDON 1997: 8; il corsivo è mio)

Note

⁽¹⁾ La tesi, ricchissima di spunti teorici, riporta i maggiori nodi del dibattito neuropsichiatrico dell'epoca sul rapporto fra organico e psichico, e riflette l'influenza che su Fanon esercita il pensiero di Lacan; parzialmente tradotta in italiano (FANON 2020: 105-124), è ora disponibile al lettore nella sua integralità, in francese (FANON 2015b: 168-232).

⁽²⁾ Per un'articolazione del rapporto fra "diniego" e "negazione" nel contesto coloniale, a partire dalle prospettive dischiuse dal contributo di Mannoni e Lacan sulla questione del razzismo, cfr. BONI, MENDELSON (2021) e BRICKMAN (2018).

⁽³⁾ Scrive Sartre nell'introduzione dell'*Anthologie de la poésie nègre et malgache*: «Aujourd'hui ces hommes noirs nous regardent et notre regard rentre dans nos yeux; des torches noires, à leur tour, éclairent le monde et nos têtes blanches ne sont plus que de petits lampions balancés par le vent» (SARTRE 1948: IX). Lo sguardo, gli occhi: il razzismo è stato anche scontro feroce di sguardi, *alienazione visuale* nel senso letterale del termine.

⁽⁴⁾ «Sarebbe certamente interessante, basandosi sulla nozione lacaniana dello *stadio dello specchio*, domandarsi in che misura l'*imago* del suo simile costruitasi nel giovane Bianco all'età solita non subisca un'aggressione immaginaria alla comparsa del Nero. Una volta compreso questo processo descritto da Lacan, non resta più alcun dubbio sul fatto che il vero Altro del Bianco è e rimane il Nero. E viceversa. Solo che per il Bianco, l'Altro è percepito sul piano dell'immagine corporea, assolutamente come il non-io, ovvero il non-identificabile, il non-assimilabile. Per il Nero si è mostrato come le realtà storiche ed economiche entrassero in gioco» (FANON 2015a: 150).

⁽⁵⁾ E continua: «Seguendo Adler, dopo aver constatato che il mio compagno, in sogno, realizza il desiderio di diventare bianco, ovvero di essere virile, gli rivelerò quindi che la sua nevrosi, la sua instabilità psichica, la scissione del suo Io derivano da questa finzione direttiva e gli dirò: "Mannoni ha descritto molto bene questo fenomeno nel malgascio. Vedi, credo che dovresti accettare di restare al posto che ti è stato dato". Ebbene no! Non gli dirò questo! Gli dirò: è l'ambiente, la società che sono responsabili della tua mistificazione. Detto questo, il resto verrà da solo, e sappiamo di cosa si tratta. *Della fine del mondo, diamine*. A volte mi chiedo se gli ispettori scolastici e i capiservizio siano consapevoli del loro ruolo nelle colonie. Per vent'anni si accaniscono a fare del negro un Bianco. Alla fine, lo scaricano e gli dicono: lei ha incontestabilmente un complesso di dipendenza nei confronti del Bianco» (*ivi*; corsivo mio; traduzione lievemente modificata).

⁽⁶⁾ Cartwright (1851a: 691-715); il corsivo è mio. Conrad (1975) avrebbe proposto un'interessante analogia fra la *dysaesthesia aethiopica* e il disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD). In un articolo pubblicato sempre nel 1851, Cartwright

lamenta lo scarso interesse riservato dai medici degli stati del Nord per quegli studi comparativi che, in modo inequivocabile (come per “le dimensioni e il movimento di pianeti in astronomia”), avevano a suo giudizio dimostrato l’esistenza di differenze anatomiche, fisiologiche e nella risposta ai farmaci fra il “negro” e il “bianco”. Del suo argomento riprendo un solo passaggio. Cartwright ricorda come la “anatomical structure of the negro’s knees” costituisca una prova ulteriore delle differenze rispetto al bianco. L’argomento non si appoggia solo su un presupposto anatomico ma anche su un’analisi linguistica, laddove suggerisce che il termine *Canaan*, derivato dal verbo ebraico *Canah*, e all’origine del termine “negro”, significa letteralmente “knee-bender” e “crushed or broken in mind”. Per Cartwright questa etimologia era coerente con quanto descritto dal celebre anatomista francese Cuvier relativamente al negro: “a man with weak and timid mind, and *les g enoux   demi-fl echis*” (Cuvier, cit. in CARTWRIGHT 1951b: 427). Cuvier, padre dell’anatomia comparata, aveva suggerito, come altri anatomisti dell’epoca (Virey, Bory de Saint-Vincent, ecc.), l’analogia tra le donne boscimane e le scimmie (  la triste epoca della cosiddetta “Venere ottentotta”). Lo stesso tema era stato trattato da Cartwright con termini identici – un’ossessione, si direbbe – nell’articolo gi  citato: «The hebrew verb *Canah*, from which the original name of the negro is derived, literally means *to submit himself—to bend the knee*». Secondo Cartwright anche i termini latini confermavano che «the negro is *slave by nature*, and can never be happy, industrious, moral or religious, in any other condition than the one he was intended to fill» (il corsivo   mio). *Knee-bender* (“genuflesso, baciapile, bigotto”) diventa il tratto anatomico corrispondente a un asservimento dettato da leggi di natura, ma anche la rappresentazione metaforica per descrivere una condizione di sottomissione, di soggezione. Sugli argomenti a sostegno della schiavit , cfr. anche Guillory (1968). Suzanne Taieb, psichiatra tunisina allieva di Porot, ispirandosi alle pagine di Dou t e e del suo *Magie et Religion dans l’Afrique du Nord* per descrivere i deliri di persecuzione fra i nordafricani, affermava: «Les indigènes nord-africains possèdent une foi inébranlable en Allah et en son Proph ete Mohamed. Ce sont des ‘mousselmin’, c’est- -dire des hommes qui se sont ‘abandonn es’, soumis   Dieu. Ils sont astreints   des obligations multiples: prières se renouvelant plusieurs fois par jour suivant un rite fixé dans ses moindres détails; les paroles, les gestes, les pas, sont soumis   des règles fixes». Non   privo di interesse che tale idea attraverso i discorsi di medici e psichiatri nello spazio delle piantagioni per riaffiorare prima nelle colonie e poi, con la figura del *muselmann*, nei campi di concentramento (il “musulmano” era il prigioniero stremato, esausto, «il cui intelletto   moribondo o morto», scriveva Primo Levi). Non mi   possibile qui sviluppare, per motivi di spazio, una riflessione dettagliata su questi vocabolari e la trama invisibile che intrecciano le semantiche dell’assoggettamento con il vocabolario medico da un lato, religioso dall’altro (schiavo/ Nero/Musulmano/Ebreo).

⁽⁷⁾ Per la nozione di “colonizzazione psichica” e di “patologie del riconoscimento”, cfr. Oliver (2001); rinvio, per un’analisi di questi temi, anche a Beneduce (2016). Una buona sintesi del pensiero della scuola psichiatrica di Algeri   in Porot (1952).

⁽⁸⁾ Ho discusso altrove come il progetto di “risvegliare” gli africani colpiti dalla tripanosomiasi sia una metafora letterale dell’opera di civilizzazione e di bonifica sbandierata dall’impresa coloniale. Sul caso della malattia del sonno, cfr. Lachenal (2014).

⁽⁹⁾ Esemplari a questo riguardo sono i capitoli “L’Algeria si svela” e “Qui la voce dell’Algeria...”, in Fanon (2007). Per un’analisi di questi temi, rinvio a Beneduce (2020: 7-100). Balandier scrive: «Dans un pays où les communications furent longtemps rudimentaires, où l’implantation administrative resta très distendue, la dérobade apparaît comme la plus facile et la moins dangereuse des réactions de refus. Elle joue à l’encontre des recrutements alimentant le portage, des recrutements de main-d’œuvre, des décisions administratives entraînant un contrôle plus strict ou une soumission plus réelle au régime des prestations. Nombre de rapports témoignent de sa permanence jusqu’à une époque récente» (BALANDIER 1982: 58).

⁽¹⁰⁾ Prendo qui a prestito un’espressione formulata da Michele Riso per riferirsi alle diagnosi medico-psichiatriche utilizzate nei discorsi sugli immigrati nei secoli scorsi: Riso M., Frigessi Castelnovo D. (1982). Il lavoro di Fanon conosce senza dubbio nell’articolo *La sindrome nordafricana* l’avvio di una rigorosa decostruzione dello sguardo medico a questo riguardo, e costituisce il primo passo di un’antropologia medica autenticamente *critica*, e tale perché *politica*. Che già nel 1952 la sua analisi muovesse da un esame della condizione degli immigrati nordafricani in Francia suggerisce come Fanon avesse colto tutta la posta in gioco che la situazione migratoria aveva nel contesto geopolitico coloniale.

⁽¹¹⁾ Sto parafrasando qui Balandier e la sua nozione di comando coloniale. Si veda più innanzi il testo.

⁽¹²⁾ Le riflessioni di Georges Condominas sul ruolo dell’etnologia in Indocina e il colonialismo in Madagascar, pubblicate fra il 1951 e il 1961, costituiscono uno dei contributi più densi al risveglio di un’antropologia critica. Mi limito a ricordare qui CONDOMINAS (1954).

⁽¹³⁾ Nel parlare di “crollo”, è ovvio pensare, oltre a *Things Fall Apart*, di Wole Soyinka, apparso nel 1958, a *Un mondo che crolla. Lettere 1938-1943*, di Giovanni Pirelli (corrispondenza degli anni di guerra): l’intellettuale che per primo avrebbe introdotto l’opera di Fanon e la questione algerina in Italia. Pirelli avrebbe scritto nel 1952, lo stesso anno di *Pelle nera*, un romanzo singolare: *L’altro elemento*, pubblicato da Einaudi nella collana diretta da Elio Vittorini, che sarebbe stato accolto, malgrado le sue qualità, da critiche quanto mai severe (BERMANI 2008).

⁽¹⁴⁾ «Articolare storicamente il passato non significa conoscerlo «come propriamente è stato». Significa impadronirsi di un ricordo come esso balena nell’istante di un pericolo. Per il materialismo storico si tratta di fissare l’immagine del passato come essa si presenta improvvisamente al soggetto storico nel momento del pericolo [...] Certo, solo all’umanità redenta tocca interamente il suo passato. Vale a dire che solo per l’umanità redenta il passato è citabile in ognuno dei suoi momenti [...] Solo quello storico ha il dono di accendere nel passato la favilla della speranza» (BENJAMIN 1962: 77). Cfr. anche Löwy (2013).

⁽¹⁵⁾ Mbembe ha analizzato la negazione dell'umano nell'Africano, poi il suo addomesticamento attraverso concetti come quello del "costume" e figure come quella dell'assimilazione, del convertito, dell'évolué (MBEMBE 2016). Ma altrettanto importante è un altro aspetto, quello della *cosificazione* che, parallelamente a quello di *animalizzazione*, occupa un ruolo decisivo nel pensiero di Fanon: il colonizzato è cosa, ed è descritto con "linguaggio zoologico". Mbembe, nel riprendere le tesi dell'afrofuturismo, ricorda che «Il Negro, prodotto di una Storia della predazione, è infatti l'essere umano che sarebbe stato *costretto a vestirsi da cosa e a condividere il destino dell'oggetto e dell'utensile*. In questo senso, porterebbe in sé la tomba dell'umano. Sarebbe il fantasma che infesta il delirio umanista occidentale. L'umanesimo occidentale sarebbe perciò una specie di caverna infestata dal fantasma di chi è stato costretto a condividere il destino dell'oggetto» (MBEMBE 2019: 131; il corsivo è mio).

⁽¹⁶⁾ «Il colonialismo e i suoi derivati non sono in realtà gli attuali nemici dell'Africa. Personalmente, più conosco le culture e gli ambienti politici, più mi convinco che il grande pericolo che minaccia l'Africa è l'assenza di ideologia [...] Le borghesie nazionali, non sentendosi più minacciate dal colonialismo tradizionale, scoprono all'improvviso i loro grandi appetiti [...] Il popolo che aveva dato tutto se stesso nelle ore difficili della lotta di liberazione nazionale, a mani e pancia vuota si chiede fino a che punto la sua sia una vittoria effettiva» (FANON 2006: 176-177). Cfr. su questi aspetti il bel libro di Lazali 2018.

⁽¹⁷⁾ Sono grato a Imen Ben Cheikh per avermi segnalato quest'opera.

⁽¹⁸⁾ Quest'ultima nozione sarà largamente ripresa da Mbembe, che ne opererà anche una parziale riformulazione (MBEMBE 2005).

⁽¹⁹⁾ Il romanzo racconta il fallimento della rivolta organizzata dallo schiavo Gabriel Prosser in Virginia, nell'800, fallita anche a causa del tradimento di uno dei partecipanti. Bontemps avrebbe conosciuto d'altronde in Alabama, in prima persona, l'odore marcio della segregazione, della paura e del razzismo (è l'anno prima che scoppia l'affare Scottsboro), ciò di cui Rampersad nell'introduzione al libro parla come di un "circle of disasters". Sulla particolare filosofia della Storia di *Black Thunder*, cfr. LEVECQ (2000).

⁽²⁰⁾ «This does not of course mean that the tabula rasa can not still be thought in narrative terms, on the contrary, but as the figure for a teleology *without telos*, as the figure for the necessary interruption of all thought of purpose or final ends, the tabula rasa does resist any narrative or archaeo-teleological schema that would reduce it to a final meaning, and *this is both its strength and weakness*» (MARRIOTT 2018: 28-29; i corsivi sono miei).

⁽²¹⁾ «Occorrerà allora distinguere due modi di praticare e di concepire la profezia: una *assertiva*, l'altra *suscitatrice*. La prima si basa sul contenuto dell'enunciato: è profeta chi anticipa la catastrofe che dovrebbe accadere di lì a poco. L'altra invece è agente, crea terremoti nelle menti e negli animi ed è in grado di suscitare il senso di un'emergenza» (BENEDETTI 2021). Ringrazio Simona Taliani per avermi indicato questo lavoro.

⁽²²⁾ «Liberazione nazionale, rinascita nazionale, restituzione della nazione al popolo, Commonwealth, qualunque siano le etichette impiegate o le formule nuove introdotte, *la decolonizzazione è sempre un fenomeno violento*. A qualsiasi livello venga studiato [...] la decolonizzazione è molto semplicemente la sostituzione d'una «specie» di uomini con un'altra «specie» di uomini. *Senza transizioni, c'è sostituzione totale, completa, assoluta*. Si potrebbe certo ugualmente mostrare il sorgere di una nuova nazione, l'impiantarsi di uno Stato nuovo, le sue relazioni diplomatiche, il suo orientamento politico, economico. Ma noi abbiamo scelto appunto di parlare di quella specie di tabula rasa che definisce agli inizi ogni decolonizzazione. La sua insolita importanza sta nel costituire, fin dal primo giorno, la rivendicazione minima del colonizzato. A dir vero, la prova del successo risiede in un panorama sociale mutato da capo a fondo. La straordinaria importanza di questo mutamento sta *nell'essere voluto, richiesto, preteso*. La necessità di questo mutamento esiste allo stato bruto, *impetuoso e coattivo, nella coscienza e nella vita degli uomini e delle donne colonizzati*. Ma l'eventualità di questo mutamento è pure vissuta sotto forma di un futuro terrificante nella coscienza di un'altra «specie» di uomini e di donne: i coloni» (FANON 1962: 3).

⁽²³⁾ «Mani nervose», «mani-liane», ma anche «mani doppie», come recita il titolo della sua pièce teatrale, o ancora: «Un'occhio si annega», altra pièce teatrale di Fanon (in FANON 2015b).

⁽²⁴⁾ In *Pelle nera, maschere bianche*, le pagine dedicate alla letteratura nera riprenderanno non a caso *Native Son*, il romanzo di Wright: lo stesso che il protagonista di uno dei racconti di *Stamattina, stasera troppo presto* si rifiuta di continuare a recitare. Quello di *Native Son* è un capitolo decisivo intorno al topos dello stupro nero della donna bianca: è un topos decisivo sul quale Fanon s'interroga a più riprese, un ritornello lancinante che attraversa la letteratura afroamericana e africana: penso a *Le docker noir*, di Ousmane Sembène (SEMBÈNE 1973), ma anche al racconto di John Chavafambira, il paziente di Wulff Sachs (SACHS 1937).

⁽²⁵⁾ Pubblicato per la prima volta l'anno prima sulla rivista *Esprit*, il testo di Fanon avvia un dialogo serrato con il pensiero di Octave Mannoni, autore di un articolo pubblicato nello stesso numero della rivista, e dal titolo altrettanto eloquente: *La plainte du noir*. L'anno prima aveva scritto *Psychologie de la colonisation*, che sarebbe stato oggetto di aspre critiche da parte di Fanon (BENE DUCE 2016, 2020). Voglio ricordare, con Lewis Gordon, che la sensibilità per la questione razziale in Fanon s'intreccia ad una forma particolare di umanismo che non si limita alla dimensione razziale, e di rifiuto per ogni violenza che produca la cosificazione dell'Altro, del corpo (che si tratti del malato, del Nero, del dominato...). Questa sensibilità trova forse la sua prima espressione, secondo Gordon, quando, appena adolescente, Fanon assiste alla dissezione anatomicopatologica del cadavere di una donna morta in seguito ad un incidente (investita da un'auto): «There the woman lay no longer as a woman but, instead, a cadaver. Fanon wouldn't separate the person from the corpse, the woman from the meat being dissected on the table. *He witnessed degradation, indignity, absent humanity in the process but not in his heart. The boy encountered his humanism*. The separation of person from body is not a feature of many non-European languages, and it was not historically so for the European languages. The process of people becoming "things" was crucial for

historic practices of colonization, enslavement, and violence. The active language of many creolized languages in the Caribbean and across the Americas, in addition to those wherever colonization and trade went, were premised on vitality. The lived-body, so to speak, is relational and dynamic, and thus reductions to property and things were always in conflict with what was at the heart of discourse and its communicative reach in social life» (GORDON: 2021; il corsivo è mio)

⁽²⁶⁾ I corsivi sono miei.

⁽²⁷⁾ «Voilà donc à peu près comment notre société en est venue à donner au malade un statut d'exclusion. Il faut maintenant répondre à la seconde question que nous posions tout à l'heure: comment cette société s'exprime-t-elle, malgré tout, dans le malade qu'elle dénonce comme un étranger? Là justement réside le paradoxe qui a brouillé si souvent les analyses de la maladie: la société ne se reconnaît pas dans la maladie; le malade s'éprouve lui-même comme un étranger; et pourtant il n'est pas possible de rendre compte de l'expérience pathologique sans la référer aux structures sociales, ni d'expliquer les dimensions psychologiques de la maladie, dont nous parlions dans la première partie, sans voir dans le milieu humain du malade leur condition réelle» (FOUCAULT 1954: 81).

⁽²⁸⁾ L'intreccio fra questione razziale e alienazione, fra razzismo, violenza e istituzioni sanitarie, avrebbe trovato crescente attenzione nella letteratura medico-antropologica e nei lavori di psichiatria culturale, in particolare per ciò che concerne l'analisi delle disuguaglianze nell'accesso alle cure (AMSTER 2022; FRASER, GAULIN, FRASER 2021), parallelamente al moltiplicarsi delle ricerche sulla medicina e la psichiatria coloniale (Rowland Littlewood e Roman Lipsedge, Jonathan Sadowsky, Byron Good, Sloan Mahone, Richard Keller, Salouâ Studer, Megan Vaughan, ecc.). Oltre agli autori che hanno da sempre incarnato una psicoanalisi critica (mi limito a ricordare qui gli amici e maestri Alice Cherkic e Marcelo Viñar), ricordo anche il recente contributo di PARKER, PAVÓN-CUELLAR: «Gli psicoanalisti conservatori adattivi, come la maggior parte dei professionisti *psy*, trasformano la natura storica e in continuo mutamento dell'esistenza umana, in qualcosa di fisso. Ciò è tanto più bizzarro e reazionario nella società attuale, nella quale tutto cambia così velocemente e dove è davvero come se tutto ciò che è solido si sciogliesse nell'aria [...]. I professionisti della psiche fissano la nostra esistenza mentre la studiano e cercano di trattarla come fosse un oggetto [...]. La psicoanalisi radicale, al contrario, ci insegna che è nella natura degli esseri umani riflettere sulle loro condizioni sociali e per tutti noi tentare continuamente di trasformare queste condizioni e noi stessi. Tentiamo di cambiare, e falliamo, ed è una psicoanalisi radicale, insieme a una pratica politica radicale, che ci mostra perché falliamo» (2021: 23-24; traduzione leggermente modificata).

⁽²⁹⁾ HICKLING, HUTCHINSON (1999). I lavori di Hickling sono particolarmente suggestivi per una antropologia psichiatrica critica, e la proposta di una "psychohistoriography", quale quella che l'autore ha realizzato nei decenni scorsi al Bellevue Mental Hospital, intesa quale metodo capace di intrecciare la "cultural competence" con un approccio storico e clinico, condivide molti dei presupposti della psichiatria critica della clinica Lafargue, di Fanon, e dell'autore di queste note. L'approccio clinico di

Hickling va menzionato anche per l'incontro fra terapia culturale e teatro popolare giamaicano, ciò che ricorda per molti aspetti l'esperienza del teatro popolare bamarba *Koteba* nell'ospedale psichiatrico Point G a Bamako, realizzato da Baba Koumare. La categoria diagnostica "roast breadfruit psychosis" e l'interpretazione che ne è stata proposta all'interno di società nate e fondate sul razzismo, sono state contestate da Jaddaw (1999). Sulla difficile esperienza di *essere in un corpo nero* all'interno di un contesto sociale razzista, scrive Marriott: «This essay will begin by asking what it means to have 'race' lodged in the body, and what it might possibly mean to be free from such lodgment» (MARRIOTT 2015: 163). Cfr. Anche Sheldon e Hook 2022.

⁽³⁰⁾ Mi riferisco qui alla ricerca condotta da Metzl sull'associazione fra termini come "schizofrenia" o "schizofrenico" e condizione nera negli Stati Uniti. Utilizzando gli archivi elettronici di alcuni dei maggiori quotidiani statunitensi (*New York Times*, *Los Angeles Times*, *Chicago Tribune*), l'autore mostra come i termini "Negro" + "Schizofrenia" o "schizofrenico" hanno nei periodi considerati (1930-1955 e 1956-1979), 36 e, rispettivamente, 259 occorrenze, mentre quando si sostituisce al primo item quello di "*Caucasian or white*" non risulta nessuna occorrenza tra il 1930 e il 1955, e soltanto una dal 1956 al 1979. L'etichetta diagnostica, applicandosi ad ogni forma di comportamento oppositivo, violento, "incomprensibile", finirà allora sempre più spesso per connotare come *patologica* la protesta sociale dei gruppi marginali (METZL 2009: 110).

⁽³¹⁾ Sarebbe necessario scrivere una storia della paura razziale, di cui mi limito qui ad aggiungere un altro frammento: la «paura dell'uomo bianco», la costante «paura di essere punito» di cui parlava Chavafambira, il medico tradizionale di origine manyika incontrato a Johannesburg dallo psicoanalista Wulff Sachs (SACHS 1937: 94, 137).

⁽³²⁾ Ho parzialmente modificato la traduzione, preferendo rispettare l'uso di Fanon (*réel*) anziché tradurlo come "realtà".

⁽³³⁾ Fanon si riferisce qui a Anders (2015 [1937]) e alla nozione di «patologia della libertà». L'antropologia filosofica di Anders pensa la condizione umana come *ontologicamente priva di identificazione* (il mondo non dà all'uomo, quando nasce, «alcuna identità»: sarà l'uomo stesso a dover «identificarsi da sé»). La sua prospettiva deve aver interrogato a lungo Fanon sul peculiare statuto dell'uomo nero, che si trova invece con una identità già assegnata, definita in ogni dettaglio, e la dolorosa necessità di affrancarsi da un'identificazione alienante. Il testo era apparso in tedesco nel 1930 (quando Anders aveva solo 27 anni: la stessa età di Fanon al tempo di *Pelle nera*), e sarebbe stato poi tradotto in francese sette anni dopo.

⁽³⁴⁾ «Ma l'uomo è anche un no. No al disprezzo dell'uomo. No all'indegnità dell'uomo. Allo sfruttamento dell'uomo. All'assassinio di ciò che di più umano vi è e nell'uomo: la libertà. Il comportamento dell'uomo non è soltanto reazionale. C'è sempre del risentimento in una reazione. Portare l'uomo ad essere azionale, mantenendo nella sua circolarità il rispetto dei valori fondamentali che rendono il mondo umano: questa è la prima urgenza di colui che, dopo aver riflettuto, si appresta ad agire» (FANON 2015a: 199). Il protagonista del romanzo di C. Hamidou Kane (*L'aventure ambiguë*), Samba Diallo, sembra invece incapace di prendere una risoluzione, tormentato dal dubbio, dalla scissione che ha ormai determinato dentro di sé l'esperienza della "scuola dei Bianchi", e

l'amara scoperta che forza e ragione procedono lungo strade disgiunte: « Notre grand-père, ainsi que son élite, ont été défaits. Pourquoi ? Comment ? Les nouveaux venus seuls le savent. Il faut leur demander; il faut aller apprendre chez eux l'art de vaincre sans avoir raison. Au surplus le combat n'a pas cessé encore. L'école étrangère est la forme nouvelle de la guerre que nous font ceux qui sont venus » (KANE 1961: 47). E più innanzi: «Ceux qui étaient venus ne savaient pas seulement combattre. Ils étaient étranges. S'ils savaient tuer avec efficacité, ils savaient aussi guérir avec la même art. Où ils avaient mis du désordre, ils suscitaient un ordre nouveau. [...] On commença, dans le continent noir, à comprendre que leur puissance véritable résidait, non point dans les canons du premier matin, mais dans ce qui suivait ces canons [...] L'école nouvelle participait de la nature du canon et de l'aimant à la fois. Du canon, elle tient son efficacité d'arme combattante. Mieux que le canon, elle pérennise la conquête. Le canon contraint les corps, l'école fascine les âmes» (*ivi*, p. 68). L'esperienza di un sapere amato e alienante al tempo stesso, e tale perché trasmesso proprio da coloro che avevano distrutto e reso impotenti i saperi locali, non avrebbe cessato di alimentare una riflessione originale quanto dolorosa nelle nuove generazioni dei narratori africani, da Tierno Monémbo (*Les écailles du ciel*, 1986) al recentissimo e straordinario romanzo di Mohamed Mbouga Sarr (*La plus secrète mémoire des hommes*, 2021), premio Goncourt 2021.

⁽³⁵⁾ «La casta borghese dei paesi di recente indipendenti non ha ancora né il cinismo, né la serenità fondati sulla potenza delle vecchie borghesie. Da ciò in essa una certa preoccupazione di nascondere le sue convinzioni profonde, di ingannare, insomma, di mostrarsi popolare. La politicizzazione delle masse non è la mobilitazione tre o quattro volte l'anno di decine o centinaia di migliaia di uomini e di donne. Questi comizi, queste adunate spettacolari, son cugini della vecchia tattica di prima dell'indipendenza in cui si esibivano le proprie forze per provare a se stessi e agli altri che si aveva con sé il popolo [...] *Il partito è un duplicato dell'amministrazione e della polizia e controlla le masse*, non per accertarsi della loro reale partecipazione agli affari della nazione, ma per ricordar loro continuamente che il potere si attende da esse obbedienza e disciplina. Questa dittatura che si crede portata dalla Storia, che si ritiene indispensabile ai primi tempi dell'indipendenza, simboleggia in realtà la decisione della classe borghese di dirigere il paese sottosviluppato dapprima con l'appoggio del popolo, ma ben presto contro di lui. La trasformazione progressiva del partito in un servizio-informazioni è indice che il potere si tiene sempre più sulla difensiva. La massa informe del popolo è percepita come forza cieca che si deve continuamente tenere al guinzaglio, sia con la mistificazione, sia col timore che le ispirano le forze di polizia. Il partito fa da barometro, da servizio-informazioni. *Si trasforma il militante in delatore*. Gli si affidano missioni punitive sui villaggi. Gli embrioni di partiti di opposizione son liquidati a bastonate e a sassate. [...] Il partito politico, in molte regioni africane oggi indipendenti, conosce un'inflazione terribilmente grave. In presenza d'un membro del partito il popolo tace, si fa pecora e pubblica elogi all'indirizzo del governo e del leader. Ma in strada, la sera in disparte dal villaggio, al caffè o sul fiume, bisogna sentire quella *delusione amara del popolo, quella disperazione, ma anche quell'ira rattenuta*. *Il partito, invece di favorire l'espressione delle lagnanze popolari, invece di attribuirsi come missione fondamentale la libera circolazione delle idee del popolo verso la direzione, forma schermo e proibisce. I dirigenti*

del partito si comportano come volgari caporali e ricordano continuamente al popolo che bisogna far "silenzio nei ranghi" [...]. Così il partito detto nazionale si comporta da partito etnico. È una vera tribù costituita in partito. Quel partito che si proclama volentieri nazionale, che afferma di parlare in nome del popolo complessivo, segretamente e talvolta apertamente organizza un'autentica dittatura etnica. Assistiamo non più a una dittatura borghese, ma a una dittatura tribale» (FANON 1962: 128-129; i corsivi sono miei).

⁽³⁶⁾ La tortura in questione è denominata «karaoke della tappezzeria (Carpet Karaoke)» e «si riferisce a una delle tecniche violente subite dai passeggeri (persone raggiunte dal decreto di espulsione) durante il rimpatrio [...] Il volto del passeggero – già ammanettato, legato stretto con la cintura di sicurezza, la testa tra le gambe – viene schiacciato in basso, contro il sedile di fronte, con una tale pressione che gli è possibile emettere soltanto proteste soffocate e confuse, come durante l'esibizione di un pessimo cantante di karaoke. La tecnica può causare asfissia e portare alla morte di chi la subisce» (DAVIS 2018: 162).

⁽³⁷⁾ Prendo qui a prestito un'espressione di Marcelo Viñar: «Travelling the road of reparation, inch by inch, is unique to each situation and person but it always includes rescuing the word and *reinstalling a memory that enables one to give shape to a present and to design a future*» (VIÑAR 2017: 46; il corsivo è mio). La necessità di immaginare una nuova clinica del trauma in contesti di oppressione e dominio è segnalata da tempo, e io stesso ne ho suggerito l'urgenza (BENEDEUCE 2010). Sul contesto palestinese e l'importante nozione di *sumud* ("resistenza" in senso psichico, "perseveranza", sentimento dove si annodano dimensioni religiose, politiche e morali), rinvio ai lavori di Jabr (2019, 2021).

⁽³⁸⁾ «Il colonialismo non si soddisfa di stringere il popolo nelle sue spire, di vuotare il cervello colonizzato d'ogni forma e d'ogni contenuto. Per una specie di perversione della logica, esso si orienta verso il passato del popolo oppresso, lo storce, lo sfigura, lo annienta. Questa impresa di svalutazione della Storia di prima della colonizzazione assume oggi il suo significato dialettico» (FANON 1962: 148). Jacques Berques (1964) avrebbe proposto analoghe riflessioni sottolineando come la colonizzazione dissociava il legame natura/cultura caratteristico di una società svalutando la cultura indigena, facendo vacillare ad una ad una tutte le categorie ordinarie (la religione si trasforma allora in superstizione, il diritto diventa "costume" e l'arte semplice folklore).

⁽³⁹⁾ Non vi è qui lo spazio per approfondire il tema fondamentale della malinconia razziale e di come gli immaginari religiosi concorrano a definire forme di resistenza. Rinviandone un'analisi più approfondita a un successivo lavoro, mi limito a evocare in questa sede, oltre al testo di GILROY 2005, gli scritti di CHENG 2000, di KYUMAN KIM 2007 e di ENG e HAN 2007. In un lavoro successivo, questi ultimi nel considerare il contesto della migrazione dai paesi asiatici negli Stati Uniti ricordano la condizione di melancolia e di odio verso se stessi sperimentati dai bambini asiatici oggetto di adozioni transnazionali, nonché il fenomeno descritto in letteratura come "parachute children", all'origine di una lacerante divisione dei nuclei familiari, i cui membri – spesso dispersi fra diversi continenti e in condizioni di isolamento fisico e psichico – hanno vissuto conseguenze devastanti sul piano psicopatologico. Gli autori, in un contrappunto intrigante con la famosa frase di du Bois («come ci si sente ad essere

un problema?»), si chiedono inoltre quale sia stata l'esperienza di una minoranza che ha invece *dovuto* occupare il ruolo di prova del successo del modello americano (gli immigrati asiatici fuggivano da regimi comunisti e si volgevano verso la sponda liberale e democratica degli Stati Uniti, conseguivano spesso ottimi risultati economici e riuscivano ad avanzare nelle carriere delle università nord-americane, ecc.): «Resisting the invidious political juxtaposition of Asian American 'success' against African American 'failure', comparative race scholars have sought to reformulate this regulatory dialectic. They have revised Du Bois's earlier inquiry, asking Asian Americans, in the words of Vijay Prashad, "How does it feel to be a solution?" *The question of how it feels to be a solution* underscores the ways in which Asian Americans are politically exploited as "middlemen minorities" in order to discipline other people of color while still suffering themselves from various forms of social exclusion and advancement. At the same time, the question also emphasizes the fact that race relations in the United States are triangulated, although they largely continue to be seen in binary terms of black and white. Like the Asian transnational adoptee who is more easily assimilated into the imaginary of the white nuclear family than the domestic black adoptee, the figure of the meritorious, compliant, and upwardly mobile model minority serves here as a political wedge between black and white. It serves as both an alibi for and a buffer between white privilege and black disenfranchisement, reinforcing in the process historical legacies of whiteness as property» (ENG, HAN 2018:115; il corsivo è mio).

⁽⁴⁰⁾ Dai dialoghi del film di Hassan Mezine, *Fanon hier, aujourd'hui* (2019). Ladsous (1927-2017), che ho avuto l'onore di conoscere a Fort de France nel 2005, è stato membro dell'Internazionale Operaia e uno dei protagonisti del movimento che avrebbe gettato le basi per un approccio diverso alla promozione della salute e all'educazione popolare (CEMEA). Aveva conosciuto Fanon in Algeria, dove aveva lavorato dal 1950 al 1958 (quando ne sarebbe stato espulso dal generale Massu). Nel corso del film di Mezzine dice ancora di Fanon: «Era caloroso con i malati. Posava su di essi uno sguardo che non era mai uno sguardo d'indifferenza». Sta forse in queste parole una delle chiavi di lettura dell'originalissima clinica politica di Fanon.

⁽⁴¹⁾ Cfr. a questo proposito BENEDEUCE 2019 e HACKING 1995.

⁽⁴²⁾ Sul tema delle sterilizzazioni forzate su base etnica e razziale la letteratura è pressoché infinita. Mi limito a ricordare qui il lavoro sulle donne aborigene del Canada realizzato da SROTE 2015, e il film di Jorge Sanjinès, *Yawar Maliku*, del 1969.

⁽⁴³⁾ Oltre a suggerire la visione dei molti documentari esistenti sul triste caso delle Residential Schools in Canada (*The Fifth Estate; Inendi*; ecc.), dove centinaia di bambini persero la vita o furono oggetto di abusi, si veda anche il rapporto del Governo australiano relativamente alla pratica di separare i minori dai loro genitori in Australia (*Bringing Them Home. Report of the National Inquiry into the Separation of Aboriginal and Torres Strait Islander Children from Their Families*, 1997).

⁽⁴⁴⁾ È in un territorio insolito, disegnato in prima persona dal pensiero femminista e nero, che si rianimano in modo inatteso nuovi legami e nuove forme di parentela per ricongiungere vincoli spezzati dalla schiavitù e dal colonialismo, o più recentemente dalla violenza razziale di Stato. Se oggi le minoranze afroamericane non esitano a

utilizzare tecnologie digitali (*Black Afterlife Matters*) per riannodare queste reti con coloro che sono scomparsi (BENJAMIN 2019), al tempo della schiavitù l'ostinata volontà di ricordare e dialogare con antenati, eroi e defunti che si rifiutavano di essere dimenticati, permetteva di rinnovare la memoria di luoghi e persone persino a chi non li aveva mai conosciuti (HARTMAN 1997). Lo studio dei culti di possessione incontra senza dubbio in queste riflessioni uno dei capitoli più preziosi (e meno esplorati) per comprendere un'esperienza che resiste ancora alle interpretazioni della psicologia e della psichiatria.

⁽⁴⁵⁾ La nozione di “structures of feeling”, formulata da Raymond Williams (WILLIAMS 1977: 129-134), ha un potere teorico straordinario per l'analisi di emozioni, pensieri, esperienze o *sintomi* che, incontrati nella popolazione migrante o nelle minoranze, così come nei pazienti appartenenti alle classi subalterne, da anni provo a *depatologizzare*. Si tratta, secondo il suggerimento di Williams, di comprendere il significato nascosto di sentimenti ed emozioni, riconoscendone il valore *nello spazio sociale* e non solo in quell'inconscio “which bourgeois culture has mythicized”. Si tratta in altri termini di andare alla ricerca di quelle manifestazioni che si presentano “*in solution*, as distinct from other semantic formations which have been *precipitated* and are more evidently and more immediately available (WILLIAMS 1977: 131-133). Quando ho scritto (BENEDEUCE 2011-2012) della necessità di radicare nella storia le idee persecutorie spesso definite come “caratteristiche” della cultura africana da non pochi lavori etnopsichiatrici (Field, Ortigues, Collomb, ecc.), non avevo purtroppo avuto occasione di leggere il lavoro di Williams. Di tale nozione si appropriano con lo stesso obiettivo Eng e Han, nei lavori già citati sulla melancolia razziale fra i cittadini asiatici immigrati negli Stati Uniti, e Avery Gordon che, in un testo che considero egualmente straordinario, spiegando l'uso che fa di termini come “haunting” e “ghost”, riprende proprio Williams: «A structure of feeling “methodologically [...] is a cultural hypothesis, actually derived from attempts to understand [...] specific feelings, specific rhythms [...] and yet to find ways of recognizing their specific kinds which is conceivable only when social experience itself has been categorically (and at root historically) reduced” [Williams]. *I have offered a cultural hypothesis: haunting is a shared structure of feeling, a shared possession, a specific type of sociality*. I might even suggest that haunting is the most general instance of the clamoring return of the reduced to a delicate social experience struggling, even unaware, with its shadowy but exigent presence. *Haunting is the sociality of living with ghosts, a sociality both tangible and tactile as well as ephemeral and imaginary*» (Gordon 1997: 200-201).

Bibliografia

AMSTER E.J., *The Past, Present and Future of Race and Colonialism in Medicine*, “CMAJ”, Vol. 190(24): E708-E710.

ANDERSON W. (2006), *Colonial Pathologies: American Tropical Medicine, Race, and Hygiene in the Philippines*, Duke University Press, Durham.

ANDERS G. (2015 [1937]), *Patologia della libertà. Saggio sulla non-identificazione*, Orthotes, Napoli-Salerno.

- ATTIA K., LUDER BOULBINA S. (2009), *L'art comme réappropriation du monde*, "Cahiers Sens Public", Vol. 2(10): 157-167.
- BALANDIER G. (1982 [1955]), *Sociologie actuelle de l'Afrique noiroit beingre. Dynamique sociale en Afrique centrale*, PUF, Paris.
- BALDWIN J. (1964 [1955]), *Mio padre doveva essere bellissimo*, Rizzoli, Milano.
- BALDWIN J. (2007 [1972]), *No Name in the Street*, Vintage, New York.
- BALDWIN J. (2016), *Stamattina stasera troppo presto*, Racconti Edizioni, Roma.
- BASU THAKUR G. (2022), *Fanon's Zone of "Notbeing": Blackness and the Politics of Real*, pp. 284-299, in SHELDON B., HOOK D. (a cura di), *Lacan and Race. Racism, Identity, and Psychoanalytic Theory*, Routledge, London.
- BELMONTE T. (2021 [1979]), *La fontana rotta*, Einaudi, Torino.
- BENEDETTI C. (2018), «Acrobati del tempo». *Anders, Pasolini e l'efficacia della profezia*, "Laboratoire italien" [online], 21, 2018, consultato il 20 gennaio 2020 URL: <http://journals.openedition.org/laboratoireitalien/2259>.
- BENEDUCE R. (in corso di stampa), *Les couleurs d'Edipe. Psychanalyse, inconscient et question raciale en Afrique de l'Ouest*, in BONI L., MENDELSSOHN S. (a cura di), *Psychanalyse du reste du monde. Un Atlas critique du freudisme*, Paris, La Découverte.
- BENEDUCE R. (2021), *Ontologie del disordine sull'altopiano dogon*, "aut aut", 391: 125-142.
- BENEDUCE R. (2020 [2011]) (a cura di), *Decolonizzare la follia. Scritti sulla psichiatria coloniale*, Ombre Corte, Verona.
- BENEDUCE R. (2019), «Madness and Despair are a Force»: *Global Mental Health, and How People and Cultures Challenge the Hegemony of Western Psychiatry*, "Culture, Medicine and Psychiatry", Vol. 43(3): 710-723.
- BENEDUCE R. (2016), *Archive Fanon*, pp. 7-34, in BENEDUCE R. (dossier a cura di), *Mobiliser Fanon*, "Politique africaine", 143.
- BENEDUCE R. (2011-2012), *Voices from the Past. Persecutory Interpretation of Sickness and Misfortune in Africa Revisited*, "Psychopathologie Africaine", Vol. 36(3): 335-364.
- BENEDUCE R. (2010), *Archeologie del trauma. Un'antropologia del sottosuolo*, Laterza, Roma-Bari.
- BENJAMIN R. (2019), *Race After Technology*, Polity Press, Cambridge.
- BENJAMIN W. (1962 [1955]), *Angelus Novus*, Torino, Einaudi.
- BERMANI G. (2008), *Giovanni Pirelli, un autentico rivoluzionario*, "L'impegno", Vol. 28(2): 35-63.
- BERQUE J. (1964), *Dépossession du monde*, Seuil, Paris.
- BONI L., MENDELSSOHN S. (2021), *La vie psychique du racisme. I. L'empire du démenti*, La Découverte, Paris.
- BONTEMPS A. (1992 [1936]), *Black Thunders. Gabriel's Revolt: Virginia, 1800*, Beacon Press, Boston.
- BRICKMAN C. (2018), *Race in Psychoanalysis. Aboriginal Population in the Mind*, Routledge, London.
- BROZGAL L. (2014), *In the Absence of the Archive*, *South Central Review*, Vol. 31(1): 34-54.
- CARTWRIGHT S.A. (1851a), *Report on the Diseases and Physical Peculiarities of the Negro Race*, "New Orleans Medical and Surgical Journal", Vol. 14: 691-715.
- CARTWRIGHT S.A. (1851b), *The Disease and Physical Peculiarities of the Negro Race*, "Sothorn Medical Reports", Vol. 2: 421-429.

- CÉSAIRE A. (2010 [1955]), *Discorso sul colonialismo, seguito da Discorso sulla negritudine*, Ombre Corte, Verona.
- CHENG ANLIN A. (2000), *The Melancholy of Race*, Oxford University Press, Oxford.
- CONDOMINAS G. (1954), *Nous avons mangé la forêt*, Mercure de France, Paris.
- CONRAD P. (1975), *The Discovery of Hyperkinesis: Notes on the Medicalization of Deviant Behavior*, "Soc Probl.", Vol. 23(1): 12-21.
- DAVIS A. (2018 [2016]), *La libertà è una lotta costante*, Ponte alle Grazie, Firenze.
- DELUZE G., GUATTARI F. (1997 [1980]), *Mille piani. Capitalismo e schizofrenia*, Castelvecchi, Roma.
- DE SOUSA SANTOS B. (2019), *A fim do império cognitivo. A afirmação das epistemologias do sul*, Autêntica Editora, São Paulo.
- DIB M. (2004 [1954]), *L'incendio*, Feltrinelli, Milano.
- DU BOIS W.E.B. (2010), *La questione negra negli Stati Uniti*, in ID., *Sulla linea del colore. Razza e democrazia negli Stati Uniti e nel mondo* (a cura di MEZZADRA S.), Il Mulino, Bologna.
- ECKART W.U. (2002), *The Colony as Laboratory: German Sleeping Sickness Campaigns in German East Africa and in Togo, 1900-1914*, "History and Philosophy of the Life Sciences", Vol. 24(1): 69-89.
- ELLISON R.G. (1952), *Invisible Man*, Random House, New York.
- ENG D.L., HAN S. (2000), *A Dialogue on Racial Melancholia*, "Psychoanalytic Dialogues", Vol. 10(4): 667-700.
- ENG D.L., HAN S. (2018), *Racial Melancholia, Racial Dissociation. On the Social and Psychic Lives of Asian Americans*, Duke University press, Durham-London.
- ESCHADELY H. (2014), *De l'ombre vers la lumière. Le combat du docteur Salem Esch-Chadely*, Institut Supérieur de l'Histoire du Mouvement National, Tunis.
- FANON F. (1962 [1961]), *I dannati della terra*, Einaudi, Torino.
- FANON F. (2006 [2001]), *Per la rivoluzione africana. Scritti politici, vol. 1*, DeriveApprodi, Roma.
- FANON F. (2007 [1959]), *L'anno V della rivoluzione. Scritti politici, vol. 2*, DeriveApprodi, Roma.
- FANON F. (2015a [1952]), *Pelle nere, maschere bianche*, ETS, Pisa.
- FANON (2015b), *Altérations mentales, modifications caractérielles, troubles psychiques et déficit intellectuel dans l'hérédo-dégénération spino-cérébelleuse. À propos d'un cas de maladie de Friedreich avec délire de possession*, pp. 168-232, in KHALFA J., YOUNG R. (a cura di), *Écrits sur l'aliénation et la liberté*, La Découverte, Paris.
- FANON F. (2020 [2011]), *Disturbo mentale e disturbo neurologico*, pp. 105-124, in BENEDEUCE R. (a cura di), *Decolonizzare la follia. Scritti sulla psichiatria coloniale*, Ombre Corte, Verona.
- FELDMAN A. (1994), *On Cultural Anesthesia: From Desert Storm to Rodney King*, "American Ethnologist", Vol. 21(2): 404-418.
- FIGUEIREDO I. (2010), *Caderno de Memórias Coloniais*, Angelus Novas, Coimbra.
- FOUCAULT M. (1954), *Maladie mentale et personnalité*, PUF, Paris.
- FRASER S.L., GAULIN D., FRASER W.D. (2021), *Dissecting Systemic Racism: Policies, Practices and Epistemologies Creating Racialized Systems of Care for Indigenous Peoples*, "Intern. J. for Equity in Health", Vol. 20(164): 1-5.
- GIBSON N., BENEDEUCE R. (2017), *Frantz Fanon, Psychiatry and Politics*, Rowman & Littlefield, New York.

- GILROY P. (2005), *Postcolonial Melancholia*, Columbia University Press, New York.
- GORDON A. (1997), *Ghostly Matter. Haunting and the Social Imagination*, Minneapolis-London, University of Minnesota Press.
- GORDON L.R. (2021), *Fanon on Cadavers, Madness, and the Damned*, comunicazione presentata al convegno internazionale su “Fanon, un pensiero indocile”, Torino, 30 novembre-1 dicembre 2021. Traduzione italiana in corso di pubblicazione: *Fanon: i cadaveri, la follia e i dannati*, in BENEDEUCE R., BIBEAU G., TALLIANI S. (a cura di), *Violenza e intimità nell'epoca neoliberale. Etnopsichiatria come riparazione della storia*, Tamu, Napoli, 2022.
- GRIER W.H., COBBS P.M. (1968), *Black Rage*, Basic Books, New York.
- GUILLOREY J. D. (1968), *The Pro-Slavery Arguments of Dr. Samuel A. Cartwright*, “Louisiana History: The Journal of the Louisiana Historical Association”, Vol. 9(3): 209-227.
- HACKING I. (1995), *Rewriting the Soul. Multiple Personality and the Sciences of Memory*, Princeton University Press, Princeton.
- HARTMAN S. (1997), *Scenes of Subjection: Terrorism, Slavery, and Self-Making in the 19th Century*, Oxford University Press, Oxford.
- HICKLING F.W., HUTCHINSON G. (1999), *Roastbreadfruit Psychosis: Disturbed Racial Identification in African-Caribbeans*, “Psychiatric Bulletin”, Vol. 23: 132-134.
- HICKLING F.W., GIBSON R., HUTCHINSON G. (2013), *Jamaican cultural phenomenon which refers to the adoption by black people of white values*, “Transcultural Psychiatry”, Vol. 50(6): 858-875.
- JABR S. (2019 [2017]), *Dietro i fronti. Cronache di una psichiatra palestinese sotto occupazione*, Sensibili alle foglie, Roma.
- JABR S. (2021), *Sumud. Resistere all'oppressione*, Sensibili alle foglie, Roma.
- JADAW S. (1999) *Invited Commentaries on. Roast Breadfruit Psychosis: A Consequence of Disturbed Racial Identification in African-Caribbeans: Tropical Fruits or Jungle Madness?*, “Psychiatric Bulletin”, Vol. 23: 135-136.
- JARVIS J. (1999), *Decolonizing Memory. Algeria & the Politics of Testimony*, Duke University Press, Durham-London.
- KANE C.H. (1961), *L'aventure ambiguë*, Ed. 10/18, Paris.
- KHANNA R. (2013), *The Lumpenproletariat, the Subaltern, the Mental Asylum*, “South Atlantic Quarterly”, Vol. 112(1): 129-143.
- KESSEL P., PIRELLI G. (2003 [1962]), *Le peuple algérien et la guerre. Lettres et témoignages 1954-1962*, L'Harmattan, Paris.
- KIM KYUMAN D. (2007), *Melancholic Freedom. Agency and the Spirit of Politics*, Oxford University Press, Oxford.
- LACHENAL G. (2014), *Le médicament qui devait sauver l'Afrique: un scandale pharmaceutique aux colonies*, La Découverte, Paris.
- LANGFORD J.M. (2013), *Wilder Powers. Morality and Animality in Tales of War and Terror*, “HAU: Journal of Ethnographic Theory”, Vol. 3(3): 223-244.
- LAZALI K. (2022 [2018]), *Il trauma coloniale. Indagine psicopolitica della colonialità in Algeria*, Astarte, Pisa.
- LEVECOQ C. (2000), *Philosophies of History in Arna Bontemps' Black Thunder (1936)*, “Obsidian”, Vol. 1(2): 111-130.

- LÓWY D. (2013), *Temps messianique et historicité révolutionnaire chez Walter Benjamin*, “Vingtième Siècle. Revue d’histoire”, Vol. 117(1): 106-118.
- MARRIOTT D. (2015), *The Racialized Body*, pp. 163-176, in HILLMAN D., MAUDE U., *The Body in Literature*, Cambridge University Press, New York.
- MARRIOTT D. (2018), *Whither Fanon? Studies on the Blackness of Being*, Stanford University Press, Stanford.
- MBEMBE A. (2005 [1999]), *Postcolonialismo*, Meltemi, Roma.
- MBEMBE A. (2016 [2013]), *Critica della ragion negra*, Ibis, Pavia.
- MBEMBE A. (2019 [2016]), *Nanorazzismo. Il corpo notturno della democrazia*, Laterza, Bari-Roma.
- MENDELSSOHN S. (2021), *The Empire of Denial*, “Studies in Gender and Sexuality”, Vol. 22(4): 293-300.
- MEZZADRA S. (2013), *Questione di sguardi. Du Bois e Fanon*, pp. 189-205, in MELLINO M. (a cura di), *Fanon postcoloniale. I Dannati della terra oggi*, Ombre Corte, Verona.
- MILLS C.W. (2007), *The Racial Contract*, Cornell University Press, Ithaca and London.
- MILLS C.W. (2007), “White Ignorance,” in SULLIVAN S., TUANA N., *Race and Epistemologies of Ignorance*, Suny Press, Albany, pp. 11-38.
- MORRISON T. (1997). *Home*, pp. 3-12, in LUBIANO W. (a cura di), *The House That Race Built*, Pantheon Books, New York.
- OLIVER K. (2001), *Witnessing Beyond Recognition*, University of Minnesota Press, Minneapolis.
- PARKER I., PAVÓN-CUELLAR D. (2021 [2021]), *Psicoanalisi e rivoluzione. psicologia critica per i movimenti di liberazione*, Ombre Corte, Verona.
- PIRELLI G. (a cura di) (1962), *Racconti di bambini d’Algeria*, Einaudi, Torino.
- POROT A. (1952), *Manuel alphabétique de psychiatrie. Clinique, thérapeutique et médico-légale*, PUF, Paris.
- RHANI Z. (2019), *The Inmate’s Two Bodies: Survival and Metamorphosis in a Moroccan Secret Prison*, “Revista Critica de Ciencias Sociais”, Vol. 120: 183-208.
- RISSO M., FRIGESSI CASTELNUOVO D. (1982), *A mezza parete*, Einaudi, Torino.
- ROBINSON C. (1983), *Black Marxism. The Making of the Black Radical Tradition*, Zed Press, New York.
- SACHS W. (1937), *Black Hamlet. The Mind of an African Negro Revealed by Psychoanalysis*, Geoffrey Bles, London.
- SADOWSKI J. (1999), *Imperial Bedlam. Institutions of Madness in Colonial Southwest Nigeria*, University of California Press, Berkeley.
- SARTRE J.P. (1948), *Orphée noir*, pp. IX-XLIV, in SENGHOR L. (a cura di), *Anthologie de la nouvelle poésie nègre et malgache de langue française*, Puf, Paris.
- SEMBÈNE O. (1973), *Le docker noir*, Présence Africaine, Paris.
- SHELDON B., HOOK D. (a cura di) (2022), *Lacan and Race. Racism, Identity, and Psychoanalytic Theory*, Routledge, London.
- SANTOS SOUZA N. (1983), *Tornar-se negro. As vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social*, Edições Graal, Rio de Janeiro.
- STOTE, K. (2015), *An Act of Genocide. Colonialism and the Sterilization of Aboriginal Women*, Fernwood Publisher, Halifax & Winnipeg.

VERGÈS F. (1996), *To Cure and to Free: The Fanonian Project of "Decolonized Psychiatry"*, pp. 85-99, in GORDON L.R., SHARPLEY-WHITING T.D., WHITE R.T. (a cura di), *Fanon: A Critical Reader*, Blackwell, Oxford.

VIDAL-NAQUET P. (2001 [1975]), *Les crimes de l'Armée française. Algérie 1954-1962*, La Découverte-Syros, Paris.

VIÑAR M.N. (2017), *The Enigma of Extreme Traumatism: Trauma, Exclusion and Their Impact on Subjectivity*, "American Journal of Psychoanalysis", Vol. 77(19): 40-51.

WEIL P. (2005), *Le statut des musulmans en Algérie coloniale. Une nationalité française dénaturée*, "Histoire de la justice", Vol. 16(1): pp. 93-109.

WILLIAMS R. (1977), *Marxism and Literature*, Oxford, Oxford University Press.

WINGERTSON M. (2018), "Lunacy under the Burden of Freedom." *Race and Insanity in the American South, 1840-1890*, Thesis submitted in Partial Fulfillment for the Degree of Bachelor of Arts in the Department of History of Science, Medicine, and Public Health, Yale University (<https://hshm.yale.edu/sites/default/files/files/Wingerson%2C%20Mary%20-%20Senior%20Project.pdf>).

YENGO P. (2022), *L'ordre de la transgression. La souveraineté à l'épreuve du temps global*, PUPPA, Pau.

Scheda sull'Autore

Roberto Beneduce è nato a Napoli, dove ha lavorato sino al 1989 come psichiatra e psicoterapeuta, sotto la guida di Sergio Piro; si è poi trasferito a Torino, lavorando con Agostino Pirella e avviando gli studi di dottorato presso l'EHESS (Parigi), sotto la direzione di Marc Augé. A Torino ha fondato nel 1996 il Centro Frantz Fanon, un centro rivolto alla ricerca sulla migrazione e alla cura di immigrati, rifugiati e vittime di tortura. Nelle sue ricerche etnografiche (in Mali, sull'altopiano dogon, dal 1988 a tutt'oggi; nel sud del Camerun, fra il 2001 e il 2014; in Mozambico – distretto di Maputo e Zambesia, dal 2017 a oggi) ha indagato le trasformazioni degli immaginari religioso-terapeutici, gli idiomi della stregoneria, i saperi locali della cura, e – in Eritrea, Uganda e RDC – gli effetti della guerra e delle atrocità di massa. Dal 2000 insegna Antropologia Culturale all'Università di Torino. La sua ricerca si è andata sviluppando anche in altri ambiti tematici (asilo e politiche della cittadinanza; storia dell'etnopsichiatria; trasformazioni dei legami familiari nel corso della migrazione; razzismo epistemico e violenza istituzionale; e più recentemente: crisi ecologica e ingiustizia ambientale, conflitto fondiario nel Sahel), all'interno di diversi gruppi di ricerca internazionali (FASOPO, Parigi; Re-Imagining Psychiatry – International Network, Berlin, ecc.). È stato visiting professor nelle università di Berkeley, Tolosa, Cali, Ajaccio, oltre che directeur d'études invité all'EPHE (Parigi) e fellow dell'Institut Convergences Migrations (Parigi). Oltre agli articoli pubblicati in diverse riviste (*Transcultural Psychiatry*, *Politique africaine*, *Social Science and Information*, *Medical Anthropology*, *Anthropos*, *Ethnologie française*, *Culture Medicine and Psychiatry*, *Cahiers d'études africaines*, *Esprit*, *Social Compass*), è autore dei seguenti libri: *Frontiere dell'identità e della memoria. Etnopsichiatria e migrazioni in un mondo creolo* (1998, tradotto in Messico dalla ENAH e dalla UAT), *Etnopsichiatria* (2007), *Corpi e saperi indocili. Stregoneria, guarigione e potere in Camerun* (Torino, 2010), *Archeologie del trauma. Un'antropologia del sottosuolo* (Roma-Bari, 2019), *L'histoire au corps. Mémoires indociles et archives du désordre dans les cultes de possession en Afrique* (2016), e, con Nigel Gibson, *Frantz Fanon. Psychiatry and Politics* (New York, 2017).

Riassunto

Frantz Fanon: curare la Storia, disalienare il futuro

Il pensiero e l'azione rivoluzionaria di Fanon non cessano di animare da decenni il dibattito politico e teorico. Dai discorsi dei movimenti antiimperialistici agli studi post-coloniali, dalla critica del razzismo alle prospettive dell'intersectionality o ai *subaltern studies*, sono innumerevoli i contributi che hanno ripreso i suoi scritti nell'analisi del presente e dei suoi conflitti. Questo mio lavoro, a settant'anni dalla pubblicazione di *Peau noire, masques blancs*, intende brevemente esplorare tre campi tematici, al cui interno il pensiero di Fanon ha segnato una svolta decisiva: la decostruzione del sapere psichiatrico coloniale e delle sue categorie diagnostiche; il rapporto fra razzismo, condizione nera e temporalità alienata; la riflessione sulla violenza nel contesto della guerra di liberazione dell'Algeria e le sue conseguenze sociali e psichiche. Intorno a questi assi, l'articolo vuole tracciare alcune articolazioni fra gli scritti di Fanon, la sua biografia di intellettuale e militante, e quegli autori che hanno esplorato temi analoghi (la violenza che caratterizza la condizione migratoria, l'industria securitaria e la militarizzazione delle frontiere, il razzismo di Stato, sullo sfondo di una comune sensibilità epistemologica e politica), pensando anche ad una ulteriore, decisiva questione: l'esperienza della temporalità negli oppressi.

Parole-chiave: temporalità razziale, alienazione visuale, psichiatria coloniale, violenza, decolonizzazione epistemica

Resumen

Frantz Fanon: curar la historia, desalienar el futuro

El pensamiento y la acción revolucionaria de Fanon no dejan de animar el debate político y teórico durante décadas. Desde los discursos de los movimientos antiimperialistas hasta los estudios postcoloniales, desde la crítica al racismo hasta las perspectivas de la interseccionalidad o los *subaltern studies*, innumerables aportes han retomado sus escritos en el análisis del presente y sus conflictos. Este artículo, escrito setenta años después de la publicación de *Piele negra, mascarar blancas*, quiere explorar brevemente tres campos temáticos, dentro de los cuales el pensamiento de Fanon marcó un cambio decisivo: la deconstrucción del saber psiquiátrico colonial y de sus categorías diagnósticas; la relación entre racismo, condición negra y temporalidad alienada; la reflexión sobre la violencia en el contexto de la guerra de liberación de Argelia y sus consecuencias sociales y psicológicas. El artículo traza algunas articulaciones entre los escritos de Fanon y aquellos autores que exploran temas similares, pensando también en otra cuestión central: la experiencia de la temporalidad en los oprimidos, los "condenados".

Palabras clave: temporalidad racial, alienación visual, psiquiatría colonial, violencia, descolonización epistémica.

Résumé

Frantz Fanon : soigner l'histoire, désaliéner le futur

La pensée et l'action révolutionnaire de Fanon ne cessent pas d'animer depuis des décennies un vaste débat politique et théorique. Les analyses qui ont repris ses contributions ne se comptent pas, des discours des mouvements anti-impérialistes aux études postcoloniales, de la critique du racisme aux perspectives de l'intersectionnalité et aux *subaltern studies*. Cet article, à soixante-dix ans de la parution de *Peau noire, masques blancs*, va parcourir brièvement trois territoires au cœur de la pensée de Fanon, et où sa réflexion a marqué un tournant: la déconstruction du savoir psychiatrique et de ses catégories diagnostiques; le rapport entre racisme, condition noire et aliénation; la réflexion sur la violence dans le contexte de la guerre de libération en Algérie et ses conséquences. Autour de ces axes, cet essai veut articuler une analyse qui met en relation Fanon, son parcours intellectuel et politique, avec la trajectoire d'autres auteurs qui ont exploré les mêmes questions, sur l'arrière fond d'une analyse des formes multiples de violence qui pointent la situation migratoire, la convergence entre industrie sécuritaire et contrôle des frontières, le racisme d'État, etc.), sans oublier un problème fondamental: l'expérience de la temporalité parmi les opprimées.

Mots-clés: temporalité raciale, aliénation visuelle, psychiatrie coloniale, violence, décolonisation épistémique

L'Histoire de la folie et ses doubles

Didier Fassin

Institute for Advanced Study, Princeton
École des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris
[dfassin@ias.edu]

Abstract

History of Madness and Its Doubles

History of Madness, initially published in French in 1972, has had numerous avatars, both in French and other languages, including an earlier 1961 version. The present essay discusses these multiple variations of the text in the context of the intellectual and institutional itinerary of the author, from a PhD dissertation to an influential classic. But the work's doubles are also those of his commentators and critics, from Paul Veyne to Jacques Derrida, from Fernand Braudel to Roland Barthes, historians and psychiatrists having been the most severe.

Keywords: Foucault, madness, psychiatry, criticism

«Un livre se produit, événement minuscule, petit objet maniable. Il est pris dès lors dans un jeu incessant de répétitions; ses doubles, autour de lui et bien loin de lui, se mettent à fourmiller; chaque lecture lui donne, pour un instant, un corps impalpable et unique... La réédition en un autre temps, en un autre lieu est encore un de ces doubles: ni tout à fait leurre ni tout à fait identité». Ainsi s'exprime Michel Foucault dans la préface de l'édition de 1972 de son *Histoire de la folie à l'âge classique* qui reprend l'édition de 1961, alors intitulée *Folie et déraison* avec pour sous-titre ce qui est devenu onze ans plus tard le titre définitif, mais qui se trouve amputée de la préface originale et augmentée de deux textes placés en annexe. De l'écriture de cette nouvelle préface, il s'affranchit avec humour, annonçant qu'il y répugne, mais rédigeant pourtant deux pages brillantes dans lesquelles il dénonce ce qu'il appelle «la monarchie de l'auteur». En effet, une telle «déclaration de tyrannie» reviendrait à affirmer, à travers la réponse aux critiques et la justification du projet: «Je suis le monarque des choses que j'ai dites et je garde sur elles une éminente souveraineté: celle de mon

intention et du sens que j'ai voulu leur donner». Au contraire, dit-il, «je voudrais qu'un livre, au moins du côté de celui qui l'a écrit, ne soit rien d'autre que les phrases dont il est fait; qu'il ne se dédouble pas dans ce premier simulacre de lui-même qu'est une préface, et qui prétend donner sa loi à tous ceux qui pourront à l'avenir être formés à partir de lui». D'où la suppression de l'ancienne préface ; et d'où l'ajout d'une nouvelle pour en expliquer la raison – «du moins est-elle courte», ironise-t-il. Il passe cependant sous silence la signification des deux annexes: l'une développe l'idée encore en germination dans le livre de l'incompatibilité de la folie et de l'œuvre; l'autre répond avec vivacité à une critique féroce que lui avait adressée Jacques Derrida. Au moment où la préface s'estompe, d'autres doubles apparaissent sous la plume de l'auteur souverain...

Ni tout à fait le même ni tout à fait un autre

S'il est un livre qui, dans l'œuvre abondante de Foucault, a connu des doubles, non seulement à travers les innombrables commentaires dont il a fait l'objet, mais dans le corpus foucauldien lui-même, c'est sans aucun doute *l'Histoire de la folie* (FOUCAULT 2001)¹. Il y a d'abord une thèse principale pour le doctorat de philosophie soutenue le 20 mai 1961 à la Sorbonne devant un jury composé de l'historien de la philosophie Henri Gouhier, président, du philosophe et médecin Georges Canguilhem et du psychiatre et psychanalyste Daniel Lagache, tous deux rapporteurs, sous le titre *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*. Au terme de cette soutenance, Gouhier note dans son rapport «un curieux contraste entre l'incontestable talent que chacun reconnaît au candidat et la multiplication des réserves qui sont formulées d'un bout à l'autre de la séance» (ÉRIBON 1989). Au moins la thèse est-elle validée. Tel n'avait pas été le cas lorsque cinq ans plus tôt, pour échapper à la fois aux multiples exigences des doctorats français et à la présence qu'il jugeait étouffante du marxisme dans le monde académique, il avait essayé de la présenter en Suède où il avait un poste à l'Institut de France à Uppsala. Plus court, son manuscrit, qui avait dévié d'une histoire de la psychiatrie à une histoire de la folie, avait été refusée par Sten Lindroth, historien des sciences, dont l'approche positiviste s'accommodait mal d'un texte qu'il jugeait trop littéraire, trop spéculatif, et insuffisamment solide sur le plan des faits historiques. C'est Jean Hyppolite, alors directeur de l'École normale supérieure, qui, après en avoir pris connaissance, avait conseillé à Foucault de soumettre le texte de *Folie et déraison* à Georges Canguilhem, successeur de Gaston Bachelard

à la Sorbonne, qui, en ayant lu une version substantiellement étoffée, déclara à Foucault: «N'y changez rien, c'est une thèse» (DEFERT 2001). Peu après la soutenance, le manuscrit, refusé un an plus tôt par Gallimard, est publié par Plon sous un titre inchangé: *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*.

Avant ce livre, il y avait toutefois eu une sorte de galop d'essai avec *Maladie mentale et personnalité*, commande de Louis Althusser que les Presses universitaires de France avaient publiée en 1954. «Si l'on veut faire l'archéologie de la pensée de Foucault, c'est à ce dernier livre qu'il faut remonter pour connaître l'état initial de ses réflexions sur la maladie mentale et la folie», écrit Pierre Macherey dans son étude comparative entre ce livre et sa réédition en 1962 sous le titre légèrement modifié *Maladie mentale et psychologie* (MACHEREY 1986). Le succès de l'*Histoire de la folie* l'année précédente avait en effet probablement incité les Presses universitaires de France à demander à Foucault de republier cet ouvrage qui semblait en jeter les prémises. Ce dernier se trouvait cependant en porte-à-faux avec un livre qu'il n'aimait pas et dont il avait refusé la réimpression deux ans après sa sortie, comme l'évoque Hubert Dreyfus dans son avant-propos à l'édition dite californienne (DREYFUS 1987)². Plutôt que de conserver le texte original, il décida par conséquent de le reprendre, semblant donner tort à ses propos ultérieurs, dans la préface de 1972, sur «ce que doit être, par rapport à un livre la réserve de celui qui l'a écrit». Donc, huit ans après la première édition, Foucault réécrit son essai (FOUCAULT 1954). D'une part, il corrige, dans la première partie, certaines formulations qui ne correspondent plus à sa conception la vie mentale: ainsi, au lieu de «rechercher les formes concrètes qu'elle peut prendre dans la vie concrète d'un individu», il s'agit de «rechercher les formes concrètes que la psychologie a pu lui assigner». On passe ainsi d'une analyse du vécu des individus à une analyse du discours savant qui en rend compte. D'autre part, il transforme radicalement la seconde partie qui, de *Les conditions de la maladie*, devient *Maladie et culture*, dans laquelle il condense certains éléments de son grand livre: en particulier, il supprime entièrement un passage dans lequel il se montrait élogieux à l'égard de la réflexologie pavlovienne. Il s'agit de se débarrasser de cet «excellent positivisme scientifique» de la version originale que louait pourtant Roland Caillois (1955). Car il ne faut pas oublier que Foucault a d'abord été psychologue avant de devenir philosophe³. Certes son agrégation est en philosophie, certes ses travaux lui valent une reconnaissance dans les cercles philosophiques, mais en 1951, il devient répétiteur de psychologie à l'École normale, puis en 1952, travaille comme psychologue

dans le service de psychiatrie de Jean Delay où l'on expérimente l'usage des neuroleptiques, et en 1960, lorsqu'il rentre en France après ses années passées à Uppsala, à Varsovie et à Hambourg, c'est comme maître de conférences en psychologie qu'il est élu à l'Université de Clermont-Ferrand où Jules Vuillemin dirige le département de philosophie. De 1954 à 1962, se produit donc ce qui est peut-être la transformation la plus profonde de la pensée de Foucault, ou du moins son amorce, non pas de la psychologie à la philosophie, ou comme il veut le faire croire de la philosophie à la psychologie, mais d'une explication psychologique de la maladie mentale à la réalisation qu'une telle explication est une construction qui inscrit la folie dans un régime de vérité et ne devient intelligible qu'à partir d'une histoire philosophique.

Mais les avatars de *l'Histoire de la folie* ne s'arrêtent pas là. En 1964, Plon décide de rééditer l'ouvrage dans une collection créée deux ans plus tôt, 10/18, qui publie à la fois des classiques de la philosophie et des auteurs du Nouveau roman. Les livres de poche, arrivés sur le marché une dizaine d'années plus tôt avec la création de la collection éponyme, connaissent un grand succès en raison de leur prix modeste mais suscitent des critiques élitistes contre la popularisation de la haute culture. Bien que favorable à ce que son ouvrage soit ainsi rendu disponible dans les halls de gare, comme il le dit, Foucault déplore que l'opération implique d'en produire une version abrégée. Il rompt avec Plon et publiera dès lors la plupart de ses œuvres chez Gallimard, à commencer par la réédition intégrale de 1972 avec la nouvelle préface et sans l'ancienne, puis une version allégée des deux annexes en 1974 dans la collection Tel. Comparant les textes de 1961 et de 1972, Ian Hacking a suggéré non sans humour qu'il s'agissait de "deux livres distincts", comme le sont les deux versions strictement identiques du Quichotte dont parle Jorge Luis Borges, la première écrite par Cervantes, la seconde par l'auteur imaginaire Pierre Ménard, qui ne diffère que par le temps écoulé entre les deux⁴. En l'occurrence, dans les onze années qui séparent ces textes, il y a, entre autres, les Accords d'Évian qui mettent fin à la guerre d'Algérie, la crise de Cuba conclue par le Traité de Moscou sur l'interdiction partielle des essais nucléaires, l'intensification de la guerre menée par les États-Unis au Vietnam et les événements dits de mai 1968 et leurs suites violentes; et pour ce qui est de la vie intellectuelle, cet intervalle de temps est marqué en France par l'expansion simultanée du structuralisme et du post-structuralisme, avec les travaux de Claude Lévi-Strauss, Jacques Lacan, Jacques Derrida, Gilles Deleuze, Jean-François Lyotard, Roland Barthes; quant à l'œuvre de Foucault, elle s'est enrichie de

la publication de *Naissance de la clinique, Les Mots et les choses, L'Archéologie du savoir* et *L'Ordre du discours*, sa leçon inaugurale au Collège de France où il commence ses cours sur les théories pénales et la société punitive, amorce d'un déplacement de ses recherches de la médecine vers la prison. L'univers politique, social et intellectuel de *Histoire de la folie* est profondément différent de celui de *Folie et déraison*, et la place qu'y occupe Foucault, désormais pleinement reconnu par ses pairs, invité partout dans le monde et figure iconique de l'intellectuel français, a radicalement changé. Mêmes textes, mais autre contexte.

La vie internationale de l'ouvrage n'est pas moins troublante. C'est en effet le texte amputé publié en 10/18 qui est le plus souvent traduit, sauf pour ce qui est de l'édition italienne, *Storia della follia nell'età classica*, chez Rizzoli en 1963, dont le titre annonce la version définitive retenue par Foucault, puisqu'il n'y est plus question de "folie et déraison" (FOUCAULT 1963). La version en langue anglaise, qui a probablement été la plus diffusée et la plus lue dans le monde, *Madness and Civilization*, parue en 1965 chez Random House, est donc la traduction de la version abrégée, avec toutefois au cœur du livre un chapitre supplémentaire, *Passion and Delirium*, où il déploie sa brillante discussion des tragédies de Racine et des peintures de Georges de la Tour (FOUCAULT 1965, 2005). Dans le titre de l'ouvrage, "déraison" a curieusement été remplacé par "civilisation". Il faut attendre 2006 pour que le public anglophone ait accès, sous le titre *History of Madness* publié par Routledge, à la version originale, qui est en réalité celle de 1972 avec ses deux annexes auxquelles s'ajoutent la préface de 1961. Quant à la version allemande, *Wahnsinn und Gesellschaft*, éditée en 1969 chez Suhrkamp, elle reprend, avec quelques changements acceptés par l'auteur, le texte de 1961 (FOUCAULT 1969). Cette fois, dans le titre, "déraison" est devenu "société".

Étrange sort que celui de ce mot auquel Ian Hacking consacre un article exactement cinquante ans après la publication de la version originale du livre (HACKING 2011). Double disparition en réalité. L'une du fait de l'auteur, puisque le titre initial n'est plus dans la réédition française, conduisant Hacking à comparer le sous-titre au sourire du Cheshire Cat d'Alice qui seul reste visible une fois son corps évanoui. L'autre du fait des traducteurs, puisque la substitution de ce mot par d'autres, civilisation anglaise ou société allemande, n'empêche pas l'ajout presque subreptice, dans ces deux versions, du chapitre «La transcendance du délire», dans lequel on trouve précisément la discussion la plus serrée des relations entre folie, raison et déraison ainsi que le remarque encore Hacking. Concept clé de l'ouvrage,

la déraison, qui s'oppose à la raison tout en se distinguant de la folie, est ainsi deux fois escamoté, par Foucault et par ses éditeurs étrangers.

Les doubles de l'*Histoire de la folie* ne manquent donc pas, en français comme dans d'autres langues, avec des additions et des soustractions, sous forme de réductions ou de réécritures. Les révisions de l'auteur révèlent des reprises aux marges qui concernent les préfaces et les annexes aussi bien que des retouches dans l'éclat du titre. La variété des traductions signale une diversité de stratégies éditoriales, d'anticipations de la réception par le public et de degrés de confiance dans le lectorat, mais également une évolution de la notoriété de Foucault qui finit par permettre des éditions intégrales plus volumineuses. Mais ces doubles, ce sont aussi toutes ces lectures de l'œuvre qui s'accumulent pour en faire l'éloge ou en contester les analyses, tous ces commentaires qui éclairent un texte sommes toutes obscur comme la nuit de la déraison qui est son objet, toutes ces exégèses qui prétendent en dire la vérité.

L'œuvre, toujours recommencée

Parmi les livres de sciences humaines et sociales, l'*Histoire de la folie* se distingue en effet par la considérable littérature qu'il a générée, entre herméneutique et critique. Dans une recension de 1970 pour une revue historique de langue anglaise, George Sebastian Rousseau, se plaignant du peu d'attention dont avait bénéficié l'ouvrage dans les milieux académiques anglo-saxons cinq ans après la publication de sa traduction, notait par contraste: «Sa réception en France, où Foucault est presque une divinité intellectuelle, est différente. Il n'a pas seulement fait l'objet de recensions: il a été scruté, disséqué, et lobotomisé. Les philosophes, en particulier les anti-structuralistes dyspeptiques, ont vivisecté sa méthode, et les historiens ont vigoureusement pénétré la chair de ses entrailles». Il ajoutait cependant un peu plus loin: «La thèse est originale, soutenable sur le plan historique, et mérite plus d'acclamations qu'elle n'en a eues en France et plus largement dans le monde académique» (ROUSSEAU 1970). Le constat d'une insuffisante appréciation du livre dans les cercles universitaires français n'est pas tout à fait exact. Il faudrait différencier des disciplines, des temporalités, des pays, autrement dit, des contextes.

Chez les historiens français, la réaction est, dans un premier temps, positive. Pour s'en convaincre, il n'est que de lire les recensions publiées dans la prestigieuse revue *Annales* par deux auteurs faisant alors autorité. Ainsi,

Robert Mandrou affirme que «cet ‘écrivain-orchestre’, qui réussit avec un bonheur égal à être tout à la fois philosophe, psychologue et historien, nous offre sur la folie sept cents pages d’une rare beauté, et qui compteront pour notre compréhension de l’époque classique en son centre» (MANDROU 1962), tandis que Fernand Braudel écrit que

ce livre magnifique essaie de poursuivre, à propos d’un phénomène particulier, la folie, ce que peut être le cheminement mystérieux des structures mentales d’une civilisation, comment elle peut se déprendre, se détacher d’une partie d’elle-même et faire le ‘partage’, dans ce qui lui tend son propre passé, entre ce qu’elle entend conserver et ce qu’elle souhaite refuser, ignorer, oublier... (BRAUDEL 1962)

Il n’est toutefois pas certain que Foucault eût entièrement reconnu son projet intellectuel dans cette célébration de l’ouvrage du point de vue de l’histoire des mentalités et dans le langage des structures mentales. La méprise sur l’intention de Foucault est, du reste, assez largement partagée. Comme l’écrit Paul Veyne beaucoup plus tard:

Lorsque parut *l’Histoire de la folie*, certains historiens français des mieux disposés (dont l’auteur de ces lignes) n’ont pas vu d’abord la portée du livre; Foucault montrait simplement, pensais-je, que la conception qu’on s’est faite de la folie à travers les siècles avait beaucoup varié; ce qui ne nous apprenait rien: nous le savions déjà, les réalités humaines trahissent une contingence radicale. (VEYNE 2008)

Ce n’est que plus tard qu’il comprend que l’enjeu théorique de l’ouvrage est autre: il est, dit-il, le rapport entre le savoir et la réalité, le premier n’étant pas le miroir fidèle de la seconde et, en l’occurrence, la connaissance psychologique et psychiatrique de la folie n’en énonçant pas la vérité. Il ne s’agit pas pour autant de nier l’existence de la folie et la souffrance des fous, ce dont Foucault s’est à plusieurs reprises défendu, mais de montrer que l’une et les autres sont constitués différemment à différents moments historiques: la folie à la marge de la société, puis exclue d’elle, enfin réintégrée comme pathologie; les fous successivement comme insensés, aliénés, malades. Chacun de ces regards induit des pratiques distinctes, de l’isolement au grand renfermement, de la libération des chaînes à la normalisation par les psychotropes.

Ce n’est que dans un second temps que sont venues les attaques des historiens, après la parution des grands textes de la période dite “archéologique” de Foucault et surtout de sa grande œuvre “généalogique”, *Surveiller et punir* (FOUCAULT 1975)⁵. Les critiques s’inscrivent dans plusieurs registres. On lui reproche une tentation théorique au détriment des don-

nées empiriques, une sélection des faits au service de sa thèse, un privilège accordé à l'événement par rapport aux structures, un escamotage du social au profit des discours, une absence de reconnaissance des avancées dans le domaine de la pénalité, enfin l'effet anesthésiant de sa critique sur les agents sociaux. En fait, on le blâme pour être un mauvais historien de son temps, lequel est, d'un côté, marqué par l'héritage marxiste tant dans la pratique scientifique de l'histoire que dans la fonction politique de l'historien, et de l'autre, paradoxalement sensible au progrès moral des Lumières. De ces griefs avec les historiens et de la fin de non-recevoir opposée par Foucault à ses adversaires, *L'impossible prison*, dirigée par Michelle Perrot en 1980, porte la trace⁶. À partir de ce moment, la tonalité des échanges devient acerbe, se généralisant dans une hostilité entre représentants des deux disciplines, et comme l'écrit Gérard Noiriel, «l'illusion d'un 'langage commun'» (NOIRIEL 1994) entre les philosophes et les historiens se dissipe. Cette rupture est donc tardive, à un moment où Foucault est devenu l'un des intellectuels français les plus importants. Elle intervient peu après la parution de la version de 1972 de *Histoire de la folie*, mais ce n'est pas à ce livre que s'en prennent les historiens français, ou plutôt ceux d'entre eux qui s'intéressent à son auteur. C'est à son ouvrage sur la pénalité et la prison. Si l'on traversait l'Atlantique, on constaterait qu'un peu plus tard se donnent à lire à la fois l'influence de Foucault et les débats que suscite son œuvre, au point qu'il ne serait pas faux de distinguer, aujourd'hui encore, parmi les historiens états-uniens un courant critique dans lequel Foucault demeure une figure dominante⁷. Ni les soutiens précoces ni les adversaires tardifs ne semblent ainsi avoir réellement saisi l'originalité profonde de *Folie et déraison*, les premiers parce qu'ils s'approprient trop vite le livre du côté d'une histoire des mentalités, les seconds parce qu'ils rejettent une forme d'écriture et de pensée trop radicale. Le malentendu est probablement, comme le relève Paul Veyne dans un texte paru au plus fort de la bataille et audacieusement intitulé: «Foucault révolutionne l'histoire», qu'on a pris ce dernier pour un anti-positiviste alors que, selon lui, «il est le premier historien complètement positiviste» (VEYNE 1978). Il croit aux faits, aux discours, aux pratiques, mais il les regarde autrement.

Avec les sciences humaines, *humanities* en anglais, si l'on nomme ainsi ce vaste domaine qui inclut aussi bien la philosophie que la critique littéraire, la rencontre semble se faire plus facilement car, au moins pour ceux qui le lisent et le commentent, il existe ce langage commun dont on déplorait l'absence dans le cas des historiens. On ne s'en étonnera pas, s'agissant de Maurice Blanchot, tant les affinités intellectuelles entre les deux hommes

sont fortes, et ce bien qu'ils ne se soient jamais rencontrés⁸. Mais Foucault reconnaît avoir été influencé dès le milieu des années 1950 par la pensée de son aîné dont les écrits, comme ceux de Georges Bataille, lui ont fait découvrir Nietzsche. Dans un article de *La Nouvelle revue française* intitulé *L'oubli, la déraison*, Blanchot, jouant sur les mots, parle d'un «livre en lui-même extraordinaire, riche, insistant, et par ses nécessaires répétitions, presque déraisonnable» (BLANCHOT 1961). Rappelant que le projet de Foucault n'est pas d'étudier la folie, mais de faire «une histoire des limites», il écrit: «Dans l'espace qui s'établit entre folie et déraison, nous avons à nous demander s'il est vrai que la littérature et l'art pourraient accueillir ces expériences-limites et, ainsi, préparer, par-delà la culture, un rapport avec ce que rejette la culture: parole des confins, dehors d'écriture». On n'est plus là dans une histoire des mentalités, inscrites dans des cultures différentes, mais dans une histoire des exclusions, situées au-delà de la culture. Une autre compréhension de l'histoire de la folie que celle des historiens se dessine ainsi. C'est également le cas avec l'article que Roland Barthes consacre au livre dans la revue *Critique* en suivant cependant une autre voie. Il en fait un exemple de «ce mouvement conquérant de l'ethnologie moderne, ou de l'histoire ethnologique», dont Lucien Febvre aurait été le précurseur, et il lit l'ouvrage de Foucault comme l'affirmation que «la folie n'est pas l'objet d'une connaissance, dont il faut trouver l'histoire», comme on ferait l'histoire de la peste ou du choléra (BARTHES 1961). «Si l'on veut, elle n'est rien d'autre que cette connaissance elle-même: la folie n'est pas une maladie, c'est un sens variable, et peut-être hétérogène, selon les siècles». Il s'agit donc d'échapper à toute tentation naturaliste qui ferait coïncider la folie avec un état psychique dont, au terme d'un long processus historique, la psychologie et la psychiatrie auraient eu raison, en la faisant entrer dans une nosographie, au demeurant variable dans le temps. Car il est impossible de «discourir sur la folie à partir du savoir», sauf à se situer «dans un espace aussi inaccessible aux fous qu'aux hommes raisonnables». Ce sont donc deux clés de lecture complémentaires qu'offrent Blanchot et Barthes: l'histoire de la folie, telle qu'elle émerge du livre de Foucault, échappe à la fois à la culture et à la nature, et probablement même à la séparation des deux.

De ces lectures aussi bienveillantes qu'éclairantes se distingue l'analyse que fait Jacques Derrida d'un court passage de *Folie et déraison*. Court mais décisif. En prologue du célèbre deuxième chapitre du livre sur «le grand renfermement», Foucault consacre en effet trois pages souvent citées à la première des *Méditations métaphysiques* de Descartes sur «les choses que l'on

peut révoquer en doute» (DESCARTES 2018). Puisque tout ce que je tiens pour vrai, je l'ai reçu par les sens, et que je me suis parfois rendu compte qu'ils me trompaient, sur quel fondement puis-je m'assurer même de mon existence ici même à cet instant précis? s'interroge Descartes. Et cette question l'amène à mettre en parallèle le rêve et la folie. Pour lui, cependant, le rêve conserve quelque relation avec le réel dans la représentation qu'il produit, tandis que la folie génère ce qu'il appelle des extravagances. Dans la lecture qu'en fait Foucault, cette réflexion implique que, tandis qu'il est possible de se demander si l'on est dans un rêve ou dans le monde réel lorsqu'on s'endort ou se réveille, «on ne peut, en revanche, supposer, même par la pensée, qu'on est fou, car la folie est justement la condition d'impossibilité de la pensée». Autrement dit, pour Descartes, «si l'homme peut toujours être fou, la pensée, comme exercice de la pensée d'un sujet qui se met en devoir de percevoir le vrai, ne peut pas être insensée». Le partage entre raison et déraison est acté. Cette exclusion de la folie dans la rationalité cartésienne a pour écho dans la société la création de l'Hôpital Général où les fous se trouvent enfermés avec les pauvres et les délinquants, ce à quoi Foucault consacre le reste du chapitre. Or, dans une conférence présentée au Collège philosophique en 1963, Derrida rejette cette interprétation, ce qui, même s'il s'en défend de manière rhétorique, fragilise l'ensemble du propos du livre de son collègue, puisqu'il considère que «la lecture qui nous est proposée ici de Descartes et du Cogito cartésien engage en sa problématique la totalité de cette *Histoire de la folie*» (1963). Selon lui, il faut lire la comparaison entre le rêve et la folie à l'inverse de Foucault: d'abord, Descartes délaisse très vite la folie, événement rare auquel son interlocuteur virtuel doit être bien moins sensible qu'au songe, lequel est une expérience universelle; ensuite, il affirme que le rêve est en fait «l'exaspération hyperbolique de l'hypothèse de la folie» et que «le dormeur et le rêveur sont plus fous que le fou». C'est la pensée qui se trouve travaillée par le doute et il n'y a pas d'exclusion de la folie. Son exégèse ligne à ligne, en français et dans l'original latin, est évidemment assassine. Elle amène Foucault à réagir dans un texte intitulé *Mon corps, ce papier, ce feu*, placé en annexe de la réédition de 1972, dans lequel, vexé d'être accusé d'avoir fait une lecture superficielle de Descartes, il reprend à son tour dans le détail les versions françaises et latines pour montrer que, selon ce dernier, non seulement la folie est une expérience impensable, mais qu'elle est juridiquement inacceptable; d'où son exclusion (FOUCAULT 2001). La cinquantaine de pages de cet échange brillant entre les deux philosophes les plus célèbres en France et bien au-delà évoque une *disputatio* médiévale dont Foucault aurait posé

la *questio* et Derrida serait le *respondens*, sans qu'il soit réellement possible de décider de ce qui en serait la *determinacio* finale, ou, plus simplement, fait penser à un exercice scolastique entre élèves de l'École normale supérieure, où d'ailleurs Derrida avait suivi les cours de Foucault. On est bien loin des enjeux majeurs de la thèse de l'*Histoire de la folie*, en particulier de la question de savoir si la médecine a permis l'émancipation des fous ou a servi à les contrôler autrement, et surtout si la folie est une maladie mentale qui aurait existé de tout temps et dont psychologues et psychiatres auraient finalement été les découvreurs ou bien si la maladie mentale est le dernier avatar de la folie telle que la psychologie et la psychiatrie l'ont construite.

C'est précisément sur ce front que les spécialistes de la santé mentale vont réagir. Ou plutôt sur le double front, d'une part, des progrès moraux introduits par "l'humanisme" de Pinel en France et Tuke en Angleterre, et prolongés par les acquis nosographiques et thérapeutiques de la psychologie et de la psychiatrie, et d'autre part, de la "réalité" de la maladie mentale saisie par le regard "scientifique" des psychologues et psychiatres de plus en plus aptes à la reconnaître, la classer et la traiter⁹. Sur le premier front, la critique la plus forte vient de l'intellectuel Marcel Gauchet et de la psychiatre Gladys Swain, pour lesquels Foucault n'a pas compris que ce qui se joue avec la naissance de la psychiatrie, c'est une ré-humanisation du fou, dans sa relation de sujet à sujet avec son thérapeute, et une re-socialisation dans l'asile, dont la fonction est de le soigner et de le réintégrer (GAUCHET, SWAIN 1980)¹⁰. Ils parlent ainsi de "révolution démocratique" là où Foucault voyait l'exclusion de la folie et du fou comme cruciale pour la constitution de la modernité. Sur le second front, les positions des psychiatres sont divisées selon une ligne presque attendue entre les réformateurs, comme Lucien Bonnafé, désaliéniste initiateur de la politique de "secteur psychiatrique", qui, tout en critiquant la "méthode historique et dialectique" de Foucault, relève "l'actualité singulièrement brûlante" de la question qu'il pose: «Comment dans ce climat de terreur blanche, la psychiatrie peut-elle faire pour se donner bonne conscience?», et les conservateurs, comme Henri Ey, parfois qualifié de «pape de la psychiatrie» en raison de sa position éminente dans la discipline, qui rejette l'idée selon laquelle «la maladie mentale est un 'produit de culture'» et «un effet de mystification», affirmant à l'inverse, contre les opposants à «la naturalité de la folie», que «cette accusation d'imposture est une imposture et que ce mythe doit à son tour être démystifié» (BONNAFÉ 1967)¹¹. Dans une intervention ultérieure, Jacques Lacan déclare soutenir Bonnafé et désapprouver Ey, ajoutant, dans une évidente référence à la discussion de Descartes

par Foucault: «La folie est un état du drame humain, elle s’y insère entièrement. Elle est une condition humaine, comme le rêve en est une autre»¹². Le véritable succès du livre de Foucault parmi les psychiatres vient en fait un peu plus tard de son utilisation dans le mouvement antipsychiatrique, tout comme *Asylums* du sociologue Erving Goffman, publié en même temps que *Folie et déraison*, a été utilisé aux États-Unis pour justifier la fermeture progressive des hôpitaux psychiatriques (1961). Il faut du reste souligner que 1961 est un tournant dans l’histoire de la critique de la psychiatrie et de l’institution asilaire, puisque cette année-là, outre les ouvrages de Foucault et Goffman, paraît également *The Myth of Mental Illness* du psychiatre Thomas Szasz (1961). La décennie qui s’ouvre alors sera celle de profonds bouleversements de la psychiatrie institutionnelle dans de nombreux pays du monde et la conjonction de ces travaux y joue un rôle essentiel.

À la mort de Michel Foucault, celui qui fut son directeur de thèse, Georges Canguilhem écrit une nécrologie presque entièrement construite autour de l’*Histoire de la folie*, qui est pour lui le point de départ et peut-être même une sorte d’accomplissement de la réflexion foucauldienne autour de la norme et du normal, du savoir et de la vérité, et il termine en revenant sur la préface de 1972 dans lesquelles Foucault récuse l’autorité de l’auteur (CANGUILHEM 1986)¹³. Souci éthique, note Canguilhem, qui est ce sur quoi l’œuvre s’est prématurément achevée douze ans plus tard.

Notes

⁽¹⁾ Une part des éléments biographiques présentés ici provient de la remarquable *Chronologie* rédigée par Daniel Defert (2001).

⁽²⁾ Une édition antérieure avait été publiée sous le même titre et sans commentaire en 1974: *Mental Illness and Psychology*, Harper & Row Publishers, New York.

⁽³⁾ C’est cependant le parcours inverse que décrit Foucault sur le rabat de la jaquette de *Folie et déraison*: «L’auteur est par profession un philosophe passé à la psychologie, et de la psychologie à l’histoire». Mais on sait comme il aime à se jouer de tout enfermement disciplinaire, déclarant à un interlocuteur fictif dans *L’Archéologie du savoir*: «Ne me demandez pas qui je suis et ne me dites pas de rester le même : c’est une morale d’état-civil, elle régit nos papiers» (FOUCAULT 1969).

⁽⁴⁾ La comparaison des deux textes est présentée dans l’avant-propos à la nouvelle édition en anglais par Ian Hacking (2006).

⁽⁵⁾ Pour une analyse de la réception de ce livre parmi les historiens, on consultera l’article de Jacques-Guy Petit (1996). On comprend, en le lisant, que l’hostilité des historiens est due en partie au fait qu’il n’ait à l’évidence pas pris connaissance des travaux

de ces derniers sur la prison, dont l'auteur fait la liste, en notant que probablement les lecteurs de Foucault ignorent tout de ces recherches, pris qu'ils par "l'effet de mode" que représente son œuvre.

⁽⁶⁾ Le livre s'ouvre par une introduction de Maurice Agulhon, inclut un article très critique de *Surveiller et punir* et surtout présente une table-ronde où Foucault se trouve face à douze historiens. C'est de cette table-ronde sans concession qu'est tirée l'analyse des critiques adressées au philosophe.

⁽⁷⁾ Dans *L'histoire comme critique*, Joan Scott (2009) consacre un long développement à la "généalogie de Foucault", comme une forme de résistance à la montée, ou plutôt au retour, de l'empirisme en histoire.

⁽⁸⁾ Dans un court texte publié bien plus tard, Blanchot (1986) dit n'avoir rencontré Foucault qu'une fois, en juin ou juillet 1968, lorsqu'il l'a croisé dans la cour de la Sorbonne et lui a adressé quelques mots sans que ce dernier ne paraisse le reconnaître.

⁽⁹⁾ Voir l'introduction du précieux ouvrage de Philippe Artières *et al.* (2011).

⁽¹⁰⁾ Au fil des ans, Gauchet est devenu l'une des principales figures "réactionnaires", au sens d'Albert Hirschman, de la vie intellectuelle française.

⁽¹¹⁾ Voir Lucien Bonnafé (1967), texte qui inclut la discussion avec Henri Ey (1967). L'ensemble a été republié en 1991 dans *Désaliéner? Folie(s) et Société(s)*, Toulouse, Presses universitaires du Mirail, p. 113-146.

⁽¹²⁾ Les commentaires de Lacan sont publiés en 1968 dans *Interventions sur l'exposé de Lucien Bonnafé Le personnage du psychiatre*, "L'Évolution psychiatrique" fascicule III: 52-54.

⁽¹³⁾ Ironiquement, le rédacteur en chef du *Débat* est Marcel Gauchet.

References

ARTIÈRES PH., BERT J.F., CHEVALLIER PH., GROS F., PALTRINIERI L., REVEL J., POTTE-BONNEVILLE M., SAAR M. (2011), *Histoire de la folie à l'âge classique de Michel Foucault. Regards critiques 1961-2011*, Presses universitaires de Caen, Caen.

BARTHES R. (1961), *De part et d'autre*, "Critique", Vol. 17: 915-922.

BLANCHOT M. (1986), *Michel Foucault tel que je l'imagine*, Fata Morgana, Paris.

BLANCHOT M. (1961), *L'oubli, la déraison*, "La Nouvelle revue française", Vol. 106: 676-686.

BONNAFÉ L. (1967), *Le personnage du psychiatre III, ou Les Métamorphoses*, "L'Évolution psychiatrique", Vol. 37: 1-36.

BRAUDEL F. (1962), *Note*, "Annales E.S.C.", Vol. 17: 771-772.

CAILLOIS R. (1955), *Michel Foucault, Maladie mentale et personnalité*, "Critique", Vol. 93(11): 189-190.

CANGUILHEM G. (1986), *Sur l'Histoire de la folie en tant qu'événement*, "Le Débat", Vol. 4(41): 37-40.

DEFERT D. (2001), *Chronologie*, pp. 13-90, in FOUCAULT M. (a cura di), *Dits et écrits*, tome I, 1954-1975, Paris, Gallimard.

- DERRIDA J. (1963), *Cogito et histoire de la folie*, "Revue de métaphysique et de morale", Vol. 68(4): 460-494, republié en 1967 dans *L'Écriture et la Différence*, Paris, Gallimard, pp. 61-97.
- DESCARTES R. (2018), *Méditations métaphysiques*, in *Œuvres*, volume IV, Paris, Gallimard; 1ère édition en latin, 1641; 1ère édition française, 1647.
- DREYFUS H. (1987), *Foreword*, in *Mental Illness and Psychology*, University of California Press, Berkeley.
- ÉRIBON D. (1989), *Michel Foucault*, Flammarion, Paris.
- FOUCAULT M. (1954), *Maladie mentale et personnalité*, Presses universitaires de France, Paris.
- FOUCAULT M. (1961), *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*, Plon, Paris.
- FOUCAULT M. (1962), *Maladie mentale et psychologie*, Presses universitaires de France, Paris.
- FOUCAULT M. (1963), *Storia della follia nell'età classica*, trad. Franco Ferrari, Rizzoli, Milano.
- FOUCAULT M. (1965), *Madness and Civilization. A History of Insanity in the Age of Reason*, trad. Richard Howard, Random House, New York.
- FOUCAULT M. (1969), *Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft*, trad. Ulrich Köppen, Suhrkamp, Frankfurt.
- FOUCAULT M. (1969), *L'Archéologie du savoir*, Gallimard, Paris.
- FOUCAULT M. (1972), *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, Paris.
- FOUCAULT M. (1974), *Mental Illness and Psychology*, trad. Alan Sheridan, Harper & Row Publishers, New York.
- FOUCAULT M. (1975), *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Gallimard, Paris.
- FOUCAULT M. (2001), *Mon corps, ce papier, ce feu*, pp. 1113-1136, in *Dits et écrits*, Volume 1, Paris, Gallimard.; 1^{ère} édition 1972.
- FOUCAULT M. (2006), *History of Madness*, trad. Jonathan Murphy et Jean Khalifa, Routledge, London.
- GAUCHET M., SWAIN G. (1980), *La pratique de l'esprit humain: l'institution asilaire et la révolution démocratique*, Gallimard, Paris.
- GOFFMAN E. (1961), *Asylums. Essays on the Situation of Mental Patients and Other Inmates*, Random House, New York.
- HACKING I. (2006), *Foreword*, pp. ix-xii, in *History of Madness*, trad. Jonathan Murphy et Jean Khalifa, Routledge, London.
- HACKING I. (2011), *Déraison*, "History of the Human Sciences", Vol. 24(4): 13-23.
- MANDROU R. (1962), *Trois clés pour comprendre la folie à l'époque classique*, "Annales E.S.C.", Vol. 17: 761-771.
- MACHERY P. (1986), *Aux sources de l'Histoire de la folie: une rectification et ses limites*, "Critique", 471-472: 753-774.
- NOIRIEL G. (1994), *Foucault and History: The Lessons of a Disillusion*, "Journal of Modern History", Vol. 66(3): 547-568.
- PETIT D.J.G. (1996), *Les historiens de la prison et Michel Foucault*, "Sociétés et représentations", Vol. 2(3): 157-170.

- PERROT M. (1980), *L'impossible prison. Recherches sur le système pénitentiaire au XIX^e siècle*, Seuil, Paris.
- ROUSSEAU G.S. (1970), *Review of Madness and Civilization*, "Eighteenth Century", Vol. 4(1): 90-95.
- SCOTT J. (2009), *Théorie critique de l'histoire. Identités, expériences, politiques*, Fayard, Paris.
- SZASZ T. (1961), *The Myth of Mental Illness. Foundations of a Theory of Personal Conduct*, Harper & Row, New York.
- VEYNE P. (1978), *Foucault révolutionne l'histoire*, in *Comment on écrit l'histoire*, Seuil, Paris.
- VEYNE P. (2008), *Michel Foucault. Sa pensée, sa personne*, Albin Michel, Paris.

Scheda sull'Autore

Didier Fassin est professeur à l'Institute for Advanced Study de Princeton et directeur d'études à l'École des Hautes Études en Sciences Sociales de Paris. Anthropologue, sociologue et médecin, il a été nommé en 2022 au Collège de France sur une chaire intitulée «Questions morales et enjeux politiques dans les sociétés contemporaines». Il est l'éditeur de plus d'une trentaine de livres et l'auteur de vingt ouvrages, traduits dans huit langues, parmi lesquels, récemment: *Punir. Une passion contemporaine* (2017), *La Vie. Mode d'emploi critique* (2018), *Mort d'un voyageur. Une contre-enquête* (2020), *Les Mondes de la santé publique. Excursions anthropologiques* (2022), tous au Seuil, ainsi que *De l'inégalité des vies* (2020) chez Fayard.

Riassunto

La storia della follia e dei suoi doppi

L'opera di Michel Foucault oggi conosciuta con il titolo *Histoire de la folie à l'âge classique* e pubblicata nel 1972 riprende con sostanziali modifiche *Folie et déraison* pubblicata nel 1961. Il presente saggio discute, ricollocandole nell'itinerario intellettuale e istituzionale dell'autore, i molteplici avatar di questo libro, da una tesi per il dottorato in filosofia fino al classico che ha esercitato un'influenza essenziale sullo sviluppo del lavoro delle scienze sociali sulla malattia mentale e sulla psichiatria. Dimostra che i doppi non sono solo le diverse versioni del libro ma anche le molteplici letture, entusiastiche o critiche di cui è stato oggetto, da Paul Veyne a Jacques Derrida, da Fernand Braudel a Roland Barthes, storici ma anche psichiatri che si sono mostrati i più severi.

Parole chiave: Foucault, libro, follia, psichiatria, critica

Resumen

La historia de la locura y sus dobles

El libro de Michel Foucault, ahora conocido como *Histoire de la folie à l'âge classique*, publicado en 1972, es una versión sustancialmente modificada de *Folie et déraison* publicado en 1961. El presente ensayo aborda, resituándolos en el itinerario intelectual e institucional del autor, los múltiples avatares de este libro, desde una tesis para el

doctorado en filosofía hasta el clásico que ha ejercido una influencia esencial en el desarrollo de los trabajos de ciencias sociales sobre la enfermedad mental y la psiquiatría. Muestra que las duplicidades no son sólo las diferentes versiones del libro, sino también las múltiples lecturas, entusiastas o críticas, a las que ha sido sometido, desde Paul Veyne a Jacques Derrida, desde Fernand Braudel a Roland Barthes, siendo los historiadores pero también los psiquiatras los más severos.

Palabras claves: Foucault, libro, locura, psiquiatría, crítica

Résumé

L'Histoire de la folie et ses doubles

L'ouvrage de Michel Foucault aujourd'hui connu sous le titre *Histoire de la folie à l'âge classique* et paru en 1972 reprend avec des modifications substantielles *Folie et déraison* publié en 1961. Le présent essai discute, en les resituant dans l'itinéraire intellectuel et institutionnel de l'auteur, les multiples avatars de ce livre, depuis une thèse pour le doctorat en philosophie jusqu'au classique qui a exercé une influence essentielle sur le développement des travaux de sciences sociales sur la maladie mentale et la psychiatrie. Il montre que les doubles ne sont pas seulement les différentes versions du livre mais également les multiples lectures, enthousiastes ou critiques dont il a fait l'objet, de Paul Veyne à Jacques Derrida, de Fernand Braudel à Roland Barthes, les historiens mais aussi les psychiatres s'étant montrés les plus sévères.

Mots-clés: Foucault, livre, folie, psychiatrie, critique

La formula strutturale dell'équipe

La terra del rimorso *oggi e il metodo etnografico*
di Ernesto de Martino¹

Giovanni Pizza

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

Abstract

The Structural Formula of the Team. The Land of Remorse Today and Ernesto de Martino's Ethnographic Methodology

The author of this article carries out some reflections on the ethnographic methodology of Ernesto de Martino (Naples, 1908 - Rome, 1965), in particular on what de Martino himself called "the structural formula of the *équipe*" in the *Introduction to La terra del rimorso. Contributo a una storia religiosa del Sud*, Il Saggiatore, Milano 1961, book published 60 years ago. According to de Martino what is an 'ethnographic team'? This is the main question the essay attempts to answer, underlining the topicality of this book that has been called "the Bible of tarantism". Considered the "founding father" of a new Italian anthropology, de Martino is a thinker who constantly exceeds himself, an anthropologist whose theoretical lines and methodologies are unique and original. In this essay, after revisiting the main ethnographic research carried out by de Martino in south-eastern Italy (the one in Apulia on tarantism), the author delves into what has been considered an "Italian style" in ethnography, underlining the merits and limits of this peculiar scientific practice in the history of global cultural anthropology.

Keywords: de Martino, tarantism, interdisciplinarity, ethnography, team

Nacque così, ispirata a criteri interni al carattere della ricerca, la formula strutturale dell'*équipe* che stava per iniziare il lavoro sul campo.

Ernesto de Martino (1961: 35)

Svolgo qui alcune asistematiche riflessioni sull'etnografia di Ernesto de Martino (Napoli, 1908 - Roma, 1965). Non intendo ricostruire la sua metodologia di ricerca scientifica lavorando sul complesso della sua opera².

Piuttosto cerco di esaminare la formula dell'équipe in particolare nella ricerca etnografica che ebbe quale esito il suo capolavoro, *La terra del rimorso* (DE MARTINO 1961), ultima monografia dedicata alla parte sudorientale del Mezzogiorno: la Puglia salentina. All'avvio dell'estate del 1959, sotto la direzione di de Martino operarono quali membri del gruppo etnografico diretto da de Martino in Salento l'etnomusicologo Diego Carpitella, la psicologa Letizia Comba, l'assistente sociale Vittoria de Palma, lo psichiatra Giovanni Jarvis, le antropologhe Annabella Rossi e Amalia Signorelli. Il focus di questo articolo è centrato sostanzialmente sull'autonomia intellettuale dello studioso napoletano. Considerato, con Antonio Gramsci, il "padre" di «un filone specifico di studi dell'antropologia culturale italiana» (GALLINI 2018), de Martino è stato un antropologo le cui linee teoriche e metodologiche appaiono tuttora uniche e originali. Se rivisitare la *Terra del rimorso* del 1961 consiste nell'immersione pratica in un campo etnografico storicamente profondo, è probabilmente dalla complessità territoriale contemporanea che conviene ripartire, provando a evidenziare alcuni tratti della metodologia etnografica demartiniana in Salento, incentrata sulla teorizzazione della «formula strutturale dell'équipe».

Etnografia à rebours

La mia etnografia salentina è stata un'antropologia dell'antropologia. Il Salento è il luogo di ricerca dell'équipe demartiniana, che vi pervenne nell'imminenza dell'estate 1959 e di là andò via, abbandonando un solleone ormai avviato. Il mio *revisiting* cominciò nel 1993, e in verità quella ricerca non è ancora finita. Certo perché ne sono un lento esecutore. Ma probabilmente la ragione risiede anche nel fatto che il fenomeno studiato, il neotarantismo, si riverbera oggi ancora all'infinito, come in una sorta di *neverending story*. Decisi di andare in Salento sulla scorta di una tesi di laurea che seguivo, e mentre ero alle prese ad Arnesano (Lecce) con il mio diario di campo, immaginavo tutti – intellettuali, musicisti, performers, pittori e altre figure di produttori culturali salentini nonché di giovani animati da un inquieto spirito del luogo – impegnati ad attaccare alle pareti della propria stanza poster con le foto formato gigante di Franco Pinna, copertine delle varie edizioni del libro *cult* demartiniano, *La terra del rimorso*, o il ritratto stesso del grande antropologo napoletano. Vero è che il mio era un intento realista: cercavo di capire se alla questione demartiniana dalla risposta sospesa: «[P]erché proprio al ragnò velenoso che morde, sia toccato di assurgere a simbolo di contenuti conflittuali inconsci, quali che essi

siano» (1961: 161) ci fosse una soluzione non psicoanalitica, non freudiana. La cercavo nel simbolismo dei piccoli animali velenosi, che studiavo allora anche sui saggi di Dan Sperber (1974, 1975) e con il lavoro di Patrizia Caione (1993). Eppure, quando il violinista terapeuta Luifi Stifani, ormai canuto e ingrassato rispetto alla silhouette esibita per le riprese di Gianfranco Mingozzi (1962) a fine anni Cinquanta, porse a Patrizia, riscuotendo le cinquantamila lire richieste a compenso dell'intervista, il suo biglietto da visita di dottore in tarantismo, qualcosa in me cambiò, come ho scritto altrove (PIZZA 2015: 175). Avrei infatti da quel momento dato una svolta alla mia etnografia sul campo, le virgolette alte da assegnare alla "tradizione" e alla "cultura popolare" erano lì a fare capolino insistenti. E da allora in poi le avrei usate, per poi dismettere proprio quei lemmi.

Erano i primi anni Novanta del Novecento e, guardando alle antropologie italiane della mia generazione, spiccava un saggio di Berardino Palumbo – sull'etnografia: *You Are Going Really Deep*, titolo tratto da un enunciato raccolto in Ghana dal suo informatore privilegiato, Moke Mieza, che aveva ricevuto importanti compensi periodici dagli antropologi della missione etnologica italiana, di permanenza lunga a Fort Apollonia, tale da costruire nel tempo una vera e propria "tradizione" scientifica presso gli Nzema del villaggio di Ngelekazo (PALUMBO 1991). All'interno di quella missione, l'antropologo aveva lavorato già per il suo dottorato di fine anni Ottanta, esorcizzando abilmente differenti spiriti. Il focus di quel testo, che pure partiva da un'esperienza di etnografia africanista, era connesso a un intento specifico, ma che a me pare rilevante sottolineare qui: mostrare il limite degli approcci letterari in etnografia provenienti dalla vulgata del decostruzionismo antropologico con il loro suggestivo portato metaforico e letterario, i quali, seppure tardivamente rispetto agli Stati Uniti, tendevano a diffondersi in Italia, nel campo accademico-scientifico nazionale e nella didattica universitaria.

In quel lavoro Palumbo affrontava l'analisi della sua personale esperienza etnografica in Africa occidentale, e lo faceva intrecciandola con tre ulteriori elementi: lo studio antropologico della specifica tradizione etnografica e teorica sul tronco della quale egli operava; l'analisi del sistema di reti costruito storicamente dal suo principale informatore professionale; la scena sociale nella quale tutti erano coinvolti nella fase di un complesso, metalettico, presente storico. A quel tempo egli metteva in campo una consapevole difesa dell'etnografia, contrastando retoriche decostruttive che rischiavano di dissolverne la dimensione pratica. Mi persuasi allora, e ne sono tuttora convinto, che quella salvaguardia della pratica etnografica

andasse sostenuta, soprattutto se svolta in un terreno di rivisitazione come quello salentino che programmavo di esplorare: a mio avviso essa andava replicata proprio per spingerci a «considerare il carattere “pratico” dell’etnografia, impresa scientifica che difficilmente può esser fatta coincidere con la sola attività di lettura/trascrizione/scrittura» (*ivi*: 255).

Proprio in queste parole si può condensare un messaggio attuale di popolarizzazione dell’antropologia. Si tratta, infatti, di una posizione insieme realista e irriduzionista. Riprendere la nozione bourdieuana della scienza intesa come “campo di lotte”, illuminare la concretezza del fare ricerca etnografica (PAVANELLO 2010), assumerne come oggetto i conseguenti e determinati rapporti di forza presenti sul terreno, riflettere sul coinvolgimento dell’etnografo in carne e ossa nel mutamento della scena osservata: tutto questo delinea la profonda complessità del momento contemporaneo, che non risiede tanto nel mutamento esterno dei contenuti osservabili sul campo, quanto nella decisa e consapevole rinuncia a un meccanicismo iperrealista e falsamente empirico, eppure, al contempo, nell’altrettanto fermo rifiuto della «forza tranquillizzante di certe metafore» letterarie (PALUMBO 1991: 260). Non è una posizione facile.

«Amico!», mi appellava così il mio più vicino “informatore” sul campo. «Sarò il tuo Stifani!», aggiungeva poi sornione. E questa doppiezza, lo ammetto, un poco mi inquietava, poiché non capivo fino a quanto l’innegabile condivisione umana di un sentimento di vicinanza amicale incidesse, forse anche negativamente, sulla capacità di esplorare a fondo il campo da etnografare. Proprio mentre sulla parete della stanza dove tenemmo i primi dialoghi, campeggiava il ritratto di Ernesto de Martino, e lo studioso ci osservava con la sua aria sorridente e soddisfatta (d’altronde nella foto aveva il volume del Saggiatore *La terra del rimorso* sotto il braccio, fresco di stampa!): «[N]on erano infatti le nostre difficoltà e i nostri sforzi largamente condizionati dalla influenza che la sua opera aveva esercitato, nel positivo come nel negativo, sulla vita culturale italiana?» (DE MARTINO 1961: 36-37).

Tutto questo non faceva che aggrovigliarsi sotto i miei occhi, rendendo la scena ancora più intricata e multiforme, allorché rileggendo il capolavoro demartiniano, nell’originalità assai attuale della sua posizione etnografica, prendevo atto che de Martino diventava il coordinatore di una “spedizione etnografica” collettiva e collaborativa³. *La terra del rimorso* si fonda su un’etnografia di gruppo, di équipe. Quali significati nuovi può assumere questa pratica scientifica? Come si curva la relazione etnografica quando diventa collettiva? Cosa promette o nega una simile moltiplicazione?

Interdisciplinarietà

Nella monografia *I rituali dell'argia* di Clara Gallini del 1967, dedicata a Ernesto de Martino – nome che la sua allieva già allora scriveva con la minuscola («de») – campeggia in apertura una fotografia dell'antropologo in primo piano, con una sigaretta, che sembra ancora non accesa, tra le labbra. Lo studioso napoletano era scomparso prematuramente solo due anni prima, nel 1965. Nella premessa Gallini scrive:

Questo libro è dedicato alla memoria di Ernesto de Martino, se per dedicare alla memoria significa tenere costantemente presso di sé una severa presenza di stimolo e di critica. [...] Ci sostenne uno dei suoi molti insegnamenti: la continuazione di quel dialogo interdisciplinare, che in questi ultimi anni per Ernesto de Martino andava facendosi uno degli interessi più vivi e delle proposte metodologicamente più nuove e aperte. (GALLINI 1967: VII)

A conferma di un tale riferimento all'interdisciplinarietà, intesa come indicazione metodologica centrale del lascito demartiniano, Gallini pubblicava, quasi a mo' di "prefazione" al suo testo sull'argia, un saggio di de Martino dal titolo *La ricerca interdisciplinare nello studio dei fenomeni culturali* (DE MARTINO 1967). Si trattava della relazione tenuta al II Convegno Nazionale di Antropologia Culturale, all'Università di Roma il 25-27 maggio 1963, nel programma intitolata *Le ricerche interdisciplinari* e posta il secondo giorno, tra quella di Alberto M. Cirese su *Antropologia culturale e tradizioni popolari* e quella di Luigi Meschieri dal titolo *Ricerche sugli stereotipi culturali*⁴. L'intervento demartiniano cominciava così:

Il principio della collaborazione nella ricerca scientifica si può dire sia nato con la scienza moderna: infatti già Bacone, in polemica con il carattere segreto e anticollaborativo della magia naturale, indicava nella pubblicità dei risultati e nella collaboratività degli sforzi uno degli aspetti della nuova scienza. Nelle scienze della natura – continuava de Martino – il principio collaborativo è oggi in pieno sviluppo nel senso più specifico di una ricerca interdisciplinare per aggredire le «terre di nessuno» rimaste inesplorate perché collocate al limite delle diverse specializzazioni tradizionali. (*ivi*: XI)

Inoltrandosi nell'analisi del principio interdisciplinare, nel medesimo scritto de Martino rilevava come nelle scienze umane e sociali quel metodo si fosse sviluppato tardivamente, e ciò poteva forse spiegare le difficoltà che ancora esso incontrava nell'affermarsi, per almeno tre diversi ordini di ragioni: 1) il presupposto specialistico, legato un unico individuo; 2) la profonda diversità epistemologica, particolarmente storicizzatasi in Italia, tra scienze della natura e scienze della cultura; 3) la mancanza di una metodologia comune e la casualità disordinata della ricerca interdisciplinare nelle

scienze della cultura. Impegnandosi a sviluppare tale metodologia de Martino ne esclude, come chiusa a ogni possibile progresso, l'interdisciplina puramente formale, fondata su una falsa collaboratività che spesso si maschera di apertura ad approcci plurali solo perché propone la scelta di un oggetto "comune". Il sogno ad esempio. C'era stato nel 1962 un convegno sul sogno in California – i cui Atti peraltro de Martino meditava di pubblicare⁵. In quella occasione la disposizione collettiva all'interdisciplinarietà – con la presenza di antropologi, etnologi, sociologi, storici delle religioni, psicologi, psichiatri e neurofisiologi – aveva prodotto una «estrema eterogeneità degli approcci» tale da rendere «praticamente illusoria e nominale la stessa comunanza dell'oggetto» (*ibid.*). Secondo de Martino tale illusorietà poteva essere scongiurata soltanto dall'etnografia collaborativa:

Più fecondo di possibili sviluppi può invece apparire quel tipo di collaborazione interdisciplinare promosso dalle ricerche di antropologia culturale e segnatamente nell'ambito degli studi di comunità e di quelli relativi a «cultura e personalità». Qui, in generale, il rapporto interdisciplinare ha luogo non già in astratto, a proposito di meri nomi comuni come possono essere il «mito», il «rito», il «sogno», ma in concreto, cioè in una ricerca sul terreno a proposito di un gruppo umano, di una cultura o di una subcultura viventi, e nello sforzo che ciascun membro dell'équipe compie per comprendere il modo di funzionare di quel gruppo umano, di quella cultura o subcultura. (*ivi*: XII-XIII)

In quello scritto, che metteva a punto in maniera riflessiva un metodo etnografico collettivo perseguito proprio nelle sue inchieste sul campo, de Martino chiariva le procedure di ricerca in équipe che aveva consapevolmente sperimentato negli anni Cinquanta del Novecento, nel Mezzogiorno italiano, in Lucania prima (GALLINI 1995), in Salento poi (PAVANELLO 2013). In particolare, trattando del tarantismo in altri saggi diversi dalla *Terra del rimorso*, e in questo intervento in particolare, de Martino sottolineava gli aspetti metodologici della sua inchiesta, segnalandola come

un particolare tipo di ricerca interdisciplinare, caratterizzato dalla molecolarità del fenomeno culturale prescelto, dalla molteplicità degli approcci analitici e dalla focalizzazione della comprensione, nel senso di una subordinazione degli approcci ad una particolare prospettiva specialistica, in questo caso storico-culturale e storico-religiosa. (*ivi*: XV)

Ho affrontato la nozione di molecolarità in altri scritti (PIZZA 2015, 2020) in cui ho cercato di mostrare come de Martino traesse la parola da Antonio Gramsci, il quale, tuttavia, non intendeva il concetto nei termini fisici del «microfenomeno» (DE MARTINO 1967: XV), quanto piuttosto come una parola-ponte tra teoria e pratica, tra corpo e Stato, usata sia per descrivere

il mutamento sociopolitico sia la trasformazione-mutazione della persona (PIZZA 2020: 102). Nello sviluppo di questo scritto intendo approfondire, invece, la teoria specifica che de Martino esprime rispetto alla costruzione e gestione della équipe etnografica, cioè al tema, sopraccitato, che egli definisce «focalizzazione della comprensione».

Focus

Dunque, l'elemento che rende efficace e non eterogenea la collaborazione di gruppo in etnografia è per de Martino ciò che egli propone di chiamare «*focus* della comprensione» (DE MARTINO 1967: XIII). Negli studi socioculturali l'équipe etnografica si costituisce come gruppo realmente, e non solo nominalmente, interdisciplinare, solo quando quel «*focus*» è messo in atto ad opera di «una prospettiva specialistica centrale che coordini e subordini a sé le altre collaborazioni e ne integri e unifichi i risultati», evitando che «i singoli contributi collaborativi» restino «irrelati o scarsamente relati fra di loro» (*ibid.*). In effetti l'appannaggio di un simile *focus* è da intendersi come il concetto di base dell'accezione demartiniana dell'interdisciplinarietà. In conclusione di quello scritto de Martino afferma:

Il secondo punto da porre in rilievo è la focalizzazione della comprensione nella ricerca interdisciplinare dei microfenomeni. Senza dubbio a proposito del tarantismo può essere scelta una focalizzazione diversa da quella da noi prescelta, e cioè storico-culturale e storico-religiosa. In astratto è possibile pensare a una équipe interdisciplinare focalizzata intorno allo psichiatra, o allo psicologo, o al sociologo, all'etnomusicologo e così via. Ma in ogni caso la ricerca sul tarantismo da noi condotta [...] pone in rilievo un particolare tipo di ricerca interdisciplinare che ci sembra particolarmente fecondo di risultati, soprattutto per promuovere una comprensione della cultura umana in cui le specializzazioni tradizionali pongano in causa i loro limiti specialistici, e tengano conto delle terre di nessuno lasciate inesplorate sia per la illimitata divisione e suddivisione di competenze, sia per l'antico divorzio, nelle scienze dell'uomo, fra naturalisti e umanisti. (DE MARTINO 1967: 15)

In verità egli si era similmente pronunciato già nella *Introduzione alla Terra del rimorso* (DE MARTINO 1961: 19-40). In quelle trenta pagine si era andata condensando la teoria demartiniana della ricerca etnografica, associata sia alla sua vocazione interdisciplinare sia alla ricerca della profondità storica degli eventi osservati. Si trattò di un saggio metodologico centrale per le teorie anche contemporanee dell'etnografia, se non solo per l'etnografia extraeuropea, ma seguiamo quanto scrive de Martino:

anche per l'etnografia metropolitana [...]. Il fatto che, in questo caso, i viaggi da intraprendere siano più brevi e meno faticosi non introduce nessuna sostanziale differenza, poiché si tratta sempre di un incontro con comportamenti umani desueti, e che si oppongono al sistema "nel quale siamo nati e cresciuti", richiamandosi a ideologie non più attuali, e di cui non possediamo più la chiave. (*ivi*: 22)

Come sostiene lo stesso autore (*ivi*: 20), la citazione della seguente espressione lévi-straussiana tratta da *Tristi tropici* (LÉVI-STRAUSS 1955, citato con qualche cambiamento dalla tr. it.; LÉVI-STRAUSS 1960: 364),

Che cosa siamo venuti a fare qui? Che cosa è propriamente una inchiesta etnografica? L'esercizio normale di una professione come le altre, con la sola differenza che l'ufficio o il laboratorio sono separati dal domicilio da qualche migliaio di chilometri? O è la conseguenza di una scelta più radicale che implica la messa in causa del sistema nel quale siamo nati e cresciuti?

Con Lévi-Strauss questa introduzione dialoga costantemente precedendo di pochi anni *La terra del rimorso* (1961) (nella traduzione italiana di Bianca Garufi di solo un anno). La citazione appare molto significativa in questo scritto riflessivo, assunto come uno dei saggi teorico-metodologici più attuali dello studioso napoletano: uno fra tutti, il tema del necessario disvelamento delle passioni dell'etnografo, un tempo celate in antropologia, con cui l'introduzione si si apre:

Un tempo – nell'epoca dell'etnografia positivista – chi si accingeva a scrivere un rapporto etnografico metteva una cura particolare nel celare al pubblico le proprie passioni, voglio dire quelle passioni che lo avevano spinto a diventare etnografo, a intraprendere quel particolare viaggio e a scegliere come oggetto di ricerca quel particolare fenomeno etnografico. (DE MARTINO 1961: 19)

Nella *Terra del rimorso* de Martino usa spesso la parola «etnografia», soprattutto nei suoi derivati aggettivali come «etnografico/a». Troviamo espressioni come quella già riportata di «etnografia metropolitana» (*ivi*: 22), parallela a quella di «etnografia positivista» (*ivi*: 19) o di «etnografia delle cosiddette civiltà primitive» (*ivi*: 22), alle quali si aggiungono un'«etnografia religiosa» (*ivi*: 24-25) e un'«etnografia musicale», per indicare l'omonimo istituto di Berlino (*ivi*: 33). «Etnografico» è poi il «rapporto» (nel senso di "resoconto", *ivi*: 19), il «fenomeno» (*ibid.*), il «discorso», (*ivi*: 20), il «viaggio» (*ivi*: 21, 282). «Etnografica» è l'«indagine» (*ivi*: 19-20, 25, 30, 54, 99, 118-119, 130-131, 140, 150, 156, 172), l'«esplorazione» (*ivi*: 20, 32, 35, 38, 44, 139, 155; espressione ripresa nella *Appendice III*, a cura di Diego Carpitella *ivi*: 335, nell'*Appendice V* di de Martino e Vittoria de Palma *ivi*: 378-391 o «una inchiesta» (nella traduzione demartiniana di una citazione

di Lévi-Straus, *ivi*: 20). O ancora «etnografica» è l'«analisi», la «tecnica di indagine» (*ivi*: 28), la «documentazione» (*ivi*: 32), l'«osservazione» (*ivi*: 125, 168, 270, e nella citata *Appendice III*, *ivi*: 336). «Etnograficamente» osservabili o non più, sono alcuni tratti culturali, o alcune situazioni (*ivi*: 36, 38, 118, 270).

La parola «etnografo» compare tredici volte, spesso usata da de Martino per riferirsi a se stesso. Si può «diventare etnografo» (*ivi*: 19), ci si propone di riflettere su cosa sia l'oggettività per l'«etnografo» (*ivi*: 20), si riprende l'espressione dalle citazioni lévi-straussiane di *Tristi tropici* (*ibidem*), si confronta l'etnografo esotico con quello «operante in territorio metropolitano» (*ivi*: 22), si mette a nudo la propria passione di «etnografo itinerante nel Mezzogiorno d'Italia» (*ivi*: 23) o se ne valuta la prospettiva di «etnografo moderno» (*ivi*: 24); lo chiama in causa anche quando il tarantismo «in cappella acquistava per l'etnografo il significato di un istruttivo “esperimento culturale”» (*ivi*: 112), per definirlo infine uno «storico-etnografo» (*ivi*: 118). Sono tutte varianti aggettivali di una figura e della sua attività professionale, l'etnografo e l'etnografia, che esprimono anche la volontà narrativa di includere il protagonista della disposizione conoscitiva all'interno della stessa scena di ricerca. Un elemento sul quale si gioca uno dei tratti di attualità della teoria etnografica di Ernesto de Martino.

Équipe

Équipe è, in francese, la “squadra” o il “gruppo”, con de Martino caposquadra o capogruppo etnografo, a coprire il ruolo di direttore. La formula dell'équipe, è costantemente usata da de Martino nei suoi viaggi etnografici al Sud d'Italia. Si tratta della decisiva scelta di una metodologia di interdisciplinarietà, che conduce lo studioso napoletano a rendere strategicamente «strutturale» la formula dell'équipe per la ricerca in Salento del 1959 e a teorizzarne la composizione e le regole di funzionamento collaborativo nella introduzione alla *Terra del rimorso*. Quello scritto diventa un vero e proprio saggio a carattere metodologico. L'équipe demartiniana preservava le autonome competenze e intendeva riconoscersi in una duplice cornice: in primo luogo, si trattava di una cornice fondata, come abbiamo visto, su un demartiniano «focus della comprensione» e che presentava a de Martino la responsabile consapevolezza di essere il direttore dell'équipe stessa e, in quanto tale, interessato/tenuto a proiettare sul gruppo di studiosi una preminente funzione analitica storico-culturale e storico-religiosa. L'accettazione di tale preminenza risiedeva nel rapporto di autorità, anche acca-

demica, che si andava determinando tra de Martino, i collaboratori e le collaboratrici. In secondo luogo, la cornice comune è rappresentata dalla stessa scena etnografica, che, trattando di una questione connessa al malessere e alla storia della medicina, poteva in effetti ridurre la tradizionale avversione tra naturalismo e storicismo, svelandone paradossalmente le possibili connivenze e perciò spingendo a una maggiore integrazione verso una direzione nuova, proprio perché de Martino era lì a invitare i diversi sguardi scientifici a porsi di fronte a forme di vita culturali concrete, persone in carne e ossa con cui avere a che fare sul campo. Scrive de Martino:

Nacque così, ispirata a criteri interni al carattere della ricerca, la formula strutturale dell'*équipe* che stava per iniziare il lavoro sul campo: uno storico delle religioni come direttore di *équipe* e un gruppo di quattro giovani collaboratori rispettivamente addestrati in psichiatria, psicologia, etnomusicologia e antropologia culturale. Tale formula sembrò infatti come la più adatta alla prospettiva essenzialmente storico-religiosa dell'indagine, e alla necessità di controllare la validità di questa stessa prospettiva rispetto al fenomeno da analizzare: lo psichiatra, lo psicologo, l'etnomusicologo erano cioè chiamati a sorvegliare le interpretazioni dello storico, a mobilitare le proprie competenze tecniche per segnalare allo storico le istanze delle loro discipline, e al tempo stesso ad avvertire i limiti delle proprie «spiegazioni» sotto lo stimolo delle istanze storico-religiose che venivano continuamente proposte. (*ivi*: 35)

Nel caso del tarantismo, fu molto importante, al fine di determinare una maggiore unità di intenti nell'*équipe* interdisciplinare, allestire una fase preliminare organizzativa che durò a lungo e che de Martino indica come «seminario in preparazione della ricerca sul campo», svolto attraverso periodiche riunioni preparate «in sede» (*ivi*: 32, 36-38, 41). In quel periodo, indicato sulla scorta demartiniana da Signorelli come *Preparazione in sede*, (DE MARTINO 2011: 75-168), si trattò di elaborare un quadro comune, un linguaggio, in riunioni che, come si evince dalla testimonianza dello stesso de Martino, non sempre furono per così dire «tranquille», anche se la «consilienza» (PIZZA 2015: cap. 4) li sperimentata, doveva trovare secondo de Martino nell'idealismo storicistico napoletano un punto di sintesi (sia detto come mero contributo frammentario a una necessaria contestualizzazione storica della cultura italiana):

La primavera del '59 fu impiegata in sede per svolgere un seminario in preparazione della ricerca sul campo. Si trattava di stabilire un primo contatto con la letteratura sull'argomento, di *concordare un linguaggio scientifico comune* in rapporto ai vari aspetti del fenomeno, di pianificare per quanto possibile la indagine sul campo, di ripartire i compiti in modo chiaro e di compilare i questionari, e soprattutto di individuare ipotesi di lavoro accettabili da tutti, in una fondamentale unità di metodo e di prospettiva. Se si tien conto

della diversa specializzazione professionale dei membri dell'équipe, e della distanza che intercorre fra gli studiosi di discipline umanistiche e quelli che si occupano di discipline naturalistiche (distanza in Italia particolarmente sensibile per note ragioni storiche), si comprenderà come questo lavoro di unificazione metodologica rivestisse particolare importanza ai fini del buon esito della ricerca sul campo: infatti ogni collaborazione interdisciplinare fra umanisti e naturalisti è destinata all'insuccesso se l'impiego complementare delle rispettive competenze non è preceduto esplicitamente dalla scelta della prospettiva dominante, e se su questo punto non si realizza un minimo di accordo consapevole da parte di tutti i componenti dell'équipe. Senza dubbio tale accordo maturò soprattutto nel corso della ricerca sul campo, quando gli strumenti di analisi concordati entrarono in funzione, e furono messi alla prova della risposta della realtà: ma il seme fu gettato già in sede, durante una serie di riunioni che costituirono per tutti una esperienza singolare, ricca di insegnamenti preziosi. *In quelle riunioni si riflettevano*, messe a fuoco dal concreto problema storico-religioso da affrontare, le *difficoltà derivanti dalla lunga desuetudine al dialogo fra umanisti e naturalisti*, difficoltà che – come si è detto – erano rese particolarmente acute dalla più recente storia culturale del nostro paese, dove il positivismo fu angusto più che altrove, e l'idealismo concorse con tanta energia a relegare medicina, psicologia e sociologia nell'orto concluso degli pseudoconcetti. Riaffioravano, in quelle riunioni, esprimendosi per bocca dei diversi partecipanti, le varie chiusure corporative e gli opposti dogmatismi che erano i risultati di dialoghi da lungo tempo intermessi, o non mai inaugurati: e tuttavia sotto la spinta di un problema unificante prescelto nella realtà umana e storico-culturale del nostro Sud, nasceva in tutti un impegno nuovo, una esigenza di fedeltà e di lealtà che finiva col mettere in causa le varie chiusure corporative e gli opposti dogmatismi. (DE MARTINO 1961: 36-37, tranne che per il termine *équipe*, il corsivo della citazione è mio)

De Martino chiude questo paragrafo, con l'evocazione dello spirito crociano immortalato in un ritratto che quasi incombeva, alla mia lettura ambiguamente, dalle pareti della stanza delle riunioni di équipe che si tenevano durante il periodo che precedette la spedizione etnografica, cosiddetto della «Preparazione in sede». Lo ho allusivamente parafrasato e in parte citato poc'anzi. Vorrei ora notare come richiamando l'antenato Benedetto Croce, in vista della conclusione dell'intera sua introduzione alla *Terra del rimorso*, de Martino dia certo conto di uno dei corni del problema della contraddizione su cui questo testo di metodologia etnografica si fonda. È la questione del rapporto tra etnografia e storia⁶.

«Storico-etnografo»

L'espressione «storico-etnografo» è utilizzata da de Martino un'unica volta nella *Terra del rimorso*. Per spiegare il passaggio dalla parte prima, titolata *Salento 1959* e dedicata allo studio etnografico dei «relitti» culturali del presente, alla parte seconda, titolata *La terra del rimorso* e rivolta all'analisi comparata del rituale: «[L]o storico-etnografo doveva cedere ora il passo allo storico-filologo, percorrente la fuga dei secoli trascorsi col mezzo dei documenti scritti o di altre tracce equivalenti» (*ivi*: 118-119).

Senza trattino, l'espressione demartiniana è stata ripresa da Amalia Signorelli nel 1986 e, ripristinando l'originale demartiniano, anche negli anni successivi (SIGNORELLI 2011, 2015). In particolare nel volume *Etnografia del tarantismo pugliese*, curato con Valerio Panza nel 2011, all'esordio del paragrafo dell'introduzione intitolato *Lo storico-etnografo* ella scrive: «Tra la prima e la seconda Fase della ricerca ho collocato, con il titolo "Lo storico-etnografo", il taccuino di Ernesto de Martino (SIGNORELLI 2011: 18). In effetti è stata proprio Signorelli a dare rilievo a tale impostazione metodologica demartiniana, a ricordarci più volte che «la sua etnografia, lo sappiamo bene, ha sempre l'obiettivo di "individuare la specificità storica" del fenomeno studiato» (*ibid.*), un metodo esplicitamente votato alla coniugazione della storiografia e dell'etnografia. A fronte delle difficoltà che si avvertono tuttora nel definire la complessa professionalità di de Martino, secondo l'antropologa⁷ «storico-etnografo» è la (auto)qualifica a lui più consona.

Neolaureata in antropologia culturale, sua allieva a Roma, l'antropologa partecipò alla ricerca etnografica di équipe di *Salento 1959*:

Un anno dopo la laurea, tra la fine dell'inverno del 1958 e l'inizio della primavera del 1959, De Martino mi chiamò per partecipare alla spedizione nel Salento, la ricerca su quel tarantismo pugliese che sarà l'oggetto del suo volume forse più conosciuto: *La terra del rimorso*. Fu l'esperienza di un lavoro di équipe basato su una collaborazione strettissima e anch'essa molto intensa. (SIGNORELLI 2015: VIII)

Signorelli ha riflettuto a lungo sulla metodologia e la tecnica di ricerca sul campo di Ernesto de Martino, contrastando vecchi e nuovi stereotipi, talora circolanti, «di un de Martino intuitivo ed empatico, passionale e appassionato, che supplisce con l'altezza dell'ingegno alla asistematicità delle tecniche di rilevazione» (SIGNORELLI 1986: 5). Confrontando la pratica di ricerca quale emergeva dalla propria testimonianza di membro della équipe diretta da de Martino in Salento nel 1959 per lo studio del tarantismo, con la teoria etnografica spesso espressa nei suoi scritti dallo studioso

napoletano, l'antropologa ottiene negli anni un effetto di spiazzamento, riuscendo a mettere a fuoco il ruolo di Ernesto de Martino come etnografo affrontando l'analisi del rapporto fra storia ed etnografia nel metodo demartiniano della ricerca sul campo. Di qui emerge la peculiarità "italiana" dell'etnografia demartiniana, che si evince affrontando la specificità della metodologia di ricerca etnografica demartiniana. Come scrive Signorelli:

Proprio negli anni intorno al 1950 De Martino si trasforma da storico delle religioni in storico-etnografo, come vorrà lui stesso definirsi. Il passaggio è segnato da un'esperienza radicalmente nuova che egli compie per la prima volta in quegli anni: l'esperienza della ricerca sul terreno. Formalizzata con la spedizione del 1952, anticipata da una serie di brevi soggiorni – auspici Vittoria de Palma, Rocco Scotellaro, Francesca Armento –, l'esperienza della ricerca sul campo ha avuto un'importanza sostanziale nella maturazione intellettuale di De Martino. E anch'egli sembra convenirne. (SIGNORELLI 2015: 19)

Signorelli ha esaminato molti aspetti del suo rapporto con de Martino, focalizzando spesso la sua riflessione sul metodo etnografico dell'équipe. Sia che si ponesse «la più difficile delle domande»⁸ sia che toccasse il rapporto tra Boas e de Martino (SIGNORELLI 2011a) sia che affrontasse la questione degli inediti demartiniani posseduti dall'Archivio di Ernesto de Martino curato da Clara Gallini e di proprietà di Vittoria de Palma (SIGNORELLI 1996) e i taccuini etnografici di *Salento 1959* del suo archivio (SIGNORELLI 2011b), il riferimento alla metodologia etnografica demartiniana ha sempre costituito un punto di partenza dello spazio di dicibilità antropologica attraversato da Signorelli. In apertura del suo intervento al convegno del 1995 su de Martino, dedicato a una penetrante analisi del concetto di presenza individuale e collettiva (SIGNORELLI 1997; SOLINAS 2020), rimandando anche al lavoro di cura da parte Gallini dei primi inediti (GALLINI 1995), Signorelli non mancava di sottolineare «il ruolo che la discesa sul campo, l'esperienza di ricerca sul terreno, insomma le famose "spedizioni", hanno giocato nella maturazione di alcuni aspetti della problematica demartiniana» (SIGNORELLI 1997: 122). In effetti a giocare quel ruolo fu proprio l'incontro "reale" con il mondo contadino, che peraltro già si era verificato allorché de Martino, a Bari, aveva partecipato alle organizzazioni del movimento operaio (CHARUTY 2009). Scrive Signorelli nel 2015:

A complicare ulteriormente le cose, c'è la sua tranquilla trascuranza delle partizioni disciplinari accademiche, tanto radicata in lui da impedirgli addirittura di adottare una autodefinizione stabile, valida una volta per tutte. Egli stesso, di volta in volta, si è definito storico, filosofo, etnologo, etnografo, antropologo, storico delle religioni e storico-etnografo. Non c'è dubbio

che la molteplicità e l'eterodossia degli approcci sono tra gli elementi costitutivi dell'originalità di De Martino, e una delle ragioni del persistente fascino dei suoi lavori; ma questa caratteristica non è stata priva di effetti secondari negativi. (SIGNORELLI 2015: XVI)

In effetti nell'esperienza demartiniana della ricerca sul campo si avverte una certa sovrapposizione tra il politico e l'antropologo che non sempre si risolve in identificazione, ma che talora si divarica, non mancando di segnare vantaggi e limiti di quella specifica prassi etnografica (PAVANELLO 2013). Occorre dunque approfondire questa sorta di "stile italiano", una declinazione specifica del cosiddetto *fieldwork* che appare più chiara in alcune avanguardie dell'antropologia post-demartiniana del nostro Paese (PALUMBO 2018).

FIS

Fis, ovvero *Fieldwork Italian Style*, è l'acronimo provocatorio, ma neanche troppo, coniato da Berardino Palumbo per designare l'etnografia *all'italiana*. Come dicevo prima (cfr. § 8.1), più di altri antropologi della nostra generazione – quelli che hanno l'età della *Terra del rimorso* – con le sue ricerche Palumbo ha approfondito la consapevolezza teorica e pratica dell'etnografia. In un importante libro recente dal titolo *Lo strabismo della DEA*, apparso nel 2018, ma già pronto da prima, egli utilizza gli strumenti classici e contemporanei dell'etnografia per esaminare il campo degli studi antropologici nel nostro paese almeno a partire dal secondo dopoguerra italiano, e lo fa con una dimestichezza tale da sfociare nella consapevole gestione ironica degli esiti scrittori.

Nel libro, parallelamente alla considerazione della originalità dell'approccio demartiniano, che rende stereotipa l'accusa di avere egli impiegato poco tempo nell'etnografia salentina, Palumbo ci spiega come quando quell'esempio demartiniano è in qualche modo "imitato" si viene a produrre uno specifico "stile" di etnografia:

Un tale stile (che potremmo chiamare Fis = Fieldwork Italian Style) è caratterizzato da brevi periodi (da poche settimane a qualche mese) di permanenza sul terreno, prevalentemente interno ai confini nazionali, magari reiterati più volte nel corso degli anni o, a volte, di decenni; tendenza a non fissare il campo in una singola località, ma propensione ad estendere la ricerca ad ambiti più vasti, come una regione o un'area. (PALUMBO 2018: 111)

La responsabilità demartiniana per queste mimesi italianiste della sua antropologia endotica probabilmente non risiede tanto nei suoi pur brevi

soggiorni di terreno. Quanto piuttosto in una domanda che ci si può (ri) porre: perché l'ultimo de Martino, distanziandosi da Gramsci, prende una via diversa, volta fondare una sua antropologia della storia, ben visibile nel suo libro postumo *La fine del mondo* (CHARUTY, FABRE, MASSENZIO 2013; DE MARTINO 2019) chiudendo definitivamente il progetto di una «storia religiosa» del Sud d'Italia che pure aveva pianificato e di cui aveva fondato i presupposti pratico-teorici, etnografico-antropologici, proprio nella monografia *La terra del rimorso* del 1961. Come afferma Palumbo, probabilmente la risposta è nella individuazione dei limiti storico-politici dell'opera demartiniana relativi a una sorta di «cecità conoscitiva» (PALUMBO 2018: 16) che sembra colpire de Martino allorché questi non affronta lo studio del funzionamento della macchina statale italiana. Alla suddetta domanda, infatti, Palumbo risponde in effetti con l'intero Capitolo 5 dello *Strabismo*, che chiude il volume e appare di tale interesse da suscitare un ampio dibattito in Italia e fuori⁹. Quel capitolo è intitolato «L'occhio del re»¹⁰, dove «occhio» è messo in corsivo perché allude al «malocchio», nella traduzione dal dialetto napoletano studiata da de Martino in *Sud e Magia*, libro del 1959. È la forma espressiva con la quale il re Ferdinando di Borbone – se lo si vuole vedere impersonato a cinema, si guardi al personaggio magistralmente incarnato in un noto film da Peppino De Filippo¹¹ – esitava stigmatizzando, con parole e gesti apotropaici, un incauto ingegnere troppo insistente nel chiedergli di approvare il suo progetto di una strada ferrata: la ferrovia delle Puglie (DE MARTINO 1959: 179-80). Si tratta di un capitolo fondamentale nel libro palumbiano, che si conclude con il confronto tra la monografia *Sud e magia (ivi)* e il saggio *The Magic of the State* di Michael Taussig (1997). Anche se il secondo testo è successivo al primo di molti anni, si tratta di un paragone efficace nel rispecchiare, in una chiave antropologico-politica, lo stato della magia nella magia dello Stato – la statualità quotidiana, ordinaria, non razionale e quindi non weberiana, per così dire. Secondo Palumbo, dunque, l'elemento mancante in de Martino è l'analisi dello Stato nazionale. Pertanto *Sud e magia* figura come un'opportunità elusa, anche se solo in parte. Concordo con tale lettura. E aggiungo che se da un lato, con quel lavoro demartiniano si registra una mancata occasione, dall'altro lato si evidenziano anche alcune «previsioni morfologiche»¹² implicite nelle analisi ossimoriche di una jettatura elitaria e illuministica, di cui lo studioso napoletano si rivelò capace. Nell'esaminare i motivi di tale mancata occasione trovo pertinenti le riflessioni analitiche palumbiane con l'obiettivo di questo scritto: disegnare l'efficacia pratico-teorica del modello etnografico sperimentato dall'antropologo napoletano nel Mezzogiorno italiano. Senza volere ana-

cronisticamente criticare l'etnografia demartiniana per aver favorito una sorta di dicotomia tra politica e antropologia, la cui unità egli, invece, aveva sempre professato (d'altronde per ottenere un effetto di straniamento su questo punto proviamo a pensare a un ipotetico cedimento di Gramsci a qualche forma di paternalismo borghese, così da scrivere: «Ma io entravo nelle case dei contadini come un compagno». Riusciamo a immaginarlo?).

Molte volte ci siamo detti che, grosso modo nello stesso anno in cui de Martino, suggestionato dalle foto di André Martin e dopo un lungo periodo di lavoro filologico e di costruzione e amalgama scientifico della équipe di ricerca, scende in provincia di Lecce, il Governo Italiano assume la decisione di costruire a Taranto, luogo quasi eponimo del fenomeno che studia, il centro siderurgico, oggi Ilva, che verrà inaugurato da Saragat il 10 aprile del 1965. Dopo un mese de Martino veniva a mancare precocemente (avrebbe compiuto 57 anni circa sette mesi dopo) e certo non avrebbe potuto studiare quel fenomeno allo stato nascente. Eppure resta un dubbio: come mai quella realtà così dinamica e insieme contraddittoria non sembrò destare un qualche interesse etnografico per de Martino? Ne chiedono conto oggi anche Andrea F. Ravenda (2018) e Mara Benadusi (2020).

Ripetiamolo: quando scende sul campo in Salento, de Martino aveva già svolto gran parte del lavoro di ricerca storico-comparativa e di ipotesi, proprio nell'approfondimento collaborativo dell'équipe condotto preliminarmente nella «Preparazione in sede» (SIGNORELLI 2011b) con i diversi studiosi collaboratori impegnati. Con l'etnografia di équipe in *Salento 1959*, capitalizzò, al punto più alto, ciò che Mariano Pavanello ha chiamato un'«economia di osservazione»:

L'esperienza del gruppo messo in piedi da de Martino emerge in tutta la sua originalità, così come emerge la felice combinazione dei membri dell'équipe e la determinante capacità di guida e coordinamento del direttore della ricerca. La produzione realizzata in 19 giorni è sorprendente per quantità e qualità. Il principio [...] dell'economia di osservazione sembra in questo caso essere stato applicato con straordinaria efficacia. [...] [S]i tratta comunque di una etnografia in profondità malgrado la brevità del periodo di terreno. E la caratteristica di profondità deriva sia dall'intensità e pluralità dell'osservazione, sia dalla sua postura riflessiva che anticipa di almeno un quarto di secolo la cosiddetta "svolta" postmoderna. (PAVANELLO 2013: 26)

Tutto avviene come se il "campo" fosse per de Martino un luogo in qualche modo simile a una biblioteca e le persone incontrare in carne e ossa potessero risolvere gli enigmi emersi durante l'inchiesta precedentemente svolta a tavolino, attingendo alle rispettive e fresche competenze dell'*équipe*.

Epilogo: ritorno (d)al terreno

A mo' di conclusione provvisoria si può forse dire quanto segue: de Martino ha certamente perseguito una metodologia a carattere interdisciplinare, proponendo e avviando un dialogo di stretta collaborazione tra differenti conoscenze. Egli fu in grado di spingersi fino a sollecitare il rapporto tra le scienze bio-naturali e quelle storico-culturali, per costruire un ponte interdisciplinare che nella sua pratica teorica intendeva fondarsi sull'etnografia come metodo. Le riflessioni demartiniane inerenti il tema dell'interdisciplinarietà, la memoria etnografica della ricerca che ho condotto in Salento negli ultimi anni, le riflessioni di Palumbo sull'etnografia nonché le notazioni di colleghe e colleghi sul tarantismo pugliese, hanno evidenziato tali convinzioni, gettando forse una qualche luce nuova su vantaggi e limiti della peculiare pratica scientifica dell'etnografia in équipe messa in campo da Ernesto de Martino nel tacco dello stivale italiano: il Salento, dal 21 giugno al 10 luglio 1959.



© Per gentile concessione di Dina, Mario e Sebastiano D'Ayala.

Foto del 10 luglio 1959, scattata da Franco Pinna a Bella (provincia di Potenza), sulla via del ritorno a Roma, della équipe etnografica che sotto la direzione di Ernesto de Martino aveva lavorato in Salento quella estate. L'immagine è qui riprodotta nella

scannerizzazione dall'originale di proprietà Signorelli. Essa è stata pubblicata per la prima volta nel volume dei materiali della ricerca demartiniana sul tarantismo curata da Signorelli e Panza (DE MARTINO 2011: 56) ed è stata definita «straordinaria e significativa» dallo studioso Riccardo Di Donato (2013: 60). Si vedono dall'alto a sinistra, due bambini che guardano il gruppo, i cui membri sono tutti sorridenti: Annabella Rossi, Giovanni Jervis, Letizia Comba, Giuseppe de Sina, Ernesto de Martino con Vittoria de Palma, con due anonimi cittadini locali, di cui uno mostra al fotografo la prima edizione Feltrinelli del libro *Sud e magia*, appena pubblicato. Come osserva Di Donato (*ibid.*), Vittoria de Palma sembra quasi abbracciare de Martino: «[E] comunque gli protegge le spalle. Al centro dell'immagine giovane, sorridente e molto bella, sta la nostra amica Amalia Signorelli, chiaro vestita ed elegante, distinta rispetto a tutti gli altri. È lei al centro assoluto dell'immagine».

Note

⁽¹⁾ Si ripubblica per questo numero di AM il saggio apparso come capitolo 5 della *Parte prima* del volume *Storia dell'etnografia. Autori, teorie, pratiche*, a cura di Vincenzo Matera, Carocci, Roma, 2020, pp. 131-153 e tradotto in inglese in *Etnography. A Theoretically Oriented Practice*, Edited by Vincenzo Matera, Angela Biscaldi, Palgrave Macmillan, Cham (Switzerland), 2020, pp. 103-125.

⁽²⁾ La bibliografia degli studi sul metodo etnografico demartiniano è ormai molto ampia. Tra gli altri segnalo qui SATTA 2005; ANGELINI 2008; DE MARTINO 2011; PAVANELLO 2013; SIGNORELLI 2015; PIZZA 2019. Per un panorama di studi fondamentali si consultino MASSENZIO 1994 e GALLINI, MASSENZIO 1997. Marcello Massenzio è succeduto a Clara Gallini nel ruolo di Presidente dell'Associazione Internazionale Ernesto de Martino (AIEdM). L'Associazione da alcuni anni produce la Rivista "Nostos. Laboratorio di ricerche storiche e antropologiche", diretta da Gino Satta e Pino Schirripa.

⁽³⁾ Con l'espressione "etnografia collaborativa" o "partecipativa" si intende oggi una metodologia di ricerca un po' diversa, che prevede la condivisione del metodo etnografico non soltanto all'interno del collettivo degli studiosi, ma anche con i soggetti "studiati". Questi costituiscono altrettanti possibili alleati nella produzione della conoscenza, cognitiva e sociale. In tal senso condividere l'etnografia è un gesto denso di potenzialità politica: cfr. LASSITER 2005; HOLMES, MARCUS 2008 e, per l'Italia, PORCELLANA, STEFANI 2016; sull'analogia nozione di "paraetnografia", oltre agli studi fondativi di HOLMES, MARCUS 2006, cfr. anche ISLAM 2015; invece per uno studio del fare etnografia in gruppo cfr. CLERKE, HOPWOOD 2014. Interessante l'elaborazione del concetto di "co-disciplinarietà" nel rapporto fra antropologia e medicina FAINZANG 2008.

⁽⁴⁾ Il programma del Convegno apparve sulla rivista "Lares", Vol. 29 (1-2), gennaio-giugno 1963, alle pagine 102-104.

⁽⁵⁾ Gli Atti di quel Convegno usciranno per Laterza, curati sostanzialmente da de Martino, ma con una *Introduzione* di Vittorio Lanternari e una *Nota introduttiva* di Cara Gallini, senza indicazione della cura demartiniana e con tutti gli autori elencati in testata (cfr. CAILLOIS *et al.* 1966).

⁽⁶⁾ Proprio a questo punto della sua *Introduzione* de Martino elenca diversi tratti di una propria teoria dell'intervento operativo dell'antropologia sui terreni in cui essa svolge etnografia. È una tematica alla quale egli dedica anche l'*Appendice V* della *Terra del rimorso* (de Martino, De Palma 1961). Qui il discorso demartiniano sull'interdisciplinarietà si estende alla sua collaboratrice e compagna (marzo 2011). Su questi aspetti operativi dell'etnografia d'équipe demartiniana cfr. l'interessante lettura proposta da Benadusi (2020).

⁽⁷⁾ Amalia Signorelli (1934-2017), si laureò in Lettere Classiche nel 1957 con Ernesto de Martino all'Università La Sapienza di Roma. Poi fu convocata per partecipare alla spedizione in Salento. Con de Martino e altri antropologi tra i quali Tullio Sepilli (1928-2017) e portò a termine numerose ricerche etnografiche (cfr. D'ALOISIO, RANISIO 2020).

⁽⁸⁾ «Questa semplice constatazione provoca la più difficile delle domande: che cos'è la presenza?», SIGNORELLI 1997: 128; cfr. PIZZA 2019.

⁽⁹⁾ Si vedano i due *book forum* specialistici che ospitano numerosi commenti scientifici internazionali sul libro di Palumbo (2018), apparsi rispettivamente su due riviste italiane di antropologia, "ANUAC" 2019, Vol. 8 (1), e "Lares", 2019, 2.

⁽¹⁰⁾ Si tratta di un saggio apparso precedentemente anche in altre due versioni (PALUMBO 2016, 2017), ed elaborato come relazione al Convegno internazionale tenutosi nel 2016 presso l'Istituto dell'Enciclopedia Italiana "Treccani" di Roma, dal titolo *De Martino antropologo del mondo contemporaneo*, organizzato da Massimo Bray (Istituto dell'Enciclopedia Italiana, Roma), Andrea Carlino (Università di Ginevra) e Giovanni Pizza (Università di Perugia – Scuola di specializzazione in beni demotnoantropologici), in collaborazione con l'Associazione internazionale Ernesto de Martino, presieduta da Marcello Massenzio, presso l'Istituto della Enciclopedia Italiana di Roma, il 26-27 maggio 2016.

⁽¹¹⁾ Ci si riferisce alla pellicola cinematografica del 1959, *Ferdinando I° re di Napoli*, regia di Gianni Franciolini che, anche se storicamente imprecisa nel titolo, annovera magistrali interpretazioni attoriali, in primo luogo quelle dei fratelli de Filippo (Eduardo, Peppino, Titina).

⁽¹²⁾ La nozione di "previsione morfologica" risale al 1945, cioè all'opera di esegesi marxiana di Antonio Labriola. Cfr. su questo punto PIZZA 2020: 147.

Bibliografia

ANGELINI P. (2008), *Ernesto de Martino*, Carocci, Roma.

BENADUSI M. (2020), *Antropologia applicata in Italia: sviluppi e ripensamenti*, in ALLIEGRO E.V., MILICIA M.T. (a cura di), *Prospettive e rappresentazioni di storia e storiografia dell'antropologia italiana*, "Voci. Annuale di Scienze Umane diretto da Luigi M. Lombardi Satriani", Vol. 17: 93-119.

CAILLOIS R., HALLOWELL A.I., MARJASCH S., OPPENHEIM L., DEVEREUX P.G., SERVADIO E., BRELICH A., BASTIDE R., PACI E., ELIADE M., VON GRUNEBaum G.E., CAHEN R. (1966), *Il sogno e le civiltà umane, Introduzione* di V. Lanternari, Laterza, Bari.

CAIONE P. (1993), *Saperi naturalistici locali sugli animali "velenosi" in Salento*, 2 voll., Tesi di laurea, Relatore C. Papa, Correlatore G. Pizza, Dipartimento di Studi Glottoantropologici, La Sapienza Università di Roma.

CHARUTY G. (2009), *Ernesto de Martino. Les vies antérieures d'un anthropologue*, Éditions Parenthèses / MMSH, Paris (ed. it. *Ernesto de Martino. Le precedenti vite di un antropologo*, trad. di A. Talamonti, Franco Angeli, Milano 2010).

CHARUTY G., FABRE D., MASSENZIO M. (2013), *Un livre fantôme à reconstruire en le traduisant*, in SIGNORELLI A., SANGA G. (a cura di), *Ernesto de Martino: etnografia e storia*, numero monografico di "Erreffe. La Ricerca Folklorica. Contributi allo studio delle classi popolari", 67-68: 151-159.

CLERCKE T., HOPWOOD N. (2014), *Doing Ethnography in Teams. A Case Study of Asymmetries in Collaborative Research*, Springer, Cham - Heidelberg - New York - Dordrecht - London.

D'ALOISIO F., RANISIO G. (a cura di) (2020), *Pensare la contemporaneità. Amalia Signorelli e il suo contributo all'antropologia*, Franco Angeli, Milano.

DE MARTINO E. (1961), *La terra del rimorso. Contributo a una storia religiosa del Sud*, Il Saggiatore, Milano.

DE MARTINO E. (1962), *Furore, simbolo, valore*, Il Saggiatore, Milano.

DE MARTINO E. (1967), *La ricerca interdisciplinare nello studio dei fenomeni culturali*, pp. XI-XV, in GALLINI C., *I rituali dell'argia*, CEDAM, Padova.

DE MARTINO E. (2011), *Etnografia del tarantismo pugliese. I materiali della spedizione nel Salento del 1959*, a cura di A. SIGNORELLI e V. PANZA, *Introduzione e Commenti* di A. SIGNORELLI, Argo, Lecce.

DE MARTINO E. (2019), *La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali*, nuova edizione a cura di G. Charuty, D. Fabre e M. Massenzio, Einaudi, Torino.

DI DONATO R. (2013), *Etnografia e storia del tarantismo*, in SIGNORELLI A., SANGA G. (a cura di), *Ernesto de Martino: etnografia e storia*, numero monografico di "Erreffe. La Ricerca Folklorica. Contributi allo studio delle classi popolari", 67-68: 58-62.

FAINZANG S. (2008), *Antropologia e medicina: riflessioni epistemologiche sulla co-disciplinarietà nella ricerca*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", 21-26: pp. 11-24.

GALLINI C. (1995), *La ricerca, la scrittura*, pp. 9-74, in DE MARTINO E., *Note di campo. Spedizione in Lucania, 30 sett.-31 ott. 1952*, Argo, Lecce.

GALLINI C. (1999), *Percorsi, immagini, scritture*, pp. 9-47, in GALLINI C., FAETA F. (a cura di), *I viaggi nel Sud di Ernesto de Martino. Fotografie di Arturo Zavattini, Franco Pinna e Ando Gilardi*, Bollati Boringhieri, Torino.

GALLINI C. (2018), *Un filone specifico di studi nell'antropologia culturale italiana*, "Nostos. Laboratorio di ricerca storica e antropologica", 3: 183-207.

GALLINI C., MASSENZIO M. (a cura di) (1997), *Ernesto de Martino nella cultura europea*, Liguori, Napoli.

HOLMES D.R., MARCUS G.E. (2006), *Fast Capitalism: Para-Ethnography and the Rise of the Symbolic Analyst*, pp. 33-57, in FISHER M.S., DOMNEY G. (eds.), *Frontiers of Capital. Ethnographic Reflections on the New Economy*, Duke University Press, Durham-London.

HOLMES D.R., MARCUS G.E. (2008) *Collaboration Today and the Re-Imagination of the Classic Scene of Fieldwork Encounter*, "Collaborative Anthropologies", 1: 81-101.

- ISLAM G. (2015), *Practitioners as Theorists: Paraethnography and the Collaborative Studies of Contemporary Organizations*, "Organizational Research Methods", Vol. 18(2): 231-251.
- LASSITER L.E. (2005), *The Chicago Guide to Collaborative Ethnography*, The University of Chicago Press, Chicago-London.
- LÉVI-STRAUSS C. (1955), *Tristes tropiques*, Plon, Paris (ed. it., *Tristi tropici*, trad. di B. Garufi, Il Saggiatore, Milano 1960).
- MARZO P. (2011), *Etnografia e servizio sociale: il contributo interdisciplinare di Vittoria De Palma*, "Rassegna di Servizio Sociale", Vol. 50(1): 88-111.
- MASSENZIO M. (1994), *Sacro e identità etnica. Senso del mondo e linea di confine*, Presentazione di C. Tullio-Altan, Franco Angeli, Milano.
- MINGOZZI G. (1962), *La taranta*, 35 mm, film b/n, 20'.
- PALUMBO B. (1991), "You Are Going Really Deep": *conflitti, pratica e teoria in etnografia. Alcune riflessioni a partire dal caso nzema*, "L'Uomo. Società Tradizione Sviluppo", Vol. 4(2): 234-266.
- PALUMBO B. (2016a), *Gli "occhi" del re. Naturalismo, storicismo e Stato in Ernesto de Martino*, "Illuminazioni", 36: 59-117.
- PALUMBO B. (2017), *L'occhio del re*, "Nostos. Laboratorio di ricerche storiche e antropologiche", 2: 137-91.
- PALUMBO B. (2018), *Lo strabismo della DEa. Antropologia, accademia e società in Italia*, Edizioni Museo Pasqualino, Palermo.
- PAVANELLO M. (2010), *Fare antropologia. Metodi per la ricerca etnografica*, Zanichelli, Bologna.
- PAVANELLO M. (2013), *Il tarantismo osservato. Ricerca sul terreno e teoria in Ernesto de Martino*, in SIGNORELLI A., SANGA G. (a cura di), *Ernesto de Martino: etnografia e storia*, numero monografico di "Erreffe. La Ricerca Folklorica. Contributi allo studio delle classi popolari", 67-68: 21-34.
- PIZZA G. (2015), *Il tarantismo oggi. Antropologia, politica, cultura*, Carocci, Roma.
- PIZZA G. (2019), «Diplomazia vitale». *De Martino, Gramsci e le politiche della presenza*, "Storia, Antropologia e Scienze del Linguaggio", Vol. 34(2-3): 87-108.
- PIZZA G. (2020), *L'antropologia di Gramsci. Corpo, natura, mutazione*, Carocci, Roma.
- PORCELLANA V., STEFANI S. (a cura di) (2016), *Processi partecipativi ed etnografia collaborativa nelle Alpi e altrove*, Edizioni dell'Orso, Alessandria.
- RAVENDA A.F. (2018), *Carbone. Inquinamento industriale, salute e politica a Brindisi*, Meltemi, Milano.
- SATTA G. (2005), *Le fonti etnografiche de Il Mondo Magico*, pp. 57-77, in GALLINI C. (a cura di), *Ernesto de Martino e la formazione del suo pensiero. Note di metodo*, Liguori, Napoli.
- SIGNORELLI A. (1986), *Lo storico etnografo. Ernesto de Martino nella ricerca sul campo*, "La Ricerca Folklorica", 13: 5-14.
- SIGNORELLI A. (1997), *Presenza individuale e presenze collettive*, pp. 121-130, in GALLINI C., MASSENZIO M. (a cura di), *Ernesto de Martino nella cultura europea*, Liguori, Napoli.
- SIGNORELLI A. (2011a), *Tra Ernesto de Martino e Franz Boas: la nascita dell'antropologia culturale in Italia*, pp. 351-366, in FALDINI L., PILI E. (a cura di), *Saperi antropologici, media e società civile nell'Italia contemporanea*, atti del I Convegno nazionale dell'ANUAC, Matera, 29-31 maggio 2008, CISU, Roma.
- SIGNORELLI A. (2011b), *Introduzione*, pp. 7-39, in DE MARTINO E. (2011), *Etnografia del tarantismo pugliese. I materiali della spedizione nel Salento del 1959*, a cura di A. SIGNORELLI e V. PANZA, Argo, Lecce.

- SIGNORELLI A. (2012), *L'antropologia culturale italiana: 1958-1975*, "L'Uomo. Società Tradizione Sviluppo", 1-2: 75-95.
- SIGNORELLI A. (2013), *Il problema e il documento. Sul lavoro di campo di Ernesto de Martino*, in SIGNORELLI A., SANGA G. (a cura di), *Ernesto de Martino: etnografia e storia*, numero monografico di "Erteffe. La Ricerca Folklorica. Contributi allo studio delle classi popolari", 67-68: 79-83.
- SIGNORELLI A. (2015), *Ernesto de Martino. Teoria antropologica e metodologia della ricerca*, L'Asino d'oro, Roma.
- SOLINAS P.G. (2020), *Con i piedi per terra. Individuo e collettivo nella ricerca di Amalia Signorelli*, pp. 67-82, in D'ALOISIO F., RANISIO G. (a cura di) (2020), *Pensare la contemporaneità. Amalia Signorelli e il suo contributo all'antropologia*, Franco Angeli, Milano 2020.
- SPERBER D. (1974), *Le symbolisme en général*, Hermann, Paris (ed. it. *Per una teoria del simbolismo. Una ricerca antropologica*, Einaudi, Torino 1975).
- SPERBER D. (1975), *Pourquoi les animaux parfaits, les hybrides et les monstres sont-ils bons à penser symboliquement?*, "L'Homme", Vol. 15(2): 5-34 (ed. it. a cura di D. Sabbatucci, *Animali perfetti, ibridi e mostri*, Theoria, Roma-Napoli 1986).
- TAUSSIG (1997), *The Magic of the State*, Routledge, New York - London.

Scheda sull'Autore

Giovanni Pizza è nato a Nola (provincia di Napoli) nel 1963. È professore ordinario di antropologia medica e di antropologia culturale presso il Dipartimento di Filosofia, Scienze Sociali, Umane e della Formazione dell'Università di Perugia. È Direttore di "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica" e membro del Consiglio direttivo della Società italiana di antropologia medica (SIAM). Si è laureato nel 1986 in Lingue e letterature straniere presso l'Istituto Universitario Orientale di Napoli, con una tesi in Storia delle religioni diretta da Alfonso M. di Nola. Ha conseguito il D.E.A. in "Anthropologie sociale et Ethnologie" presso l'EHESS di Parigi nel 1991 (coordinatori: Daniel Fabre, Giordana Charuty), nel 1994 il dottorato di ricerca in "Scienze etnoantropologiche" (coordinatore: Alberto M. Cirese / Tutor: Cristina Papa) e nel 1996 il post-dottorato presso La Sapienza Università di Roma (coordinatore: Pietro Clemente). Ha insegnato Antropologia medica in diversi atenei italiani ed europei ed è stato visiting professor presso la University of Southern Denmark (Danimarca) e la University of Pécs (Ungheria). I suoi primi lavori hanno riguardato le pratiche magico-religiose della "medicina popolare" in Campania. Tra le numerose ricerche etnografiche svolte successivamente, si segnalano quelle sulla possessione in Europa, sul neotarantismo in Salento e sulle diagnosi neurologiche in Perugia. Si interessa di antropologia medica, studi gramsciani e demartiniani, migrazione, tarantismo, processi di incorporazione e di patrimonializzazione e ha coordinato una ricerca di gruppo sulle diagnosi precoci della malattia di Alzheimer presso l'ospedale di Perugia dove attualmente è impegnato in un'etnografia dell'anestesia. Tra i suoi lavori: *Antropologia medica. Saperi pratici e politiche del corpo* (Carocci, Roma, 17^a rist. 2019); *La vergine e il ragno. Etnografia della possessione europea* (Quaderni di Rivista Abruzzese, Lanciano, 2^a rist. 2014); *Il tarantismo oggi. Antropologia, politica, cultura* (Roma, 4^a rist. 2017); *L'antropologia di Gramsci. Corpo, natura, mutazione* (Carocci, Roma 2020). Oltre ad aver pubblicato numerosi scritti su questa Rivista, ne ha curato i volumi monografici 27-28 (ottobre 2009) e 33-34 (ottobre

2012), rispettivamente con H. Johannessen, *Embodiment and the State. Health, Biopolitics and the Intimate Life of State Powers*, e con A.F. Ravenda, *Presenze internazionali. Prospettive etnografiche sulla dimensione fisico-politica delle migrazioni in Italia*; con A.F. Ravenda ha curato anche il volume monografico *Esperienza dell'attesa e retoriche del tempo. L'impegno dell'antropologia nel campo sanitario*, "Antropologia Pubblica", Vol. 2 (1), 2016.

Riassunto

La formula strutturale dell'équipe. La terra del rimorso oggi e il metodo etnografico di Ernesto de Martino

L'autore di questo articolo svolge alcune riflessioni sulla metodologia etnografica di Ernesto de Martino (Napoli, 1908 - Roma, 1965), in particolare per quanto riguarda quella che lui stesso chiamava "la formula strutturale dell'équipe" nell'*Introduzione a La terra del rimorso. Contributo a una storia religiosa del Sud*, Il Saggiatore, Milano, 1961. Che cos'è un "équipe etnografica"? È la domanda principale a cui il saggio cerca di rispondere, sottolineando l'attualità di questo libro che è stato definito "la Bibbia del tarantismo". Considerato il "padre" di uno specifico filone dell'antropologia italiana, de Martino è un pensatore che supera costantemente sé stesso, un antropologo le cui linee teoriche e metodologie risultano uniche e originali. Nel saggio, dopo aver rivisitato la principale ricerca etnografica condotta in équipe da de Martino nel Sud est d'Italia (quella in Puglia sul tarantismo), l'Autore si addentra in quello che è stato considerato uno «stile italiano» nell'etnografia, sottolineando pregi e limiti di questa peculiare pratica scientifica nella storia dell'antropologia culturale globale.

Parole chiave: de Martino, tarantismo, interdisciplinarietà, etnografia, équipe

Resumen

La fórmula estructural del equipo. La tierra del remordimiento hoy y el método etnográfico de Ernesto de Martino

El autor de este artículo realiza algunas reflexiones sobre la metodología etnográfica de Ernesto de Martino (Nápoles, 1908 - Roma, 1965), en particular sobre lo que denominó "la fórmula estructural del equipo" en la *Introducción a La tierra del rimorso, Contributo a una storia religiosa del Sud*, Il Saggiatore, Milán, 1961. ¿Qué es un "equipo etnográfico"? Esta es la principal pregunta a la que intenta responder el ensayo, subrayando la actualidad de este libro que ha sido llamado "la Biblia del tarantismo". Considerado el "padre" de una vertiente específica de la antropología italiana, de Martino es un pensador que se supera constantemente, un antropólogo cuyas líneas teóricas y metodologías son únicas y originales. En el ensayo, tras revisar la principal investigación etnográfica realizada por de Martino en el sureste de Italia (la de Apulia sobre el tarantismo), el autor profundiza en lo que se ha considerado un "estilo italiano" en la etnografía, subrayando los méritos y los límites de esta peculiar práctica científica en la historia de la antropología cultural global.

Palabras clave: de Martino, tarantismo, interdisciplinarietà, etnografía, equipo

Résumé

La formule structurelle de l'équipe. La terre du remords aujourd'hui et la méthode ethnographique d'Ernesto de Martino

L'auteur de cet article mène quelques réflexions sur la méthodologie ethnographique d'Ernesto de Martino (Naples, 1908 - Rome, 1965), en particulier sur ce qu'il appelle "la formule structurelle de l'équipe" dans l'introduction de *La terra del rimorso. Contributo a una storia religiosa del Sud*, Il Saggiatore, Milano 1961. Qu'est-ce qu'une "équipe ethnographique"? Telle est la principale question à laquelle l'essai tente de répondre, soulignant l'actualité de ce livre que l'on a appelé "la Bible du tarantisme". Considéré comme le "père" d'un courant spécifique de l'anthropologie italienne, de Martino est un penseur qui se dépasse constamment, un anthropologue dont les lignes théoriques et les méthodologies sont uniques et originales. Dans cet essai, après avoir revisité la principale recherche ethnographique menée par de Martino dans le sud-est de l'Italie (celle sur le tarantisme dans les Pouilles), l'auteur se penche sur ce qui a été considéré comme un "style italien" en ethnographie, soulignant les mérites et les limites de cette pratique scientifique particulière dans l'histoire de l'anthropologie culturelle mondiale.

Mots clés: de Martino, tarantismo, interdisciplinarité, ethnographie, équipe

Asylum 61. Follia, istituzioni, scritture

Massimiliano Minelli

Università di Perugia
[massimiliano.minelli@unipg.it]

Abstract

Asylum 61. Madness, Institutions, Writings

In this article, I present a reading of Erving Goffman's book *Asylums* (1961), taking up some questions that emerged during the struggles against institutional violence. The aim is to consider a set of writings devoted to madness and mental hospitals, published in the 1960s and 1970s, to rethink the denial of institutional violence and contribute to a problematization of the present. In particular, the critical analyses produced within the Italian movement for psychiatric reform allow us to develop new lines of research, concerning diagnostic classifications, looping effects of "human kinds" and enduring practices of social control.

Keywords: asylum, Goffman, madness, total institution, deinstitutionalization, looping effect, antipsychiatry

Follia e istituzioni

Nel 1961 il tema della follia assume una posizione centrale nella riflessione culturale e politica. In breve tempo e in diversi paesi, vengono pubblicate opere fondamentali sulle istituzioni in cui i folli sono stati a lungo segregati e la malattia mentale classificata, interrogata, messa sotto esame. In Francia Michel Foucault dà alle stampe *Folie et déraison* (1961), mentre Frantz Fanon in *Les damnés de la Terre* (1961) smaschera e disseziona il dominio coloniale, matrice di violenza e alienazione. Negli Stati Uniti, escono *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates* di Erving Goffman (1961) e *The Myth of Mental Illness* di Thomas Szasz (1961). In Inghilterra, Gregory Bateson (1961) cura la pubblicazione *Perceval's Narrative: a Patient's Account of his Psychosis, 1830-1832* – le memorie del protagonista d'una storia di follia agli inizi dell'Ottocento –, introducendola con un breve scritto considerato da molti come una peculiare chiave d'accesso all'antipsichiatria. Ancora nel 1961, il tema della follia è declinato in

termini antropologici ed etnopsichiatrici, in Italia, con *La terra del rimorso* di Ernesto de Martino (1961), e negli Stati Uniti, con la monografia *Mohave Ethnopsychiatry* di Georges Devereux (1961). Poco tempo prima Ronald Laing aveva pubblicato *The Self and Others* (LAING 1959) e curato una nuova edizione del classico *The Divided Self*, opera cardine della nuova psichiatria fenomenologica e critica (LAING 1959).

Il 1961 è anche l'anno in cui, a fine estate, Franco Basaglia arriva a Gorizia per costituire l'équipe interdisciplinare che avrebbe poi aperto i reparti, liberato i pazienti e trasformato l'ospedale psichiatrico attraverso la gestione assembleare. Sette anni dopo *Asylums*, il libro del sociologo canadese Erving Goffman (1968), verrà curato e tradotto in italiano da Franca Ongaro Basaglia proprio in quel laboratorio di "rovesciamento pratico dell'istituzione". Uscirà per l'editore Giulio Einaudi insieme alla *Istituzione negata*, il testo più rappresentativo dell'esperienza di Gorizia e al tempo stesso manifesto del Sessantotto (BASAGLIA 1968).

Non è dato sapere perché il 1961 si sia rivelato come "anno della follia" e forse anche per questo sia rimasto memorabile. Certamente la congiuntura colpisce e continua a interpellarci. Necessario è chiedersi come in un dato momento si sia arrivati alla emersione di un interesse antropologico per l'intreccio di follia, storia e società; provare a interrogarsi su come si sia insinuato un pensiero obliquo e notturno, in quell'ordito di aspettative di cambiamento sociale, andato poi ad alimentare le lotte politiche e culturali degli anni della contestazione. Domande vive, il cui destino è d'essere più volte riformulate attraversando delle crisi, senza mai dimenticare, con Robert Castel, che proprio «perché questo interrogarsi è vivo, a imporsi è un ritorno alla propria storia per costituire la storia del presente» (CASTEL 1995: 23). A questo esercizio di problematizzazione (CASTEL 1984; RABINOW 2008; STENGERS 2019) continua a dare un contributo decisivo la lettura dei testi del '61, tra i quali la ricerca sulle istituzioni totali di Goffman ha segnato un vero e proprio spartiacque.

A Partisan View

Asylums è stato ideato a metà degli anni Cinquanta, quando Erving Goffman cominciò a occuparsi di psichiatria e di malattia mentale presso il National Institute of Mental Health di Bethesda, Maryland, come *visiting member* (dal 1954 al 1957) del laboratorio di studi socio-comportamentali. Fu però nel 1956, grazie a una borsa del NIMH, che egli poté trasferirsi

a Washington DC per fare ricerca sul campo. Vi trascorse circa un anno lavorando al Saint Elizabeth's Hospital, un grande ospedale psichiatrico federale con circa settemila ricoverati, in cui svolse la mansione di assistente dell'istruttore di ginnastica. L'impiego si rivelò assai propizio per suoi intenti: osservare direttamente la vita in manicomio e cercare di «apprendere qualcosa sul mondo sociale dell'internato e su come egli viva soggettivamente la propria situazione» (GOFFMAN 1968: 25). La scelta iniziale era mettere fra parentesi la relazione tra comportamento e diagnosi: una *epochè* etnografica, che orienterà molti studi successivi sulle istituzioni psichiatriche.

Era allora, ed è tutt'ora, mia opinione che qualsiasi gruppo di persone – detenuti, primitivi, piloti o pazienti – sviluppino una vita personale che diventa ricca di significato, razionale e normale quando ci si avvicini ad essa, e che un buon modo di apprendere qualcosa su questi mondi potesse essere partecipare al ciclo di vita quotidiana cui gli internati sono soggetti. (*ivi*: 25)

Tale opzione, apparentemente ovvia per chi intende esplorare dall'interno uno specifico mondo sociale, avrà nondimeno un effetto dirompente nelle successive letture della follia, soprattutto da parte di coloro i quali sperimenteranno in prima persona pratiche di deistituzionalizzazione e di contrasto alla violenza manicomiale. Da questo punto di vista, anche l'altra affermazione iniziale, secondo cui nel «descrivere fedelmente la situazione del paziente non si può essere obiettivi [*To describe the patient's situation faithfully is necessarily to present a partisan view*]», sembra rispondere ad una precisa scelta di campo. Adottando una *partisan view*, Goffman afferma nello stesso tempo di schierarsi dalla parte degli internati e di mantenere un certo scetticismo sul modo di funzionare della psichiatria (FINE, MARTIN 1990). L'opzione metodologica più adeguata al compito prefissato è allora quella di tenersi lontano dalle statistiche per «raccolgere i dati, nel tessuto stesso in cui si trova a costruirsi la vita dei pazienti» (GOFFMAN 1968: 26) senza farsi condizionare da tempi e modi della analisi quantitativa.

L'operazione complessa e innovativa portò alla pubblicazione nel 1961 di un volume contenente quattro saggi, tre dei quali già stampati in precedenza come articoli in periodici di scienze umane. Nonostante questo testo composito sia assai noto e largamente citato, la rilettura di alcuni passaggi può essere utile a cogliere la rilevanza dell'opera e l'influenza esercitata sul confronto scientifico e politico degli anni seguenti.

Social establishment: *a proposito di edifici, recinti e controllo dei corpi*

Il libro si apre con il saggio *Sulle caratteristiche delle istituzioni totali* dedicato alla definizione e alla esplorazione dell'oggetto d'analisi. L'espressione "istituzioni totali" designa una tipologia di luoghi, protetti da confini invalicabili o comunque ininterrottamente vigilati, in cui numerosi individui trascorrono parte della propria vita seguendo un regime di pratiche abitudinarie, rigidamente prescritto e amministrato, sotto lo sguardo di figure incaricate della gestione e del controllo. La divisione fra il piccolo numero di controllori (lo staff) e la maggioranza degli internati caratterizza queste organizzazioni, in cui, nonostante l'obbligo di condividere gli stessi spazi, sono ostacolate la mobilità sociale e la sostituzione dei ruoli.

Allo scopo di esplorare il funzionamento delle istituzioni totali e i principali aspetti della vita che vi si svolge, Goffman si servì di alcune categorie idealtipiche, delimitate in base a un numero limitato di caratteristiche formali. L'elenco delle categorie include gli istituti a tutela di incapaci non pericolosi; quelli che ospitano persone malate o disabili che possano rappresentare un pericolo non intenzionale per la popolazione generale (lebbrosari, sanatori, ospedali psichiatrici); i luoghi recintati in cui sono reclusi i potenziali portatori di un pericolo intenzionale per la società (carceri, campi di concentramento, penitenziari); gli istituti il cui principale scopo è lo svolgimento di un'attività strumentale (navi, campi di lavoro); gli edifici staccati dal mondo in cui si ritirano soprattutto religiosi (conventi, monasteri).

La tipologia poggia evidentemente su concetti sfumati, che consentono però di evidenziare il comune carattere inglobante e totalizzante di particolari edifici dove una massa di individui vive e lavora; e nei quali non sono rispettate le abituali separazioni fra aree diverse in cui svolgere attività ordinarie, come guadagnarsi da vivere, divertirsi, dormire. Nei luoghi dove tali sfere di azione sono unificate, a divenire rarefatte o addirittura impossibili sono proprio quelle situazioni che all'esterno consentono alle persone di giocare sulla distanza tra il proprio ruolo e il sé pubblico¹. Da questo punto di vista, le istituzioni totali sono un dispositivo sperimentale per la spoliazione del sé e l'apposizione di una identità istituzionale.

Accostando alla parola "istituzione" l'espressione *social establishment* – "istituto", "edificio", "struttura", con sfumature in parte non percepibili nel termine "organizzazione" scelto nella traduzione italiana –, Goffman poneva

proprio l'accento su spazi concreti, circondati da barriere materiali, come muri, porte chiuse, siepi, corsi d'acqua, reti di recinzione, ove la chiusura è funzionale alle procedure di riduzione degli spazi di autonomia e di riconoscimento intersoggettivo sistematicamente applicate. Nonostante Goffman fosse consapevole del fatto che medesime funzioni possono essere spazialmente distribuite in realtà diverse, il suo interesse era evidentemente rivolto alle aree edificate in cui è esercitato un mandato di controllo sulla riproduzione sociale. Il punto cruciale è che alcune istituzioni inglobano in misura, seppur discontinua, maggiore di altre, e che il loro potere di totalizzazione, attraverso una meticolosa gestione del tempo e della vita delle persone, è incorporato nella stessa struttura fisica e nella disposizione degli spazi.

Le istituzioni totali, per le caratteristiche appena ricordate, sono incompatibili con insiemi di comportamenti e rapporti interpersonali di solito considerati normali nel mondo esterno. La prima incompatibilità è con la famiglia, intesa come il contesto relazionale in cui il sé si costruisce e si stabilizza, in una rete di aspettative reciproche, e nel quale è in genere possibile prendere distanza da modalità inglobanti e univoche di regolazione dello scambio sociale. L'altra incompatibilità riguarda la struttura di base di pagamento del lavoro. A differenza delle regole che prevedono la cessazione dell'esercizio di autorità sul lavoratore nel momento in cui egli interrompe la propria attività, in cambio di un compenso, nelle istituzioni totali gli incentivi al lavoro – spesso diversi dalla retribuzione in denaro – non hanno una rilevanza strutturale. In questi luoghi, lo staff svolge un controllo costante all'interno e un'opera di mediazione con l'esterno, con una dissimulazione rispetto alla contraddizione esistente tra quanto l'istituzione dichiara di fare, per esempio operare razionalmente per riabilitare le persone in custodia, e ciò che essa effettivamente fa, vale a dire gestire un ammasso di esseri umani (*ivi*: 102).

Sull'altro versante, la prospettiva dell'internata/o è ricostruita da Goffman seguendo la traiettoria istituzionale dall'ingresso alla dimissione (che potrebbe non venire mai). L'internamento è infatti una tecnologia di gestione dei corpi che funziona celermente solo quando i nuovi arrivati trovino collocazione in una classificazione di tipi umani, in modo tale da esercitare interventi standardizzati secondo il mandato ufficiale, sia esso di controllo e disciplina e/o di cura e riabilitazione. La riflessione goffmaniana sulla istituzione totale attinge ad un vasto repertorio di frasi illuminanti, tra le quali spicca una celebre formula: «Avendo da controllare gli internati e da difendere l'istituzione in nome dei suoi fini espliciti, lo staff si appella al

tipo di identificazione globale degli internati che lo consentirà. *Il problema dello staff è qui quello di trovare un crimine che sia adatto alla punizione»* (ivi: 113, enfasi aggiunta).

In tale quadro, la procedura d'identificazione dell'internata/o all'ingresso, con tutta evidenza, non è una semplice questione nominale, ma appare come l'atto istituyente rivolto a definire la struttura del rapporto paziente-staff. A tale scopo, le operazioni di "spoliazione" e "mortificazione" servono a spezzare i concatenamenti di fatti che possano testimoniare la capacità della persona di esercitare un controllo sul mondo circostante. Le sistematiche aggressioni al sé del paziente psichiatrico intervengono inoltre sulla interconnessione fra «il senso di impotenza dell'internato e il rapporto fra i suoi desideri e la finalità della istituzione» (ivi: 75). Allo stesso modo, la sottrazione di indumenti propri e oggetti personali in occasione del ricovero è propedeutica alla sostituzione di una nuova identità istituzionale alla precedente.

Nonostante la separazione tra staff e internati sia strutturale e formalmente prescritta e le procedure adottate portino gli esseri umani ad acquisire caratteristiche di oggetti inanimati, le descrizioni di Goffman si soffermano anche sulle occasioni di avvicinamento temporaneo – le "cerimonie istituzionali" – nelle quali i membri dei due gruppi si impegnano nei confronti dell'istituzione a superare ritualmente le rivalità quotidiane. Ai sorveglianti può accadere inoltre di provare simpatia e comprensione per gli esseri umani oggetto del proprio lavoro. Avvicinarsi e provare emozioni dolorose è quanto essi dovrebbero invece imparare presto a evitare nello svolgere le proprie mansioni.

Procedure, carriere, contingenze

Il secondo saggio, dedicato alla "carriera morale del malato mentale", descrive gli effetti del manicomio sulla persona, a vari livelli, prima che questa si trasformi in un'internata/o e poi lungo gli itinerari istituzionali. La nozione di "carriera morale" presuppone un'idea di mutamento della percezione e della presentazione del sé, vale a dire un processo dinamico cui contribuiscono figure specifiche di mediazione, come la "persona di fiducia", e diversi attori del controllo sociale. Essa implica inoltre un guardarsi indietro, a fronte di numerose richieste dirette o indirette, rivolte alla persona, di cooperare alla rielaborazione psichiatrica del suo passato. Nell'alternarsi di domande, silenzi e risposte, la/il degente cerca di nascondere

i passaggi degradanti subiti in conseguenza di comportamenti giudicati moralmente sanzionabili, vedendo sgretolarsi le credenze su di sé e sulle persone più vicine (*ivi*: 44).

In manicomio, per esempio, la negazione dell'identità e le regole cui sottomettersi corrispondono alla presa d'atto da parte delle/dei pazienti che il tipo d'intervento psichiatrico fornito loro è il più idoneo allo stato di degradazione personale raggiunto. La/il paziente subisce l'effetto di una procedura degradante e ricattatoria quando, al momento del ricovero psichiatrico, si sente rivolgere domande personali alle quali, se vuole mantenere un margine di attenzione e di rispetto verso di sé, deve replicare con enunciati falsi. Il problema è che la cosa potrà essergli rinfacciata come segno di patologia, in ogni momento dei giorni a venire.

Le trasgressioni sono perlopiù considerate come atti che giustificano il ricovero e – in combinazione con deviazioni precedenti – circoscrivono il perimetro delle “contingenze di carriera” di cui si trovano numerose tracce nelle iscrizioni tecniche e burocratiche contenute nelle cartelle cliniche:

Nessun punto particolare del passato o del presente viene [...] a trovarsi fuori della giurisdizione psichiatrica. Gli ospedali psichiatrici istituzionalizzano burocraticamente questo mandato così vasto, basando la cura del malato essenzialmente sulla formulazione della diagnosi e sull'interpretazione psichiatrica del suo passato, che da una tale diagnosi proviene. La cartella clinica lo evidenzia chiaramente. (*ivi*: 180)

Alla vita che continua a svolgersi sotto costante vigilanza in edifici chiusi fa da contrappunto la realtà intercorporea² degli scambi quotidiani, poiché nell'istituzione la ricerca di appigli per il riconoscimento del sé è inseparabile dalle fugaci occasioni in cui poter evitare punizioni o guadagnare qualche piccolo spazio di autonomia. La persona internata vive infatti un senso di contaminazione e di intollerabile prossimità, ogni volta che, esposta allo sguardo altrui, si trovi in momenti di intimità, senza alcuna garanzia di privacy. In assenza di luoghi-rifugio lontani dallo spazio pubblico, il disordine e la vicinanza corporea sono minacce costanti di contagio e di contaminazione, in particolare quando si devono svolgere in gruppo e sotto sorveglianza operazioni di igiene quotidiana.

Nei numerosi esempi portati da Goffman, il sistema degli ordinamenti istituzionali sottrae sia il supporto di mediatori e persone di fiducia su cui poter contare all'esterno, sia la protezione necessaria a costruire e presentare il sé. Nell'interdipendenza fra i modi di operare della istituzione e il percorso di trasformazione previsto per il sé del/la paziente – destinata ad

aumentare nel corso del tempo – risiede l'efficacia materiale e simbolica del manicomio.

Memorie dal sottosuolo

Il terzo saggio, intitolato *La vita sotterranea di una istituzione pubblica*, segue con una scrittura compiutamente etnografica il gioco di definizione e riconoscimento del sé nelle attività manicomiali ordinarie, riuscendo anche a illuminare aspetti generali delle “organizzazioni formali strumentali”. La premessa è che in ogni legame sociale sono presupposti giudizi di valore sugli attori coinvolti ed una autodefinizione della persona su cui, in certe condizioni, è possibile intervenire. Anche in manicomio, in forme residuali, la relazione ambivalente tra internata/o e istituzione può includere aspetti contrattuali e coinvolgimento regolato delle emozioni. Le attività di routine, infatti, obbligano a stabilire impegni reciproci tra ricoverati e struttura asilare nei cicli di produzione e riproduzione sociale. Tra i modi in cui l'individuo instaura e può modificare i rapporti con l'istituzione totale, Goffman distingue tra *adattamenti primari* e *adattamenti secondari*. Nel primo caso, la/il degente «dà e prende in modo appropriato ciò che è stato sistematicamente progettato» (*ivi*: 212) per lei/lui, divenendo a certe condizioni un collaboratore. Tra le varie modalità primarie di adattamento, l'internata/o può adottare intransigenti iniziative di resistenza, modalità regressive di “ritiro dalla situazione”, oppure aderire alla richiesta di ricoprire il ruolo di “perfetta/o ricoverata/o”.

Oltre ai modi disorganizzativi e a quelli repressi di adattamento alla struttura, vi sono anche maniere creative di “lavorarsi il sistema”. Tra queste, i cosiddetti adattamenti secondari sono quei “modi di cavarsela” – in taluni casi individuali e nascosti, in altri risultato di azioni coordinate di piccoli gruppi – che permettono di mantenere il controllo su una parte del sé. Si tratta perlopiù di tattiche che servono a creare una distanza rispetto all'attribuzione identitaria della struttura e a raggiungere fini non autorizzati “lavorandosi l'istituzione”. È quanto il sottotitolo in inglese del capitolo – *A Study of Ways of Making out in a Mental Hospital* – esprime con una vena ironica difficile da tradurre in italiano, lasciando intendere che chi padroneggia tali tecniche mostra «di possedere un'individualità e una autonomia personale, al di là della morsa in cui l'organizzazione lo stringe» (*ivi*: 331).

In tutti i casi, gli adattamenti secondari mostrano come, anche in contesti estremi, l'individuo possa faticosamente riuscire a mantenere una distanza tra un ambito di riconoscimento intersoggettivo e le regole imposte. Sull'altro versante, lo staff ostacola sistematicamente la formazione di piccoli gruppi primari, e le relazioni di intimità, affettività e amicizia. Al riguardo, Goffman ricorda come l'incesto istituzionale sia una delle principali fobie del manicomio: evidentemente "farsi una storia" o innamorarsi sono tra i modi più efficaci di liberare capacità di agire e di limitare l'alienazione. Senza queste opportunità, la persona non avrebbe alternative all'unica possibilità di ritrarsi da ogni coinvolgimento, occupandosi soltanto del proprio corpo. Nei casi estremi, il "ritiro dalla situazione" rimane effettivamente l'ultima risposta possibile alla violenza istituzionale. E ciò assume aspetti drammatici ogni volta che in ospedale lo stato estremo di alienazione e distacco è inquadrato come sintomatologia psicotica, piuttosto che essere visto come l'unico mezzo rimasto per fronteggiare una realtà impossibile da vivere³.

Piccole riparazioni

Il quarto e ultimo saggio si concentra sulla gestione psichiatrica del disturbo mentale, comparando la relazione medico-paziente ad una prestazione tecnica offerta da un "servizio di riparazione". Anche in questo caso, il sottotitolo *Some Notes on the Vicissitudes of the Tinkering Trades* contiene un gioco di parole difficile da tradurre (e forse per questo motivo è stato omissso nella edizione Einaudi). L'espressione *Tinkering Trades* potrebbe essere resa in italiano con "lavori di riparazione...", "aggiustare le cose...", ed è riferibile ad attività economiche fondate su una triade di scambi tra un prestatore di servizi, il suo cliente e qualcosa che non funziona nel cliente. In tal modo, sono considerati tutti i rapporti instaurati fra una domanda di prestazioni e chi può offrire a pagamento tali prestazioni, in base a competenze e saperi socialmente riconosciuti. Anche se poco visibili, intorno a un oggetto rotto da dare in custodia per essere aggiustato, sono diffusamente operanti relazioni di affidamento, rispetto alle quali è presunto un livello minimo di fiducia fra servitore e servito, con margini di assicurazione reciproca. Non va dimenticato come siano perlopiù necessari sostegni istituzionali affinché il cliente si trovi nella condizione «di credere che, nella società, esistano persone estranee di buona volontà, profondamente competenti, che si dedicano a tal punto alla loro competenza, da occuparsi degli affari altrui, in cambio soltanto di un

compenso» (*ivi*: 352). Rinunciare a farsi pagare per piccoli interventi di riparazione, considerati minori rispetto al principale mandato professionale, è un segno di merito del datore del servizio e la conferma di una sua “partecipazione disinteressata”.

L'effetto di distanziamento ironico, di cui Goffman è maestro, compare nella scrittura così come nella esposizione degli argomenti. La qualità della relazione tra contraenti dello scambio di prestazioni mostra parecchie somiglianze tra le professioni cui è demandato il compito di “aggiustare le cose”. Quando per esempio il lettore giunge al paragrafo dedicato alla relazione medico-paziente, scopre quanto sia importante – per capire alcune caratteristiche della medicina e della psichiatria – passare in rassegna altri mestieri: idraulici, elettricisti, meccanici, officine di riparazione di automobili, laboratori in cui si aggiustano televisori e radio a *transistor*. È nell'irregolare itinerario fra delle cose non funzionanti, che trova collocazione l'analisi della professione di psichiatra come “tecnico coinvolto in cicli di riparazione”. I vari modi di procedere alla riparazione hanno quattro sorprendenti caratteristiche comuni: (a) che l'oggetto da riparare possa essere temporaneamente rimosso dal proprio ambiente, senza subire conseguenze; (b) che il cliente possa separarsi a sua volta dall'oggetto per il tempo della riparazione; (c) che la clientela sia legata al prestatore d'opera da una relazione di rispetto reciproco e di sospensione di eventuali recriminazioni o accuse; (d) che i contraenti condividano la convinzione della efficacia del provvedimento intrapreso allo scopo di fermare il decorso del danno. Qui, in linea con alcune osservazioni di Thomas Szasz⁴, sapere professionale e affidamento a relazioni caratterizzate da “onestà su richiesta” appaiono come aspetti qualificanti del mestiere di psichiatra, visto come medico competente nelle fasi di osservazione, diagnosi, prescrizione e trattamento.

Alla fine dell'itinerario, Goffman mostra tutta la sua abilità nel far sembrare naturali, addirittura ovvie, proprio quelle osservazioni che all'inizio potevano sembrare controintuitive o provocatorie: «paragonato ad un ospedale generale o ad un garage, un ospedale psichiatrico si rivela male attrezzato per essere un posto dove si attui il ciclo classico di riparazione» (*ivi*: 374).

La questione cruciale è che nonostante le caratteristiche della relazione disegnino i limiti perimetrali del “servizio medico”, a far funzionare il sistema di scambi sono due aspetti pratici: la classificazione del paziente come portatore di un sé malato e il mandato di custodia esercitato nei suoi

confronti. Quando «nella stessa struttura dell'io, si riscontra la frattura fra oggetto e cliente, richiesta per completare la triade di servizio» (*ivi*: 388), il termine diagnostico attribuito a tale frattura può variare, ma il risultato conclusivo è di ridurre il paziente e le sue “aree di funzionamento” a poche proprietà indispensabili affinché lo specialista possa esercitare il trattamento secondo una relazione tecnica di riparazione. È questo passaggio a permettere di cartografare i trasferimenti di giurisdizione e le procedure impiegate per “spostare” le/i pazienti, come se fossero oggetti da riparare, in una complessa rete istituzionale.

Sul metodo

Goffman ha fatto ricerca sul campo in varie fasi della sua attività scientifica. Oltre alle numerose e prolungate osservazioni nell'ospedale di Washington e in un casinò di Las Vegas, più volte utilizzate nei suoi libri, le biografie (MANNING 2007; SCHEFF 2006; SMITH 2006; TREVIÑO 2003) ricordano una prima esperienza con i gestori di stazioni di servizio e la sua celebre etnografia realizzata nell'arcipelago delle Shetland per il dottorato. Egli, tuttavia, non ha scritto molto su metodologie ed indagine empirica. Se si eccettua una conferenza sulla osservazione partecipante pubblicata postuma (GOFFMAN 1989), a quanto pare, sembra essere stato particolarmente attento a cancellare le tracce dei passi compiuti (MANNING 2007; BOLTANSKI 1973). *Asylums* – un testo pieno di intuizioni e di neologismi, capace di produrre teoria e di fabbricare nuovi concetti – non fa eccezione. Sono pochi i riferimenti allo svolgimento della ricerca e alla costruzione di significato in scene concrete, nonostante l'opera sia stata riconosciuta come un'eccellente combinazione di osservazione diretta, citazioni da una vasta ed eterogenea letteratura, e un inconfondibile tono ironico nella scrittura. Senza dubbio l'impiego temporaneo come assistente al corso di ginnastica nel Saint Elizabeth's Hospital – di cui in verità egli non dice molto – ha permesso a Goffman di essere personalmente vicino ai pazienti e ai loro modi di relazionarsi. Lo si evince soprattutto nei resoconti dall'interno delle iniziative condotte per definire e prendere possesso di luoghi protetti e “territori personali”.

In manicomio, i luoghi sicuri – chiamati “tane” e “nascondigli” – sono microscopiche estensioni del sé. Osservarli e seguirne la gestione, consente di analizzare anche quelle relazioni locali che, in certe condizioni, permettono di guadagnarsi piccoli vantaggi e di esercitare una sorta di diritto privato sullo spazio circostante. Questi ed altri aspetti microscopici sono

riscontrabili in stralci etnografici dedicati alle vicende minori della vita in ospedale⁵:

Sembrava tipico della vita dell'ospedale che la forma più comune di nascondiglio fosse quella che poteva essere portata con sé, ovunque si andasse. Le donne risolvevano la cosa con una grande borsa; gli uomini con un sistema analogo, cioè una giacca con ampie tasche che indossavano anche in piena estate. Mentre questi contenitori sono abbastanza usuali nella comunità esterna, nell'ospedale era particolare il loro contenuto: libri, il necessario per scrivere, pezze per lavarsi, frutta, piccoli valori, sciarpe, carte da gioco, sapone, il necessario per radersi (da parte degli uomini), contenitori per sale pepe zucchero, bottiglie di latte, erano alcuni degli oggetti trasportati, a volte, in questo modo. Questa tecnica era così comune, che uno dei simboli più attendibili della condizione del paziente nell'ospedale erano le tasche gonfie. (GOFFMAN 1968: 271)

In questa curiosità per la combinazione di alto e basso nella vita delle persone, compaiono i tratti caratteristici di una poetica del naturalismo in sociologia. Conoscere “il mondo così com'è”, entrando in contatto con aree della vita sommerse, è la premessa per un incontro fra *epochè* fenomenologica, attenzione per i lapsus del comportamento quotidiano, ironia e sarcasmo. È in questa convergenza, dove la narrazione gioca con concetti messi a punto per contesti specifici, ma traslati in situazioni diverse, che si configura la caratteristica “prospettiva per incongruità” (DAL LAGO 1994; GIGLIOLI 1990). La scrittura di Goffman è in tal senso un felice esempio di sperimentazione narrativa e di contaminazione fra diversi generi. Nella sua analisi del processo di produzione della devianza, l'ironia compare spesso per svelare come i sistemi di controllo e gli attori impegnati a farli funzionare siano parte della stessa realtà in cui alcune persone “falliscono”, impazziscono, diventano devianti (MATZA 1976: 128). Grazie allo straniamento che ne deriva, il lettore può dal canto suo mantenere una prossimità rispetto agli attori sociali e al contempo percepire la distanza tra chi giudica e la situazione vissuta da chi è giudicato.

Asylums, anche considerati i canoni antropologici evocati come giustificazione metodologica all'inizio del libro, è comunque solo in parte inquadabile nel genere della etnografia (ATKINSON 1989). Si avvertono soprattutto l'assenza delle specifiche prospettive individuali riguardo ai modi di funzionare dei due gruppi contrapposti (staff e internati) e la mancanza della interlocuzione fra i protagonisti e il ricercatore (FINE, MARTIN 1990). Secondo Manning, il lettore scopre nel testo principalmente etnografie di concetti, piuttosto che di luoghi, acquisendo familiarità con “tipi ideali utopici” (“istituzione totale” è forse il più conosciuto) non riscontrabili intera-

mente nella realtà, ma indispensabili per indagarla e ridescriverla (MANNING 2007: 17-18). C'è inoltre chi ha sottolineato la comparsa solo sporadica in *Asylums* di criteri espliciti per sviluppare comparazioni (PERRY 1974; DAVIES 1989). Ciò accade perché nell'uso dell'istituzione totale come tipo classificatorio, è enfatizzata l'omogeneità a scapito di un procedere attraverso esempi, che sarebbe forse più adatto a valorizzare le specificità dei fenomeni indagati. La difficoltà sorge – secondo Perry – per la carenza di

criteri espliciti in base ai quali potrebbero essere fatti i confronti: una prigione può essere una istituzione totale più di un club di tennis, ma è una istituzione totale più di un monastero o di un ospedale psichiatrico? Cosa è più significativo, il tempo che i detenuti trascorrono in queste organizzazioni o il tipo di autorità a cui sono soggetti? (PERRY 1974: 350)

Probabilmente il successo della formula “istituzione totale” è dovuto innanzitutto alla capacità di *insight* che genera e sostiene, sollecitando di continuo il lettore a scovare nuove somiglianze di famiglia (nell'accezione di Wittgenstein) tra svariati luoghi in cui persone recluse svolgono attività coordinate. Da questo versante, Goffman è consapevolmente impegnato a trovare i nomi adatti per gli oggetti di cui si occupa, riconoscendo in primo luogo che i modi di chiamare le cose riflettono relazioni di potere consolidate. In definitiva, «le persone al potere chiamano le cose come vogliono, e altri devono adattarsi a ciò, magari usando altre parole proprie in privato, ma accettando in pubblico ciò a cui non possono sfuggire» (BECKER 2003: 661).

L'innovazione del linguaggio e l'invenzione di nuovi concetti è una eredità permanente nelle scienze sociali contemporanee, all'opera nelle ricerche sulle organizzazioni e sulla riproduzione istituzionale delle ineguaglianze (SMITH 1999; JACOBSEN 2010; SCOTT 2011).

Looping: circuiti e retroazioni

L'osservazione diretta e la ricostruzione delle interazioni faccia-a-faccia sono caratteristiche ben riconoscibili della sociologia qualitativa di Goffman. Pier Paolo Giglioli ha sottolineato come la matrice durkheimiana portasse il sociologo canadese a considerare proprio la definizione della persona, nello scambio informale e prosaico, come l'oggetto privilegiato dei più importanti rituali quotidiani nella società moderna (GIGLIOLI 1969)⁶. Nelle opere di Goffman, il culto del sé assume i tratti di un'attenta e delicata attività devozionale cui molto tempo ed energie sono dedicati negli incontri pubblici. Tutto è come se riferendosi ad una pratica cerimoniale costantemente ripetuta nella vita sociale, attraverso l'osservazione

diretta, egli tentasse di circoscrivere le qualità peculiari della classe media statunitense, sottoponendole ad un ripetuto processo di straniamento⁷. Da questo punto di vista, poiché *Asylums* racconta cosa accade in contesti finalizzati a mettere in crisi i rituali di riconoscimento e le conseguenze di tutto ciò per la soggettività degli internati, è una necessaria

dimostrazione *a contrario* dell'importanza del rituale nella costituzione dell'identità, mostrando quanto sia facile distruggere la fiducia nel proprio *self* dei reclusi nelle istituzioni totali che non hanno a disposizione i mezzi materiali per celebrare i riti simbolici della deferenza e del contegno. (*ivi*: XIX)⁸

Il modello drammaturgico adottato, oltre a inquadrare le molte maniere di stare sulla scena e di sostenere credibilmente un ruolo sociale, serve allora a mostrare come il sé sorga non tanto da un cinico gioco delle parti, quanto soprattutto da un incerto sondare lo spazio possibile di riconoscimento⁹. Un interrogativo costantemente aperto, che allude al sartriano «essere per gli altri», esaminato da Goffman impiegando un lessico e una grammatica dello scambio, che si definiscono in prossimità delle interazioni faccia-a-faccia¹⁰.

Nel considerare la sociologia goffmaniana delle istituzioni, è più che fondato il riferimento a Sartre¹¹. Comune al sociologo e al filosofo francese è lo spiccato interesse per la presentazione del sé in micro-interazioni, delle quali entrambi danno descrizioni dettagliate. Anne Rawls (1984) ha esaminato comparativamente tali descrizioni per discutere l'affermazione che la descrizione sociologica sia subalterna e in debito rispetto alla teorizzazione filosofica. Accade in genere che, in caso di discordanza o dissonanza tra diversi enunciati, vengano attribuite al filosofo una capacità di analisi e una chiarezza concettuale assenti nel sociologo, considerato come più empirico e meno coinvolto nella costruzione di teorie raffinate. Rawls è di tutt'altro parere e, portando esempi di descrizioni di interazioni, mostra come Goffman sia invece attento a sondare la creazione del significato in dinamiche emergenti e instabili¹². Anche a fronte di codici e contenuti fissati negli scambi, l'interazione può essere vista in termini goffmaniani come il luogo privilegiato in cui nasce il significato indispensabile a strutturare il sé in un ordinamento istituzionale, oltrepassando le reciproche aspettative degli interlocutori.

Se le azioni negoziano il significato, allora l'interazione non è semplicemente il riflesso di un ordine istituzionale, che si rispecchia nel microcosmo, ma è il luogo della effettiva nascita dei significati che continuamente rinegoziano la struttura istituzionale. (RAWLS 1984: 225)

È in questa cornice più ampia, che l'immersione nella vita sotterranea dell'istituzione diviene passaggio metodologico decisivo per studiare come le procedure volte a destrutturare il sé delle persone recluse si riproducano nella pratica e divengano violenti automatismi dell'inconscio sociale. In proposito, Goffman descrive lucidamente sia i circuiti di rinforzo e riproduzione, nelle tecniche applicate alla distruzione del sé dell'internata/o, sia le modalità di rimozione delle emozioni provate dai membri dello staff. I due casi speculari di retroazioni (*looping*), in un intreccio di valutazione clinica e di funzionamento disciplinare, sono una essenziale chiave di lettura etnografica.

La parola italiana "circuito" traduce l'espressione inglese *looping* che all'inizio di *Asylums* è usata per indicare come, in modi reiterati e retroattivi, le reazioni difensive dell'internata/o collassano nella situazione.

Il primo fenomeno da considerare è il «circuito»: ciò che provoca una reazione difensiva da parte dell'internato, prende questa stessa reazione come bersaglio del suo attacco successivo. L'individuo prova così che la reazione difensiva agli assalti del sé cui è soggetto, viene divorata dalla situazione: nel senso che egli non può difendersi nel modo abituale, stabilendo una distanza fra sé e la situazione mortificante. (GOFFMAN 1968: 64)

Esposizione del sé, oggettivazione del quadro dei comportamenti difformi, e modi d'interagire delle classificazioni con le persone classificate, tutto ciò fa parte di interazioni caratterizzate da circolarità e ricorsività. Ian Hacking è intervenuto sul problema, tornando a riflettere sui modi sociali di "plasmare le persone" [*Making up people*] e replicando a considerazioni critiche di Lynch, in merito all'uso nominalistico e circoscritto che egli avrebbe fatto della nozione goffmaniana di "looping" (LYNCH 2001).

L'effetto circolare della classificazione sugli esseri umani (HACKING 1995) riguarda i modi in cui le persone che sono classificate (e sono perciò trasformate dall'essere così classificate) possono cambiare i meccanismi di mutamento dei sistemi di classificazione. Nell'approccio che egli chiama nominalismo dinamico (o anche realismo dialettico) non esistono tipi di persone cui vengono attribuite categorie, ma tipi di persone e classificazioni che nascono e si sviluppano insieme. L'espressione *looping effect* ha quindi un significato preciso: «la classificazione cambia le persone, ma le persone modificate fanno sì che le classificazioni stesse vengano ridisegnate» (HACKING 2004: 279). Tuttavia, se oggi Hacking può lavorare sui modi di costruire generi umani, è perché Goffman ha mostrato nel vivo dell'azione sociale i meccanismi operativi in cui alcune istituzioni letteralmente disfanno le persone. Scrive Hacking:

l'idea di looping di Goffman si applica a un fenomeno piuttosto ben compreso dell'interazione faccia a faccia. Il mio, molto meno ben compreso, si applica a un fenomeno del tutto diverso che riguarda la classificazione stessa. Eppure, è molto probabile che il mio tipo di looping, al livello astratto del discorso, funzioni solo a causa dell'effetto di looping concreto di Goffman, al livello interpersonale dell'interazione faccia a faccia. (*ivi*: 299)

Nel suo programma di analisi storico-epistemologica, Hacking considera complementari l'archeologia foucaultiana e la sociologia interpersonale di Goffman, perché ritiene che, da punti di vista diversi, entrambe contribuiscano a comprendere come le classificazioni di generi umani interagiscono con gli individui classificati. Ricorda però alcuni limiti delle due rispettive posizioni: a mancare in Foucault sarebbe «la comprensione di come le forme del discorso diventino parte della vita della gente comune, o anche di come vengano istituzionalizzate e rese parte della struttura delle istituzioni al lavoro» (*ivi*: 278). Nelle sue opere dedicate ai regimi disciplinari (FOUCAULT 1976) sono difficili da trovare soprattutto gli adattamenti secondari, quei saperi minori prodotti dagli internati nei vuoti e negli scarti per “lavorarsi l'istituzione”. In Goffman, invece, a non essere adeguatamente problematizzata sarebbe la questione della genesi delle istituzioni e dei processi di produzione di una seconda natura, sottostante gli stili di pensiero destinati a perpetrarsi.

Per far dialogare i due approcci, Hacking adotta una lettura esistenzialista e sartriana della persona. Quando l'esistenza precede l'essenza, ciò che prenderà forma è esito della responsabilità di scelte in condizioni di incertezza e di incompletezza, nel corso della vita (HACKING 2004: 284); e per questo nel descrivere il *looping effect* particolare attenzione va rivolta alle decisioni delle persone su cosa fare e insieme a chi associarsi. Al momento della scelta, solo alcune condizioni sono percepibili e gli orientamenti risentono della difficile leggibilità dei contesti. Con la comparsa di nuovi modi di agire o aspetti del sé che non soddisfano più i criteri classificatori loro applicati in precedenza, si rende necessario ridefinire le regole descrittive e l'ordinamento dei tipi umani, i quali a loro volta sono intanto cambiati.

Utopie

L'opera sociologica di Goffman è stata introdotta in Francia attraverso la collana *Le sens commun*, diretta da Pierre Bourdieu, per l'Editore Minuit. *Asylums (Asiles)* vi apparve nel 1968, curato e introdotto da Robert Castel, il

quale aveva frequentato gli ospedali psichiatrici francesi sin dagli inizi del movimento e delle esperienze di analisi istituzionale.

Castel ha poi detto di essersi riconosciuto goffmaniano dal versante dell'eredità di Durkheim, apprezzando negli studi del sociologo canadese la capacità di articolare le traiettorie individuali e la natura prosaica del quotidiano dell'istituzione (CASTEL 1989; CASTEL, GARDELLA, SOULOUMIAC 2004). Le persone intente a camminare incessantemente nei cortili, oppure distese sulle panchine del giardino, quelle a testa bassa immerse nei pensieri e nel fumo delle sigarette: sono tra le innumerevoli immagini di quella «molitudine di condotte apparentemente denudate di ogni significato, che [in ospedale] devono essere repertorate così come si presentano, in frammenti spezzati» (CASTEL 1968: 10). Tutto è come se gli strumenti analitici dello scienziato sociale dovessero attingere all'esperienza corporea del controllo disciplinare e riaprire una dolorosa interlocuzione con le tattiche di adattamento apprese personalmente all'interno dell'istituzione totale. Nei riferimenti ad *Asylums* si coglie – in Castel come in Bourdieu – una risonanza fra i gesti ripetuti, la ottusa presenza dei regolamenti e le ripetitive traiettorie biografiche. Ciò accade, ad esempio, nelle pagine di *Esquisse pour une auto-analyse* dove Bourdieu rievoca la vita del collegio in cui ha trascorso l'adolescenza e ha potuto formarsi, suo malgrado, un habitus «orientato verso una visione realistica (flaubertiana) e combattiva dei rapporti sociali» (BOURDIEU 2005: 86-87). Egli ricorda così la funzione strutturante di quegli atti di ribellione contro le regole imposte dall'istituzione. Regole alle quali è riconosciuta l'autorità di “consacrare” le distinzioni socialmente affermate e naturalizzate: quando i corpi assumono proprietà percepite come “indiscutibilmente naturali”, anche se continuano a mantenere una “indiscussa natura sociale”¹³.

In effetti, l'istituzione reale e immaginaria del sociale attraverso la costruzione dei corpi è la posta in gioco del lavoro politico. Da questo versante, una vena utopica permea, a più livelli, il termine latino *asylum* nel quale interagiscono due componenti contraddittorie: il significato etimologico di luogo di accoglienza e protezione per chi vi cerca rifugio; e quello di spazio confinato dove la vita delle persone si svolge sotto una stessa autorità. Al riguardo, nel punto di congiunzione fra l'economia politica e l'utopia della “fabbrica prigione”, Michel Foucault ha riconosciuto un intento comune tra il suo progetto e quello di Goffman.

L'utopia di cui parlo, quella della fabbrica prigione si è realmente realizzata. E non solo nell'industria, ma in tutta una serie di istituzioni che nascevano nella stessa epoca. Istituzioni che in fondo obbedivano agli stessi

principi e agli stessi modelli di funzionamento: istituzioni di tipo pedagogico come le scuole, gli orfanotrofi, i centri di formazione; istituzioni correzionali come la prigione, la casa di correzione; istituzioni al contempo correzionali e terapeutiche come l'ospedale, l'ospedale psichiatrico, tutto quello che gli americani chiamano *asylums* e che un sociologo americano ha analizzato in un libro recente. In questo libro egli ha cercato di analizzare come sono apparsi negli Stati Uniti questi edifici e queste istituzioni che si sono diffusi in tutta la società occidentale. Questa storia si comincia a farla per gli Stati Uniti: bisognerà farla anche per altri paesi, cercando soprattutto di dare la misura della sua importanza, di misurarne la portata politica ed economica. (FOUCAULT 1997: 153)

Tuttavia, mentre Goffman offre una tipologia di specifiche organizzazioni e meccaniche istituzionali, cui riconosce una discontinuità rispetto al resto del sociale, Foucault è piuttosto interessato alla genesi di un nuovo sguardo complessivo e di un nuovo sapere. A essere in causa non è soltanto lo studio della istituzione manicomiale, ma l'anamnesi di un più ampio, irregolare e discontinuo processo di trasformazione del potere, dal dispositivo di sovranità al dispositivo disciplinare¹⁴. Per Foucault la forma comune delle istituzioni prevale sulle differenze di funzione, perché nei progetti di riforma sociale della modernità, l'organizzazione del lavoro è oggetto di ricombinazioni continue, con azioni disciplinari applicate alle abitudini corporee. Lungo questa linea, come sottolinea Bernard E. Harcourt:

l'organizzazione del tempo, la presa sul corpo, il rapporto tra la forma-prigione e la forma-salario del lavoro, sono queste caratteristiche comuni che vanno studiate, e non il fatto di avere o non avere "porte chiuse, alte mura, filo spinato, rocce, corsi d'acqua, foreste o brughiere". La forma comune prevale sulla differenza. Bisogna dunque pensare la reclusione *con*, e non in opposizione alle altre istituzioni sociali ed economiche. (HARCOURT in FOUCAULT 2016: 333)

In Foucault, ciò è maggiormente evidente dai primi anni Settanta, quando nelle Lezioni al Collège de France sul *Il potere psichiatrico* (2004) torna a soffermarsi sull'archivio della follia, allo scopo di superare un triplice errore contenuto in *Folie et déraison*. D'ora in avanti, si occuperà di microfisica del potere invece che di violenza; piuttosto che studiare l'istituzione in quanto tale, seguirà le tracce del fronteggiarsi di forze e di tattiche operanti; anziché descrivere famiglia e apparati di stato, cercherà di muoversi al disotto delle tattiche per verificare gli effetti strategici delle relazioni di potere (FOUCAULT 2004: 24-28).

Quanto aveva creduto di intravedere nella sua prima opera, vale a dire l'affermarsi di saperi e rappresentazioni della follia in un processo di istituzio-

nalizzazione, si configura dunque come un esito congiunturale di sfasature tra modello medico di riferimento e tattiche plurali di aggiramento e controllo. Rispetto agli studi sociologici sulle istituzioni, che pure conosceva e considerava, Foucault pensa infatti il potere non come a una cosa o a un accumulo di potenziale collocato in uno spazio, ma come a una circolazione di azioni su azioni, in una rete di scambi, di punti di appoggio e di scarti, nella “nervatura di prescrizioni” costituita dal manicomio. In questa chiave interpretativa, il manicomio è luogo paradigmatico dove il corpo innervato dell’alienista è impegnato a fronteggiare la forza minacciosa del folle, e il corpo-sapere della psichiatria è al centro di scontri fra opposte volontà (*ivi*: 16). Nel campo di osservazione così ridefinito, seguendo una “analitica del potere” piuttosto che le rappresentazioni della follia, Foucault riconoscerà a un certo punto «un’eterogeneità essenziale tra la reclusione punitiva e la clausura monastica» (FOUCAULT 2016: 110), questione nevralgica a partire dalla quale ricentrare l’intera riflessione sull’assetto delle politiche repressive.

È necessario ricordare questo cambiamento di approccio, se si vuol comprendere l’avvicinamento e lo scambio tra Foucault, la psichiatria democratica, l’antipsichiatria inglese e gli studi socio-psicologici sulla devianza, così come apparirono in *Crimini di pace* di Franco Basaglia e Franca Ongaro Basaglia (1975). *La casa della follia* è il saggio in cui Foucault riorganizza i contenuti del corso al Collège de France del 1973-1974 e parla del processo di depsiichiatriizzazione come possibile esito di due opposte strategie: da un lato, l’intervento secondo una più efficiente medicalizzazione – una “psichiatria di produzione zero” – ottenuta con l’applicazione del modello igienista all’ospedale psichiatrico; dall’altro, la scelta radicale di cancellare il manicomio, facendo in modo che i rapporti tra medico e paziente siano direttamente investiti da tensioni, scarti e conflitti di potere fuori dallo spazio totalizzato dall’istituzione.

Si tratta di rendere il più possibile intensa la manifestazione della pazzia nella sua verità, ma facendo sì che i rapporti di potere tra medico e malato siano esattamente investiti in questa produzione della pazzia, che essi restino adeguati ad essa, che non si lascino superare da essa, e che possano conservarne il controllo. La prima condizione necessaria perché si conservi questo potere medico «depsiichiatriizzato», è la messa al bando di tutti gli effetti propri dello spazio manicomiale. (FOUCAULT 1975: 165)

Come è risultato evidente agli attori del movimento antiistituzionale, l’esigenza di cambiamento richiedeva che alla analitica si affiancasse un attivo impiego di tattiche contro-disciplinari, finalizzate a scardinare i rapporti

fra la classificazione del sapere medico e la tecnologia dell'ospedale. Scelte diverse si sono succedute in tale direzione. All'utopia della medicina ottocentesca, presente alla nascita dell'ospedale psichiatrico, sono seguite le attese di liberazione e di costruzione di relazioni umane che hanno alimentato le esperienze dell'antipsichiatria, in cerca di luoghi al sicuro dalle istituzioni violente e repressive. Il termine asilo riprende così il suo significato originario e nega la presenza della istituzione che rinchioda e aliena la persona dal sé. Come ha ricordato Franca Ongaro Basaglia si tratta però, anche in questo secondo caso, di una proposta destinata ad avere effetti parziali sulla realtà. L'altra utopia pratica è la distruzione dell'ospedale psichiatrico, che si fa carico delle contraddizioni sociali alla base della sua costituzione (ONGARO BASAGLIA 1977: XXIV). Questa scelta, in Italia, ricolloca le questioni impostate da Goffman e da Foucault nella prospettiva di un processo di trasformazione dell'intera società.

Per approntare gli strumenti necessari a problematizzare il rapporto tra follia e istituzione, non è sufficiente conoscere i meccanismi e le funzioni delle pratiche manicomiali. Un fulcro della leva della problematizzazione va riconosciuto nel confronto tra la storia e l'utopia, con aperture all'immaginario, che si autonomizza nella vita dell'istituzione e svolge un duplice compito sia nella alienazione sia nella creazione di nuovi rapporti (CASTORIADIS 2011: 53).

In movimento

In Italia, *Asylums* venne pubblicato nel 1968 con la traduzione e la cura di Franca Ongaro Basaglia¹⁵. Il libro nella collana Nuovo Politecnico per l'editore Giulio Einaudi uscì quasi contemporaneamente a *L'istituzione negata* (BASAGLIA 1968). Forse anche per questo, sembrò per certi versi destinato a incontrare sul proprio cammino le contestazioni al sistema educativo e alla morale borghese, insieme alle lotte per promuovere i diritti sul lavoro e costruire un nuovo sistema di salute pubblica.

Di Goffman, Franca Ongaro Basaglia tradusse per Einaudi anche *Il comportamento in pubblico* (1971), incentrato sulla interazione in luoghi pubblici e sulle logiche sottese alla infrazione delle regole e ai meccanismi di riparazione. Nel 1975 l'articolo *La pazzia del posto* [*The Insanity of Place*] (GOFFMAN 1975) apparve in *Crimini di pace*, il testo a più voci esito delle attività del Centro internazionale di studi e ricerche Critica delle istituzioni di Trieste (BASAGLIA, ONGARO BASAGLIA 1975). Goffman vi analizza una

storia psichiatrica verso l'istituzionalizzazione, guardando soprattutto alle interazioni intra-familiari e agli ostacoli affrontati dai protagonisti. Un paziente e i suoi famigliari sono ritratti mentre si confrontano con il vissuto maniacale e con le conseguenze morali di una lunga serie di scelte difficili. Anche se il sociologo canadese non fa cenno alla dimensione biografica di alcuni risvolti della ricerca, letture successive hanno mostrato la presenza nel testo di riferimenti alla storia psichiatrica di sua moglie Alice, che si tolse la vita nel 1964 (SHALIN 2013). Le rappresentazioni del groviglio di azioni e retroazioni nello spazio ambiguo delle comunicazioni alterate, fanno effettivamente pensare a una diretta implicazione dell'Autore. L'intera vicenda invita a riflettere sul difficile bilanciamento fra la tutela delle persone coinvolte nella ricerca e la necessità di articolare in discorso eventi e traiettorie sfuggenti, senza nascondere il rapporto di co-implicazione fra il ricercatore e i suoi interlocutori nel campo della salute mentale¹⁶.

Durante la sperimentazione di prassi antistituzionali, è stato indispensabile procedere in due direzioni: distruggere i contesti di reclusione e creare spazi dove vivere intensamente e pienamente la situazione di comunicazione, da un preliminare riconoscimento dell'altro. Ricorda Franca Ongaro Basaglia:

In tutti questi anni si è operato su un altro piano, si è cioè usciti dall'interpretazione delle cose per tentare di affrontarle insieme. "Mettere fra parentesi" la malattia voleva dire che non si tentava di interpretarne i significati ma si tentava di vivere la comunicazione e si creavano le condizioni perché questo potesse avvenire. (BASAGLIA *et al.* 1978: 24)

Tali aperture teoriche e metodologiche hanno contribuito a sondare le possibilità di conoscenza e trasformazione implicate in una duplice messa fra parentesi (*epochè*) della follia, attraverso una lettura fenomenologica e una interpretazione socio-pragmatica. L'espressione socio-pragmatica, che qui interessa, indica una caratteristica della critica degli assetti sociali che dal versante politico è fondata sul marxismo, e dal versante della ricerca empirica nelle istituzioni smaschera la negazione dei modi di riconoscersi e di riconoscere la soggettività dei pazienti. Nella prima *epochè* fenomenologica, il riferimento è soprattutto a Binswanger e a Sartre, nella seconda è stata importante l'opera di Goffman.

Lo sfondo culturale di quegli anni è effettivamente sartriano. Nella direzione indicata da Sartre – dalla lettura di *L'essere e il nulla* a quella di *Questions de méthode* in *Critica della ragione dialettica* – si sviluppa la riflessione basagliana sul ruolo dell'intellettuale. Ricordo che *Crimini di pace* si apre

con una conversazione tra Franco Basaglia e Jean Paul Sarte sulla posizione dei tecnici del sapere pratico.

Il libro *I dannati della terra* di Fanon (1961) precipita in questo spazio di confronto, chiamando in causa il problema del posizionamento degli psichiatri rispetto alla violenza perpetrata dai regimi coloniali e il ruolo degli intellettuali nelle lotte di liberazione, laddove massimo è lo sfruttamento e intollerabili sono l'espropriazione e la spoliazione. Basaglia e Ongaro Basaglia possono scrivere che quando l'esclusione è parte di un processo di proiezione ed oggettivazione nell'altro di ciò che si rifiuta in sé (BASAGLIA 1967: 263) esperienze diverse parlano tutte lo stesso linguaggio, perché tutte fanno riferimento allo stesso fenomeno.

De-istituzionalizzare e creare condizioni affinché siano possibili relazioni umane di reciproco riconoscimento sono due processi interconnessi. Nel tentativo di intervenire sulla riproduzione della violenza istituzionale, ha avuto particolare rilievo la riflessione sulle contraddizioni aperte dall'essere intellettuali tecnici della repressione, impostata in termini gramsciani, e sulle insidie implicate nell'adottare il concetto di "devianza" nel quadro di una ideologia di ricambio (BASAGLIA, ONGARO BASAGLIA 1971). In tal senso va interpretato il riferimento al punto limite della violenza istituzionale, proprio mentre l'impegno era maggiormente rivolto all'ascolto della sofferenza e a promuovere percorsi intersoggettivi volti a un suo superamento. Non a caso, Basaglia in più occasioni, citando *Se questo è un uomo* di Primo Levi, ha ricordato che nelle condizioni limite della istituzione totale «accade facilmente a chi ha perso tutto, di perdere se stesso» (BASAGLIA, ONGARO BASAGLIA 1966). Non stupisce che nella denuncia della violenza istituzionale una parte del confronto politico-culturale abbia riguardato l'accostamento tra manicomio e campi di concentramento nazisti. Ci si è interrogati sulla correttezza di questa comparazione, molto influente nella sfera della pubblica opinione (FOOT 2014: 80), e lo stesso Primo Levi sollevò dubbi in proposito, elencando differenze e confini invalicabili tra i due fenomeni storici. In *Esperimento Auschwitz* Massimo Bucciantini (2008) ricostruisce le coordinate della questione. Il paragone aveva però avuto notevole clamore soprattutto perché l'allora Ministro della Sanità Luigi Mariotti lo aveva fatto proprio in una denuncia delle condizioni intollerabili dei manicomi italiani seguita dall'annuncio di un progetto di riforma della arcaica legge del 1904. Angelo Del Boca (1966) quasi in tempo reale lo aveva accolto e rilanciato nella sua inchiesta *Manicomi come lager*¹⁷.

Mutamento sociale e critica dell'istituzione

Le traduzioni italiane degli scritti di Goffman si sono allineate lungo un itinerario che va dal 1961 al 1969, con successivi sviluppi politico-culturali, sino alla fine degli anni Settanta. Nel 1977, Mario Tommasini introducendo la riedizione di *Che cos'è la psichiatria* (TOMMASINI 1977) scandisce alcuni passaggi del processo di trasformazione sociale avvenuto in quegli anni: le manifestazioni operaie e gli scontri di piazza a Genova che nel 1961 costrinsero alle dimissioni il governo Tambroni, i successivi governi di centro-sinistra e la stagione delle lotte per il diritto al lavoro e per la riforma del sistema sociosanitario, il movimento studentesco del '68¹⁸. Com'è noto, l'inizio dell'esperienza anti-manicomiale coincise con la presa d'atto di dover agire in una realtà arretrata, segnata dal riduzionismo di una psichiatria biologica di matrice evoluzionista. Le alternative potevano essere appena percepite, perlopiù guardando lontano ai paesi del capitalismo avanzato, come gli Stati Uniti¹⁹.

Sin dalle prime fasi, fu il tema della devianza a definire il terreno della discussione sulla funzione delle scienze sociali nel più ampio panorama delle scienze umane, un campo interdisciplinare in profondo rinnovamento²⁰. Il dibattito sui meccanismi di controllo sociale nella società industriale di massa trasse beneficio da ambiti d'indagine dove l'infrazione alla regola è il focus strategico, al fine di svelare l'ordine morale vigente e studiare i processi di *labelling* (MATZA 1976; SCHEFF 1975). Com'è noto, oltre a Goffman, è soprattutto Lemert a comparire nelle raccolte dei goriziani (LEMERT 1971), Becker verrà pubblicato anni dopo (BECKER 1987).

Tutto ciò sta a ricordare come in Italia la tematica goffmaniana si sia arricchita dal versante delle esperienze esistenziali dentro e fuori l'istituzione, oltre il perimetro della comunicazione in contesti familiari e delle interazioni faccia-a-faccia. Il tema della follia è infatti inseparabile dai più generali processi di cambiamento culturale e di partecipazione sociale.

In tale cornice, illuminante è un intervento di Tullio Seppilli del 16 settembre 1973 al "Convegno europeo sulla Devianza e il Controllo sociale" organizzato dal European Group for the Study of Deviance and Social Control (Impruneta, Firenze). Nella sua relazione introduttiva alla sessione speciale dedicata al movimento antistituzionale in psichiatria²¹, Seppilli riconoscendo l'importanza del lavoro di Goffman sulle istituzioni totali sottolineava tre originali contributi di analisi critica, maturati nel movimento italiano.

Prima di tutto, in *Asylums* non vi sono riferimenti a una possibile presa di coscienza collettiva e trasversale dei diversi attori istituzionali, mentre l'esperienza italiana della lotta antimanicomiale ha mostrato la praticabilità di tale opzione. È lo svolgimento delle iniziative di discussione democratica e di trasformazione pratica ad aver svelato progressivamente quali meccanismi politici e culturali, con le loro specifiche contraddizioni, possano avere maggior ricaduta sociale in una prospettiva di liberazione. Meccanismi opachi o invisibili ad un approccio che si limitasse alla sola ricostruzione del funzionamento interno del manicomio. E ciò ha richiesto di accompagnare l'azione con una attenta analisi del rapporto fra disturbo mentale e contesto sociale, in senso ampio, oltre le forme di risposta subalterna degli internati, circoscritte al solo adattamento primario e secondario.

Un secondo aspetto dell'esperienza italiana, rimasto in ombra nel libro di Goffman, riguarda lo studio delle connessioni tra la logica disciplinare dell'istituzione totale e la logica più generale, autoritaria e alienante del complessivo sistema sociale. Esistono dispositivi finalizzati scientificamente a mettere in discussione e screditare il sé, sino ad annullarlo, ma il processo di alienazione intrapreso attraverso le procedure istituzionali include orientamenti ideologici e metodi appartenenti a un complessivo progetto di controllo esercitato sugli individui e sui loro comportamenti (SEPPILLI, GUAITINI 2008: 700).

Seppilli richiama in terzo luogo l'attenzione su come l'esperienza di lotta antiistituzionale abbia evidenziato un limite teorico e pratico nella scelta fatta da Goffman di considerare lo staff come un gruppo sostanzialmente omogeneo, occupandosi quasi esclusivamente di "ruoli di controllo delegato dal potere". Presa di coscienza e posizione sociale sono qualità dei processi politici difficili da riconoscere nelle azioni dei protagonisti di *Asylums*²²; nella prassi di cambiamento delle istituzioni mediche e psichiatriche, invece, è emerso come le soggettività, le posizioni gerarchiche e le forze in gioco fossero diverse e talvolta fra loro contraddittorie, nel farsi e disfarsi delle istituzioni. In altri termini, i lavoratori nelle istituzioni totali sono apparsi come parte di un aggregato eterogeneo con interessi, saperi e modi di posizionarsi altamente differenziati e caratterizzati sia da resistenze corporative sia da capacità trasformatrici.

In sintesi, nel corso di un decennio, in Italia si sviluppano nuove letture dei processi storici di formazione e di superamento delle istituzioni, riconducibili ad una visione storica e processuale, maturata nella sperimentazione di una peculiare combinazione di potere popolare locale, democrazia parte-

cipativa e concrete pratiche di riorganizzazione dei servizi. In definitiva, lo sguardo sulle istituzioni totali si è precisato mentre si discuteva dell'assetto complessivo del Paese, cercando di elaborare una visione d'insieme del controllo sociale, della marginalità e della devianza.

È dunque particolarmente importante riconoscere la rilevanza del panorama culturale in cui si inserirono le opere degli anni Sessanta sulla violenza istituzionale, quando in Italia analisi della società e impegno per il cambiamento dei rapporti umani hanno incontrato la follia nei luoghi in cui questa è stata identificata, reclusa, trattata. Il terreno in cui questo incontro si è verificato è stato circoscritto e alimentato da libri sorti da progetti differenti, in paesi e contesti diversi, che sono poi transitati in storie specifiche. Tutti hanno però intessuto dialoghi prolungati in un complesso campo di pratiche e di esperienze.

Conclusione

Il caso italiano, come si è visto, ha una sua unicità, ma ripercorrerlo ha una valenza generale. Potremmo dire che il lavoro di critica e trasformazione delle istituzioni poneva problemi inaspettati alla analisi. Tutto ciò, mentre la sperimentazione di nuovi saperi nella pratica procedeva e nuove conoscenze offrivano opportunità di porsi nuovi interrogativi e letture alternative. Anche per questo motivo, nel disegnare i lineamenti del concetto di problematizzazione, Michel Foucault (1982) si è riferito in varie occasioni al movimento italiano di critica alla psichiatria. Il suo era un chiaro invito a non dimenticare come nei paesi in cui i manicomi sono stati chiusi, si ripresentano continuamente nuovi problemi. Intendeva ricordare come nella pratica le istanze di cambiamento si siano scontrate in una prima fase con il pericolo principale costituito dal manicomio: altri pericoli si manifestano in diverse fasi storiche. Per decifrarli, ricerche genealogiche e "rovesciamento pratico" delle istituzioni manicomiali devono operare dialetticamente sul presente (DI VITTORIO 1999), lottando contro la violenza e la reificazione delle relazioni di cura.

Oggi contando su questa eredità guardiamo con rinnovata attenzione alla genealogia delle pratiche senza discorso operanti nelle totalizzazioni dello spazio istituzionale, provando a esercitare il pensiero su problemi concreti per determinare quale sia il pericolo maggiore e farne la diagnosi (STEN- GERS 2019). Consapevoli che nella problematizzazione non va cercata la rappresentazione di un oggetto preesistente, ma la «totalità delle pratiche

discorsive e non discorsive che introduce qualcosa nel gioco della verità e della menzogna e lo configura come oggetto per la mente» (CASTEL 1984: 237-238).

I conflitti in atto oggi sono lì a ricordarci che quando un cambiamento storico e culturale è profondo, gli assetti disciplinari vengono scossi e tendono a riconfigurarsi in modi contraddittori e talvolta imprevedibili. Tutto ciò oggi fa pensare che le opere come *Asylums* e il lavoro di Autori come Goffman possano essere dei punti di riferimento per lavorare con rigore e impegno alla individuazione del “pericolo maggiore”, e sia possibile accogliere la sfida di una eredità che è vivente, proprio perché nel confronto con i problemi, ci tiene in posizioni scomode e in disequilibrio, come esigenza epistemologica, etica e politica.

Note

⁽¹⁾ Il tema era stato esplorato da Goffman sin dalla sua ricerca di dottorato svolta nelle Isole Shetland (GOFFMAN 1969).

⁽²⁾ La chiave di lettura della intercorporeità ha permesso di dare risalto alla qualità incarnata delle interazioni nel paradigma istituzionale delimitato da Goffman (CROSSLEY 1995; SHILLING 2005).

⁽³⁾ In controtuce appare un interesse per la marginalità. In due riferimenti a casi etnografici del Saint Elizabeth's Hospital e delle Shetland, Goffman ricorda come siano le classi povere a rivelarsi resilienti e a cavarsela meglio, per aver vissuto da sempre tra “famiglie disfunzionali” e circuito istituzionale.

⁽⁴⁾ Significativo è il riferimento a Szasz, concernente la professione dello psichiatra, prima che si definisca una “immagine di gruppo” della nascente antipsichiatria. Ricordo che nel 1961 *Il mito della malattia mentale* di Szasz appare come un testo costruttivista e radicale, incentrato sulla produzione della conoscenza della psichiatria e sulla inconsistenza di numerosi concetti (SZASZ 1961).

⁽⁵⁾ Una descrizione particolarmente efficace riguarda le sigarette come sistema di scambio non ufficiale, che integra la scarsa circolazione monetaria (GOFFMAN 1968: 290-292).

⁽⁶⁾ A questo riguardo, cruciale per capire il lavoro degli anni seguenti sui “rituali del sé” dentro le istituzioni è il saggio sulla *natura della deferenza e del contegno* pubblicato in origine nel 1956 in “American Anthropologist” (GOFFMAN 1956).

⁽⁷⁾ In questo, Goffman è in linea con la tradizione della scuola di Chicago, da Park a Hughes, da cui proveniva. Sul dialogo tra Goffman e il suo maestro Everett C. Hughes sulle scelte prospettiche e terminologiche in *Asylums*: HUGHES 2010, VIENNE 2020.

⁽⁸⁾ Difficile è restituire ciò che gli attori fanno con grande maestria pratica, ma senza linguaggio disponibile e applicando automatismi, sebbene le regole siano scrupolosamente seguite e possano divenire argomento di *accountability*, soprattutto nelle situazioni potenzialmente imbarazzanti. In quest'area è presente il riferimento agli atti mancati e alla psicopatologia quotidiana di Freud.

⁽⁹⁾ Sulla innovatività della visione di Goffman rispetto ai temi della antropologia psicologica coeva vedi Bock 1988.

⁽¹⁰⁾ La presenza di termini del gergo degli attori sociali si combina con la propensione di Goffman per un linguaggio dissacrante e sarcastico. Tale attitudine ha innescato vivaci confronti con i colleghi, come nell'animata discussione con Margaret Mead riportata negli annali della Josiah Macy Jr Foundation (WINKIN 1999: 26).

⁽¹¹⁾ Di ritorno dalle Isole Shetland, Goffman scrisse la sua tesi di dottorato a Parigi, entrando in contatto con l'esistenzialismo (MANNING 2007).

⁽¹²⁾ Interpretazione corroborata dalla vena ironica con cui Bourdieu (1998: 91) riprende la celebre descrizione del cameriere di caffè in *L'essere e il nulla* di Sartre: un documento antropologico costituito da una sorta di chimera, corpo di cameriere e testa di filosofo.

⁽¹³⁾ Sono gli "atti di istituzione" che stabiliscono una differenza permanente tra chi è fuori – «insieme nascosto in rapporto al quale si definisce il gruppo istituito» (BOURDIEU 1988: 98) – e i diretti interessati al rito-istituzione.

⁽¹⁴⁾ L'itinerario inizia con la storia della follia e prosegue nei corsi al Collège de France su *Teorie e istituzioni penali* nel 1971-1972, *La società punitiva* nel 1972-1973 e poi nel 1973-1974 *Il potere psichiatrico*. Nel 1975 esce *Sorvegliare e punire* (FOUCAULT 1976). Dei primi anni Settanta è l'impegno con il GIP. Su Foucault durante il Sessantotto e gli anni della contestazione si veda ERIBON 2021 e la *Nota dei curatori* François EWALD e Bernard E. HARCOURT in FOUCAULT 2019.

⁽¹⁵⁾ Il capitolo *La carriera morale del malato mentale* era già comparso un anno prima in *Che cos'è la psichiatria* (BASAGLIA 1967), con un commento di Franca Ongaro Basaglia.

⁽¹⁶⁾ Da questa prospettiva, la proposta di Shalin (2013) appare limitata nel ricondurre alla biografia di Goffman alcuni passaggi della sua ricerca. Questo tipo di approccio è discutibile nel campo della salute mentale. Sembra infatti procedere nella direzione opposta a quella altrimenti percorribile, seguendo Goffman, che consiste nel de-psicologizzare le situazioni oggetto di studio socioculturale.

⁽¹⁷⁾ Goffman ha usato testimonianze sull'universo concentrazionario della Germania nazista – Bettelheim in primo luogo –, nel suo archivio di diari e resoconti di violenza istituzionale. Va precisato che la sovrapposizione tra "campo" e "manicomio", prestatasi in seguito a diversi malintesi, non corrisponde ai primi impieghi della nozione di istituzione totale nella psicologia sociale dei campi di concentramento di Andrea Devoto (1962). Babini parla di un uso pionieristico di *Asylums* da parte di Devoto a Firenze nella "Rivista di Psicologia Sociale e archivio italiano di psicologia generale e del lavoro" (BABINI 2009).

⁽¹⁸⁾ Eventi e transizioni cui andrebbero aggiunti la crisi economica e il referendum sul divorzio, il compromesso storico, gli anni di piombo e i governi di solidarietà nazionale, per giungere al 1978, anno di approvazione della legge 180 e della legge 833 di istituzione del sistema sanitario nazionale.

⁽¹⁹⁾ Nel 1963 gli Stati Uniti promulgano la legge Kennedy, tentativo di riforma del sistema di assistenza psichiatrica che esternalizzava e socializzava funzioni di controllo prima detenute quasi esclusivamente dal sistema manicomiale. Cfr. RAMON, GIANNICHELLA 1988.

⁽²⁰⁾ Il campo della “psichiatria sociale” di quegli anni in Italia è puntualmente descritto nell’ampia introduzione di Giovanni Jervis al volume *Malattia mentale e classi sociali* di Hollingshead e Redlich uscito per Giulio Einaudi nel 1965 (JERVIS 1965). Un importante lavoro di aggiornamento editoriale centrato sui saperi e sulle tecniche della psicoterapia è condotto negli stessi anni da Pier Francesco Galli (BABINI 2009: 232-238).

⁽²¹⁾ Questa ricostruzione è basata su una parte della «preziosa deregistrazione dattiloscritta e “non corretta” (a cura del Centro traduzioni e servizi di congresso, Firenze)» (SEPPILLI 2014: 19) recuperata da Seppilli e Giacanelli e contenente gli interventi di Franco Basaglia, Giovanni Jervis, Agostino Pirella, Francesco Sediari, Ferruccio Giacanelli, Francesco Scotti e Tullio Seppilli.

⁽²²⁾ L’argomento è ripreso da Tamar Pitch secondo cui l’assenza di prospettiva culturale e più in generale della storia, non consente di pensare alternative. In Goffman e in altri sociologi statunitensi coevi Pitch vede «il mondo di un eterno oggi, di scambi continui faccia-a-faccia, la cui origine non è esaminata e il cui cambiamento o superamento non è nemmeno ipotizzabile, non esistendo una realtà esterna sganciata dalla situazione immediata. [...] Nessuna risposta collettiva è possibile, laddove, in un mondo completamente astorico, non si scorge alcuna fonte di alternative culturale» (PITCH 1975: 136).

Bibliografia

- ATKINSON P. (1989), *Goffman's Poetics*, “Human Studies”, Vol. 12(1-2): 59-76.
- BABINI V. P. (2009), *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, Il Mulino, Bologna.
- BASAGLIA F. (a cura di) (1967), *Che cos'è la psichiatria*, Amministrazione Provinciale di Parma, Parma.
- BASAGLIA F. (a cura di) (1968), *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Einaudi, Torino.
- BASAGLIA F., ONGARO BASAGLIA F. (1966), *Un problema di psichiatria istituzionale. L'esclusione come categoria socio-psichiatrica*, “Rivista Sperimentale di Freniatria”, Vol. 90(6): 1484-1503.
- BASAGLIA F., ONGARO BASAGLIA F. (a cura di) (1971), *La maggioranza deviante*, Einaudi, Torino.
- BASAGLIA F., ONGARO BASAGLIA F. (a cura di) (1975), *Crimini di pace. Ricerche sugli intellettuali e sui tecnici come addetti all'oppressione*, Einaudi, Torino.

- BASAGLIA F., ONGARO BASAGLIA F., PIRELLA A., TAVERNA S. (1978), *La nave che affonda*, Savelli, Roma.
- BATESON G. (a cura di) (1961), *Perceval's Narrative: A Patient's Account of His Psychosis, 1830-1832*, Stanford University Press, Redwood City CA.
- BECKER H.S. (1987 [1963]), *Outsiders. Saggi di sociologia della devianza*, Edizioni Gruppo Abele, Torino.
- BECKER H.S. (2003), *The Politics of Presentation: Goffman and Total Institutions*, "Symbolic Interaction", Vol. 26(4): 659-669.
- BOCK P.K. (1988), *The Importance of Erving Goffman to Psychological Anthropology*, "Ethos", Vol. 16(1): 3-20.
- BOLTANSKI L. (1973), *Erving Goffman et le temps du soupçon: a propos de la publication en français de La representation de soi dans la vie quotidienne*, "Social Science Information", 12: 127-147.
- BOURDIEU P. (1988 [1982]), *La parola e il potere. L'economia degli scambi linguistici*, Guida, Napoli.
- BOURDIEU P. (1998 [1997]), *Meditazioni pascaliane*, Feltrinelli, Milano.
- BOURDIEU P. (2005 [2004]), *Questa non è un'autobiografia. Elementi per un'autoanalisi*, Il Mulino, Bologna.
- BUCCIANINI M. (2008), *Esperimento Auschwitz*, Einaudi, Torino.
- CASTEL R. (1968), *Préface*, pp. 7-35, in GOFFMAN F., *Asiles*, Minuit, Paris.
- CASTEL R. (1984), *Problematization as a Mode of Reading History*, pp. 237-252, in GOLDSTEIN J. (a cura di), *Foucault and the Writing of History*, Blackwell, Oxford.
- CASTEL R. (1989), *Institutions totales et configurations ponctuelles*, pp. 31-43, in JOSEPH I., CASTEL R., QUERE L. et al. *Le parler frais d'Erving Goffman*, Éditions de Minuit, Paris.
- CASTEL R. (1995), *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Gallimard, Paris.
- CASTEL R., GARDELLA E., SOULOUMIAC J. (2004), *Entretien avec Robert Castel*, "Tracés. Revue de Sciences Humaines", 6: 103-112.
- CASTORIADIS C. (2011 [1975]), *L'enigma del soggetto. L'immaginario e le istituzioni*, Edizioni Dedalo, Bari.
- CROSSLEY N. (1995), *Body Techniques, Agency and Intercorporeality: On Goffman's Relations in Public*, "Sociology", Vol. 29(1): 133-149.
- DAL LAGO A. (1994), *Prefazione*, pp. 8-25, in GOFFMAN E. *Asylums*, Einaudi, Torino.
- DAVIES C. (1989), *Goffman's Concept of the Total Institution: Criticisms and Revisions*, "Human Studies", Vol. 12(1-2): 77-95.
- DEL BOCA A. (1966), *Manicomi come lager*, Edizioni dell'Albero, Torino.
- DE MARTINO E. (1961), *La terra del rimorso. Contributo a una storia religiosa del sud*, Il Saggiatore, Milano.
- DEVEREUX G. (1961), *Mohave Ethnopsychiatry and Suicide: The Psychiatric Knowledge and the Psychic Disturbances of an Indian Tribe*, The Smithsonian Institution, Washington D.C.
- DEVOTO A. (1962), *Psicologia e psicopatologia del "Lager" nazista*, "Rivista di Psicologia Sociale", Vol. 11(2): 163-168.

- DI VITTORIO P. (1999), *Foucault e Basaglia. L'incontro di genealogie e movimenti di base*, Ombre Corte, Verona.
- ERIBON D. (2021 [1989]), *Michel Foucault. Il filosofo del secolo. Una biografia*, Feltrinelli, Milano.
- FANON F. (1961), *Les damnés de la Terre*, Éditions Maspéro, Paris.
- FINE G.A., MARTIN D.D. (1990), *A Partisan View. Sarcasm, Satire, and Irony as Voices in Erving Goffman's Asylums*, "Journal of Contemporary Ethnography", Vol. 19(1): 89-115.
- FOOT J. (2014), *La "Repubblica dei matti". Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1978*, Feltrinelli, Milano.
- FOUCAULT M. (1961), *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*, Plon, Paris.
- FOUCAULT M. (1975), *La casa della follia*, pp. 151-169, in BASAGLIA F., ONGARO BASAGLIA F. (a cura di), *Crimini di pace. Ricerche sugli intellettuali e sui tecnici come custodi di istituzioni violente*, Einaudi, Torino.
- FOUCAULT M. (1976 [1975]), *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Einaudi, Torino.
- FOUCAULT M. (1982), *On the Genealogy of Ethics: An Overview of Work in Progress*, in DREYFUS H.L., RABINOW P. (a cura di), *Michel Foucault: Beyond Structuralism and Hermeneutics*, The University of Chicago Press, Chicago.
- FOUCAULT M. (1997 [1994]), *La verità e le forme giuridiche*, pp. 83-165, in FOUCAULT F., *Archivio Foucault 2. 1971-1977*, Feltrinelli, Milano.
- FOUCAULT M. (2004 [2003]), *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France (1973-1974)*, Feltrinelli, Milano.
- FOUCAULT M. (2016 [2013]), *La società punitiva. Corso al Collège de France (1972-1973)*, Feltrinelli, Milano.
- FOUCAULT M. (2019 [2015]), *Teorie e istituzioni penali. Corso al Collège de France (1971-1972)*, Feltrinelli, Milano.
- GIGLIOLI P.P. (1969), *Introduzione all'edizione italiana*, pp. IX-XXXVII, in GOFFMAN E., *La vita quotidiana come rappresentazione*, Il Mulino, Bologna.
- GIGLIOLI P.P. (1990), *Rituale, interazione, vita quotidiana. Saggi su Goffman e Garfinkel*, Clueb, Bologna.
- GOFFMAN E. (1956), *The Nature of Deference and Demeanor*, "American Anthropologist", Vol. 58(3): 473-502.
- GOFFMAN E. (1961), *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, Anchor Books, New York.
- GOFFMAN E. (1968 [1961]), *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino.
- GOFFMAN E. (1969 [1959]), *La vita quotidiana come rappresentazione*, Il Mulino, Bologna.
- GOFFMAN E. (1971 [1963]), *Il comportamento in pubblico*, Einaudi, Torino.
- GOFFMAN E. (1975 [1969]), *La pazzia del posto*, pp. 365-424, in BASAGLIA F., ONGARO BASAGLIA F. (a cura di), *Crimini di pace. Ricerche sugli intellettuali e sui tecnici come addetti all'oppressione*, Einaudi, Torino.
- GOFFMAN E. (1989), *On Fieldwork*, "Journal of Contemporary Ethnography", Vol. 18(2): 123-132.

- HACKING I. (1995), *The Looping Effects of Human Kinds*, pp. 351-394, in SPERBER D., PREMACK D., PREMACK A. J. (a cura di), *Causal Cognition: A Multidisciplinary Debate*, Clarendon Press - Oxford University Press, Oxford.
- HACKING I. (2004), *Between Michel Foucault and Erving Goffman: between discourse in the abstract and face-to-face interaction*, "Economy and Society", Vol. 33(3): 277-302.
- HUGHES E. C. (2010), *Memorandum on Total Institutions*, "Sociologica", 2.
- JACOBSEN M.H. (a cura di) (2010), *The Contemporary Goffman*, Routledge, London-New York.
- JERVIS G. (1965), *Introduzione*, pp. XI-LV, in HOLLINGSHEAD A.B., REDLICH F.C., *Classi sociali e malattie mentali*, Einaudi, Torino.
- LAING R.D. (1961 [1959]), *L'io e gli altri. Psicopatologia dei processi interattivi*, Sansoni, Firenze.
- LAING R.D. (1959 [1955]), *The Divided Self*, Tavistock, London.
- LEMERT E. (1971 [1967]), *La paranoia e la dinamica dell'esclusione*, pp. 39-66, in BASAGLIA F., ONGARO BASAGLIA F. (a cura di), *La maggioranza deviante*, Einaudi, Torino.
- LYNCH M. (2001), *The Contingencies of Social Construction*, "Economy and Society", Vol. 30(2): 240-254.
- MANNING P. (2007 [1992]), *Erving Goffman and Modern Sociology*, Polity Press, Cambridge.
- MATZA D. (1976 [1969]), *Come si diventa devianti*, Il Mulino, Bologna.
- ONGARO BASAGLIA F. (1977), *Prefazione*, pp. XXI-XXIV, in ROBINSON P., *Asylum. Un film su una comunità psichiatrica di R.D. Laing*, Einaudi, Torino.
- PERRY N. (1974), *The Two Cultures and the Total Institution*, "The British Journal of Sociology", Vol. 25(3): 345-355.
- PITCH T. (1975), *La devianza*, La Nuova Italia, Firenze.
- RABINOW P. (2008 [2003]), *Pensare cose umane*, Meltemi, Roma.
- RAMON S., GIANNICCHEDDA M. G. (1988), *Psychiatry in Transition: British and Italian Experiences*, Pluto Press, London.
- RAWLS A.W. (1984), *Interaction as a Resource for Epistemological Critique: Goffman and Sartre*, "Sociological Theory", Vol. 2: 222-252.
- SCHEFF T.J. (1975 [1966]), *Per infermità mentale. Una teoria sociale della follia*, Feltrinelli, Milano.
- SCHEFF T.J. (2006), *Goffman Unbound. A New Paradigm for Social Science*, Routledge, London - New York.
- SCOTT S. (2011), *Total Institutions and Reinvented Identities*, Palgrave Macmillan, London-New York.
- SEPPILLI T. (2014), *Quadro introduttivo*, pp. 15-24, in GIACANELLI F., *Nascita del movimento antimanicomiale umbro*, Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute, Perugia.
- SEPPILLI T., GUAITINI G. (2008 [1973]), *Stato della ricerca sul controllo sociale e sulla devianza in Italia nel Secondo dopoguerra (1945-1973)*, pp. 681-702, I, in SEPPILLI T., *Scritti di antropologia culturale*, MINELLI M., PAPA C. (a cura di), 2 voll., Olschki Editore, Firenze.
- SHALIN D.N. (2013), *Goffman on Mental Illness: Asylums and 'The Insanity of Place' Revisited*, "Symbolic Interaction", Vol. 37(1): 122-144.
- SHILLING C. (2005), *The Body in Culture, Technology and Society*, Sage, London - Thousand Oaks - New Delhi.

- SMITH G. (a cura di) (1999), *Goffman and Social Organisation Studies in a Sociological Legacy*, Routledge, London - New York.
- SMITH G. (2006), *Erving Goffman*, Routledge, London - New York.
- STENGERS I. (2019), *Putting Problematization to the Test of Our Present*, "Theory, Culture & Society", Vol. 38(2): 71-92.
- SZASZ T. (1961), *The Myth of Mental Illness. Foundation of a Theory of Personal Conduct*, Harper and Row, New York.
- TOMMASINI M. (1977), *Prefazione*, pp. VII-XII, in BASAGLIA F. (a cura di), *Che cos'è la psichiatria*, Einaudi, Torino.
- TREVIÑO J.A. (a cura di) (2003), *Goffman's Legacy*, Rowman & Littlefield Publishers, Lanham, Maryland.
- VIENNE P. (2010), *The Enigma of the Total Institution. Rethinking the Hughes-Goffman Intellectual Relationship*, "Sociologica", 2: 1-30.
- WINKIN Y. (1999), *Erving Goffman: What Is a life? The Uneasy Making of an Intellectual Biography*, pp. 19-41, in SMITH G. (a cura di), *Goffman and Social Organisation Studies in a Sociological Legacy*, Routledge, London.

Scheda sull'Autore

Massimiliano Minelli è professore associato presso l'Università degli Studi di Perugia dove insegna Etnopsichiatria e Metodologia della ricerca etnografica. Nel 2001 ha conseguito il dottorato di ricerca in "Metodologie della ricerca etnoantropologica" presso l'Università degli studi di Siena. È membro del Consiglio direttivo della Società italiana di antropologia medica (SIAM) e del Comitato di redazione di "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica". I suoi principali interessi riguardano il rapporto fra dinamiche culturali, forme di disturbo psichico, risorse comunitarie e azioni collettive nel campo della salute mentale. Su questi temi svolge attività di ricerca sul campo in Italia e in Brasile.

Riassunto

Asylum 61. Follia, istituzioni, scritture

In questo articolo propongo una rilettura del testo *Asylums* di Erving Goffman (1961), riprendendo alcuni interrogativi emersi durante le lotte contro la violenza istituzionale. L'obiettivo è considerare una serie di scritti dedicati alla follia e agli ospedali psichiatrici, pubblicati negli anni Sessanta e Settanta, al fine di ripensare la negazione della violenza istituzionale e contribuire a una problematizzazione del presente. In particolare, le analisi critiche prodotte all'interno del movimento italiano per la riforma psichiatrica permettono di sviluppare nuove linee di ricerca sulle odierne classificazioni diagnostiche, gli effetti *looping* dei "generi umani" e pratiche di controllo sociale ancora operanti.

Parole chiave: asylum, Goffman, follia, istituzione totale, deistituzionalizzazione, looping effect, antipsichiatria

Resumen

Asylum 61. Locura, instituciones, escrituras

Este artículo propone una lectura del libro *Asylums* (1961) de Erving Goffman, abordando algunas cuestiones que surgieron durante las luchas contra la violencia institucional. El objetivo es considerar un conjunto de escritos dedicados a la locura y los hospitales psiquiátricos, publicados en las décadas de 1960 y 1970, para repensar la negación de la violencia institucional y contribuir a una problematización del presente. En particular, el análisis crítico, producido dentro del movimiento italiano para la reforma psiquiátrica, nos permiten desarrollar nuevas líneas de investigación, sobre clasificaciones diagnósticas, sobre efectos de *looping* de “tipos humanos” y sobre las prácticas persistentes de control social.

Palabras clave: asylum, Goffman, locura, institución total, desinstitucionalización, looping effect, antipsiquiatría

Résumé

Asylum 61. Folie, institutions, écritures

L'article propose une relecture du livre *Asylums* d'Erving Goffman (1961), en reprenant certaines questions qui ont émergé lors des luttes contre la violence institutionnelle. L'objectif est de considérer un ensemble d'écrits consacrés à la folie et aux hôpitaux psychiatriques, publiés dans les années 1960 et 1970, pour repenser le déni de la violence institutionnelle et contribuer à une problématisation du présent. En particulier, les analyses critiques produites au sein du mouvement italien de réforme psychiatrique permettent de développer de nouvelles pistes de recherche, concernant les classifications diagnostiques, les effets de *looping* des « genres humains » et les pratiques de contrôle social encore à l'œuvre.

Mots-clés: asylum, Goffman, folie, institution total, des institutionalisation, looping effect, antipsychiatrie

La grande festa e i Movimenti religiosi, una prospettiva materialista nell'antropologia religiosa

Pino Schirripa

La Sapienza Università di Roma
[pino.schirripa@uniroma1.it]

Abstract

The Great Feast and The Religion of the Oppressed, a Materialist Perspective in the Anthropology of Religions

The text analyses Lanternari's two volumes published in 1959 and 1960. After situating the theoretical perspective of the Italian scholar in the context of the tradition of studies tracing back to Pettazzoni, it illustrates the intense relationship he had with Ernesto de Martino, whose influence is evident in the two volumes. The analysis of the two texts aims to show how Lanternari participated in an original way in the renewal of Italian anthropology. This is evident both for the new analytical perspective that emerges in *La grande festa*, and for the theme of millenarianism, at the centre of the volume on religious movements, seen in its anti-colonial function. This is certainly a new theme in the Italian context. The thesis is that, through the two volumes and especially the first, Lanternari has constructed a religious anthropology of a materialist stance. This becomes explicit, even in the words of the author, with the re-edition of *La grande festa* in 1976.

Keywords: Religious anthropology, historical materialism, de Martino

Due volumi all'alba del decennio

Tra il 1959 e il 1960 Vittorio Lanternari pubblica due importanti volumi frutto di un lavoro che lo ha impegnato nel decennio precedente: *La grande festa* e *Movimenti religiosi di libertà e di salvezza dei popoli oppressi*.

Si tratta di due lavori dall'ampio respiro comparativo in cui, per molti versi, l'allora giovane antropologo italiano sembra rinunciare a uno dei canoni metodologici di quello che lui stesso ha definito, a più riprese, se non il suo maestro, il suo punto di riferimento: Raffaele Pettazzoni¹.

Infatti, secondo lo storico delle religioni, fondatore della scuola romana, in polemica con le comparazioni generalizzanti che dominavano lo scenario degli studi di carattere storico-religioso in quegli anni, la comparazione aveva senso e utilità solo se potesse essere in grado di rendere evidente la specificità e la peculiarità di un dato contesto nella sua processualità storica e dinamica sociale. Ogni *phainomenon* è un *genomenon*: per tale prospettiva, fortemente radicata nello storicismo, la comparazione aveva quindi ragione d'essere solo se fosse stata individuante. Se cioè, mettendo a confronto realtà a tutta prima simili, si potessero in tal modo illuminare le peculiarità sociali e storiche che hanno dato esito a uno specifico processo, come tale irripetibile, e non come metodo per dar vita a ipotesi e leggi generali sullo sviluppo delle istituzioni e dei fatti culturali.

In realtà, come si vede chiaramente dal primo e denso capitolo de *La grande festa*, si tratta di un allontanamento che sembra fermarsi su questa, sia pur importante, scelta metodologica nel reperimento dei dati etnografici e nel lavoro di costruzione comparativa; mentre la prospettiva euristica e analitica rimane, per molti versi, quella di Pettazzoni. Resta forte in quel testo la polemica contro gli indirizzi fenomenologici, principalmente verso studiosi quali Mircea Eliade e Gerardus van der Leeuw. Cosa, del resto, sottolineata da Ernesto de Martino che, nella sua breve introduzione a quel volume, scrive:

Questi indirizzi adottano criticamente nel campo degli studi il punto di vista della coscienza religiosa in atto, per la quale certamente sta prima il sacro, la fondazione divina che dà senso, e poi il profano, l'opera umana: in realtà, però, il rapporto nel campo degli studi storici va rovesciato, o – se si vuole – rimesso sui piedi, in quanto il compito della ricerca storica è sempre di determinare le ragioni umane, delle opere umane, e non si vede perché la storia delle religioni dovrebbe fare eccezione, lasciando posto, nel corso della narrazione, alle ragioni divine. (DE MARTINO 1959: 15-16)

Si noti la non troppo velata allusione a uno dei passi più celebri de *L'ideologia tedesca* di Marx e Engels, che si attaglia all'impostazione materialista del volume.

Un tratto, quello della critica agli indirizzi irrazionalisti e fenomenologici, che accomuna quella parte dell'antropologia italiana che in quegli anni aveva intrapreso una battaglia per un rinnovamento teorico e prospettico della disciplina attraverso un suo radicamento nel marxismo, specie nella sua versione gramsciana. Si pensi, oltre a Ernesto de Martino su cui tornerò a breve, ai lavori di Alfonso Maria Di Nola².

I due testi di Lanternari sembrano, a tutta prima, trattare argomenti affatto distanti: il primo dedicato ai rituali di Capodanno nelle società allora dette tradizionali; il secondo ai movimenti religiosi di carattere sincretico sorti nei paesi colonizzati e all'anelito di libertà e di salvezza, appunto, che si ritrovava in essi. A mio avviso, invece, si possono trovare elementi di continuità tra i due volumi se si guarda all'impianto teorico sotteso e, soprattutto, alla volontà progettuale che si può rintracciare. Mi riferisco al progetto di rinnovamento concettuale e teorico dell'antropologia italiana al cui centro stava una visione materialista e gramsciana e a cui non è estranea l'idea di una prassi che si concreta nell'impegno civile dell'intellettuale.

Che i due testi possano essere letti come parte di un progetto unitario è cosa che notavano qualche anno fa anche Marcello Massenzio e Andrea Alessandri. In un passaggio molto pregnante si sottolinea il legame intrinseco che esiste tra le due opere:

Le feste di Capodanno, che normalmente sono connesse con gli avvenimenti più significativi dal punto di vista economico, rinnovano periodicamente i pilastri dell'ordine del mondo al cui interno si può sviluppare l'esistenza delle collettività umane [...] I movimenti religiosi analizzati da Lanternari nel volume del 1960 hanno in comune, malgrado la varietà dei loro orientamenti (messianici, millenaristici, apocalittici, profetici, etc.) l'aspirazione a un rovesciamento radicale dell'ordine esistente, a tutti i livelli [...] In breve, se *La grande festa* ha come oggetto la fondazione dell'anno nuovo, l'ampia panoramica dei *Movimenti religiosi di libertà e di salvezza dei popoli oppressi* documenta l'esigenza di fondare un'era totalmente nuova. (MASSENZIO, ALESSANDRI 2013: 133)

I due autori sottolineano come entrambe le opere siano orientate verso una analisi storico religiosa che si affranchi dalla prospettiva fenomenologica di Eliade e van der Leeuw, commentando un passaggio importante de *La grande festa*, insistono proprio sull'orizzonte materialista che anima il progetto intellettuale di Lanternari:

Questo passaggio esprime con grane lucidità un punto centrale della piattaforma teorica della storia delle religioni: la subordinazione dell'orizzonte del sacro alle esigenze fondamentali della sfera profana, vista in opposizione con una valutazione della festa come strumento di superamento dell'angoscia generata dalla caduta dell'uomo nel tempo profano [...] Lanternari vede la finalità delle istituzioni festive nella necessità di eliminare i fattori che ostacolano a priori l'azione umana nella dimensione spazio-temporale profana. (MASSENZIO, ALESSANDRI 2013: 132, *traduzione mia*)

Le due opere di Lanternari chiudono un lungo lavoro preparatorio che ha impegnato lo studioso per buona parte del decennio precedente. Di questo

sono prova i diversi articoli pubblicati in quegli anni e i cui temi rifluiscono nei due testi³.

Nelle tematiche di fondo dei due volumi si ritrova un impianto teorico che molto deve alla fattiva collaborazione, su cui tornerò a breve, con de Martino. Di questo scambio intellettuale e di questi comuni interessi ne sono prova, oltre alla prefazione che de Martino fa al volume e in cui fa riferimento anche ai temi che saranno al centro del volume del 1960, le considerazioni sui millenarismi che lo studioso napoletano annotava in quegli anni e che sono rifluite nell'opera postuma *La fine del mondo*.

La ricerca etnologica, sia pur "da tavolino", che è alla base dei due volumi è parte di un più complessivo impegno intellettuale e civile che lo ha visto a fianco di de Martino e altre figure importanti nel panorama degli anni '50 in quella battaglia per lo svecchiamento della cultura italiana e per il rinnovamento civile e democratico del paese cui facevo prima riferimento. Di un tale impegno è, ad esempio, testimonianza il centro Etnologico Italiano.

Il Centro Etnologico Italiano

Sono anni intensi quelli che precedono l'uscita dei due volumi. Anni in cui Lanternari, e ancor di più de Martino, oltre a fare ricerca scientifica e pubblicare testi fondanti la disciplina antropologica italiana, sono attivi nello spazio pubblico di quello stato democratico costituito da appena un decennio e su cui gravavano le minacce di svolte antipopolari e autoritarie.

Si tratta questo di un tratto squisitamente peculiare di quella stagione della antropologia italiana e che la differenzia fortemente da altre tradizioni antropologiche nazionali e, allo stesso tempo, dall'eredità delle precedenti antropologie italiane.

Scrivo, a questo proposito, Giovanni Piza:

L'ordine di un discorso antropologico, autocostruito con una periferica genialità e un'autonomia critica rispetto alla tradizione antropologica internazionale, penetrò nel laboratorio democratico di allora in forme visibili e incisive, tali da costruire, in Italia, una spinta propulsiva per la democrazia e soprattutto per l'antropologia, che se ne nutrì per i decenni successivi. Proprio questa vocazione all'impegno politico rendeva l'antropologia italiana demartiniana diversa da quelle straniere coeve che gli apparivano più organiche al colonialismo che alla sua critica. Lo sguardo antropologico di de Martino si riconfigurava con la democrazia stessa, rifletteva un'idea di partecipazione alla vita nazionale che, non per passione ma per contenuto,

era in netta discontinuità con quella dei folkloristi risorgimentali, la cui irriflessa nozione di popolo ne faceva intellettuali organici alle agenzie dello Stato unitario, mentre il nuovo Stato, ora nascente con la democrazia antifascista, richiedeva impegni all'altezza delle promesse costituenti. (PIZZA 2015: 128)

In un denso saggio, dal sapore autobiografico, in cui ripercorre la sua "alleanza" con de Martino dagli anni Cinquanta fino alla morte dell'antropologo napoletano e oltre, Vittorio Lanternari torna a più riprese su questa cosciente e attiva battaglia comune nello spazio pubblico, ad un tempo scientifica e civile: «Il rapporto con de Martino si sviluppò subito e intensamente sulla base di questa specie di "alleanza per la comune battaglia culturale" da lui proclamata e da me entusiasticamente accettata» (LANTERNARI 1997: 5). E ancora, rendendo esplicite le comuni assonanze e intenzioni di militanza politica e culturale:

La stagione che copre il decennio degli anni '50 e oltre, fino alla vigilia della scomparsa di de Martino nel '65, fu straordinariamente ricca di un fervore quasi "eroico" di opere per lui come per me, di intense collaborazioni e fecondi scambi di idee [...] In lui, de Martino, riviveva la sua antica militanza di laico antifascista a partire dagli anni '30 a Bari, di partigiano a Cotignola (Ravenna) dal 1942, poi di segretario della federazione socialista di nuovo a Bari nel 1945, e di commissario a Lecce dal 1947: una vita di impegno nella sinistra. In me rifluivano le originarie esperienze di laico e di antifascista pur io, dagli ultimi anni '30 ad Ancona, poi membro del partito d'Azione dall'inizio fino alla scissione, memore delle persecuzioni indette – e in parte subite – con le leggi razziali del 1938, sempre impegnato culturalmente sul fronte della sinistra. (LANTERNARI 1997: 19-20)

Agli inizi degli anni Cinquanta Ernesto de Martino dà vita al Centro Etnologico Italiano di cui faranno parte suoi stretti collaboratori e altri intellettuali: Tullio Seppilli, Vittorio Lanternari, Diego Carpitella, Romano Calisi, Franco Cagnetta e, per un certo periodo, Alberto Mario Cirese.

Nelle riunioni si discuteva intorno a temi generali della disciplina e a più stringenti attualità politiche e culturali, ma anche di articoli e saggi che, di volta in volta, gli intellettuali coinvolti sottopongono al vaglio generale. È, ad esempio, quello che fa Vittorio Lanternari con quello che poi sarebbe diventato *La politica culturale della chiesa nelle campagne. La festa di San Giovanni*, pubblicato su "Società" nel 1955⁴.

Anche l'attività del Centro si inserisce dentro quella cosciente battaglia culturale democratica che, in forme e modi diversi, de Martino, Lanternari, Seppilli, e altri ancora, portavano avanti in quegli anni.

Quanto l'intenzione di incidere sul dibattito culturale in atto fosse comune e dettata anche da specifiche strategie di intervento, ne dà testimonianza questo episodio riportato da Lanternari. L'occasione fu un polemico intervento dello storico Giuseppe Giarrizzo che intendeva negare validità alla concezione del folklore di Gramsci, richiamandosi alle teorie crociane e fraintendendo le tesi gramsciane equivocando il posto che in esse ha la cultura popolare subalterna non vedendone, come invece è per Gramsci, il rapporto dialettico con quella egemone.

A quell'articolo de Martino e Lanternari risposero riproponendo la visione gramsciana nella sua correttezza e fecondità per la nuova antropologia italiana. Le risposte furono pensate di concerto:

Tutto questo, ed altro, de Martino e io, riunitici e accordatici sull'opportunità d'intervenire con una nostra risposta sull'articolo di Giarrizzo, lo scrivemmo, dividendoci i compiti, lui con la sua "Nota" *Storia e folklore in "Società"* (5.1954), io con l'articolo *Religione popolare storicismo*, su "Belfagor" (6.1954). (LANTERNARI 1997: 17)

L'episodio testimonia non solo di una alleanza, come recita il titolo del saggio di Lanternari, ma soprattutto di un chiaro disegno di incidere sul dibattito pubblico nazionale, a diversi livelli.

Questi interventi su riviste prestigiose e diffuse, e non vanno dimenticati quelli sui quotidiani, vanno di pari passo con pubblicazioni di ben altro tenore su riviste specialistiche o con i volumi che in quelli anni si pubblicano. Il momento della prassi politica e quello dell'euresi scientifica sono intimamente legati.

Il disegno di una rinnovata antropologia di stampo marxista e gramsciano non può essere visto se non nella sua saldatura con l'urgenza, in quello specifico momento di costruzione di difesa dello Stato democratico, di una presenza nel dibattito nazionale.

Torniamo comunque ai due volumi in discussione. Li presenterò in ordine cronologico inverso perché vorrei soffermarmi soprattutto su alcuni aspetti dell'opera del 1959 che a mio avviso, in maniera più esplicita del volume sui movimenti religiosi, aprono a una prospettiva squisitamente materialista. Come si vedrà, la seconda edizione del 1977 parlerà esplicitamente di prospettiva marxista. Ma veniamo al volume del 1960.

*Movimenti religiosi di libertà e di salvezza*⁵

Movimenti religiosi è sicuramente un volume ambizioso, che mira a fornire un quadro dei movimenti religiosi, principalmente nei contesti coloniali, con un ampio orizzonte geografico: Africa, Americhe, Melanesia, Polinesia, Asia. Sebbene sia escluso l'Occidente, nel lungo capitolo conclusivo l'autore fa spesso riferimento al cristianesimo delle origini, all'ebraismo precristiano e a formazioni ereticali e profetiche del mondo cristiano con l'intenzione di voler fornire una ipotesi teorica forte riguardo alla nascita e allo sviluppo dei movimenti profetici. L'idea, come già detto sopra, è che tali movimenti vadano ricondotti a specifiche situazioni di crisi sociale, siano esse determinate da cause endogene o esogene. Del resto, Lanternari mira a sfumare la differenza tra fattori sociali interni ed esterni, vedendoli come due momenti dialetticamente connessi: "In realtà i fattori esogeni e quelli endogeni stanno fra loro in un rapporto di continuità e di fluttuazione reciproca" (LANTERNARI 1974a: V)⁶.

Credo che sia importante, riflettere su due questioni fondamentali che solleva il volume, la prima di carattere metodologico, la seconda, invece, teorico.

Il testo, come già *La grande festa*, non è frutto di una ricerca sul campo, ma di una scrupolosa analisi della letteratura sui movimenti religiosi, ormai fiorente in quegli anni. L'obiettivo, esplicitamente dichiarato già nella prefazione alla prima edizione è di fornire un tassello importante a una storia religiosa, intesa come momento di una più ampia storia culturale, con l'utilizzo di un metodo e di una prospettiva storicista:

Il nostro storicismo è nato e si è formato dalle esigenze stesse della ricerca storico-religiosa: poiché in effetti non si dà un'autentica "storia delle religioni" fuori da una visione storica della vita culturale nel suo insieme. Entro una visione storica integrale, la storia religiosa appare dunque né più né meno che uno dei momenti della dinamica culturale. Pertanto la storia religiosa – e il libro presente è un libro di storia religiosa – è da noi intesa come studio delle interrelazioni dialettiche tra vita religiosa e vita profana (cioè volta a volta culturale, sociale, politica, ecc.): il tutto entro un processo dinamistico determinato e concreto, proprio di ciascuna civiltà. (LANTERNARI 1974: 8)

La prospettiva storicista che informa il testo, si concreta in una analisi di stampo comparativo, di ampio orizzonte geografico. Quel che va visto, ed è qui il nodo metodologico, è come tale scelta comparativa si concreti, visto che l'autore, seguendo in ciò Pettazzoni e de Martino, polemizza con un certo tipo di comparazione. Il suo obiettivo polemico è quel tipo di com-

parazione, che ritrova tanto nelle ricerche di tradizione britannica che in quelle che si rifanno alla fenomenologia religiosa, che mira a creare classificazioni per tipi o “morfologica”. A una comparazione, dunque, di tipo “naturalizzante” che schiaccia e mette tra parentesi le concrete dinamiche storiche.

Il richiamo allo storicismo, esplicito come visto, si accompagna però alla rivendicazione della validità del metodo comparativo: nella prefazione alla seconda edizione del volume Lanternari scrive: «Il metodo della comparazione viene impiegato per giungere a una conoscenza la più estesa possibile dei fenomeni, e ad una organizzazione quanto più precisa possibile di ogni singolo caso nella sua formazione, significato, funzione rispetto alla cultura umana» (1974: II). Pur se non esplicitato in questo passaggio, è chiaro che il metodo comparativo esposto da Lanternari si richiama a quello del suo maestro Raffaele Pettazoni. Il metodo storico comparativo, volto attraverso la comparazione a far emergere non le somiglianze, quanto invece le differenze, per mettere in luce le diverse dinamiche storiche in atto in precisi contesti lontani tra loro nel tempo e nello spazio. Se Lanternari si richiama a questo metodo, va detto però che lo declina in termini differenti. La comparazione individuante va di pari passo con una idea più ampia della stessa, volta comunque a creare delle categorie euristiche di valore più generale. La stessa proposta forte, quella dell'origine dei movimenti religiosi in particolari periodi di crisi sociale e di mutamento, è figlia di questa attenzione più generalizzante. Lanternari, insomma, si muove tra il comparativismo individuante e una tensione generalizzante. Va sottolineato, come si tratti di una operazione portata avanti in maniera esplicita, nell'idea che le due prospettive possano fecondarsi vicendevolmente: «La comparazione e distinzione metodica tra i vari ordini di movimenti profetici, e tra l'uno e l'altro presi singolarmente, getterà luce sul loro insieme e su ciascheduno di essi» (1974: 8), o come dirà più chiaramente su *Current Anthropology*: «L'analisi storico-sociologica di specifici movimenti religiosi e la classificazione tipologica che aspira a una generalizzazione sociologica e religiosa sono complementari» (1965: 447) e ancora poche righe più sotto «Questo libro è uno sforzo parziale e ristretto di usare specifiche analisi storiche in uno studio comparativo» (*ivi*).

Si può dunque dire che l'autore dal punto di vista metodologico si muove, in maniera attenta ma non risolta, tra l'individuante e il generalizzante.

Se la prospettiva teorica di fondo è quella dello storicismo per come declinato nella tradizione antropologica italiana, e in specie in quella che si

richiama a de Martino, Lanternari nel testo si confronta ampiamente con la letteratura internazionale. Del resto, sono quelli gli anni in cui lo studio dei movimenti religiosi occupa gran parte del dibattito. Di più, tale interesse è mosso anche dalla volontà di mettere alla prova prospettive analitiche innovatrici; per dirla con Birgit Meyer, i movimenti religiosi in quegli anni «non hanno solo rappresentato un luogo affascinante di ricerca ma sono stati un punto principale per più generali riflessioni teoriche e innovazioni in antropologia» (MEYER 2004: 447).

Buona parte del confronto è con l'antropologia dinamista, che sicuramente rappresenta per l'antropologo italiano un momento centrale. Prova ne è la concezione del sincretismo, che informa buona parte del volume. Lanternari legge, infatti, in questa chiave le innovazioni nelle pratiche e nelle dottrine di questi movimenti. Il punto teorico forte però, come programmaticamente annunciato dal titolo, è individuare tali fenomeni come movimenti di "libertà e di salvezza". Questo fa del libro un volume fortemente politico.

I due termini sono più volte declinati all'interno del testo; tuttavia, permane una cornice di lettura unitaria. Lanternari tende a distinguere i movimenti religiosi di libertà – intesi come quei fenomeni che attraverso specifiche pratiche religiose intendono promuovere la liberazione dal giogo coloniale e, più in generale, dall'oppressione –, da quelli invece di salvezza – visti invece come fenomeni in cui appare centrale il riferimento all'*eschaton* e alla palingenesi del mondo, come modo per sottrarsi a un vissuto e un presente visti come intollerabili; una tale distinzione, che a volte, nell'analisi concreta dei casi, è molto sfumata, non vuole comunque contrapporre due istanze differenziate. In ogni caso, il punto centrale rimane la reazione alla condizione di oppressione, una reazione in cui va vista la forte istanza politica che permea questi movimenti: è lo stesso autore a ricordarlo nel capitolo conclusivo:

Certamente, i movimenti profetici hanno un indubbio carattere religioso, e diremo tosto in qual senso. Tuttavia, essi rivendicano e intendono attuare beni d'importanza vitale: beni la cui rinuncia appare ai popoli come incompatibile con una esistenza degna di essere vissuta. Tali sono la libertà e la salvezza: libertà da ogni soggezione e asservimento – a nazioni egemoniche o avversità che siano; salvezza dal rischio di perdere la propria individualità culturale, dal rischio dell'annullamento come entità storiche. (LANTERNARI 1974: 289)

Nel brano riecheggiano certamente le concezioni demartiniane rispetto alla religione, e alla cultura più in generale, come forma di azione nel

mondo contro il rischio supremo del perdersi. C'è comunque di più: l'idea che l'azione religiosa sia una forma di riscatto rispetto all'intollerabile. Attraverso le pratiche religiose si agisce *nel* mondo *contro* un mondo in cui la dignità dell'esistenza è negata. Di fronte al depauperamento culturale, sociale e politico, di cui il colonialismo è una forma forte, la religione consente di prefigurare un orizzonte di riscatto. Nelle forme concrete dei movimenti analizzati nel volume, le pratiche religiose diventano luoghi di resistenza a un presente connotato come negativo, e allo stesso tempo modi per immaginare un futuro differente. Gli esiti potranno essere, di volta in volta, affatto diversi, senza escludere quelli della lotta armata contro l'oppressione, come nel caso del movimento kimbangista in Congo.

Una sintesi di questa prospettiva teorica è data dall'autore nelle pagine conclusive del capitolo dedicato ai movimenti africani:

Come si è visto, la storia dei movimenti profetici africani, attraverso un laborioso e vario processo, parte dalle prime non abbastanza organizzate reinterpretazioni di tratti cristiani in funzione pagana; attraverso fasi apostoliche nelle quali interi gruppi esaltati dall'ansia religiosa di rinnovamento seguono altrettanti profeti guida, qua e là mossi da azioni concrete, impegnate politicamente e militarmente; culmina infine nella fioritura di infinite chiese native cristiane, neppure esse scevre di significato sociale e politico [...] Tuttavia va rilevato che la stessa istituzione di "chiese" è lungi dall'esprimere una mera "imitazione" passiva e recettiva delle corrispondenti istituzioni cristiane: anzi nella sua impronta esplicitamente emancipazionista risponde alla necessità – attiva e polemica – di contrapporre formazioni altrettanto solide ed efficaci agli organismi missionari, onde salvare la cultura religiosa nativa dai sistematici tentativi di deculturazione che tali organismi compiono. (LANTERNARI 1974: 62)

Il denso brano ripropone i temi centrali del libro: il sincretismo come risposta creativa e mai regressiva alla depauperizzazione sociale, politica e culturale; l'azione cosciente, nella dottrina e nelle pratiche, di tali movimenti nella contrapposizione al colonialismo e nella programmatica volontà di rovesciare la situazione di oppressione; gli esiti concreti che, a volte, vanno al di là del religioso per informare pratiche di resistenza politica e militare.

Un punto forte, che non è scontato ritrovare in testi coevi, è quello dell'espressione immediatamente politica del linguaggio religioso. Per meglio dire, l'irriducibilità del linguaggio religioso a quello politico, che garantisce comunque la possibilità di una espressione politica sotto forma religiosa.

La grande festa

La grande festa, forse meno nota del testo del 1960, ha avuto un'importanza fondamentale nel delineare un nuovo orizzonte negli studi di antropologia religiosa in Italia. Lo scrive con chiarezza Edoardo Sanguineti nella prefazione alla terza edizione di quel volume nel 2004:

Chiunque aveva cercato di elaborare, alla luce di alcune indicazioni capitali dei classici del materialismo storico, aiutandosi anche, per l'ambito italiano, con Pettazzoni e con de Martino, almeno un abbozzo mentale di "un'interpretazione generale dei fenomeni e degli atteggiamenti religiosi pertinenti alle varie società tradizionali, nel loro nesso con le corrispondenti strutture socio-economiche viste come fattori condizionanti", trovava dispiaciuta, nelle sue linee determinanti, finalmente "un'etnologia di impianto materialistico" [...] Attraverso Marx, puntualmente, si evidenziava come il "mito-rito" agisca quale "strumento di produzione", e sia, "in questo senso, produzione immaginativa destinata – quanto la produzione materiale – al consumo sociale", (SANGUINETI 2004: 7-8)

Un progetto, quello di un'antropologia religiosa di stampo materialista, che, a mio avviso, l'autore ha perseguito, sia pur in maniera non sempre lineare e con apporti nuovi e fecondi, per molta parte della sua storia intellettuale. Un progetto cui non è estraneo, come si è visto, il volume sui movimenti religiosi in ambito coloniale, né la sua successiva riflessione su questi movimenti, anche quando essa si incentrava sull'Occidente. Scrive infatti nel 1972:

Nelle più varie società ed epoche storiche, specie in corrispondenza con momenti di intenso travaglio sociale, economico, culturale e psicologico, prodotto da fattori perturbanti di origine interna o esterna, sorsero e pur oggi sorgono movimenti social-religiosi nei quali i rispettivi gruppi sociali o etnici esprimono il loro malessere, la loro insoddisfazione per il presente e l'ansia di miglioramento. In questi movimenti essi proiettano la speranza e l'attesa di una pronta e radicale trasformazione delle condizioni generali di esistenza, sia fisiche che sociali e psicologiche. (LANTERNARI 1972: 31)

Ma veniamo al volume del 1959. Il tema è quello delle feste di fine anno in quelle che, con il linguaggio dell'antropologia dell'epoca, erano definite "società tradizionali". La comparazione è di ampio raggio, sia sul piano geografico, come poi farà nel 1960, sia per le diverse società che vengono analizzate, e che vanno da quelle di caccia e raccolta alle società agricole gerarchizzate. È lo stesso autore a proporre una classificazione tipologica delle società a partire dalle diverse forme di organizzazione economica e politica. Il fatto non è di poco rilievo. Proprio nelle prime pagine del primo, denso, capitolo del volume l'autore, prendendo esplicitamente

posizione, rigetta una idea dei popoli, allora detti primitivi, come immersi in un'aura religiosa e ripropone il valore fondante della sfera profana, in questo caso del momento aurorale del lavoro come appropriazione della natura (vedi oltre) e della forma economica come momento centrale di significazione e organizzazione del mondo culturale.

Il pregiudizio irrazionalista cui accennavamo, e di cui vedremo alcune manifestazioni concrete, si è particolarmente accampato in quel settore del pensiero etnologico (da cui, a ben vedere, preconettualmente proviene) che più propriamente riguarda la teoria delle «origini» dell'umano e civile comportamento, negli imperscrutabili primordi dell'umanità. In sostanza molti, anzi la maggior parte dei teorici di etnologia e di storia delle religioni, si sono via via impadroniti della documentazione relativa ad usi, costumi, credenze dei popoli primitivi attuali, dando di essi proprie interpretazioni le quali più o meno giustificatamente finiscono, in un modo o nell'altro, con il coartare e alterare i fenomeni in questione, rispetto alla loro autentica funzione. Salvo le varianti, per noi accessorie, tra le singole scuole e i singoli sistemi «teorici», prevalgono di gran lunga su tutte, le tesi volte unanimemente a mostrare gli elementi della vita civile e della cultura profana, particolarmente economica, come aventi la loro più autentica origine in altrettante esperienze di vita religiosa.

Per i suddetti teorici l'intera vita profana utilitaristicamente impegnata, razionalisticamente ispirata, trae la sua origine, sia in senso logico che cronologico, da una vita primordiale, in illo tempore carica di vibrazioni sacrali, antiutilitaristica per eccellenza, irrazionalisticamente ispirata (LANTERNARI 1959: 23-24).

Contro questo tipo di prospettive, in cui egli accumuna la fenomenologia religiosa, una certa antropologia francese – ad esempio Lévy-Bruhl – e studiosi di altra provenienza, propone una analisi che si radica nelle condizioni materiali dell'esistenza dei gruppi in esame. Che si parli delle feste del raccolto, dell'offerta primiziale, del ritorno dei morti o dell'orgia, le diverse forme religiose e culturali sono comprese entro una cornice che ha il suo cardine nelle forme di produzione economica e nelle connesse strutture di organizzazione sociale e politica. Il rovesciamento di prospettiva è evidente e esplicito. Questo gli consente di liquidare la possibilità di una analisi del momento sacrale conchiusa in se stessa:

L'astrarre sistematicamente, da parte dello studioso, dall'organismo della cultura, è conseguenza di un arbitrio metodologico: quello per cui si attribuisce un senso obiettivo, adinamico, adialettico ad esperienze intrinseche – quelle religiose – dinamicamente inserite entro una dialettica vitale. Insomma, se è vero che per la coscienza religiosamente impegnata il “profano” è giustificato dal “sacro” e il sacro preordinato al profano: se è vero che

per la coscienza religiosamente impegnata un ordine eterno, immutabile (sacrale) sta alla origine e al termine della vita profana; è vero altresì che la cultura – sia profana che religiosa – procede e si trasforma in contraddizione dialettica con la pretesa d’immutabilità e d’eternità accampata dal sacro considerato in se stesso (cioè mito e rito). (LANTERNARI 1959: 32)

Lo stesso de Martino, nella sua breve introduzione, sottolinea il nesso tra regimi materiali di esistenza e espressioni concrete della vita religiosa:

In generale ogni simbolo mitico-rituale offre un quadro di protezione e di reintegrazione esistenziale, nel quale si ricapitola il passato e si apre la prospettiva del futuro, in una vibrante intensificazione di significati: il capodanno costituisce in modo eminente un quadro del genere, variamente figurato e colorato e vissuto in rapporto ai concreti regimi esistenziali in cui la festa ha avuto origine, si celebra e assolve la sua funzione. (DE MARTINO 1959: 15)

L’influenza delle prospettive teoriche demartiniane è evidente. Ritorna più volte, nell’analisi degli specifici contesti, il tema del rito (o del complesso religioso) come riscatto da situazioni di angoscia. Il rito come momento risolutivo della crisi (mai però esplicitata da Lanternari in termini di “crisi della presenza”), come possibilità di agire nella storia superando il rischio dell’annientamento. In questo si ritrova in nuce l’analisi di de Martino cui Lanternari fa più volte riferimento esplicito. Allo stesso modo il costante confronto con la psicologia e la psicopatologia, per stessa ammissione dell’autore, proviene da de Martino⁷.

L’offerta primiziale ai defunti e la festa annua dei morti formano un complesso religioso unitario, che appartiene in proprio alle più elementari società agricole. Consumare il prodotto per sé è compito e fine, in senso puramente economico, del tempo profano; offrirlo ai morti, alienarlo è funzione – in senso antieconomico e rituale – del tempo sacro: l’atto esprime la crisi aperta dal cessato contatto operativo tra l’uomo e la terra.

[...] L’astinenza alimentare accentua e intensifica il valore dell’offerta che le tiene dietro, mentre l’offerta adempie totalitariamente la rinuncia iniziata nell’atto di astinenza. *L’offerta esprime la crisi di fallimento ma esprime altresì, limitata com’è al simbolo, il riscatto culturale della crisi.* (LANTERNARI 1959: 393, enfasi dell’autore)

Come detto, il punto centrale, rimarcato a più riprese nelle conclusioni, ancora in polemica con la fenomenologia religiosa, è la necessità di porre al centro il nesso tra produzione simbolica, o meglio dire di senso religiosamente declinato, e modi di produzione:

Il Capodanno religioso è così intimamente legato alle forme del vivere profano, alle esperienze vitali del gruppo, che non si può capirne il valore religioso prescindendo dalla considerazione delle specifiche condizioni del

vivere, cioè in definitiva dagli aspetti più salienti di cultura profana. In tal senso mette conto di sottolineare ancora una volta un'istanza fondamentale per ogni indagine storico-religiosa: l'istanza – dico – di valutare in maniera adeguata gli aspetti non-religiosi della vita e della cultura. (LANTERNARI 1959: 453)

Un materialismo tenue?

Nell'edizione del 1959, però, Marx non viene mai citato. Sembrerebbe che l'autore abbia come una esitazione e, pur costruendo un'opera di chiaro impianto materialista in cui il rapporto tra il momento vitale della produzione (l'economico) e la produzione di senso (il simbolico) è evidente, eviti un esplicito confronto con la produzione marxiana e marxista. Eppure, è proprio di un chiaro riferimento al marxismo che parla Sanguineti nella sua introduzione più sopra citata. Di più, recensendo il lavoro di Lanternari nel 1960 Angelo Brelich lo definì un libro di impostazione storicista e marxista. La recensione di Brelich è citata a pagina 7 della edizione de *La grande festa* del 1976. È significativo che nel riportarla Lanternari senta il bisogno di aggiungere tra parentesi prima del termine marxista "con larga approssimazione, oggi diremmo".

Come se il confronto col marxismo fosse, in quel libro, a uno stadio embrionale e non ancora sistematico.

È lo stesso Lanternari a discuterne nella riedizione del 1976. Anzi, tra le ragioni della riedizione a 17 anni di distanza pone, tra le altre cose, l'esigenza di un maggior confronto col marxismo. Lo studioso adduce come ragione di quel tenue confronto un contesto di studi poco propizio:

Dobbiamo dire che non esisteva, in Occidente, né una etnologia né una scienza delle religioni marxiste che fossero criticamente consapevoli e scientificamente accettabili [...] Quanto all'Italia, tolto de Martino che perseguiva un marxismo mediato da Gramsci e in un modo molto soggettivo, la cultura ufficiale la cultura ufficiale si riferiva, come alle uniche fonti per un'etnologia e per una scienza delle religioni marxiste, a qualche autore sovietico. (LANTERNARI 1976: 7)

La spiegazione appare un po' debole, se non altro per il rapporto che lega l'autore con de Martino, il cui rapporto col marxismo, mediato da Gramsci, è comunque complesso. Più convincente la spiegazione che la etnologia marxista francese aveva cominciato a svilupparsi proprio in quegli stessi anni, così come nuovi indirizzi nell'antropologia economica. Alla fine, dunque parrebbe che sia la necessità di ignorare una ortodossia marxista

di stampo sovietico, così come un panorama internazionale in cui certi temi e prospettive erano ancora in embrione, che abbia reso se non altro più tenue la prospettiva materialista del volume. Probabilmente, a questo va aggiunto l'urgenza della polemica con gli indirizzi fenomenologici che ha schiacciato la prospettiva.

Nell'edizione del 1976, che non ritocca il testo, ma aggiunge una nuova introduzione (e un nuovo capitolo), il confronto è più esplicito:

Che il mito-rito si presenti qui come parte costitutiva del processo di produzione non contraddice, anzi conferma la formulazione che ci ha dato Marx stesso del concetto di produzione come "appropriazione della natura da parte dell'individuo entro e mediante una determinata forma di società" (*Per la critica dell'economia politica*). Ma c'è di più: il mito-rito è insieme una forma di produzione ed uno "strumento di produzione". È una forma di produzione in quanto, come fatto culturale, partecipa del movimento di "appropriazione della natura": è infatti reinterpretazione umanizzata, attraverso l'immaginazione, del dato naturale, e dunque è creazione. Di questo valore positivo del mito, con riferimento alla civiltà arcaiche, è cosciente anche Marx là dove scrive: "Ogni mitologia vince, domina e plasma le forze della natura nell'immaginazione e mediante l'immaginazione" (*ibidem*). Il mito-rito è, in questo senso, produzione immaginativa destinata – tanto quanto la produzione materiale – al consumo sociale. (LANTERNARI 1976: 12)

Quel che è interessante notare è come il riferimento al Marx di *Per la critica dell'economia politica* permetta di inquadrare in forma nuova il rapporto tra produzione simbolica, momento del vitale (che è come Lanternari, utilizzando una terminologia demartiniana, si riferisce nel testo all'economico) e rapporto con la natura.

Se il momento del "vitale" è il momento aurorale dell'appropriazione della natura in una determinata forma di società, allora si manifesta una concezione meno tenue dell'impianto materialista. Una concezione in cui la produzione materiale e quella simbolica non possono essere scisse e in cui le condizioni materiali dell'esistenza e i rapporti di produzione, intesi come specifiche forme storiche, rappresentano le cornici ineludibili della produzione di senso e delle forme del religioso.

Note

⁽¹⁾ Un rischio, quello dell'abbandono della comparazione individuante, di cui sembra vere coscienza l'Autore che, infatti, nella prefazione al volume del 1959 scrive: «Quali che siano i risultati raggiunti, è convinzione nostra che la storia (poiché l'etnologia è pur essa storiografia) si studia proficuamente se si procede – ci si consenta l'espres-

sione – dal piano al vertice, insomma saggiando la multiforme realtà e di lì risalendo alla sintesi: benché nel caso nostro si tratti di sintesi che riconosce fundamentalmente l'autonomia delle forme storiche particolari» (LANTERNARI 1959: 17-18).

⁽²⁾ Anche Di Nola, come Lanternari, si dedicò nella prima parte del suo percorso scientifico a tematiche di carattere religioso per poi aprirsi in seguito a questioni più direttamente legate ai processi di salute e malattia e ai rituali terapeutici.

⁽³⁾ Per una bibliografia completa di Vittorio Lanternari si rimanda a: Antonietti, Gioia, Schirripa (1998).

⁽⁴⁾ Il titolo del saggio fu suggerito da de Martino (LANTERNARI 1997: 16).

⁽⁵⁾ Questo paragrafo riprende, con modifiche, quanto sostenuto in SCHIRRIPA 2019.

⁽⁶⁾ Nell'analisi del testo mi riferirò alla seconda edizione del 1974. Rispetto a quella del 1960, contiene una nuova prefazione, che riassume il dibattito sui movimenti religiosi e fornisce una prospettiva teorica più densa, e piccole correzioni. Cambia, naturalmente, la numerazione delle pagine.

⁽⁷⁾ Cfr. pagina 9 dell'edizione del 1976.

Bibliografia

ANTONIETTI D., GIOIA F., SCHIRRIPA P. (a cura di) (1998), *Vittorio Lanternari. Bibliografia 1950-1998*, Liguori, Napoli.

DE MARTINO E. (1959), *Nota introduttiva*, pp. 15-16, in LANTERNARI V., *La grande festa. Storia del Capodanno nelle civiltà primitive*, Il Saggiatore, Milano.

“Current Anthropology” (1965), *Book review The Religion of Oppressed: A Study of Modern Mesianic Cults*, by Vittorio Lanternari, Vol. 6(4): 447-465.

LANTERNARI V. (1959), *La grande festa. Storia del Capodanno nelle civiltà primitive*, Il Saggiatore, Milano.

LANTERNARI V. (1972), *Riconsiderando i movimenti social-religiosi nel quadro dei processi di acculturazione*, “Religioni e civiltà”, Vol. 1 (Studi e Materiali di Storia delle Religioni, nuova serie I): 31-68.

LANTERNARI V. (1974 [1960]), *Movimenti religiosi di libertà e di salvezza dei popoli oppressi* (nuova edizione, riveduta e ampliata), Feltrinelli, Milano.

LANTERNARI V. (1976), *La grande festa. Vita rituale e sistemi di produzione nelle società tradizionali*, 2ª edizione, Dedalo, Bari.

LANTERNARI V. (1997), *La mia alleanza con Ernesto de Martino e altri saggi postdemartiniani*, Napoli, Liguori.

MASSENZIO M., ALESSANDRI A. (2013), *La problématique apocalyptique dans l'anthropologie italienne: de Vittorio Lanternari à Ernesto de Martino*, “Archives de sciences sociales des religions”, Vol. 161: 127-145.

MEYER B. (2004), *Christianity in Africa: from African independent to Pentecostal-Charismatic churches*, “Annual Review of Anthropology”, Vol. 33: 447-474.

PIZZA G. (2015), *Il tarantismo oggi. Antropologia, politica, cultura*, Carocci, Roma.

SANGUINETI E. (2004), *In margine a un capolavoro*, pp. 5-11, in LANTERNARI V., *La grande festa. Vita rituale e sistemi di produzione nelle società tradizionali*, 3ª edizione, Bari, Dedalo.

SCHIRRIPIA P. (2019), *I "Movimenti religiosi" di Vittorio Lanternari: l'autonomia del religioso all'interno di una concezione materialista della storia*, pp. 347-365, in RICCI A. (a cura di), *L'eredità rivisitata. Storie di un'antropologia in stile italiano*, CISU, Roma.

Scheda sull'Autore

Pino Schirripa è nato a Martone (provincia di Reggio Calabria) nel 1960. È professore associato di discipline demotnoantropologiche presso il Dipartimento di Storia, antropologia, religioni, arte, spettacolo della Sapienza Università di Roma. Da più di venti anni svolge ricerche sul campo in Ghana e Etiopia e attualmente dirige la Missione Etnologica Italiana in Ghana e la Missione Etnologica Italiana in Tigray – Etiopia. Si occupa prevalentemente di antropologia medica, antropologia religiosa e migrazioni. Membro del direttivo della SIAM, è membro della redazione della rivista *L'Uomo*.

Tra le sue pubblicazioni *L'ambulatorio del guaritore* (curato con P. Vulpiani, Argo, Lecce, 2000); *Le politiche della cura* (Argo, Lecce, 2005); *Health System, Sickness and Social Suffering in Mekelle (Tigray, Ethiopia)* (a cura di, LIT Verlag, Münster, 2010); *Terapie religiose. Neoliberalismo, cura, cittadinanza nel pentecostalismo contemporaneo* (a cura di, CISU, Roma, 2012); *La vita sociale dei farmaci* (Argo, Lecce, 2015); *Competing orders of medical care in Ethiopia* (Lexington Books, Lanham, 2019).

Riassunto

La grande festa e i Movimenti religiosi, una prospettiva materialista nell'antropologia religiosa

Il testo analizza i due volumi di Lanternari usciti nel 1959 e 1960. Dopo aver inquadrato la prospettiva teorica dello studioso italiano nel contesto della tradizione di studi che risale a Pettazzoni, si illustra l'intenso rapporto che egli ebbe con Ernesto de Martino, la cui influenza nei due volumi è evidente.

L'analisi dei due testi vuole evidenziare come Lanternari partecipi in modo originale al rinnovamento dell'antropologia italiana. La cosa è evidente sia per la nuova prospettiva analitica che emerge ne *La grande festa*, sia per il tema dei millenarismi, al centro del volume sui movimenti religiosi, vista nella sua funzione anticoloniale. Tema sicuramente nuovo nel panorama italiano. La tesi è che, attraverso i due volumi e soprattutto il primo, Lanternari abbia costruito una antropologia religiosa di stampo materialista. Cosa che diventa esplicita, anche nelle parole dell'Autore, con la riedizione de *La grande festa* del 1976.

Parole-chiave: Antropologia religiosa, materialismo storico, de Martino

Resumen

La gran fiesta y los Movimientos Religiosos, una perspectiva materialista en la antropología religiosa

El texto analiza los dos volúmenes de Lanternari publicados en 1959 y 1960. Después de enmarcar la perspectiva teórica del investigador italiano en el contexto de la tradición de estudios que se remonta a Pettazzoni, se ilustra la intensa relación que mantuvo con Ernesto de Martino, cuya influencia es evidente en los dos volúmenes.

El análisis de los dos textos tiene como objetivo destacar cómo Lanternari participó de forma original en la renovación de la antropología italiana. Esto es evidente tanto por la nueva perspectiva analítica que surge en *La grande festa*, como por el tema del milenarismo, en el centro del volumen sobre los movimientos religiosos, visto en su función anticolonial. Este es sin duda un tema nuevo en el panorama italiano.

La tesis es que, a través de los dos volúmenes y especialmente del primero, Lanternari ha construido una antropología religiosa de tipo materialista. Esto se hace explícito, incluso en las palabras del autor, con la reedición de *La grande festa* en 1976.

Palabras clave: Antropología religiosa, materialismo histórico, de Martino

Résumé

La grande fête et les Mouvements religieux, une perspective matérialiste en anthropologie religieuse

Le texte analyse les deux volumes de Lanternari publiés en 1959 et 1960. Après avoir encadré la perspective théorique du savant italien dans le contexte de la tradition d'études remontant à Pettazzoni, on illustre l'intense relation qu'il a entretenue avec Ernesto de Martino, dont l'influence est évidente dans les deux volumes. L'analyse des deux textes vise à montrer comment Lanternari a participé de manière originale au renouvellement de l'anthropologie italienne. Ceci est évident tant pour la nouvelle perspective analytique qui émerge dans *La grande festa*, que pour le thème du millénarisme, au centre du volume sur les mouvements religieux, vu dans sa fonction anticoloniale. Il s'agit certainement d'un nouveau thème dans le panorama italien. La thèse est que, à travers les deux volumes et surtout le premier, Lanternari a construit une anthropologie religieuse de type matérialiste. Cela devient explicite, même dans les mots de l'auteur, avec la réédition de *La grande festa* en 1976.

Mots-clés: Anthropologie religieuse, matérialisme historique, de Martino

Persona, corpo e malattia

Il contributo dell'antropologia medica allo sviluppo di una medicina critica e autoriflessiva

Chiara Moretti

Università di Parma
[chiara.moretti@unipr.it]

Abstract

The Individual, the Body and the Disease. The Contribution of Medical Anthropology to the Development of a Critical and Self-Reflexive Medicine

This article aims to highlighting the contribution of medical anthropology to the development of a critical and self-reflexive medicine, able to consider health/disease processes in terms of complex biological and historical/social phenomena and, consequently, to place the person at the centre of the healing processes. The article has been conceived and written for readers who do not necessarily have a background in anthropology with the aim of offering some points of reflection, promoting a debate outside disciplinary and academic boundaries, and strengthening a discussion and exchange with healthcare professionals.

Keywords: Medical system, body, disease, healing, co-disciplinarity

La via mediana

In questo contributo cercherò di mettere in luce come l'antropologia medica, una delle specializzazioni maggiormente vitali e sperimentali nel campo delle discipline antropologiche, possa offrire un significativo apporto allo sviluppo di una medicina critica e integrata, attenta alla persona e capace di ripensare la cura nei termini di un processo relazionale, plasmato da e vissuto in relazione a una molteplicità di fattori.

Per farlo mi soffermerò dapprima su alcune questioni che emergono esaminando le pratiche di difesa della salute messe in atto dal "sistema medico" occidentale e, in particolare, dalle modalità di concepire il corpo e la malattia. Si tratta di concetti imprescindibili per la prassi clinica, resi consolidati e assodati – se non "ovvi" – delle consuetudini operative che

prendono vita negli spazi sanitari e nei contesti di cura. Il corpo e la malattia tuttavia, da una prospettiva antropologica, si delineano come fenomeni complessi poiché volta a volta storicamente, socialmente e culturalmente informati, “naturalizzati” piuttosto che “naturali”.

Entrerò nello specifico di tali questioni tornando su alcuni temi di cui mi occupo da tempo¹ e che caratterizzano la gestione medica e terapeutica delle sindromi dolorose croniche complesse e nello specifico di una di queste, ossia la fibromialgia. Il dolore offre certamente un'eccellente occasione per analizzare alcune criticità che caratterizzano il paradigma costitutivo della medicina occidentale ma mostra, al contempo, le possibilità di superarle attraverso il rafforzamento di uno sguardo capace di osservare l'esperienza di sofferenza nella sua multidimensionalità. Non si tratta tanto di inquadrare tale rafforzamento nell'ottica di una “umanizzazione” della medicina, termine spesso inflazionato nel dare quasi per implicito che la medicina sia qualcosa di non compiutamente “umano” (LUPO 2014). Si tratta piuttosto di adottare una visione capace di rintracciare, monitorare e intervenire su quei processi che tendono a disumanizzarla, che la conducono cioè a rinunciare alla propria umanità seguendo un esclusivo principio (o criterio) di “oggettività” (PIZZA 2020). Questi processi informano le prassi cliniche e spingono la medicina a indagare le ragioni della sofferenza focalizzandosi primariamente sulla dimensione fisiologica del dolore, adottando cioè una prospettiva mirata a rintracciare esclusivamente ciò che accade nell'*organismo* e nel suo funzionamento. Tale prospettiva non tiene conto della *persona* che soffre e la esclude così dalla relazione di cura, trascurando i fattori che, oltre a quelli biologici, contraddistinguono l'esperienza di malattia.

Il dolore, come oggetto di analisi, permette allora di riflettere sull'importanza di sviluppare una visione e gestione sistemiche della malattia, capaci di offrire risposte di cura maggiormente efficaci. Medicina e antropologia medica possono a tale scopo divenire solide alleate proprio in quanto *scienze umane e dell'uomo*, finalizzate cioè a una piena conoscenza della condizione umana. Si tratta di sviluppare un dialogo che può rendersi proficuo riconoscendo come l'esperienza corporea e quella di malattia possano essere comprese tenendo conto di due livelli costitutivi essenziali e in rapporto di integrazione: quello *biologico* e quello *storico-sociale* (SEPPILLI 2008a). Ne consegue che considerare i soli fattori biologici o, al contrario, quelli esclusivamente storico-sociali, rischia di restituire una indagine molto parziale di tali esperienze². La specificità della condizione umana consiste infatti proprio nel porsi come:

prodotto di *determinazioni e correlazioni naturalistico-biologiche* e come espressione dell'esistenza di una *organizzazione sociale* che trascende gli individui singoli [...] e tuttavia li condiziona radicalmente secondo la propria "logica" relativamente autonoma e qualitativamente diversa rispetto a quella che regola i processi in cui si manifesta la loro costituzione biologica. (*ivi*: 131, corsivo nell'originale)

Se è vero che ogni società umana è composta da individui biologicamente costituiti e non può perciò non rapportarsi alle loro necessità e potenzialità "naturali", altrettanto vero è che la "naturalità" degli individui è irrimediabilmente condizionata dal vivere in società (*ivi*: 129). Alla luce di tale relazione e reciproca autonomia si rende dunque possibile l'integrazione tra la componente *bio* e quella *socio*. In un'ottica antropologica, tale integrazione non si limita certamente ad "aggiungere" alla prospettiva medica alcuni elementi "accessori" o "secondari" talvolta mancanti. Al contrario, essa si rende possibile muovendo da una premessa, ossia che gli aspetti biologici sono comprensibili *soltanto* alla luce di quelli storico-sociali e viceversa. La critica antropologica non si sostanzia dunque in una "troppa" scientificità causata dal riduzionismo biologico, elemento che di fatto ha permesso al paradigma medico occidentale di produrre, nel corso degli ultimi due secoli, elevati livelli di efficacia difficilmente eguagliabili; pensiamo per esempio alle conseguenze di tale approccio sui tassi di mortalità nella popolazione nettamente diminuiti, o anche solo alla rapidità con cui è stato possibile fronteggiare e prevenire le forme di malattia grave causate dal virus SARS-CoV-2 attraverso la creazione di vaccini efficaci e in tempi molto rapidi. La critica è piuttosto diretta a una mancanza di "totale" scientificità comportata dal *solo* determinismo biologico, un fattore che conduce la medicina a limitarsi a essere esclusivamente una *bio*-medicina e a disconoscere, così, le componenti soggettive e storicosociali dei processi che esamina e sui quali interviene attraverso il suo approccio conoscitivo e operativo (SEPPILLI 2006, 2014). Ora, una tale critica non può che configurarsi come propositiva e fattiva proprio poiché mira a un progresso, cioè a rendere lo stesso paradigma biomedico *più* scientifico di quanto lo sia ora (*ibid.*). Questa evoluzione non corrisponde dunque a ciò che viene generalmente definito come "progresso biomedico": non si ottiene attraverso un'iperspecializzazione o una tecnologizzazione della medicina, elementi che portano piuttosto questa scienza a perdere di vista la persona che soffre, sviluppando solo una competenza tecnica sul suo organismo. Al contrario, essa porterebbe la medicina a potenziare una visione più globale, riposizionando la persona nella sua complessità al centro del processo di cura.

La ricerca umanistica e sociale non può considerare la biomedicina nei termini di una controparte monolitica ma, al contrario, come una realtà eterogenea all'interno della quale poter individuare alleati con cui edificare un campo scientifico unitario (PIZZA 2020). Si tratta naturalmente di un processo che reclama anche un possibile “compromesso storico” tra scienze umane e scienze biologiche affinché oltre l'alternativa fra lo “sbagliare” insieme o “avere ragione” da soli, possa essere indagata una via mediana che consente di cercare un po' di ragione per metterla in atto (PIZZA 2020, cfr. SEPPILLI 2008b).

Questa strada implica volontà, curiosità e umiltà, poiché non può vederci tanto militanti ognuno della propria disciplina quanto al contrario *illimitants*, tesi verso lo sviluppo di una *indisciplina rigorosa* (SIMONNET, LAURENT, LE BRETON 2018) mirata a offrire risposte più efficaci ai bisogni umani di salute. Chiaramente le condizioni, i benefici e i rischi di una tale co-disciplinarietà conducono a interrogarsi attentamente sulle modalità mirate a garantire le rispettive specificità disciplinari (FAINZANG 2006). L'antropologia non può rischiare di trasformarsi in biomedicina e viceversa; essa può tuttavia costituire per quest'ultima una coscienza storico-critica, svolgendo una funzione di vigilanza etica (SEPPILLI 2006; BIBEAU 2010).

Riconoscendo il valore di peculiarità e reciproche prospettive si rende così possibile praticare insieme, con maturo senso critico, la scienza. Una scienza che non si adagia nelle consuetudini, che mette in discussione apparenti certezze acquisite, che è capace di intravedere nei limiti delle alternative, che sa riconoscere nell'incertezza un fondamentale segno di vitalità. Il dubbio, infatti, è di per sé un valore per la scienza e dovrebbe essere sempre contemplato: apre la porta all'ignoto, ma è ciò che ci spinge a seguire nuove direzioni, a sperimentare, in breve a progredire (FEYNMAN 1999).

Ripensare il corpo e la malattia

L'antropologia propone un'esplorazione dell'invisibile e dell'ordinario, di ciò a cui si finisce per non prestare più attenzione. Attraverso una pratica descrittiva e non prescrittiva, non dice mai ciò che vorremmo sentirci dire ma scardina piuttosto i fondamenti di quello che pensavamo già (FASSIN 2014a, 2014b; INGOLD 2020). Per queste ragioni può edificare assieme alla biomedicina un terreno comune per ripensare il *corpo* e la *malattia* nei termini di processi complessi.

Porre il corpo e la malattia sotto una lente analitica non equivale qui soltanto a recuperare l'intero versante individuale, sociale, politico, storico

e culturale che li caratterizza e li plasma, ma conduce anche a riconoscere come a essere socialmente, storicamente, politicante e culturalmente informate siano anche le modalità biomediche stesse di concepire e rappresentare tali fenomeni. Ciò conduce a precisare diverse cose: la prima, che la biomedicina non può che essere un “prodotto” storico in quanto radicata in una specifica tipologia di società, vale a dire quella occidentale tecnologicamente avanzata. Ne consegue che le modalità di rappresentare il corpo e il suo funzionamento – così come quelle di classificare e diagnosticare le malattie o di pensare la relazione di cura ecc. – non possono dirsi totalmente libere da specifiche connotazioni storicosociali in virtù della loro scientificità. O, per dirla diversamente, il carattere scientifico della medicina può essere pensato solo all’interno di uno specifico contesto storico-sociale per il fatto stesso che il corpo e la malattia sono, in un certo senso, “costruzioni sociali”. Tali modalità seguono infatti una logica coerente a una precisa cosmovisione, risentono cioè degli orientamenti propri di una concezione del mondo, veicolandoli e riproducendoli al contempo.

Se la biomedicina è un prodotto storico che rispecchia un sistema di pensiero, essa è anche un sistema culturale, oltre che tecnico e politico, in quanto insieme:

delle rappresentazioni, dei saperi, delle pratiche e delle risorse, nonché le relazioni sociali, gli assetti organizzativi e normativi, le professionalità e le forme di trasmissione delle competenze, che in un determinato contesto storico-sociale sono finalizzate a individuare, interpretare, prevenire e fronteggiare ciò che viene considerato come “malattia” o comunque compromissione di un “normale” stato di salute. (SCHIRRIPA 2012: 269)

Come apparato organizzativo, ha dunque elaborato nel tempo una visione del corpo umano e del suo funzionamento che non che può rivelarsi come una tra le diverse rappresentazioni articolate dai molteplici sistemi medici che si sono succeduti nella storia dell’umanità (SEPPILLI 2006). Il lavoro scientifico, in questo senso, non consiste tanto nel decrittaggio di fenomeni naturali ma piuttosto in una loro specifica lettura che determina una produzione di conoscenze all’interno di un contesto storico, materiale e ideologico circoscritto. Affermare questo non equivale a dubitare della scientificità della visione biomedica. Al contrario, conduce a sviluppare un atteggiamento autoriflessivo attraverso cui poter ragionare diversamente sui propri saperi e consuetudini operative riconoscendone la natura culturale e dunque necessariamente parziale (QUARANTA 2012). Ciò permette di denaturalizzare i modi stessi di concepire il corpo, la salute e la malattia, di pensarli come fenomeni che possono assumere significati diversi alla

luce di vissuti, prospettive ed aspettative differenti, come per esempio quelli del professionista sanitario e quelli del paziente che a questo si rivolge.

L'antropologia medica, in particolare quella critica e con impostazione fenomenologica, ha mostrato in questo senso come se la visione biomedica considera il corpo come una sorta di "dotazione" che il soggetto *ha* – tendendo a basarsi su un'antropologia residuale e guardando all'organismo come un alter ego dell'individuo (LE BRETON 2021) –, dalla prospettiva della persona che soffre il corpo è qualcosa che *si è*, vale a dire il vero soggetto che conosce il mondo (PIZZA 2005). Inteso in questo senso, esso emerge come un "artefatto" fisico e simbolico, prodotto sia naturalmente che culturalmente e saldamente presente in momento storico particolare. Fenomeno complesso, il corpo rimanda dunque alle sue multiple e compresenti dimensioni: individuale, in quanto corpo-sé in un senso fenomenologico, e sociale, poiché simbolo naturale e sede di rappresentazioni attraverso cui pensare la società. Inoltre politico, poiché plasmato da relazioni di potere, gestito a più livelli da biopolitiche, esposto a processi storici, sociali e istituzionali attivi che hanno un impatto sul suo stesso funzionamento biologico (SCHEPER-HUGHES, LOCK 1987). Come prodotto storico e primo strumento attraverso cui fare esperienza *del* e *nel* mondo, il corpo si fa dunque plurale e diventa comprensibile solo alla luce di tale pluralità; se infatti i nostri corpi biologici funzionano secondo le stesse leggi fisiche e chimiche, la nostra dotazione genetica non sarà concepita, percepita e utilizzata negli stessi modi e certamente non determinerà ciò che ognuno di noi diventerà, quale *mindul body* (*ibid.*) – o "corpo pensante" – sarà (LUPO 2014).

In questo senso, lo stesso funzionamento interno dell'organismo non può che essere comprensibile se non guardando alla storia della persona (in quella interazione tra biologia, ambiente, società, valori culturali, rapporti di potere, biografia individuale) ma al contempo alle modalità stesse attraverso cui *quel* corpo, plasmato da rappresentazioni e pratiche sociali, si iscrive in uno spazio di interazione agendo nella realtà, diventando cioè protagonista attivo di quelle stesse *pratiche* a cui partecipa nel quotidiano. Il corpo infatti mostra costantemente la complicità ontologica tra soggetto e mondo (QUARANTA 2012) poiché la nostra esperienza corporea (e incorporata [CSORDAS 1994]) non è solo socialmente prodotta ma produce a sua volta i saperi e i significati socioculturali a cui partecipa. La corporeità stessa cioè è un processo in cui «si intrecciano in maniera inseparabile il pensiero e la vita, il senso e l'azione» (PIZZA 1997: 49).

Se il corpo è dunque il luogo dell'identità, portatore e produttore di senso, di storia e di cultura, analizzarlo equivale a osservare *l'esperienza che*

del mondo viene fatta attraverso il corpo, una esperienza che necessariamente cambia quando quel corpo si ammala. In altre parole, la malattia “avviene” non solo nel corpo che abbiamo ma anche nel corpo che siamo, e di conseguenza “accade” anche *al di fuori* del corpo stesso: essa si presenta nel mondo vissuto attraverso il corpo poiché determina un cambiamento di quei rapporti intersoggettivi che rendono implicitamente possibile i processi di incorporazione della realtà storico-sociale. In biomedicina la malattia è tuttavia concepita oggettivamente: ciò che avviene nella materialità organica del corpo può essere osservato e compreso attraverso mezzi e tecnologie, pratiche che consentono di sviluppare conoscenze sempre più approfondite e tecniche, ma che rischiano di osservare e “gestire” la patologia come un evento isolabile dalla persona che la vive. In tale processo interpretativo e operativo la malattia non viene così indagata in quanto fenomeno composto da dimensioni interagenti che la definiscono nella sua pienezza multidimensionale come complessità biologica, esistenziale, sociale, cioè come una condizione clinica e di disagio vissuto, con tutte le ricadute che ne derivano.

Per recuperare tale complessità, l’antropologia medica anglosassone ha proposto di considerare la malattia nelle sue tre dimensioni, ossia la *disease*, la *illness* e la *sickness*, indicando con il primo termine la condizione patologica oggettivata come alterazione dell’organismo e nominata attraverso specifiche etichette nosologiche; con il secondo, il vissuto soggettivo del disagio mediato da modelli culturali, dalla rete dei rapporti sociali, dalla storia individuale. Infine, il terzo inteso come processo di socializzazione e plasmazione tanto della *disease* quanto della *illness*, (EISENBERG 1977; KLEINMAN, EISENBERG, GOOD 1978; EISENBERG, KLEINMAN 1981; YOUNG 1982) come significato sociale dello *star male*, laddove la malattia è il risultato tanto di una produzione quanto di una costruzione sociopolitiche. Quest’ultimo punto conduce a evidenziare diverse cose: la prima, che la malattia può emergere come il prodotto ultimo di micro/macro processi storici, economici, politici che determinano asimmetrie di potere e rapporti sociali inegualitari che impattano, a loro volta, sulle condizioni di vita delle singole persone, incidendo sul loro stato di salute³; la seconda, che essa è “luogo” di rappresentazioni simboliche e di costruzione sociale, poiché le forme di malessere diventano sintomi e segni di malattia in quanto ricevono significato, vengono cioè interpretati come tali nel quadro di contesti storici e socioculturali circoscritti (COZZI, NIGRIS 2003).

Recuperare tale multidimensionalità permette di pensare malattia e salute in una continuità dinamica: in primo luogo, perché il confine tra queste

due condizioni è mobile, muta nel tempo e nello spazio, si rende leggibile alla luce della peculiarità di ogni *realtà storica*; in secondo luogo, perché le soglie di separazione tra i due stati si rendono elastiche nel confronto che vede, da una parte, la sfera del vissuto di malattia e, dall'altra, la teorizzazione biomedica. Spostando lo sguardo dall'organismo alla persona è infatti possibile constatare quanto spesso possa esserci salute nella malattia e viceversa; oppure, ci si possa sentire soggettivamente sani anche in presenza di indagini cliniche che rilevano nell'organismo l'esistenza "oggettiva" di disfunzioni patologiche o, ancora, percepirsi soggettivamente malati in assenza di tali disfunzioni fisiologiche oggettivate. Per esempio, una persona può ricevere una diagnosi di diabete per via dei valori riscontrati tramite analisi del sangue ed essere così considerata come un paziente diabetico da un punto di vista medico, pur continuando tuttavia a percepirsi in salute non accusando alcun tipo di sintomo che impatta, in qualche maniera, sulla vita di tutti i giorni. Al contrario, una persona che soffre di dolore cronico – o come si vedrà di fibromialgia – può percepirsi malata nonostante le indagini cliniche riscontrino uno stato di totale "normalità" biologica. Questo perché la sofferenza, nella sua invisibilità, non è solo presente nell'organismo ma impatta sull'esperienza di vita che viene fatta attraverso il corpo. Tuttavia, in quanto sintomo di malattia, la sofferenza può portare con sé anche una certa "forma" di salute. Infatti, se è vero che il dolore modifica violentemente il rapporto tra sé e gli altri, tra la sfera privata e quella pubblica, è altrettanto vero che può diventare un elemento attorno al quale l'esperienza individuale si trasforma e, spesso, si rigenera. Nella sua cronicità, il dolore assume un senso attraverso un processo di significazione: può portare la persona a concentrarsi su se stessa, a riappropriarsi del proprio tempo per utilizzarlo in modo diverso, a stabilire nuove regole di negoziazione con il mondo esterno, tra l'individuale e il sociale. A seconda della situazione, il dolore può assumere una valenza positiva quando è accettato, "agito" "praticato" – come attivatore dei processi di trasformazione di sé e della propria identità – o una valenza negativa quando è sofferto, privato di ogni senso e significato. Sfuggendo al determinismo naturalistico, il dolore è plasmato da processi di *semantizzazione* (LE BRETON 2017), dai modi in cui viene vissuto in specifici momenti della vita; superando i confini della materialità biologica, prende vita nelle relazioni intersoggettive, nell'esperienza personale e storico-sociale di un corpo pensante. Per questi motivi, i modi di pensare e rappresentare il proprio dolore non coincidono necessariamente con le teorie biomediche che si concentrano piuttosto sulla sola dimensione della *disease*.

La biomedicina, intesa come *evidence based medicine*, si confronta con l'imprevedibilità di un dolore che trascende le leggi e va oltre le previsioni, che non è incasellabile in classificazioni nosologiche ma che soprattutto non può essere compreso alla luce di una teoria "positivista" e unifattoriale della malattia. Il dolore si situa infatti tra il corpo e il sé, tra la carne e la psiche senza essere né in uno né nell'altro quanto nell'unità della persona, non nell'organismo ma nell'esistenza (SIMONNET, LAURENT, LE BRETON 2018).

Esso è pensabile nel gioco delle relazioni. Per questa ragione è precisamente la relazione ad assumere un ruolo preponderante per immaginare risposte di cura maggiormente efficaci.

La cura come relazione: il caso della fibromialgia

La fibromialgia è una sindrome caratterizzata da dolore cronico e diffuso, associato ad astenia, parestesie, mialgie, cefalee, disturbi del sonno, problemi gastrointestinali e dermatologici, disturbi cognitivi, della memoria e dell'umore. Questa sintomatologia non sembra essere causata da alterazioni organiche o lesioni che possano essere verificate e rintracciate per mezzo di accertamenti medici specifici. La diagnosi è posta per esclusione, ossia quando i sintomi che la persona presenta non sono riconducibili ad altri quadri patologici⁴. L'eziopatogenesi della sindrome è incerta e in parte ancora sconosciuta; nonostante le opinioni discordanti, oggi si tende a inquadrare la fibromialgia come una sindrome da "sensibilizzazione centrale" causata da alterazioni del sistema di regolazione, sensibilizzazione e percezione del dolore. Attualmente non è stata identificata una strategia terapeutica efficace per il trattamento; solitamente vengono prescritti farmaci (antinfiammatori, analgesici, ansiolitici e antidepressivi), viene consigliato di intraprendere una terapia cognitivo-comportamentale e una terapia fisico-riabilitativa. La combinazione di queste tecniche non garantisce tuttavia un miglioramento dei sintomi.

Nella fibromialgia il dolore è il primo problema da trattare. Un dolore tuttavia "anormale" perché, come gli altri sintomi, non causato e giustificato da particolari alterazioni organiche e fisiologiche. Esso diventa così incomprensibile a un modello diagnostico e terapeutico che – centrato prevalentemente sulla rilevazione "tecnica" della lesione nell'organismo – fa dipendere sempre meno la sofferenza «da ciò che l'occhio può cogliere sul corpo altrui dei segni del male e dalla necessità di ascoltare ciò che l'altro può dire a proposito dei propri sintomi» (COZZI, NIGRIS 2003: 162).

Eppure è solo ascoltando i sintomi, così come sono soggettivamente percepiti e riportati dalla persona, che questi diventano osservabili e presenti, non solo nell'organismo ma nel corpo individuale e sociale di chi li sperimenta. Nella fibromialgia, il dolore, la stanchezza e la fatica, cancellano la linea di demarcazione tra segno (evidenza oggettivabile di una disfunzione) e sintomo (evidenza soggettiva di una malattia come è percepita da chi ne soffre) poiché, non potendo essere visivamente rintracciati, si manifestano nel momento in cui vengono enunciati, nell'attimo in cui la persona narra dell'esperienza che di tali sintomi sta facendo. Questi si mostrano ma in modalità differenti, resistendo così al progressivo "spogliarello" che svela tessuti, cellule e illumina l'opacità del corpo per mezzo delle tecniche di indagine diagnostica (LE BRETON 2021). Per rivelarsi necessitano dunque dell'apertura, nel quadro della relazione clinica, di uno spazio di confronto tra saperi ed esperienze, vale a dire quelli dello specialista che indaga la sofferenza e quelli del paziente che la vive.

La fibromialgia permette allora di constatare quanto la consapevolezza autoriflessiva della natura storico-culturale del sapere e delle pratiche biomediche – intesa come prerequisito per ripensare il corpo e la malattia – diventi uno strumento prezioso capace di garantire non solo un dialogo tra diverse rappresentazioni del dolore, ma anche di facilitare i possibili immaginari connessi alla cura intesa come un processo intersoggettivo e di co-costruzione che agisce a partire dalla perdita di senso causata dalla malattia.

Un processo di questo tipo non può che prendere vita all'interno di una relazione terapeutica che, per essere efficace, dovrebbe essere anzitutto *umana*. Una relazione che genera fiducia, che è paritetica poiché riconosce la legittimità di codici di lettura differenti su uno stesso fenomeno e li pone in comunicazione, livellando l'asimmetria che, normalmente, caratterizza le relazioni che prendono vita nel setting clinico; che considera quindi la persona che soffre come prima esperta del proprio dolore, poiché lo conosce bene sperimentandolo in prima persona, e che sappia reintegrare tale conoscenza nell'incontro terapeutico. Una gestione monopolistica della sofferenza da parte della biomedicina, che trasforma il dolore in un problema tecnico di pertinenza specialistica, sottrae infatti *competenza* al paziente.

Pensare la cura in questi termini equivale allora a considerare l'importanza di porre attenzione a ciò che accade nell'incontro e in una pratica partecipativa che produce conoscenza a partire dal coinvolgimento con l'altro. Un "altro" non ridotto a mero oggetto di indagine, non colonizzato con il

proprio sguardo, non assegnato a concetti già collaudati dalla consuetudine cliniche e operative. Ciò è ancor più vero proprio alla luce del fatto che il dolore, in particolare quello fibromialgico, sfugge totalmente a questo genere di assegnazione e per di più è refrattario, non risponde cioè alla terapia farmacologica, come ho già avuto occasione di mostrare (MORETTI 2019, 2022). Farmaci quali analgesici e antidolorifici lavorano infatti sul momento e vengono impiegati in un percorso terapeutico che spesso non è in grado di guardare al dolore né nella sua continuità nel tempo, né calato in una precisa traiettoria di vita, né plasmato alla luce di specifici significati. E tuttavia proprio la carica semantica del dolore è capace di agire e di ridurre l'effetto stesso di una analgesia "istantanea" e di per sé già poco efficace, poiché interviene sul sintomo ma non sulle cause della sofferenza e perché separa quest'ultima dal senso che gli viene attribuito dalla persona (SIMONNET, LAURENT, LE BRETON 2018). Recuperarla è un passaggio necessario poiché questa, al contrario, alimenta l'apparato simbolico di alcune prassi e "tecniche" messe in atto dal paziente in risposta al dolore che possono avere effetti analgesici agendo sui meccanismi endogeni nel corpo, inibendo di fatto la sensazione dolorosa stessa (SIMONNET, LAURENT, LE BRETON 2018; LE BRETON 2017) e rendendo, dunque, lo stesso incontro terapeutico più efficace.

In una prospettiva capace di immaginare la relazione clinica nei termini di un processo intersoggettivo è così possibile cogliere la differenza tra una pratica medica che "cura" (*cures*) l'organismo infermo, e una che "risana" (*heals*) riuscendo a collocare la malattia in una generale cornice di significato (LUPO 1999). Tale processo comporta una ricostruzione del dolore che coinvolge necessariamente la persona che soffre e che in questo modo si rivela già *in sé* terapeutico, perché capace di accogliere bisogni e aspettative di cura a partire da specifiche *rappresentazioni* sviluppate attraverso la quotidiana convivenza con la sofferenza.

L'antropologia medica ha, in questo senso, mostrato in più occasioni come la distinzione tra il momento della diagnosi e quello del trattamento, decade quando vengono presi in analisi sistemi terapeutici non biomedici, dove il momento di identificazione del problema e delle sue cause coincide già con la formulazione di una risposta attiva e con la ricerca di soluzioni (CSORDAS, KLEINMAN 1998). In questa ricerca la dimensione emozionale-simbolica nel rapporto fra operatore e paziente assume un ruolo preponderante; è grazie a essa che è possibile costruire fiducia nella terapia, rendere operante una attesa psicologica positiva nei confronti della cura che già in sé agisce sullo stato di malattia (SEPPILLI 2004). Ciò accade per esempio

nel caso delle terapie rituali, processi in grado di offrire una funzionale cornice di senso che permette – attraverso un richiamo a specifici riferimenti e codici simbolici condivisi da terapeuta e paziente – di ricostruire le cause di malattia e di attivare meccanismi endogeni di guarigione. Ora, se la buona riuscita di tali processi terapeutici si rende possibile facendo ricorso a stimoli comunicativi ad alta pregnanza simbolica ed emozionale poiché radicati in un comune humus culturale (CSORDAS, KLEINMAN 1998; LUPO 1999; SEPELLI 2004, 2006, 2008a), la relazione clinica in ambito biomedico vede spesso al contrario uno scontro tra due culture diverse – quella del paziente e quella del medico – intente a ricostruire lo stesso fenomeno. Tale scontro può tuttavia trasformarsi in un reciproco confronto riconoscendo le soggettività e dando valore all’intersoggettività intesa come ciò che consente di costruire un sapere comune alla cui luce poter tracciare congiuntamente gli itinerari di cura da seguire.

L’antropologia intesa come scienza delle relazioni – che le studia ma che al contempo le produce nell’atto stesso della sua “inquieta” pratica etnografica (PALUMBO 2021) – si configura qui nuovamente come una solida alleata della biomedicina nel richiamare alla mente quanto non possa esserci conoscenza se non quella che nasce dal nostro coinvolgimento con gli altri e non possa esserci progresso senza prima dubitare delle proprie certezze.

Note

⁽¹⁾ Le argomentazioni proposte in questo articolo si basano su riflessioni sviluppate nel corso di una lunga ricerca etnografica (iniziata nel 2011 e terminata nel 2018) volta ad analizzare il dolore cronico e la sindrome fibromialgica come entità definite, rappresentate e “gestite” dalla medicina occidentale. I risultati di questa ricerca sono confluiti in due monografie (MORETTI 2013, 2019) e in diversi articoli (MORETTI 2014, 2015, 2017, 2021, 2022).

⁽²⁾ Questa integrazione dovrebbe essere riconosciuta come centrale nella relazione di cura. Dal punto di vista della persona che si rivolge al professionista sanitario, il corpo e la malattia non sono considerati alla luce della sola dimensione biologica. Come si vedrà in seguito, si tratta di fenomeni più complessi in quanto soggetti a elaborazione individuale e culturale, influenzati da processi di educazione e socializzazione, plasmati da forze storiche e politiche che incidono sui percorsi biografici con ripercussioni sugli stati di salute. In questo senso, i modi in cui il corpo e la malattia vengono rappresentati e vissuti, o manifestati e comunicati nel setting clinico-assistenziale, rimandano sempre alla relazione tra individuo e contesto storico-sociale circostante. È questa relazione che sarebbe importante considerare al fine di poter formulare una risposta clinica e terapeutica più efficace e “personalizzata”, cioè attenta alla dimensione esperienziale e quindi alle peculiarità di ogni singola persona.

⁽³⁾ Come è stato più volte illustrato in antropologia medica dal dibattito sulla sofferenza sociale e sulla violenza strutturale e dalle analisi incentrate sulle eziologie socio-bio-politiche delle malattie (YOUNG 1982; KLEINMAN, DAS, LOCK 1997; DAS *et al.* 2000; NGUYEN, PESCHARD 2003; FARMER 2003, 2004; FASSIN 2006, 2014b).

⁽⁴⁾ La diagnosi di fibromialgia è di tipo clinico poiché attualmente non esistono biomarcatori che possano essere rintracciati con test specifici. Inoltre, i criteri diagnostici sono stati modificati nel tempo. Secondo i primi criteri stabiliti nel 1990 dall'ACR (*American College of Rheumatology*), la fibromialgia viene diagnosticata in seguito a una valutazione clinica e quando sono riscontrati due elementi principali: dolore cronico da almeno tre mesi che si manifesta in modo diffuso e generalizzato, e forte reazione dolorosa alla digitopressione su almeno 11 dei 18 *tender points* (punti mialgici) distribuiti su tutto il corpo. Nei criteri diagnostici ACR del 2011, i *tender points* sono stati sostituiti da aree di dolore più diffuse e sono stati aggiunti parametri che misurano quantitativamente il dolore (utilizzando il *Widespread Pain Index* (WPI) e la *SS-Severity Scale*). Gli ultimi criteri ACR stabiliti nel 2016 hanno infine abbandonato la valutazione dei *tender points* e definito la fibromialgia come una sindrome polisintomatica, considerando la presenza di ulteriori sintomi quali disturbi del sonno, affaticamento e disfunzioni cognitive. Gli attuali criteri utilizzati per stabilire la diagnosi sono: sintomi presenti da almeno tre mesi; indice di dolore diffuso (WPI ≥ 7) e scala di gravità dei sintomi (SS ≥ 9); dolore generalizzato, presente in almeno quattro delle cinque aree algiche del corpo (quadrante superiore sinistro, quadrante superiore destro, quadrante inferiore sinistro, quadrante inferiore destro, regione assiale).

Bibliografia

- BIBEAU G. (1998), *L'attivazione dei meccanismi endogeni di autoguarigione nei trattamenti rituali degli Angbandi*, pp. 131-158, in LANTERNARI V., CIMINELLI M.L. (a cura di), *Medicina, magia, religione, valori. II. Dall'antropologia all'etnopsichiatria*, Liguori, Napoli.
- BIBEAU G. (2010), *Quel humanisme pour notre âge bio-technologique ?*, "Anthropologie & Santé", 1, <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.91>.
- CONRAD P. (2007), *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- COZZI D., NIGRIS D. (2003), *Gesti di cura. Elementi di metodologia della ricerca etnografica e di analisi socioantropologica per il nursing*, Colibri, Torino.
- CSORDAS T. (1994), *Embodiment and Experience: the Existential Ground of Culture and Self*, Cambridge University Press, Cambridge.
- CSORDAS T., KLEINMAN A. (1998), *Il processo terapeutico*, pp. 109-129, in LANTERNARI V., CIMINELLI M.L. (a cura di), *Medicina, magia, religione, valori. II. Dall'antropologia all'etnopsichiatria*, Liguori, Napoli.
- DAS V. *et al.* (a cura di) (2000), *Violence and Subjectivity*, University of California Press, Berkeley.
- EISENBERG L. (1977), *Disease and Illness. Distinction between Professional and Popular Ideas of Sickness*, "Culture, Medicine and Psychiatry", Vol. 1: 9-23.
- EISENBERG L., KLEINMAN A. (1981), *Clinical Social Science*, pp. 1-23, in EISENBERG L., KLEINMAN A. (a cura di), *The Relevance of Social Science for Medicine*, Reidel Publishing Company, Dordrecht.

- FAINZANG S. (2006), *Antropologia e medicina: riflessioni epistemologiche sulla co-disciplinarietà nella ricerca*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", 21-26: 11-24.
- FARMER P. (2003), *Pathologies of Power. Health, Human Rights, and the New War on the Poor*, University of California Press, Berkeley.
- FARMER P. (2004), *An Anthropology of Structural Violence*, "Current Anthropology", Vol. 45 (3): 305-325.
- FASSIN D. (2014a), *Cinque tesi per un'antropologia medica critica*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", 37: 33-50.
- FASSIN D. (2014b), *Ripolitizzare il mondo. Studi antropologici sulla vita, il corpo e la morale*, Ombre Corte, Verona.
- FASSIN D. (2006), *Quand les corps se souviennent. Expériences et politiques du sida en Afrique du Sud*, La Découverte, Paris.
- FEYNMAN R. (1999), *Il senso delle cose*, Adelphi, Milano.
- INGOLD T. (2020), *Antropologia. Ripensare il mondo*, Meltemi, Milano.
- KLEINMAN A., DAS V., LOCK M. (a cura di) (1997), *Social Suffering*, University of California Press, Berkeley.
- KLEINMAN A., ESENBERG L., GOOD B. (1978), *Culture, Illness and Care. Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research*, "Annals of Internal Medicine", Vol. 88: 251-258.
- LE BRETON D. (2017), *Tenir. Douleur chronique et réinvention de soi*, Editions Méteilié, Paris.
- LE BRETON D. (2021), *Antropologia del corpo*. Meltemi, Milano.
- LUPO A. (1999), *Capire è un po' guarire: il rapporto paziente-terapeuta fra dialogo e azione*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", 7-8: 53-92.
- LUPO A. (2014), *Antropologia medica e umanizzazione delle cure*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", 37: 105-126.
- MORETTI C. (2103), *A nervi tesi. Un'analisi antropologica della sindrome fibromialgica*, Aracne, Roma.
- MORETTI C. (2014), *Ricostruire un sapere: Quando con SF si intende Solo Fantasia e Solo Femminile*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", 37-38: 457-471.
- MORETTI C. (2015), *Maladie, ou pour le dire mieux, le mal a dit. Racontez - moi comment tout a commence*, "Revue des Sciences Sociales", 53: 58-65.
- MORETTI C. (2017), *Sympathetic Character. La retorica dell'inefficacia nei processi diagnostici della Sindrome Fibromialgica*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", 43-46: 177-200.
- MORETTI C. (2019), *Il dolore illegittimo. Un'etnografia della sindrome fibromialgica*, ETS, Pisa.
- MORETTI C. (2021) *Sfidare i confini della normalità: la fibromialgia tra il reale e l'irreale, il visibile e l'invisibile*, pp. 173-184, in GRASSI P., ZAMMIT R. (a cura di), *La bioetica e i cinque sensi tra pratica clinica e metafore*, Tau editrice, Todi.
- MORETTI C. (2022), *"Con le mani nude sull'anima". Processi terapeutici e gestione autonoma della cura negli stati dolorosi cronici complessi*, "Etnografia e Ricerca Qualitativa", in corso di pubblicazione.
- NGUYEN V.K., PESCHARD K. (2003), *Anthropology, Inequality, and Disease: A Review*, "Annual Review of Anthropology", Vol. 32: 447-474.
- PALUMBO B. (2021), *Lo sguardo inquieto. Etnografia tra scienza e narrazione*, Marietti, Bologna.
- PIZZA G. (1997), *Corpi e antropologia: l'irriducibile naturalezza della natura*, "Aperture. Rivista di cultura, arte e filosofia", 3: 45-46.

- PIZZA G. (2005), *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma.
- PIZZA G. (2020), *L'antropologia di Gramsci. Corpo, natura, mutazione*, Carocci, Roma.
- QUARANTA I. (2012), *La trasformazione dell'esperienza. Antropologia e processi di cura*, "Antropologia e teatro", 3: 1-31.
- SCHIRRIPA P. (2012), *Sistema medico. Campo politico, istituzioni sanitarie e processi di medicalizzazione tra egemonia e resistenza*, pp. 269-284, in COZZI D. (a cura di), *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario*, Morlacchi, Perugia.
- SCHEPER-HUGHES N., LOCK M. (1987), *The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology*, "Medical Anthropology Quarterly", Vol. 1 (1): 6-41.
- SEPPILLI T. (2004), *La questione dell'efficacia delle terapie sacrali e lo stato della ricerca nelle scienze umane. Dialogo a cura di Pino Schirripa*, "Religion e Società. Rivista di scienze sociali della religione", 48: 75-85.
- SEPPILLI T. (2006), *Etnomedicina e Antropologia medica: un approccio storico-critico*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", 11: 21-26.
- SEPPILLI T. (2008a), *Scritti di antropologia culturale*, MINELLI M., PAPA C. (a cura di), volume I, Leo S. Olschki Editore, Firenze.
- SEPPILLI T. (2008b), *Scritti di antropologia culturale*, MINELLI M., PAPA C. (a cura di), volume II, Leo S. Olschki Editore, Firenze.
- SEPPILLI T. (2014), *Antropologia medica e strategia per la salute. Relazione introduttiva al convegno*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 37: 17-31.
- SEPPILLI T. (2018), *Introduzione*, pp. 5-25, in CHARCOT J.M., *La fede che guarisce*, a cura di Y. Celso, ETS, Pisa.
- SIMONNET G., LAURENT B., LE BRETON D. (2018), *L'Homme Dououreux*, Odile Jacob, Paris.
- YOUNG A. (1982), *The Anthropologies of Illness and Sickness*, "Annual Review of Anthropology", Vol. 11: 257-285.

Scheda sull'Autrice

Chiara Moretti è nata a Atessa (CH) il 17 febbraio 1983. È assegnista di ricerca presso il Dipartimento di Medicina e Chirurgia dell'Università di Parma, docente a contratto di Antropologia Medica presso il Dipartimento di Medicina Specialistica, Diagnostica e Sperimentale dell'Università di Bologna e di Discipline Demoeoantropologiche presso il Dipartimento di Medicina e Chirurgia dell'Università di Tor Vergata (Ospedale Pediatrico Bambino Gesù). Nel 2018 ha conseguito il Dottorato di Ricerca presso l'Università di Strasburgo in co-tutela con l'Università degli Studi di Perugia. Negli ultimi anni ha condotto una indagine etnografica di lungo periodo, sia in Italia che all'estero, sull'approccio biomedico alle condizioni dolorose croniche e, in particolare, alla sindrome fibromialgica. Dal 2020 è membro del consiglio direttivo della Società italiana di antropologia medica (SIAM) e della redazione per la rivista "AM Rivista della società italiana di antropologia medica fondata da Tullio Seppilli". I suoi maggiori interessi di ricerca sono: genere, cultura e salute; antropologia medica e storia dei saperi medici; dolore cronico e sindromi medicalmente inspiegabili; accesso ai servizi sociosanitari e promozione della salute.

Riassunto

Persona, corpo e malattia. Il contributo dell'antropologia medica allo sviluppo di una medicina critica e autoriflessiva

Questo contributo vuole mettere in luce l'apporto dell'antropologia medica allo sviluppo di una medicina critica e autoriflessiva, capace di considerare i processi di salute/malattia nei termini di fenomeni biologici e storico-sociali complessi e di riposizionare, conseguentemente, la persona al centro dei processi di cura. L'articolo è stato pensato e scritto per lettori e lettrici che non hanno necessariamente una formazione in ambito antropologico con lo scopo di offrire alcuni spunti di riflessione, promuovere un dibattito anche al di fuori degli steccati disciplinari o dei confini accademici e rafforzare il confronto e lo scambio con i/le professionisti della salute.

Parole chiave: Sistema medico, corpo, malattia, cura, co-disciplinarietà

Resumen

Sujeto, cuerpo y enfermedad. La contribución de la antropología médica al avance de una medicina crítica y autorreflexiva

Esta contribución se propone evidenciar la aportación de la antropología médica al avance de una medicina crítica y autorreflexiva, capaz de considerar los procesos de salud/enfermedad en términos de fenómenos biológicos y socio históricos complejos y, en consecuencia, de reposicionar a la persona en el centro de los procesos asistenciales. El artículo ha sido concebido y escrito para lectores que no tienen necesariamente una formación en antropología, con el objetivo de ofrecer elementos de reflexión, promover un debate también fuera de las vallas disciplinarias o las fronteras académicas y reforzar la interpelación y el intercambio con los profesionales de la salud.

Palabras clave: Sistema médico, cuerpo, enfermedad, cura, co-disciplinarietà

Résumé

Sujet, corps et maladie. L'apport de l'anthropologie médicale au développement d'une médecine critique et autoréflexive

Cette contribution vise à montrer l'apport de l'anthropologie médicale au développement d'une médecine critique et autoréflexive, capable de considérer les processus de santé/maladie en termes de phénomènes biologiques et socio-historiques complexes et, par conséquent, de repositionner la personne au centre des processus de soins. L'article a été conçu et rédigé pour des lecteurs et des lectrices qui n'ont pas nécessairement une formation en anthropologie, afin d'offrir des pistes de réflexion, de promouvoir un débat également en dehors des barrières disciplinaires ou des frontières académiques et de renforcer la discussion et l'échange avec les professionnels de la santé.

Mots clés: Système médical, corps, maladie, soins, co-disciplinarietà

Il dispositivo etnoclinico del Centro Fo.R.Me *Tra storia, teoria e metodo*¹

Rita Finco, Raúl Zecca Castel

Centro Fo.R.Me – Università degli Studi di Milano-Bicocca
[raul.zecca@unimib.it; finco.rita@gmail.com]

Abstract

The Ethnoclinical Device at Centro Fo.R.Me. Between History, Theory and Method

This article reconstructs and analyzes the history, theory and method of the ethnoclinical practice of Centro Fo.R.Me, run by Ruah Cooperativa in Bergamo, starting from a collaborative action-research work which involved Centro Fo.R.Me together with University of Milan-Bicocca. The aim of the article is to make the meaning of this psycho-social and therapeutic practice usable by the professionals of social and health-care services to which it is addressed.

Keywords: complementarism, practice of displacement, ethnoclinic device, social and health care services, Centro Fo.R.Me

Introduzione

Questo articolo scaturisce dalla volontà di mettere in evidenza una collaborazione nata all'interno del progetto "Families. Rafforzare legami territoriali per sostenere famiglie vulnerabili" (FAMI 2014-2020)², in cui gli autori – rispettivamente la direttrice del *Centro formazione ricerca e mediazione* (Fo.R.Me) di Bergamo e un ricercatore in Antropologia Culturale dell'*Università degli Studi di Milano-Bicocca* – hanno lavorato insieme per ricostruire e illustrare la genealogia del metodo e della pratica etnoclinica, così da renderla fruibile ai professionisti dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari.

La pratica etnoclinica, infatti, si configura come un intervento rivolto a tutti coloro che vivono e frequentano il mondo dei servizi, gettando luce su paradigmi che mettono in evidenza i propri etnocentrismi.

Le fatiche riscontrate dai servizi pubblici di assistenza socio-sanitaria, in particolare nel processo di presa in carico dei nuclei familiari di origine straniera, vengono ascritte alle difficoltà che gli stessi operatori rilevano nell'assumere una prospettiva capace di tener conto delle differenze di natura culturale che intercorrono tra il mondo dei servizi e quello dell'utenza straniera, quest'ultima spesso oggetto di rappresentazioni stereotipate e pregiudizi.

In ragione di tali difficoltà, e a fronte di significativi investimenti tanto in termini di risorse umane quanto in termini di risorse economiche, è evidente il rischio concreto di interventi anacronistici o "fuori luogo" (QUARANTA, RICCA 2012).

Da questo punto di vista, il servizio etnoclinico del *Centro Fo.R.ME* si propone come un efficace strumento terapeutico e formativo allo stesso tempo, funzionando come intervento di sostegno e accompagnamento sia nei confronti dell'utente sia nei confronti degli operatori dei servizi coinvolti. Tale duplice azione è frutto del caratteristico *setting* pluridisciplinare del dispositivo etnoclinico, capace di restituire la molteplicità delle prospettive e dei significati culturali implicati attraverso un parallelo lavoro di decostruzione, da un lato, e co-costruzione collettiva di senso condiviso, dall'altro, in grado di agire sulla natura stessa delle relazioni di cura, producendo da ultimo un fruttuoso disorientamento di ruoli, status e categorie di giudizio.

Per meglio comprendere il funzionamento e il significato della pratica etnoclinica così come agita tramite il dispositivo di cura e mediazione del *Centro Fo.R.ME*, tuttavia, occorre anzitutto guardare alle origini storiche del suo sapere, interpellando i presupposti teorici e metodologici che ne hanno fondato la disciplina.

Oggi declinata in diverse pratiche e forme di consulenza, mediazione, assistenza e cura rivolte alla popolazione migrante in condizioni più o meno gravi di sofferenza psichica, la pratica etnoclinica affonda le sue radici nell'etnopsichiatria, una teoria che è stata inaugurata e sistematizzata metodologicamente (o, come vedremo, dis-organizzata e a-sistematizzata [cfr. SPIRO 1969: 95]) come disciplina grazie alla pubblicazione di *From Anxiety to Method in the Behavioral Sciences* (1967), vera e propria opera-manifesto a firma dell'eccentrico antropologo e psicoanalista ungherese György Dobó, meglio noto come Georges Devereux.

*Teoria e metodo dell'etnopsichiatria:
il contributo di Georges Devereux*

Georges Devereux è considerato il padre fondatore della teoria etnopsichiatria (LAPLANTINE 2002: 28). Ciò, tuttavia, risulta alquanto paradossale nel momento in cui il principale e più prezioso contributo apportato alle “scienze del comportamento umano” (come egli definiva il suo campo d'indagine riferendosi in particolare all'antropologia, alla psicologia e alla psicoanalisi [DEVEREUX 2007]) non ha riguardato la sistematizzazione epistemologica di un sapere ma, al contrario, la sua più feroce critica. Per Devereux, infatti, l'etnopsichiatria era anzitutto una *metodologia*; ovvero un *discorso-sul-metodo* – qui inteso nel suo significato etimologico di “strada”, “via” – attraverso cui sottoporre a giudizio i principi fondamentali della razionalità scientifica, a partire dai criteri di obiettività, coerenza e verificabilità dell'osservazione empirica (DEVEREUX 1975: 251).

Per realizzare efficacemente tale metodologia, Devereux intuì che era necessario chiamare a raccolta saperi e pratiche fino a quel momento divisi da rigorosi e talvolta insormontabili steccati disciplinari, inaugurando così il moderno paradigma multidisciplinare o, meglio, pluridisciplinare: «L'etnopsichiatria [...] – puntualizza infatti Devereux – è una scienza pluridisciplinare e non interdisciplinare» (DEVEREUX 1978: 8). La differenza, così come ben spiegata da Piero Coppo, sta nel fatto che l'interdisciplinarietà non è altro che «l'azione, l'intenzione che stabilisce rapporti tra una disciplina e l'altra», mentre la «pluridisciplinarietà è la considerazione dello stesso oggetto a partire da discipline diverse» (COPPO, CARDAMONE, INGLESE 1996: 94),

Tra le eredità più importanti lasciateci da Devereux troviamo l'intuizione e il tentativo di elaborare un'inedita collaborazione tra scienze esatte, in particolare fisica e chimica, e scienze sociali, soprattutto antropologia, sociologia e psicoanalisi, mutuando i principi metodologici delle prime allo studio fenomenologico delle seconde. Tale collaborazione, di fatto, inaugurò la possibilità o, meglio, la necessità di considerare come complementari epistemologie in genere ritenute reciprocamente escludentisi, oltre che singolarmente esaustive. Se l'etnopsichiatria è per Devereux anzitutto una metodologia di ricerca che ha per oggetto i comportamenti psicopatologici dell'essere umano in prospettiva culturale, il *complementarismo* ne costituisce il fondamento, stabilendo il principio dell'assoluta interdipendenza e, allo stesso tempo, dell'assoluta irriducibilità e autonomia tanto dei dati psicologici quanto di quelli socio-antropologici (DEVEREUX 1975: 11).

Il principio complementarista esige la necessità di un «doppio discorso esplicativo». Per Devereux, infatti, «un fenomeno umano che venga spiegato in un solo modo rimane, per così dire, ancora inesplorato [...]» (*ibidem*). Di qui, il monito per cui l'etnopsichiatria debba considerarsi non interdisciplinare, ma pluridisciplinare, proprio perché «sottopone determinati fatti a una duplice analisi, da un lato nel quadro dell'etnologia, dall'altro in quello della psicoanalisi [...]» (*ibidem*). Tutto ciò, evidentemente, senza cercare una impossibile sintesi e, soprattutto, opponendosi alle aspirazioni totalitarie delle singole discipline, dunque contro ogni tentazione riduzionistica o deterministica, tanto di ordine socio-culturale quanto di ordine psicologico. Il complementarismo, precisa Devereux, «non è una teoria, ma una generalizzazione metodologica; non esclude nessun metodo, nessuna teoria valida, ma li coordina» (*ivi*: 27).

Dal modello complementarista della fisica quantistica, inoltre, Devereux recupera anche il contributo teorico apportato dal celebre principio di indeterminazione formulato da Werner Heisenberg, in particolare rispetto alle implicazioni gnoseologiche che questo comporta nella relazione tra soggetto osservatore e oggetto osservato. Secondo il fisico tedesco, infatti, le condizioni di possibilità affinché si possa conoscere un determinato fenomeno modificano la natura stessa del fenomeno. Ciò significa non solo che l'osservazione si presenta come un elemento di perturbazione, ma che modalità e strumenti di osservazione diversi, producendo perturbazioni diverse, restituiscono conoscenze diverse. A tal proposito, Devereux riporta l'esempio di un suggestivo esperimento mentale dove un ipotetico oggetto viene esplorato per mezzo di un bastone: a seconda di come questo venga adoperato, cambia la percezione dell'oggetto (DEVEREUX 1984: 460). Le informazioni ottenute impugnando il bastone in modo rigido saranno infatti diverse da quelle ottenute impugnandolo mollemente. Fuor di metafora, l'esperimento rimanda evidentemente al cosiddetto «problema della demarcazione», ovvero alla domanda circa i limiti e le possibilità stesse della conoscenza scientifica. Per Devereux, tuttavia, si tratterebbe di un falso problema, poiché

nessun fenomeno possiede un senso intrinseco. Non è quindi né un dato, né un'informazione: è semplicemente una potenziale fonte di dati. Diventa un dato solo quando è assegnato a, o assunto da, una scienza particolare che seleziona, tra i numerosi aspetti del fenomeno, quelli che considera pertinenti e ai quali può attribuire un senso nel proprio particolare contesto. (*ivi*: 483)

Di qui, l'idea che ogni scienza possa considerarsi anche alla stregua di un "setaccio", dove è la natura del setaccio, delle sue specifiche trame metodologiche, a selezionare e quindi a determinare le informazioni che definiscono il fenomeno stesso.

Nel campo delle scienze umane, la questione della demarcazione e soprattutto della perturbazione non rappresentano affatto un problema. Al contrario, si configurano nei termini di un vantaggio epistemologico, prerogativa qualificante del sapere etnopsichiatrico. Spostando l'attenzione dall'oggetto alle modalità di conoscenza dell'oggetto, Devereux individua nell'effetto perturbante che l'osservazione produce il materiale più prezioso per lo studio del comportamento umano. Preso atto dell'inevitabilità della perturbazione, questa non può e non deve più considerarsi come un limite o un ostacolo alla conoscenza scientifica. La soggettività, dunque, si rivela come «la via reale verso una autentica, e non fittizia, obiettività» (*ivi*: 28).

Aprire le porte alla soggettività, tuttavia, significa anche guardarsi allo specchio – «lo studio dei dati è sempre analisi di sé» (*ivi*: 44) –, esponendosi alla minaccia di continue contro-perturbazioni. La perturbazione, infatti, non riguarda solo l'oggetto osservato ma anche lo stesso osservatore, dove si traduce inevitabilmente in un senso di angoscia, a maggior ragione quando a essere osservato non è un oggetto propriamente inteso, ad esempio un elettrone, ma l'essere umano, con i suoi comportamenti, i suoi pensieri, le sue emozioni. Il materiale psicoanalitico, infatti, nelle sue diverse espressioni socio-culturali, sollecita e perturba il livello inconscio di chi vi entra in contatto. Il confronto con l'alterità risveglia l'angoscia dell'osservatore, il quale, da parte sua, cercherà di proteggersi – «ricorrendo all'omissione, all'attenuazione, alla mancata utilizzazione o all'incomprensione, alla descrizione ambigua, alla sovrautilizzazione, o al rimaneggiamento di certe parti del materiale» (*ivi*: 101) – ricorrendo, cioè, a meccanismi di resistenza e difesa che Sigmund Freud aveva interpretato come reazioni dell'analista al transfert del paziente, ovvero come deformazioni controtransferenziali. Se per il fondatore della psicoanalisi, il controtransfert rappresentava un elemento di disturbo potenzialmente rovinoso per la funzione terapeutica e doveva quindi essere scongiurato, per Devereux (*ivi*: 27) esso rappresenta «il dato cruciale di ogni scienza del comportamento». La sua analisi costituisce una ineguagliabile fonte di informazioni, proprio perché chiama in causa l'inconscio e la soggettività dell'osservatore. La comprensione della propria angoscia è dunque la chiave per aprirsi alla comprensione dell'altro. Di qui, l'assunzione dell'angoscia a vero e proprio metodo d'indagine scientifica entro il paradigma etnopsichiatrico.

Ecco allora che il contributo di Georges Devereux, nell'immaginare una etnopsichiatria complementarista fondata sull'angoscia controtransferenziale, pone le basi per un sapere terapeutico che, lungi dal tentare un'impossibile sintesi tra la dimensione psichica e quella socio-culturale, propone strumenti di indagine, interpretazione e cura capaci di accogliere entrambe le spiegazioni senza cadere in sterili riduzionismi autoreferenziali; un sapere aperto e dinamico, dunque, che a partire dal riconoscimento della differenza, possa muovere verso la ri-costruzione e la co-costruzione di un orizzonte di significato condiviso, proprio grazie all'esistenza complementare di prospettive disciplinari diverse. Per dirla con Coppo,

l'etnopsichiatria è dunque un conglomerato che, come un feticcio, è attivo fintanto che lo abitano linee di frattura e sinergie che costantemente lo scompongono e ricompongono. [...] appare come il saper-fare che muove dagli interstizi tra alterità per farle dialogare senza che nessuna venga abolita per assimilazione o negazione. In altre parole, l'etnopsichiatria è innanzitutto, per sua stessa struttura, un metodo per accogliere le diversità, per sviluppare l'aspetto generativo dei conflitti che nascono dalla loro coesistenza ed evitare che si trasformino in guerre: che si tratti di guerre tra uomini, teorie od oggetti. (COPPO 2003: 205-206)

Resta aperta, tuttavia, una domanda fondamentale: come applicare concretamente questo metodo? Ovvero, come trasformare la teoria etnopsichiatrica in una pratica clinica?

Dalla teoria alle pratiche, nel solco della tradizione francese

Se dobbiamo a Devereux l'elaborazione teorica del sapere etnopsichiatrico, il primo tentativo di applicarne la metodologia entro una specifica pratica clinica va certamente ricondotto al suo allievo e collaboratore³ Tobie Nathan. È lui, nel 1979, ad aprire presso l'ospedale di Bobigny, in Francia, la prima consultazione etnopsichiatrica dove mettere in pratica gli insegnamenti del maestro e, nel 1993, a fondare presso l'università di Parigi VIII – dove insegnava psicologia clinica e psicopatologia – un centro universitario di ricerca e formazione, dotato dell'innovativo servizio psicologico per famiglie migranti, intitolato proprio alla figura di Georges Devereux.

Il debito di Nathan verso Devereux, tuttavia, riguarda anche in questo caso più la proposta metodologica che non lo specifico contenuto teorico delle sue riflessioni. Viene dunque accolta l'idea di una psicoterapia complementarista capace di tenere insieme la dimensione psichica con quella

culturale, ma questa viene applicata – almeno secondo alcuni critici (tra gli altri, FASSIN 1999, 2000) – in modo tale da risultare troppo sbilanciata a favore della seconda, con il rischio di incorrere in derive culturaliste che, enfatizzando la cornice interpretativa locale, possono talvolta apparire eccessivamente accondiscendenti nei confronti di pratiche terapeutiche tradizionali fortemente divisive dal punto di vista etico. A prescindere da tale controversia, tuttavia, ciò che caratterizza in modo specifico il lavoro di Nathan è l'innovazione apportata alla pratica clinica, così da segnare una linea di frattura con la tradizione psicoanalitica classica. Come lo stesso Nathan riferisce, l'etnopsichiatria è «una specifica pratica clinica che ha avuto bisogno di una ridefinizione del passaggio teorico e degli abituali spazi tecnici della psicologia clinica e della psicopatologia» (NATHAN 1996: 37). Se rispetto al “passaggio teorico” Nathan riprende il contributo di Devereux nel tentativo di accogliere e valorizzare il quadro di riferimento della cultura di appartenenza e i sistemi eziologici tradizionali dei pazienti migranti, è rispetto agli “spazi tecnici” che egli inaugura la sua personale pratica etnopsicoanalitica:

tenendo conto del fatto che in clinica, come in molti altri ambiti, non è possibile alcuna innovazione senza modificare il dispositivo di raccolta dei dati [...] ho spostato l'accento e ho focalizzato la ricerca sulla costruzione del dispositivo, piuttosto che sull'elaborazione d'ipotesi generali. (*ivi*: 49)

Il dispositivo costruito da Nathan, in effetti, realizza un innovativo *setting* terapeutico, i cui punti cardine riguardano l'integrazione della lingua madre del paziente, la conseguente introduzione della figura del mediatore linguistico-culturale e l'adozione di un approccio alla cura di tipo grupale, dove partecipano professionisti provenienti da diversi ambiti disciplinari, oltre che operatori dei servizi e membri della famiglia. La lingua, anzitutto, è riconosciuta come il contenitore del mondo da cui proviene il paziente, lo strumento privilegiato tramite il quale entrare in connessione con il suo portato storico e identitario, chiave di accesso tanto per la dimensione culturale quanto per la dimensione psichica e inconscia dell'io come soggetto collettivo e sociale. La figura del mediatore, dunque, assume un valore particolare, poiché non si riduce a un semplice lavoro di traduzione linguistica, ma agisce come vero e proprio “interprete” delle categorie di pensiero dell'altro. Di qui, la sua rilevanza anche nei casi in cui il paziente sappia esprimersi perfettamente nella lingua del paese ospitante, poiché egli dev'essere «capace di discutere le connotazioni di una parola, il paradigma di un'idea o di una rappresentazione» (*ibidem*). Da questo

punto di vista, in realtà, tutti i partecipanti al dispositivo etnopsicoanalitico si configurano come “mediazioni viventi”, “coterapeuti” impegnati in un “lavoro collettivo” teso a «ricostruire il massimo dei riferimenti culturali del paziente: in primo luogo la sua lingua, ma anche le teorie implicite, le logiche interattive, i modi di fare...» (*ivi*: 56), «lasciando che le etiologie ‘tradizionali’ si svolgano fino all’evocazione della vita privata e profonda del soggetto» (*ivi*: 51).

Secondo Nathan, i vantaggi offerti da un modello terapeutico di tipo grup-pale o comunitario, in antitesi all’impostazione duale della relazione psico-analitica classica di matrice freudiana, sarebbero molteplici. Anzitutto, in ragione della multidisciplinarietà dei professionisti coinvolti, viene meno il rischio di etichettare il disturbo o la sofferenza del paziente con una diagnosi univoca. Al contrario, sono incentivate ipotesi e interpretazioni eterogenee. Ancor prima dell’identificazione delle cause del malessere, ciò «assicura una funzione di sostegno psichico e culturale. Consente infatti la circolazione di etiologie apparentemente ‘irrazionali’, senza umiliare il pa-ziente e senza costringere il terapeuta alla condiscendenza» (*ibidem*). Inol-tre, permette la decostruzione stessa della rappresentazione elaborata dal paziente e una sua ri-organizzazione di senso condiviso a partire dall’esper-ienza di gruppo. Grande rilevanza, infine, viene assegnata all’analisi del controtransfert, su cui il gruppo è chiamato a confrontarsi al fine di inda-gare gli eventuali processi di coinvolgimento emotivo in funzione dell’effi-cacia terapeutica.

La pratica etnopsicoanalitica inaugurata da Tobie Nathan ha trovato, a partire dagli anni ’90, un’ulteriore declinazione nell’esperienza della clini-ca di Marie Rose Moro. Medico psichiatra specializzata in problematiche infantili e adolescenziali tra le famiglie migranti, Moro – a sua volta allieva di Nathan – ha avviato proprio presso l’ospedale di Bobigny un servizio di consulenza etnopsichiatria dedicato in modo specifico alle seconde gene-razioni di famiglie straniere immigrate in Francia, considerate come porta-trici di un «trauma migratorio» che, per quanto “ereditato”, le porterebbe a vivere «una situazione di rottura, cioè di separazione tra il mondo di casa e il mondo della scuola o dell’esterno» (MORO 2000: 14). È rispetto a questo trauma e a questa rottura tra interno ed esterno, tra cultura delle origini e cultura della società di accoglienza che la clinica di Moro si pone come obiettivo un lavoro di riconciliazione psichica, anche preventivo, rivolto ai più giovani. Ecco allora che, per quanto riguarda il contesto francese, sin-tetizzando con le parole di Maria Luisa Cattaneo:

Devereux ha gettato le basi della teoria e del metodo dell'etnopsicoanalisi. Il suo allievo Tobie Nathan ha successivamente messo a punto il dispositivo tecnico caratteristico di questo approccio, e Marie Rose Moro lo ha sviluppato e modificato per applicarlo alle problematiche delle seconde e terze generazioni (CATTANEO 2006: 10), definendolo nei termini di una clinica transculturale.

La pratica etnoclinica del Centro Fo.R.ME

Risale al 2009 la fondazione, nella città di Bergamo, della *Cooperativa impresa sociale Ruah*, dedicata alla promozione di valori e servizi volti all'accoglienza, al dialogo e all'incontro di cittadini italiani e stranieri. È in seno a tale gruppo di lavoro che, nel 2015, prende ufficialmente vita il *Centro formazione, ricerca e mediazione* (Fo.R.ME), uno spazio etnoclinico dedicato al miglioramento di coloro che direttamente o indirettamente vivono il processo migratorio, luogo di orientamento, riflessione e cura in cui ognuno può scoprire la propria singolarità. Parallelamente ad attività formative e di ricerca, il *Centro Fo.R.ME* offre dunque servizi di cura a orientamento etnoclinico rivolti sia a enti pubblici, come i CPS, le NPI, i SERD e, più in generale, i diversi servizi socio-sanitari del territorio, sia a enti del privato sociale, come associazioni, cooperative, consorzi e fondazioni, al fine ultimo di sostenere la presa in carico di nuclei familiari di origine straniera in situazione di disagio e/o vittima di violenza.

La pratica etnoclinica si riferisce a «un'epistemologia che trae origine dall'etnopsichiatria» e si configura «come luogo di ascolto e conversazione [...]; un modello che include diverse professioni, ognuna delle quali possiede specifiche competenze: psicoterapeuti, psicologi clinici, psichiatri, antropologi, educatori e pedagogisti» (BARAZZETTI *et al.* 2018: 314). Da questo punto di vista, riprendendo una formula coniata da Marie Rose Moro (MORO 2001), il servizio etnoclinico può definirsi nei termini di un «dispositivo a geometria variabile», poiché prevede la possibilità di modificare la composizione stessa dell'équipe in base alla specificità della situazione affrontata e, soprattutto, in base alla specificità della richiesta di consulenza portata dai servizi socio-sanitari. La geometria variabile, tuttavia, riguarda anche l'identità, il posizionamento e i movimenti interni di tutti i presenti, i quali partecipano al dispositivo anzitutto come soggetti portatori di esperienze e vissuti personali specifici prima ancora che come professionisti esperti e competenti in determinate discipline. Ciò significa che la presenza entro il *setting* di cura implica una relazione dinamica e

mutevole tra i diversi operatori – oltre che tra tutti i partecipanti, utenti compresi – dove l’instabilità e la contaminazione di saperi, esperienze e prospettive diverse non solo viene promossa e attivamente ricercata, ma costituisce uno dei principi o, meglio, dei valori fondanti di questa specifica pratica etnoclinica. Essa si configura come una disciplina del movimento, un processo esperienziale in cui si attiva un potere trasformativo che rende possibile e promuove uno scambio e una contaminazione continua, dove si aprono spazi di co-costruzione di significato collettivi (FINCO 2022).

A partire da questi presupposti, che fanno leva sulla costitutiva instabilità e mobilità della pratica etnoclinica offerta dal *Centro Fo.R.ME*, si rende dunque evidente la problematicità, ma anche l’inutilità, di formulare una definizione condivisa ed esaustiva per descrivere il dispositivo etnoclinico. Per sua natura, infatti, ogni definizione circoscrive, limita, sistematizza, dunque chiude il suo oggetto entro confini stabili e sicuri, mentre la pratica etnoclinica, anche in ragione del suo approccio complementarista, si oppone alle definizioni, favorendo invece dilatazioni, sospensioni e attraversamenti di recinti e frontiere. Di fatto, il dispositivo etnoclinico ha una doppia valenza e può essere utilizzato sia per un intervento di tipo psicosociale in favore degli operatori oppure come processo terapeutico in favore degli utenti.

Per quanto la nozione stessa di “dispositivo” rimandi inevitabilmente a quadri teorici ben precisi, che fanno riferimento anzitutto alla filosofia di Michel Foucault (1976, 2001), e sia stata successivamente rielaborata in modo specifico anche da pensatori come Gilles Deleuze (1989) e Giorgio Agamben (2006), l’utilizzo che ne fa l’équipe del *Centro Fo.R.ME* si avvicina al senso fornito da Pierre Bourdieu quando, ricorrendo alla metafora del gioco, lo interpreta nei termini di una “disposizione” – o di un *habitus* –, dunque in senso opposto rispetto a una intenzionalità razionale e consapevole: «il giocatore [...] non ha bisogno di porsi esplicitamente come fine quello che c’è da fare. Non gli occorre sapere consapevolmente quello che fa per farlo, e tanto meno [...] porsi esplicitamente il problema di sapere che cosa gli altri possono fare in risposta» (BOURDIEU 1995: 163). In effetti, secondo Fulgenzio Rossi, medico psichiatra tra i fondatori del *Centro Fo.R.ME*, la nozione di “dispositivo” rimanda proprio a «una disposizione: una disposizione a esserci e a starci, a disporsi, ma anche a non porsi lì, a porsi in un’altra ottica, nell’ottica dell’altro». Non solo: rimanda anche all’immagine del

disporre i piatti in una mensa: siamo attorno a un tavolo, e siamo lì per condividere qualcosa di nutriente e nutritivo [...]. Da quella tavola io porto

a casa qualcosa, e tutti portiamo a casa qualcosa. C'è, da un lato, un senso che resta comunque soggettivo, ma c'è, dall'altro, anche un senso collettivo, che fornisce delle trame che non sono immediatamente visibili, ma che si ripresentano negli altri incontri. Il dispositivo ha queste due risonanze dentro di me. (*incontro d'équipe*, 6 febbraio 2022)

Si tratta di risonanze, inoltre, che trovano ulteriore eco nella declinazione etnoclinica del dispositivo, poiché se il prefisso – la “radice” – *etno* allude a una specificità locale, a uno stare lì che è quasi un'appartenenza identitaria, il suffisso “clinica” evoca lo spostamento, l'alterità, «lo sdraiarsi sul letto, ma anche il movimento di reclinarsi verso il basso, di piegarsi. *Kline*, in greco, indica la presenza di una piega, una piega senza fine. La posizione di reclinarsi crea un nuovo sguardo sull'altro» (FINCO 2022: 26). Il riferimento alla “piega”, qui, rimanda evidentemente anche al «pensiero della differenza» di Deleuze e, in particolare, alla sua interpretazione della realtà (tanto esteriore quanto interiore) come un dispiegarsi e ripiegarsi continuo di pieghe (DELEUZE 2004); una realtà a «mille piani», «rizomatica» (DELEUZE, GUATTARI 1980). Ecco allora che il dispositivo etnoclinico evoca uno spazio in cui disporsi disponendosi nella disposizione dell'altro: uno spazio, potremmo dire, della disponibilità.

È questa disponibilità, intesa come apertura all'incontro e linea di fuga allo stesso tempo, a configurare il dispositivo etnoclinico in senso orizzontale, dove il potere (di parola, di conduzione, di cura) non è prerogativa esclusiva di qualcuno, ma si rivela diffuso e transitante, accessibile in qualsiasi momento da qualsiasi partecipante al dispositivo, non solo dai membri della stessa équipe etnoclinica o dagli operatori professionali dei servizi coinvolti, ma anche – talvolta soprattutto – dai beneficiari⁴. Nelle parole di Michele Agazzi, avvocato e psicologo del *Centro Fo.R.ME*,

vi è una conduzione fluida, che cambia momento per momento [...] che si crea automaticamente o naturalmente e che muta durante il percorso dell'incontro. Ognuno si prende la responsabilità di quello che fa in un determinato momento e in quel determinato momento è il conduttore. Ma siamo tutti costantemente in ascolto per chiederci o valutare se è il momento del nostro pezzo di responsabilità. (*incontro d'équipe*, 6 febbraio 2022)

Si tratta di una dinamica che permette di realizzare interventi psico-sociali e terapeutici al di fuori della classica relazione duale, su cui spesso si costruiscono i processi, e si discosta dalla pratica etnopsicoanalitica di Nathan e dalla clinica transculturale di Moro, entrambe sperimentazioni terapeutiche di gruppo guidate da una o più figure che assumono il ruolo di conduttori o co-conduttori dell'incontro e che, dunque, gestiscono

il potere che ne deriva orientando gerarchicamente il percorso di cura. Da questo punto di vista, l'approccio orizzontale che contraddistingue il dispositivo etnoclinico del *Centro Fo.R.ME* esprime una differenza sostanziale oltre che formale. Come suggerisce Valentina Zambon, psicologa e psicoterapeuta dell'équipe,

se in altri contesti c'è un percorso clinico che deve prendere una direzione e il clinico ha un potere nel direzionare, nel dispositivo non c'è l'idea che ci sia un unico percorso valido. Si mettono insieme prospettive diverse e si costruisce insieme una strada o più strade anche. (*incontro d'équipe*, 6 febbraio 2022)

La circolazione del potere, il suo continuo transitare liberamente tra i partecipanti al dispositivo, comporta infatti una dinamica di co-costruzione collettiva dal basso dell'incontro etnoclinico, configurando la disponibilità a un percorso di cura fluido, aperto a movimenti spesso imprevisi eppure potenzialmente rivelatori, capaci di indicare pieghe e linee di fuga estremamente significative e auspicabilmente efficaci sia per la pratica terapeutica che nell'intervento psico-sociale. Di qui la metafora del lavoro etnoclinico nei termini di un "canovaccio", poiché rimanda a qualcosa di non finito e in-definito, a trame che devono essere ancora filate; ma rimanda anche a quelle recite teatrali in cui gli attori improvvisano le battute direttamente sul palcoscenico⁵.

Torna, di nuovo, anche il riferimento al gioco così come inteso da Bourdieu: se è infatti vero che «si gioca a un certo gioco secondo certe regole [...], pagando un certo diritto di ingresso, come avere una competenza specifica [...] indispensabile per giocare il gioco», è anche vero che è necessaria una più ampia «disposizione nei confronti del gioco, un interesse per il gioco [...], che si creda al gioco e che gli si conceda che meriti di essere giocato» (BOURDIEU 1991: 95, 98). Applicato all'incontro etnoclinico, ciò significa che, da un lato, si partecipa inevitabilmente al dispositivo in qualità di professionisti, esperti di vari ambiti con formazioni, conoscenze e competenze specifiche ma, dall'altro, che si partecipa altrettanto inevitabilmente anche a partire da appartenenze e posizionamenti personali, mettendo a disposizione ed esponendo i propri vissuti e le proprie identità (dall'età al genere, dalla religione alla lingua, e così via) al gioco delle parti. Lungi dall'essere neutrali, infatti, queste diverse variabili esprimono posizionamenti che possono essere agiti tramite la messa in scena – implicita o esplicita – di molteplici ruoli funzionali al percorso di cura, grazie all'attivazione – tanto nella persona quanto negli operatori dei servizi coinvolti, così come nei membri dell'équipe stessa – di processi

dialettici capaci di generare sentimenti di angoscia e disorientamento (cfr. DEVEREUX 1984). «Questo – secondo il dott. Rossi – si rivela un elemento molto importante, perché aiuta le persone che sono lì a confrontarsi con dei modelli che non sono esattamente sovrapponibili, ma a volte non sono neanche eccessivamente distanti» (*incontro d'équipe*, 28 febbraio 2022).

Struttura, organizzazione e leve del dispositivo etnoclinico

Per quanto la pratica etnoclinica offerta dal *Centro Fo.R.ME* si sottragga a una definizione teorica precisa e non sia quindi riconducibile a un modello o a una formula prestabilita – proprio in ragione della dinamicità che lo caratterizza e dell'unicità che ogni dispositivo esprime –, il suo funzionamento risponde idealmente a un'organizzazione e a una struttura che presenta elementi distintivi, snodi ricorrenti e leve strategiche utili a innescare potenziali opportunità di cura.

Da un punto di vista formale, l'attuazione del dispositivo si articola in diverse fasi di lavoro che seguono un preciso ordine logico e che richiedono anche l'assolvimento di specifiche procedure amministrative. Anzitutto, è necessaria una richiesta ufficiale di consulenza da parte dei servizi socio-sanitari (degli enti pubblici o del privato sociale) da realizzarsi tramite la compilazione di una scheda in cui, oltre a dati anagrafici e informazioni sommarie relative al soggetto per cui viene avanzata la domanda, occorre fornire: una breve descrizione del nucleo familiare di appartenenza; l'esposizione delle principali criticità rilevate dal servizio nella presa in carico del soggetto; un tentativo di analisi e interpretazione delle ragioni indicate come potenzialmente responsabili di tali criticità; la descrizione degli interventi già proposti e adottati per cercare di risolverle; e, infine, un'ipotesi riguardo alle aspettative di aiuto riposte nel dispositivo stesso. La compilazione di questa scheda è già parte integrante dell'attivazione del dispositivo, poiché implica un'elaborazione di tipo cognitivo che obbliga a esplicitare il posizionamento dei servizi e orienta l'équipe etnoclinica rispetto al tipo di intervento da costruire, definendone il *setting* e i componenti che entreranno a farne parte.

Alla richiesta di consulenza, che nasce solitamente da una situazione di *impasse* interna ai servizi, segue un primo incontro di presentazione del caso che prevede un confronto tra l'équipe del *Centro Fo.R.ME* e i servizi stessi, senza tuttavia la presenza della persona o del nucleo familiare per il quale si chiede l'attivazione del dispositivo. Durante questo primo incontro,

l'équipe etnoclinica si dedica all'analisi della domanda che viene portata dai servizi con l'obiettivo di comprendere quanto la situazione di *impasse* sia dovuta a un reale problema della persona e non a una difficoltà dei servizi stessi nell'affrontare il caso in oggetto. Il focus dell'incontro, dunque, è ancora posto sul particolare posizionamento dei vari attori che si interfacciano con la persona, al punto che, in alcuni casi, l'intervento etnoclinico può assolvere e terminare il suo mandato già in quell'occasione, senza la necessità di proseguire il lavoro coinvolgendo la persona.

Ciò che accade già al primo incontro è che chi ha fatto la richiesta esce con una prospettiva diversa da quella con la quale è entrato, e questo a volte è addirittura risolutivo. Nelle situazioni complesse e problematiche, infatti, può accadere che chi porta il problema non si renda conto di quanto è lui stesso a generare il problema, quindi diventa fondamentale aiutarlo a cambiare prospettiva. (Rossi, *incontro d'équipe*, 28 febbraio 2022)

Al termine di questo primo incontro, nel momento in cui viene accolto il prosieguo, se ne definisce il quadro: intervento psico-sociale, e in tal caso i beneficiari sono gli operatori e la persona, o intervento terapeutico per la persona, ridefinendo eventualmente la composizione dell'équipe.

Se l'intervento è psico-sociale seguono tre incontri che, oltre alla partecipazione di tutti i servizi che a vario titolo sono implicati nella presa in carico della situazione, prevedono il coinvolgimento attivo della persona o del nucleo familiare in oggetto, talvolta accompagnato da altri parenti o anche da specifiche figure di riferimento, come possono esserlo membri di associazioni culturali, sportive o religiose. Il coinvolgimento della persona nel dispositivo, inoltre, avviene tramite un ulteriore movimento di prospettive, ruoli e posizionamenti tra gli attori presenti, poiché il suo ingaggio passa attraverso un'inversione del tradizionale senso di marcia della richiesta di aiuto:

Noi ribaltiamo l'ottica per cui tu sei il portatore del problema e ti rivolgi a noi in quanto paziente. Al contrario diventi una risorsa all'interno di un contesto che viene percepito problematico da qualcuno, e chi lo percepisce come problematico si prende la responsabilità di dirlo. (Rossi, *incontro d'équipe*, 28 febbraio 2022)

Da questo punto di vista, il *setting* di cura appare ancora una volta rivoluzionato, proprio perché l'intervento psico-sociale si configura in senso pluridirezionale: interessa tutti, in modi e a livelli differenti, tanto come soggetti quanto come oggetti del dispositivo etnoclinico.

Se l'intervento è terapeutico gli incontri che seguono la presentazione del caso non sono superiori a sette, ma prevedono un aggiornamento

intermedio con il servizio inviante e, come anche nel caso degli interventi psico-sociali, un ultimo incontro di *follow-up*.

In entrambi i tipi di intervento è prevista la presenza di un “referente” culturale che, a differenza del mediatore linguistico-culturale, non ha il compito di farsi ponte tra due presunti mondi in contesa quale agente falsamente neutro e, allo stesso tempo, iper-competente di una traduzione intesa come meccanico trasferimento di significati altri, ma come una figura che, emancipata da tali pregiudizi, partecipa al dispositivo etnoclinico mettendo a disposizione non solo le sue specifiche competenze linguistiche e culturali, ma anche le sue esperienze, il suo vissuto e le sue passioni come essere umano, per collaborare insieme a tutti gli altri a un esercizio di mediazione collettiva, contribuendo così alla co-costruzione di un orizzonte di senso e cura condiviso:

il mediatore è un ruolo, e quando ragioniamo in termini di ruoli, il rischio è di ingabbiare le persone dentro il mandato che quel ruolo implica [...]. Ma nel dispositivo siamo tutti persone e lasciamo che questo aspetto dell'essere umano, nella sua diversità, complessità e quant'altro, possa esprimersi pienamente. (Rossi, *incontro d'équipe*, 10 marzo 2022)

Nella figura del mediatore, inoltre, è preminente la questione della *performance*, mentre nella referenza, la funzione è quella di testimoniare la presenza di una lingua e di essere accanto come persona (FINCO 2022).

L'ultimo incontro previsto dal dispositivo, come già accennato, è di *follow-up* tra l'équipe etnoclinica e i servizi, e si configura come un momento di formazione/riflessione sul lavoro svolto da un lato e di restituzione dei risultati raggiunti dall'altro:

è un rimettersi insieme con le persone che avevano sollecitato il nostro intervento [...]. È per noi una valutazione dell'esito, ma è anche una messa in comune di quelle che sono state le difficoltà e anche le cose evidentemente che sono andate bene. (Rossi, *incontro d'équipe*, 10 marzo 2022)

Il dispositivo etnoclinico messo a punto dal *Centro Fo.R.Me*, dunque, si articola in una serie di incontri che si tengono presso gli spazi della Cooperativa Ruah e la cui durata, pur non essendo rigidamente stabilita, è di circa due ore. La distanza tra un incontro e quello successivo è di approssimativamente un mese.

Se, da un punto di vista formale, questa è la struttura e l'organizzazione generale – il “canovaccio”, appunto – del dispositivo etnoclinico, da un punto di vista sostanziale, dei contenuti, ogni intervento risponde alla specificità

del caso in oggetto e si esprime in modi diversi. Alcune “parti”, tuttavia, interpretano ruoli e scene riconoscibili, almeno per i membri dell’*équipe* etnoclinica, e aderiscono a una rappresentazione condivisa che, in quanto non esplicitata, resta dietro le quinte.

Dietro le quinte del dispositivo etnoclinico

Il lavoro del dispositivo etnoclinico prende forma e si esprime in modo dinamico a partire da una prassi sotto continua osservazione critica⁶, con la quale intrattiene dunque un rapporto trasformativo e di reciproco scambio.

Preferiamo partire dall’esperienza, cercare di capire cosa funziona nella pratica, sapendo che magari il giorno dopo la dobbiamo cambiare. Mentre agisco ricerco, provo a farmi un’idea e quest’idea mi orienta in una pratica, ma la pratica può cambiare le idee. Non c’è una teoria intesa come una teoria forte. Le teorie, in fondo, possono essere degli impedimenti anziché degli aiuti (Rossi, *incontro d’equipe*, 6 febbraio 2022).

A prescindere dalla valenza dell’intervento, il dispositivo etnoclinico è orientato a indagare la dimensione esistenziale del passato – «perché c’è una storia passata, la storia migratoria del viaggio in Italia, che ci ha condotto ad incontrarci» –, le questioni critiche del presente – per le quali è stata attivata la consulenza del *Centro Fo.R.ME* – e, infine, le possibili prospettive future, di apertura, verso potenziali percorsi di cura. Lungi dal definire tre fasi separate e indipendenti, tuttavia, gli scambi e le relazioni che si costruiscono tra i diversi partecipanti all’interno del dispositivo etnoclinico prendono la forma dell’estemporaneità, presentandosi come occasioni di condivisione libera entro una prospettiva del divenire che attraversa tutti gli incontri. Da questo punto di vista, l’approccio nei confronti dei partecipanti cerca di evitare un atteggiamento indagatorio ed estrattivista:

non facciamo i dentisti per cui dobbiamo strappare per forza i denti alla gente. I denti cadono anche da soli a volte, quindi cerchiamo altre strade, che non sono solo quelle della maieutica. In fondo, quello che ci interessa è conoscere un po’ meglio la persona che ci sta davanti. (Rossi, *incontro d’equipe*, 28 febbraio 2022)

Una conoscenza, anche in questo caso, reciproca e democratica, che riguarda tutti i partecipanti al dispositivo.

Di qui, l’avvio del primo incontro con un giro di presentazioni teso a condividere non solo le informazioni professionali di ciascun partecipante ma,

soprattutto, quelle più intime e personali, a partire dai nomi propri e dai loro eventuali significati, riconosciuti come uno strumento potenzialmente efficace per far breccia nel vissuto della persona, identificare elementi rivelatori della sua storia individuale, familiare e gruppale, e orientare dunque il percorso verso determinate direzioni.

Il nome definisce contemporaneamente una filiazione e un'appartenenza: una filiazione perché in fondo è stato dato da chi ti ha generato, e un'appartenenza perché ha un valore che va oltre quello della famiglia, e riguarda in qualche modo un legame con tutto il contesto di origine. (Rossi, *incontro d'équipe*, 10 marzo 2022)

Da questo punto di vista, dunque, si rende evidente l'importanza, all'interno del dispositivo etnoclinico, del ricorso all'utilizzo della lingua vernacolare della persona e, al suo fianco, della presenza del referente linguistico-culturale. Grazie all'esegesi del nome si concretizza la possibilità di ricostruire e tracciare una storia. La lingua, in quanto risorsa individuale e collettiva, attiva processi di costruzione di significato che sono allo stesso tempo collettivi e identitari. Diventa dunque un elemento su cui lavorare, come una leva, perché indirettamente rivela il posizionamento anche psichico del soggetto, rispetto alle difficoltà di cui è portatore (FINCO 2017).

In questo senso, l'attenzione posta dall'équipe etnoclinica nei confronti dei nomi propri e, soprattutto, dei loro significati, grazie al contributo del referente linguistico-culturale, è in grado di svelare tanto una dimensione legata al fattore culturale – la parte *etno* – quanto una dimensione inerente al fattore psichico. Come ben espresso da Rosanna Cima, pedagoga che ha dedicato numerose ricerche alle pratiche di mediazione culturale, in un passo dove sembra riecheggiare il significato e la funzione del mediatore nei termini della referenza così come intesa dal *Centro Fo.R.Me*,

non si tratta solo di 'far passare' gli enunciati da una lingua all'altra, ma di precisare 'chi' parla, da 'dove' parla, in quali condizioni, in che momenti della vita [...]; rendere le parole 'pubbliche' perché esse possano modificare e modificarci, perché esse possano nuovamente ritornare nella carne di chi le ha per primo pronunciate e nelle pratiche di chi le ha ascoltate. (CIMA 2005: 116)

La cifra di questo specifico utilizzo pubblico, collettivo e anche trasformativo della lingua starebbe appunto nel tentativo di generare quelle che, per certi versi, l'antropologa norvegese Unni Wikan aveva chiamato "risonanze" (WIKAN 2009: 104) e che la stessa Cima descrive come "interferenze" (CIMA 2005: 117). Se il concetto di risonanza rimanda a stati di connessione emotiva come l'empatia paradossalmente raggiungibili solo

tramite la volontà di andare “oltre le parole”, di «impegnarsi con un altro mondo, un'altra vita, o un'altra idea [...], e di usare la propria esperienza [...] per cercare di afferrare, o di trasmettere, significati che non stanno nelle parole, nei ‘fatti’ o nei testi ma sono evocate nell’incontro di un soggetto che fa esperienza con un altro», il concetto di interferenza evoca invece «parole che possono guidare verso un intenderci, un’apertura diversa da quella *già* conosciuta».

Evidentemente, questa particolare attenzione dedicata alla lingua vernacolare della persona non si ferma al significato dei nomi propri, ma riguarda la complessità del suo discorso e delle specifiche rappresentazioni che egli stesso offre all'équipe etnoclinica, oltre che a tutti i presenti, rispetto alla situazione di malessere di cui è protagonista. Concretamente, tale impresa si configura nei termini di quello che Tobie Nathan aveva definito “bombardamento semantico” (NATHAN 1996: 51) ovvero un lavoro di messa in circolo di risonanze, interferenze, echi, traduzioni, commenti, interpretazioni e provocazioni che, a partire dalla specifica competenza professionale di ciascun membro dell'équipe, si impegna in un lavoro di disorientamento collettivo teso a modificare i diversi posizionamenti e punti di vista soggettivi alla ricerca di un nuovo significato condiviso.

Come un *oggetto attivo* – spiega Nathan –, il gruppo decostruisce la rappresentazione che il paziente desidera offrire del proprio disturbo attraverso una sorta di bombardamento semantico di grande valore affettivo. Tutto accade, in un certo senso, come se ogni coterapeuta si impossessasse di un frammento della problematica del paziente e lo elaborasse per proprio conto davanti a lui [...]: il paziente si vede presentare una nuova riorganizzazione dei suoi elementi, strutturati a partire dall'esperienza vissuta in gruppo. (*ibidem*)

Questo “bombardamento”, dunque, si nutre delle parole della persona, le quali vengono fatte rimbalzare all'interno del dispositivo grazie al loro continuo riutilizzo e stiramento creativo entro proverbi, aforismi, modi di dire e aneddoti personali cui i diversi membri dell'équipe fanno ricorso nel tentativo di sollecitare l'emergere di coincidenze simboliche potenzialmente efficaci per attivare un processo trasformativo. Il senso di questa operazione, in fondo, consiste proprio nell'equipaggiare le persone di un repertorio linguistico da cui si possano ricavare parole, simboli, immaginari e significati nuovi utili a costruire una narrazione alternativa e, soprattutto, funzionale alla risoluzione del conflitto di cui è portatore. Un'operazione, evidentemente, che richiama alla memoria le intuizioni e le riflessioni avanzate già a metà del secolo scorso dal padre dell'antropologia strutturalista Claude Lévi-Strauss a proposito di quella che egli

stesso definì “efficacia simbolica”. Analizzando le pratiche curative degli sciamani *cuna* della foresta amazzonica, infatti, Lévi-Strauss ne ricondusse il potere terapeutico alla dimensione simbolica e rituale della parola, ovvero alla sua capacità di fornire senso e significato ai processi inconsci e disfunzionali delle persone (LÉVI-STRAUSS 1966 [1958])⁷. Da questo punto di vista, non solo «l'utilizzo delle lingue, dei miti e delle storie, sono, all'interno dell'approccio etnoclinico, un modo per entrare in relazione con l'altro, in un linguaggio familiare, e non, come si potrebbe pensare, un processo di culturalizzazione» (FINCO 2020: 238), ma prefigurano la conquista di un vero e proprio diritto al significato. La pratica etnoclinica predispone la persona ad agire il suo diritto al significato e in questo senso, il “bombardare” apre delle possibilità affinché l'altro trovi o riesca a dare un significato alla sua situazione in quel dato momento.

Insieme alla lingua e al bombardamento semantico – di cui paradossalmente è il contraltare – un'altra risorsa operativa estremamente utile cui fa spesso ricorso l'équipe etnoclinica al fine di attivare dinamiche potenzialmente trasformative è rappresentata dall'utilizzo del silenzio. Nel corso degli incontri con la persona, infatti, anche in ragione della mancanza di un conduttore principale che si faccia carico di orientare il dispositivo e gestire la presa di parola, non è raro che la parola stessa venga a mancare e resti sospesa per tempi più o meno lunghi, lasciando i presenti in una condizione di assoluto silenzio, dove sguardi, respiri e piccoli movimenti, animati dalle più diverse emozioni, prendono il sopravvento, dando talvolta l'impressione, a un giudizio inesperto, di essere incappati in un vicolo cieco. Tale impressione, di fatto, tradisce le aspettative tipiche costruite attorno a un sistema di cura strutturalmente asimmetrico, dove le istituzioni deputate alla cura si presentano e vengono considerate come depositarie di un sapere/potere infallibile, mentre i pazienti sono ridotti a soggetti del tutto passivi, destinatari impotenti di un presunto intervento salvifico e, soprattutto, unidirezionale (Losi 2020).

Ma questa cosa non ha alcun fondamento, perché nessuno ti risolve i tuoi problemi. Semmai c'è qualcuno che può stare accanto a te e sostenerti, accompagnandoti in un percorso che può anche diventare una cura, ed è questo secondo me il senso fondamentale del nostro dispositivo». (Rossi, *incontro d'équipe*, 6 febbraio 2022)

Ecco allora che il silenzio diventa un modo per dare spazio all'altro, ma anche all'altro che è dentro di me. In questa duplicità, il silenzio apre nuovi spazi, che sono spazi di riflessione e di significato, ma anche di analisi delle emozioni. D'altra parte, questi silenzi condensano più livelli di signi-

ficato sovrapposti, alcuni dei quali si giocano nel qui ed ora, mentre altri, si giocano in un tempo altro e in un altrove. Vi è un lavoro di mediazione che, come cerchi concentrici, ha effetti anche sul dopo. È come piantare un seme: il frutto non si vede, potrebbe restare latente per diverso tempo, ma c'è, e si attivano dei processi (FINCO 2017).

Da questo punto di vista, la scelta di far trascorrere un tempo relativamente lungo tra un incontro e l'altro all'interno del percorso offerto dal dispositivo etnoclinico risulta dunque funzionale a tale prospettiva e risponde al proposito di lasciar maturare i terreni, affinché quanto seminato possa dare i suoi frutti. Anche in questo caso, tuttavia – per restare nella metafora agricola –, i terreni non sono da intendersi come dominio esclusivo della persona o del nucleo familiare per il quale è stato attivato l'intervento etnoclinico, ma come patrimonio comune di tutti coloro che partecipano attivamente alla sua costruzione nell'arco dei diversi incontri. Di nuovo, qui, si ripropone un modello di intervento orizzontale, non asimmetrico, dove la responsabilità del percorso viene equamente distribuita e condivisa tra tutti i partecipanti, ciascuno dei quali – a partire dalla propria specificità professionale e personale – è chiamato a prendersi cura di una parte, contribuendo così a un lavoro di natura collettiva e cumulativa. Ecco allora che il tempo prolungato di circa un mese che separa i diversi incontri tra l'équipe etnoclinica, la persona e i servizi coinvolti aggiunge un ulteriore significato alla dimensione del silenzio, che viene a configurarsi nei termini di un oblio più o meno intenzionale e pervasivo. Se da un lato, questo tempo dilatato, oltre alla persona, impegna anche i servizi e la stessa équipe in un lavoro di riflessione e maturazione che implica la responsabilità della memoria, lo sforzo del ricordare, del tenere a mente; dall'altro, comporta anche una altrettanto significativa perdita di memoria, un dimenticare e un lasciar andare che è allo stesso tempo inevitabile fenomeno biologico, vera e propria pratica attiva e consapevole, e, anche – o soprattutto – rivelatore meccanismo di rimozione inconscia su cui interrogare le proprie dinamiche controtransferenziali.

La funzione di questo oblio è fondamentale, perché il dispositivo etnoclinico funziona come una sorta di rito iniziatico o di passaggio, dove si entra in un modo per uscirne trasformati. Da questo punto di vista la memoria è un'ancora che ostacola questo processo dinamico di trasformazione, perché vincola al passato e perpetua le identità. Il dimenticare, quindi, significa anche non perpetuare lo stigma della sofferenza o del disagio: impedisce di fissare le persone dentro categorie prestabilite e di restare ancorati a determinate rappresentazioni. (Finco, *incontro di formazione denominato "Adolescenza e migrazioni"*, Fami Migr@menti, 22 dicembre 2021)

Ecco allora che l'oblio si configura come un processo funzionale all'apertura di nuovi spazi alternativi a quelli già iscritti entro la memoria di un vissuto che costringe il presente entro confini definiti. D'altro canto, come già anticipato, l'oblio risulta funzionale anche alla rimozione di materiale psichico angosciante che, se debitamente interpellato, esplicitato e condiviso tramite un lavoro di analisi sulle inevitabili perturbazioni che interessano i partecipanti al dispositivo etnoclinico, può prefigurare la rivelazione di una nuova apertura in grado di attivare risorse potenzialmente efficaci. Il richiamo, qui, è alla funzione del controtransfert così come valorizzata da Devereux, ovvero nei termini di una preziosa fonte di informazioni che, a partire dal riconoscimento e dalla comprensione del proprio osservatorio personale e professionale quale specifica costruzione culturale, può agire come elemento critico per l'avvio di un decentramento funzionale alla decostruzione di categorie e rappresentazioni potenzialmente pregiudizievoli (DEVEREUX 1984). Lavorare sul *contratransfert* esplicita e libera forze che portano a modificare il posizionamento sul problema, la sua rappresentazione, in poche parole permette di decostruire lo sguardo che vede il problema. Attraverso il ricorso all'analisi del controtransfert, lavorando sulle proprie reazioni inconsce e mettendo in discussione il proprio punto di vista particolare, si fa dunque strada anche la possibilità di trovare uno spazio terzo dove riconoscere legittimità e diritto di cittadinanza a prospettive altre, senza che queste vengano necessariamente ridotte a espressioni di devianza psichica o di scarto culturalista.

Alla luce di tutto ciò, dunque, si rende evidente come il lavoro dell'équipe etnoclinica sia orientato tanto sulla persona – individuo o famiglia che sia –, quanto sugli operatori dei servizi socio-sanitari che lo hanno in carico e che partecipano attivamente ai diversi incontri, dal momento in cui sono questi ultimi ad aver avanzato la richiesta di attivazione del dispositivo etnoclinico con il proposito di trovare una soluzione alla problematica rilevata e uscire così dalla situazione di *impasse* che li vede coinvolti.

Di qui, per tornare a un complicato tentativo definitorio, la ragione per cui il dispositivo etnoclinico si configura esplicitamente, da un lato, come intervento terapeutico e, dall'altro, come intervento psico-sociale. Se il primo riguarda il lavoro di accompagnamento e cura rivolto alla persona o al nucleo familiare portatore di un processo migratorio talvolta gravoso sul piano delle conseguenze psico-sociali, il secondo riguarda il lavoro di sostegno e formazione rivolto proprio agli operatori dei diversi servizi sociali e socio-sanitari che hanno in carico la persona o il nucleo familiare e che, per svariati motivi, hanno sentito il bisogno di rivolgersi

all'équipe del *Centro Fo.R.ME* per uscire dalla situazione di *impasse* che li vede coinvolti.

Conclusioni

Il dispositivo etnoclinico del *Centro Fo.R.ME* di Bergamo si propone come un innovativo servizio che, a seconda dell'istanza, propone un intervento psico-sociale o terapeutico potenzialmente efficace per la qualificazione e il potenziamento della rete dei servizi sociali e socio-sanitari territoriali impegnati nella presa in carico di situazioni particolarmente complesse, dove si manifestano difficoltà comunicative e interpretative di natura culturale dovute all'origine straniera dell'utenza.

Da questo punto di vista, il dispositivo etnoclinico rappresenta uno spazio terzo capace di fungere da raccordo tra istanze, bisogni, mandati e aspettative diverse e, talvolta, apparentemente inconciliabili. La presenza di un'équipe pluridisciplinare, che vede la partecipazione di professionisti con percorsi formativi assai diversi, è la manifestazione esplicita di questo intento, teso ad accogliere prospettive differenti ma, non per questo, autoescludentisi. L'approccio complementarista – che rimanda alla teoria etnopsichiatrica elaborata da Georges Devereux –, offre infatti la possibilità di considerare molteplici punti di vista in grado di collaborare alla definizione di altrettante potenziali vie di uscita dalla situazione di *impasse* che porta i servizi a chiedere l'attivazione e il sostegno del dispositivo stesso. Attraverso un lavoro di mediazione collettiva, in cui è richiesta la partecipazione attiva di tutte le figure presenti agli incontri – membri dell'équipe etnoclinica, operatori dei servizi e, non da ultimi, le persone per cui si chiede l'intervento –, il dispositivo è così in grado di avviare la co-costruzione di percorsi di cura che implicano la condivisione di nuovi significati e l'apertura di orizzonti di senso inediti, non riconducibili a nessuna delle rappresentazioni inizialmente portate dai singoli. Grazie a tale lavoro di decentramento degli sguardi e di riposizionamento delle diverse prospettive, inteso come decostruzione di categorie (non solo diagnostiche) fisse e immutabili – dunque potenzialmente pregiudizievoli –, l'équipe etnoclinica, per un verso, offre al soggetto o al nucleo familiare cui è rivolto l'intervento terapeutico la possibilità di trovare una narrazione alternativa per interpretare e risignificare la sua specifica situazione di sofferenza, così da poter intraprendere una via di fuga che lo aiuti nella progettazione di eventuali futuri possibili; e, per un altro verso, offre agli operatori dei diversi servizi che lo hanno in carico la possibilità di un confronto costruttivo

che, attraverso il dialogo e la compartecipazione al punto di vista degli altri, contribuisca alla maturazione di una maggiore consapevolezza rispetto alla prospettiva inevitabilmente etnocentrica che caratterizza i saperi e le pratiche di ciascun professionista. Di qui, l'auspicio che possano innescarsi dinamiche trasformative capaci di modificare anche radicalmente posizionamenti e pregiudizi determinati dal riferimento a valori, norme e ideali socialmente e culturalmente costruiti e dunque potenzialmente soggetti a rivalutazione.

Lungo tale prospettiva, la testimonianza di un'operatrice sociale che aveva richiesto l'attivazione del dispositivo etnoclinico e che, successivamente, ha partecipato ai diversi incontri previsti nel percorso psico-sociale in riferimento a una situazione ritenuta "persa", si rivela estremamente significativa ed eloquente:

Ero partita dall'idea della situazione per cui pensavo di segnalare all'autorità giudiziaria, perché tutti gli elementi portavano a quello. Tutti gli strumenti che avevo utilizzato fino a quel momento purtroppo mi portavano su quella strada, e non avevo altri strumenti, anche se mi rimaneva qualche dubbio, ma non avevo altre carte da giocare. Attraverso il dispositivo ho capito che il problema non era quello che pensavo, cioè che la capacità genitoriale c'era, e che i genitori andavano sostenuti e accompagnati da un altro punto di vista. Quella è stata la svolta. Ha funzionato veramente. Quindi per me, l'utilità vera del dispositivo sta nel guardarci con occhi diversi. (intervista privata, 22 marzo 2022)

Come sottolineato da un'altra operatrice sociale, infatti, il dispositivo propone

un diverso approccio con l'utente, un approccio davvero paritario, e aiuta a dare una visione diversa, perché a volte i nostri schemi non funzionano, sono troppo rigidi. Per me, il dispositivo è un'esperienza che innesca domande-chiave che modificano la tua pratica di lavoro, più di tutte le formazioni, perché davvero crea delle crisi nelle convinzioni. (intervista privata, 8 marzo 2022)

Il dispositivo etnoclinico elaborato dall'équipe pluridisciplinare del *Centro Fo.R.Me* si configura dunque come una preziosa risorsa a sostegno del lavoro dei servizi assistenziali e socio-sanitari pubblici, in particolare in tutte quelle occasioni in cui gli operatori si trovano ad affrontare situazioni che richiedono prese di posizione decise e potenzialmente deleterie, ingaggiando alti livelli di responsabilità individuale e altrettanto importanti carichi emotivi.

Note

⁽¹⁾ Questo articolo, di carattere prevalentemente teorico-metodologico, dove viene contestualizzato e descritto l'approccio etnoclinico elaborato dal *Centro Fo.R.Me* di Bergamo, sarà seguito da un secondo articolo di natura prevalentemente etnografica che, attraverso la presentazione e l'analisi di uno studio di caso concreto, sarà in grado di restituire la complessità e la dinamicità del dispositivo etnoclinico nella sua valenza terapeutica. L'invito è di considerare i due articoli come complementari tra loro, nell'ottica di un incessante e proficuo dialogo tra sapere teorico e pratica etnografica.

⁽²⁾ Il progetto "Families. Rafforzare i legami territoriali per sostenere famiglie vulnerabili" è stato attivato presso gli Ambiti Territoriali di Romano di Lombardia e Treviglio, nella provincia di Bergamo, grazie alla partnership tra: *Azienda speciale consortile Solidalia*, *Azienda speciale consortile risorsa sociale Gera d'Adda*, *Cum Sortis SOL.CO Bassa Bergamasca società cooperativa sociale*, *Cooperativa impresa sociale RUAH* e *Università degli Studi di Milano-Bicocca*. Obiettivo del progetto, finanziato dal *Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione* (FAMI 2014-2020) è stato quello di promuovere il rafforzamento delle reti territoriali del settore pubblico e del privato sociale attraverso l'integrazione delle strategie, delle competenze professionali e dei servizi sociali messi in campo. Le attività di ricerca condotte dall'*Università degli Studi di Milano-Bicocca* nella persona del dott. Raúl Zecca Castel, sotto il coordinamento e la supervisione scientifica della prof.ssa Alice Bellagamba, hanno riguardato diverse attività progettuali: tra queste, anche la pratica etnoclinica del *Centro Fo.R.Me* (diretto dalla dott.ssa Rita Finco) della *Cooperativa Ruah* di Bergamo, quale intervento sperimentale potenzialmente efficace nel sostenere il lavoro dei servizi pubblici assistenziali impegnati nella presa in carico di nuclei familiari di origine straniera. L'osservazione partecipante che ha caratterizzato le prime fasi della ricerca si è trasformata in una sempre maggiore collaborazione attiva tra il ricercatore e l'équipe etnoclinica, attraverso la condivisione reciproca di idee e riflessioni, fino al coinvolgimento diretto del ricercatore come ulteriore membro dell'équipe etnoclinica stessa. Di qui, la partecipazione di Raúl Zecca Castel agli incontri che l'équipe realizza periodicamente per confrontarsi sugli aspetti metodologici che caratterizzano la pratica etnoclinica. Questi incontri, videoregistrati, sono serviti da base etnografica per la raccolta delle citazioni riprodotte in questo articolo. Da ultimo, gli autori esprimono il loro sentito ringraziamento alla prof.ssa Bellagamba per aver reso possibile questa proficua collaborazione umana e professionale.

⁽³⁾ Insieme danno vita alla rivista scientifica "Ethnopsichiatria" (1978-1981), edita da *La Pensée Sauvage* (FR) e dedicata a temi di psicologia e psicoanalisi in prospettiva culturale.

⁽⁴⁾ Di qui in avanti, al termine "beneficiario" si privilegerà l'utilizzo del termine "persona", sia perché beneficiari dell'intervento etnoclinico lo sono tutti i partecipanti, sia perché il termine beneficiario può assumere connotazioni stigmatizzanti, riducendo la persona a soggetto passivo.

⁽⁵⁾ Non è un caso, d'altra parte, se in lingua inglese "giocare", "recitare", "mettere in scena" e "interpretare una parte" siano tutte azioni accolte in un unico verbo: *to play*, e che il sostantivo *play* indichi tanto un gioco quanto una recita teatrale.

⁽⁶⁾ Di qui la richiesta, del *Centro Fo.R.Me*, di dedicare una parte dell'azione di ricerca prevista dal progetto "Families" al servizio etnoclinico.

⁽⁷⁾ A tal proposito si consideri il seguente passaggio: «lo sciamano fornisce alla sua ammalata un linguaggio nel quale possono esprimersi immediatamente certi stati non formulati, e altrimenti non formulabili. E proprio il passaggio a questa espressione verbale (che permette nello stesso tempo di vivere in forma ordinata e intelligibile un'esperienza attuale, ma che sarebbe, senza quel passaggio, anarchica e ineffabile) provoca lo sbloccarsi del processo fisiologico, ossia la riorganizzazione, in un senso favorevole, della sequenza si cui la malata subisce lo svolgimento» (LÉVI-STRAUSS 1966: 222).

Bibliografia

- AGAMBEN G. (2006), *Che cos'è un dispositivo?*, Nottetempo, Roma.
- BARAZZETTI A., BARBETTA P., PRESSATO P., FINCO R., ROSSI F., FORME C. (2018), *Ethnoclinic: Languages, Migrations, Identities*, pp. 314-321, in *Migrazioni, Pace e Sviluppo. Nuove sfide e nuovi attori nella cooperazione internazionale per lo sviluppo in Italia*, V Congresso CUCS, Milano, 14-15 settembre 2017, Università degli studi di Torino, Torino.
- BOURDIEU P. (1991), *Les juristes, gardiens de l'hypocrisie collective*, pp. 95-99, in CHAZEL F., COMAILLE J. (a cura di), *Normes juridiques et régulation sociale*, LGDJ, Collection Droit et société, Paris.
- BOURDIEU P. (1995 [1994]), *Ragioni pratiche*, Il Mulino, Bologna.
- CATTANEO M.L. (2006), *Elementi di base della clinica transculturale*, pp. 9-23, in *Quaderno di formazione alla clinica transculturale*, Comune di Milano e Cooperativa Sociale Crinali onlus, Milano.
- CIMA R. (2005), *Abitare le diversità: pratiche di mediazione culturale: un percorso fra territorio e istituzioni*, Carocci, Roma.
- COPPO P. (2003), *Tra psiche e culture. Elementi di etnopsichiatria*, Bollati Boringhieri, Torino.
- COPPO P., CARDAMONE G., INGLESE S. (1996), *Etnopsichiatria: un manuale per capire, un saggio per riflettere*, Il saggiatore, Milano.
- DELEUZE G. (2002 [1989]), *Che cos'è un dispositivo?*, Cronopio, Napoli.
- DELEUZE G. (2004 [1988]), *La piega. Leibniz e il Barocco*, Einaudi, Torino.
- DELEUZE G., GUATTARI F. (1980), *Mille piani*, Castelvecchi, Roma.
- DEVEREUX G. (1975), *Préface*, "Perspectives psychiatriques", Vol. 4 (53): 251-253.
- DEVEREUX G. (1978), *L'Ethnopsychiatrie*, "Ethnopsychiatria", Vol. 1 (1): 7-13.
- DEVEREUX G. (2007 [1970]), *Saggi di etnopsichiatria generale*, Armando Editore, Roma.
- DEVEREUX G. (1984 [1967]), *Dall'angoscia al metodo nelle scienze del comportamento*, Istituto della Enciclopedia Italiana, Roma.
- FASSIN D. (1999), *L'ethnopsychiatrie et ses réseaux. L'influence qui grandit*, "Genèses", Vol. 35: 146-171.

- FASSIN D. (2000), *Les politiques de l'ethnopsychiatrie. La psyché africaine, des colonies africaines aux banlieues parisiennes*, "L'homme", 153: 231-250.
- FINCO R. (2017), *Désaffiliations et affiliations des jeunes migrants d'Afrique de l'Ouest en Italie. Parcours de talibés*, tesi di dottorato.
- FINCO R. (2020), *Sguardi disabili di una cultura dominante. Prospettive etn cliniche*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", 50: 223-245.
- FINCO R. (2022), *Esperienze di cura in migrazione. Forme dell'invisibile e narrazioni possibili: l'orizzonte etn clinico*, Ombre Corte, Verona.
- FOUCAULT M. (1976 [1975]), *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Einaudi, Torino.
- FOUCAULT M. (2001), *Dits et écrits. Vol. II, 1976-1988*, Gallimard, Paris.
- LAPLANTINE F. (2002), *Pour une ethnopsychiatrie critique*, "VST-Vie sociale et traitements", vol. 1 (73): 28-33.
- LÉVI-STRAUSS C. (1966 [1958]), *Antropologia strutturale*, Il Saggiatore, Milano.
- LOSI N. (2020), *Critica del trauma. Modelli, metodi ed esperienze etnopsichiatriche*, Quodlibet Studio, Roma.
- MORO M.R. (2000), *Seminario introduttivo alla clinica transculturale*, Cooperativa Sociale Crinali onlus, Ospedali San Carlo e San Paolo di Milano. <http://www.crinalli.org/wp-content/uploads/2015/02/Introduzione-alla-clinica-transculturale.pdf>. (consultato il 18 novembre 2022).
- MORO M.R. (2001 [1998]), *Bambini immigrati in cerca di aiuto: i consultori di psicoterapia transculturale*, Utet, Torino.
- NATHAN T. (1996), *Principi di etnopsicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino.
- QUARANTA I., RICCA M. (2012), *Malati fuori luogo. Medicina interculturale*, Raffaello Cortina, Milano.
- SPIRO M.E. (1969), *From Anxiety to Method in the Behavioral Sciences*, "American Anthropologist", Vol. 71 (1): 95-97.
- WIKAN U. (2009 [1992]), *Oltre le parole. Il potere della risonanza*, pp. 97-134, in CAPPELLETTO F. (a cura di), *Vivere l'etnografia*, SEID, Firenze.
- YAP P.M. (1967), *Classification of the Culture-bound Reactive Syndromes*, "Australian and New Zealand Journal of Psychiatry", Vol. 1(4): 172-179.

Scheda sugli Autori

Raúl Zecca Castel è nato a Milano nel 1985. Ha conseguito un dottorato in Antropologia Culturale e Sociale presso l'*Università degli Studi di Milano-Bicocca*, dove è attualmente assegnista di ricerca. È docente a contratto presso l'*Accademia di Belle Arti Santa Giulia* di Brescia e l'*Università degli Studi di Milano-Statale*. I suoi interessi riguardano l'antropologia della schiavitù e di genere, l'antropologia visiva e dell'arte, soprattutto in area caraibica, dove ha condotto ricerche etnografiche a partire dal 2013. È autore dei libri *Come schiavi in libertà. Vita e lavoro dei tagliatori di canna da zucchero haitiani in Repubblica Dominicana* (Edizioni Arcoiris, 2015), *Mujeres. Frammenti di vita dal cuore dei Caraibi* (Edizioni Arcoiris, 2020) e *Mastico y Trago. Donne, famiglia e amore in un batey dominicano* (Editpress, 2022). Nell'ambito del progetto "Families. Rinforzare legami

territoriali per sostenere famiglie vulnerabili” (FAMI 2014-2020) ha svolto ricerche di antropologia applicata inerenti al lavoro dei servizi assistenziali e socio-sanitari della provincia di Bergamo, avviando una collaborazione con il *Centro Fo.R.ME* della *Cooperativa Ruah* di Bergamo.

Rita Finco è nata a Ponte San Pietro (BG) nel 1976. È Ph.D in Psicologia clinica e in Antropologia sociale e culturale all’*Università di Parigi XIII* e all’*Università degli Studi di Milano-Bicocca*. I suoi interessi spaziano dall’antropologia medica ai migration studies, dai processi di mediazione comunitari alle pratiche di cura in area sub-sahariana. È autrice dei libri *Maîtres et disciples: Analyse transculturelle du parcours migratoire de l'école coranique à l'Europe* (La Pensée Sauvage Éditions, 2020) e *Esperienze di cura in migrazione. Forme dell'invisibile e narrazioni possibili: l'orizzonte etnoclinico* (Ombre Corte, 2022). Attualmente dirige il *Centro Fo.R.ME* della *Cooperativa Ruah* di Bergamo. È professore a contratto presso l’Università di Bergamo e Bolzano, ricercatrice associata presso l’unità di ricerca “Méthodes et cultures”, INSERM di Parigi-Sorbona e membro del Laboratorio di Ricerca Partecipata Saperi Situati dell’Università di Verona.

Riassunto

Il dispositivo etnoclinico del Centro Fo.R.ME. Tra storia, teoria e metodo

Questo articolo ricostruisce e analizza la storia, la teoria e il metodo della pratica etnoclinica del *Centro Fo.R.ME* della *Cooperativa Ruah* di Bergamo a partire da un lavoro collaborativo di ricerca-azione che lo ha visto coinvolto insieme all’*Università degli Studi di Milano-Bicocca*. Obiettivo dell’articolo è di rendere fruibile il significato di questa pratica psico-sociale e terapeutica ai professionisti dei servizi assistenziali e socio-sanitari a cui è rivolta.

Parole chiave: complementarismo, pratica del movimento, dispositivo etnoclinico, servizi socio-assistenziali e socio-sanitari, Centro Fo.R.ME

Resumen

El dispositivo etnoclinico del Centro Fo.R.ME. Entre historia, teoría y método

Este artículo reconstruye y analiza la historia, la teoría y el método de la práctica etnoclinica del *Centro For.R.ME* de la *Cooperativa Ruah* de Bergamo a partir de un trabajo de investigación-acción colaborativo realizado con la *Universidad de Milán-Bicocca*. El objetivo del artículo es hacer accesible el significado de esta práctica psicosocial y terapéutica a los profesionales de los servicios asistenciales y sociosanitarios a los que se dirige.

Palabras clave: complementariedad, práctica del movimiento, dispositivo etnoclinico, servicios sociales de bienestar y salud, Centro FOR.R.ME

Résumé

Le dispositif ethnoclinique du Centre Fo.R.ME. Entre histoire, théorie et méthode

Cet article reconstruit et analyse l'histoire, la théorie et la méthode de la pratique ethnoclinique du *Centre Fo.R.ME* de la *Coopérative Ruah* de Bergame, à partir d'un travail de recherche-action qui a été effectué en collaboration avec l'*Université de Milan-Bicocca*. L'objectif de l'article est de rendre accessible le sens de cette pratique psychosociale et thérapeutique aux professionnels des services de soins et socio-sanitaires auxquels elle s'adresse.

Mots clés: complémentarité, pratique du mouvement, dispositif ethnoclinique, services d'aide sociale et socio-sanitaire, Centro Fo.R.ME

Traiettorie di genere

Legittimazione dell'identità trans tra istituzione biomedica e autocura

Ylenia Baldanza

Università di Milano-Bicocca
[y.baldanza@campus.unimib.it]

Marco Bacchella

Università di Milano-Bicocca
[m.bacchella@campus.unimib.it]

Abstract

Gender Trajectories. Legitimation of Trans Identity between Biomedical Institution and Self-Medication

This work aims to illustrate how the identities of young transgender individuals are legitimized and socially recognised through biomedical practice and, in particular, through the diagnosis of gender dysphoria and hormone therapies. However, when the relationship between the subject and the biomedical institution turns out to be the scene of clashes, refusals and omissions, individuals resort to specific strategies to assert their agency, this contribution focuses on self-medication and the use of online resources as an attempt to regain control over one's own body.

Keywords: transgender, gender, self-medication, diagnosis, gender dysphoria, DSM

Introduzione

Oggetto di questo lavoro è la transizione di genere. Questo concetto indica il passaggio dal genere assegnato alla nascita al genere in cui la persona si identifica e con il quale sente il bisogno di essere socializzata. La transizione prende la forma di un iter terapeutico preciso a cui i soggetti devono sottoporsi per ottenere riconoscimento sociale. Tuttavia, lungi dall'essere un mero susseguirsi di passaggi e terapie biomediche, la transizione è anche un percorso esistenziale che si iscrive e si struttura proprio nell'incontro-

scontro con i processi sociali e politici, costituendo un tutto complesso e integrato. Questo articolo si propone di illustrare come il percorso biomedico e il percorso giuridico incidono sul soggetto trans, strutturandone l'identità e regolandone la socializzazione. Esistono alcuni passaggi ricorrenti del percorso di transizione – come la realizzazione della propria identità trans, l'ottenimento della diagnosi di disforia di genere, le terapie ormonali sostitutive e gli interventi chirurgici di riassegnazione del sesso – ma questi non sussistono mai come tappe fisse che scandiscono la vita del soggetto, ordinandola in senso progressivo verso la meta del cambio di genere: ogni passaggio è carico di anticipazioni, ansie, preparazioni e frustrazioni che riattualizzano costantemente ciò che non è ancora o ciò che non è più, andando a incidere profondamente sull'esistenza di chi decide di intraprendere questo percorso.

In questo contributo, dopo aver delineato la metodologia di ricerca da noi impiegata, nel primo paragrafo abbiamo ritenuto opportuno trattare di come la categoria diagnostica dell'attuale disforia di genere venga costruita nelle varie edizioni del *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (Dsm), evidenziando come le rappresentazioni sociali delle identità trans strutturate, e, al contempo, siano strutturate dalla biomedicina. Abbiamo inoltre delineato i panorami simbolici che ineriscono ai termini “genere” e “sesso”, per sottolineare come gli individui da noi considerati vivono la propria identità in rapporto alla patologia. Nel secondo paragrafo abbiamo considerato le traiettorie biografico-narrative relative all'esperienza della transizione di genere per restituirne un'immagine quanto più completa possibile. Partendo dal momento in cui i soggetti trans hanno realizzato la propria condizione, abbiamo tratteggiato l'articolarsi del rapporto tra gli individui e la patologia, soffermandoci su come quest'ultima contribuisca a strutturare l'identità dei primi. Abbiamo ritenuto opportuno mostrare come l'istituzione biomedica regoli queste identità che eccedono la norma, inscrivendole in specifici panorami binari del genere. Quindi, dopo aver esposto le difficoltà incontrate dai soggetti nell'interfacciarsi con gli endocrinologi che prescrivono le terapie ormonali, ci siamo soffermati su quest'ultime, mettendo in luce il rapporto conflittuale che intercorre tra l'individuo e l'assunzione dei farmaci. Nel terzo paragrafo abbiamo preso in esame le pratiche di autocura di alcune intervistate, contestualizzandole all'interno delle comunità online che forniscono le risorse necessarie per reperire i farmaci e gestire la terapia ormonale senza controllo medico. Abbiamo rilevato come l'autocura si affermi come strategia di rivendicazione dell'*agency* di fronte a un iter terapeutico spesso considerato alienante.

Infine, nella conclusione, abbiamo contestualizzato i dati etnografici in un *frame* teorico che rendesse ragione del carattere ideologico e politico delle narrazioni che abbiamo raccolto.

Metodologia

Una prima precisazione metodologica concerne la scelta dei termini che abbiamo impiegato per riferirci ai soggetti di questa ricerca. Bisogna notare che il DSM-5 definisce “transessuale” l’individuo che «ha attuato o desidera attuare una transizione sociale da maschio a femmina o da femmina a maschio, che in molti casi, anche se non in tutti, comporta una transizione somatica» (APA 2013: 528), e “transgender” chi si identifica «in modo transitorio o persistente con un genere diverso da quello assegnato alla nascita» (*ibidem*). Tuttavia, queste definizioni non trovano eco nelle esperienze dei soggetti intervistati, i quali si sono definiti “trans”, abbreviazione di “transgender”. Quest’ultimo, da quanto abbiamo rilevato, viene utilizzato per includere tutte le identità che trascendono il binarismo uomo-donna. Esiste un aspetto rivendicativo del termine in quanto il focus della parola sul “-gender” presuppone le teorie costruttiviste, che ormai sono entrate nell’orizzonte di senso comune di quella che si potrebbe definire una comunità semiotica (SCARDUELLI 2013). Tutti gli intervistati, senza eccezioni, hanno definito il genere “un costruito sociale”. Particolarmente rilevante è stato l’intervento di Matteo, che ha confermato il vasto grado di diffusione del significato associato al termine: «Dicendolo in modo che... cioè, con cui lo fanno tutti... anche per me il genere è un po’ un costruito sociale». Pertanto abbiamo preferito utilizzare il termine “transgender” (spesso abbreviato in “trans”) piuttosto che “transessuale”.

Rispetto alla metodologia da noi adottata, abbiamo optato per interviste non strutturate che veicolino le esperienze di transizione di giovani individui transgender, con il fine di lasciare che essi stessi elaborassero le difficoltà incontrate e conducessero la narrazione.

Abbiamo considerato un campione di cinque individui provenienti da diverse province italiane (Milano, Lecco, Firenze, Livorno, Sassari) e di diversa estrazione e ceto sociale. Ogni intervistato o intervistata¹, a cui è stato attribuito uno pseudonimo, si trova in un momento diverso della transizione: Carmine (FtM², ventuno anni) non ha ancora ottenuto la diagnosi di disforia di genere, Matteo (FtM, vent’anni) ha iniziato da poco la terapia ormonale, Elisa e Ilaria (entrambe MtF di ventidue anni), dopo un periodo

di autocura, sono seguite da due diversi endocrinologi, mentre Yara (MtF, ventotto anni) pratica esclusivamente autocura.

Nessuno degli individui che si è proposto di partecipare a questa ricerca si è sottoposto, o ha intenzione di sottoporsi a breve, a operazioni chirurgiche di riassegnazione del genere. Indubbiamente l'età media del campione gioca un ruolo fondamentale: i soggetti più giovani non possono sottoporsi a interventi chirurgici invasivi se prima non hanno avviato le dovute procedure giuridiche, con tutti i passaggi burocratici, gli eventuali costi e la lunghezza delle procedure che queste comportano.

In aggiunta a queste interviste, abbiamo poi analizzato alcuni siti internet (di cui uno, nello specifico, curato da Yara e Elisa) che offrono un compendio di informazioni sulla transizione. Queste risorse, gestite da individui trans e rivolte ad altri individui trans in una sorta di assetto *peer-to-peer*, comprendono consigli pratici relativi all'autocura. In particolare ci siamo soffermati sulle pagine relative all'acquisto dei farmaci sul mercato grigio e alle farmacie in cui si vendono i farmaci senza che si presenti la ricetta (che, legalmente, sarebbe obbligatoria). Data la natura illegale di alcuni dei contenuti, non citiamo questi siti per non comprometterne i curatori.

Riteniamo inoltre che la metodologia da noi utilizzata contenga in sé un difetto strutturale imposto dalle condizioni della ricerca. Nell'introduzione alla sua *Transgender History*, Susan Stryker critica l'approccio della letteratura medica e psicologica alle tematiche trans, in quanto tratterebbe «transgender phenomena as a personal (and pathological) deviation from social norms of healthy gender expression» (STRYKER 2008: 2). L'approccio eccessivamente personalistico, infatti, nasconde il carattere politico del fenomeno e cela gli elementi di critica sociale che da esso emergono dietro alla pretesa eccezionalità di una specifica storia di vita. Inoltre, come afferma Pierre Bourdieu nell'*Illusione biografica*, il presupposto della narrazione biografica è in sé assurdo, in quanto «Porta a costruire il concetto di traiettoria come una serie di posizioni successivamente occupate da uno stesso agente [...] in uno spazio che è esso stesso in divenire e soggetto a trasformazioni incessanti» (BOURDIEU 2009: 78). Poste queste premesse, la scelta metodologica di limitare la raccolta etnografica alle interviste qualitative può sembrare una contraddizione. Tuttavia tale metodo si è rivelato l'unico concretamente praticabile di fronte alle difficoltà di inserimento all'interno di tutti quegli eventi che determinano e creano la prassi biomedica. Le nostre richieste di partecipazione a psicologi, psicoterapeuti e endocrinologi che hanno o avevano in cura gli intervistati non hanno

ricevuto risposta, mentre specialisti generici o si sono appellati alle leggi sull'obbligo del segreto professionale (art. 321 CP) o hanno ammesso di non avere alcuna esperienza nel trattamento di pazienti trans. Riportiamo il caso di un endocrinologo milanese, contattato per via telefonica, che ha sostenuto di poter concederci un'intervista a patto che citassimo i suoi articoli di endocrinologia, in modo da incrementare l'impatto del suo *citation index*. Quando abbiamo espresso le nostre reticenze nel citare *a priori* i suoi lavori, la sua segretaria ci ha informato che il dottore non era più disponibile.

In questo senso emerge un margine di resistenza delle istituzioni rispetto all'occhio del ricercatore: sembra che tutta la prassi si sottragga all'indagine in virtù della sua stessa costituzione. Didier Fassin, ne *La forza dell'ordine*³ (2013), fa notare in modo analogo che «non c'è dubbio che il sottrarsi dello Stato allo sguardo del ricercatore, e dunque del cittadino, meriti una certa attenzione» (FASSIN 2013: 44). Cosa può dire un ricercatore, escluso per posizionamento e per difficoltà burocratiche dall'istituzione, sull'istituzione in sé? Tutto ciò che le zone d'ombra della nostra ricerca possono dire sarebbe oggetto di speculazione. Nel tentativo di farvi luce, non possiamo esimerci dall'utilizzare i frammenti narrativi che le persone che abbiamo incontrato hanno voluto offrirci, condividendo con noi le frustrazioni che i meccanismi istituzionali hanno loro arrecato. La ragione di questo sottrarsi allo sguardo antropologico è da ritrovarsi nell'autorità che la biomedicina esercita, ben esemplificata dalla proiezione del valore morale sulla categoria del patologico (FOUCAULT 2010; FAINZANG 2002; PIZZA 2021; FASSIN 2019). In questo contesto lo scoglio burocratico delle leggi e degli obblighi sopracitati e il disinteresse dei medici, ci hanno portato a considerare le strategie di autocura come pratiche più accessibili per il ricercatore.

Il genere dalla categoria diagnostica alla costruzione culturale

Vorremmo iniziare questo lavoro proponendo un'iniziale cornice teorica che possa servire per inquadrare il dato etnografico. Abbiamo ritenuto necessario ricostruire, seppur brevemente, il lungo percorso di affermazione e riconoscimento dell'attuale disforia di genere nelle varie edizioni del *DSM*, con il fine di mostrare la parzialità della biomedicina e di evidenziare i rapporti di forza che strutturano la condizione del paziente (GORDON 1988; PIZZA 2021; BENEDEUCE 2013; STRAND 2011). Abbiamo poi voluto delineare il rapporto che intercorre tra la categoria diagnostica e la naturalizzazione del sesso (FOUCAULT 2010, 2021; HÉRITIER 2000) in modo da con-

testualizzare le critiche di matrice costruttivista (BUTLER 2007) e radicarle nel discorso biomedico.

Precisare la genealogia di una categoria diagnostica, per quanto parziale, permette di mostrare come il processo di costruzione della diagnosi riveli la parzialità della biomedicina; secondo Gordon (1988) gli assunti di verità e la pretesa di scientificità sono soggetti all'inevitabile scacco della storia. Se la biomedicina costruisce, attraverso la sua prassi, un *discourse* identitario tanto epistemologico quanto ontologico, è la rettifica a cui sono state soggette le categorie diagnostiche che mostra la costruzione diacronica dell'intero campo biomedico. Inoltre, come nota Strand (2011), ogni suddivisione classificatoria rappresenta un ordinamento di carattere simbolico che, allo stesso tempo, si iscrive come «“boundary object” that establishes a controlled consensus on meaning, which in turn synchronizes action across several different social domains» (STRAND 2011: 274). In questo senso rivelare il carattere parziale della biomedicina permette di dipingere uno scenario più complesso che mostra come la dimensione sociale e la dimensione politica siano parte integrante e fondativa dell'approccio biomedico: ricostruire una genealogia della disforia nel DSM è utile per rivelare i rapporti reciproci di strutturazione tra la società e la patologia e, conseguentemente, per cercare di individuare i processi di costruzione sociale relativi alla malattia e il loro sviluppo storico. Come nota Beneduce, lo scopo della diagnosi sarebbe «nominare altrimenti conflitti, naturalizzare sofferenze, governare quella che Devereux riconosceva come il nucleo di ogni sintomo psichiatrico, ossia la critica dell'ordine sociale» (BENEDEUCE 2013: 208).

Nelle prime due edizioni del DSM (1952, 1968), la mancata aderenza al genere assegnato alla nascita non viene problematizzata. La ragione di questa mancanza è da rilevarsi in una iniziale e pervasiva equivocità tra la transessualità e il travestitismo, nonché tra la non aderenza al sesso biologico e l'omosessualità (come si rileva per esempio in *Psychopathia sexualis* di Krafft-Ebing⁴ del 1886). Queste ambiguità sono state problematizzate da Foucault: secondo il filosofo le concettualizzazioni dei disturbi di natura sessuale nella psicologia di quegli anni rivelerebbero «una natura che si distarrebbe abbastanza da sé per sfuggire alla legge» (FOUCAULT 2021: 43). Per questo tali “aberrazioni” non vengono eliminate ma reintegrate in una tassonomia che le renda docili: «La sessualità diventa così il reagente che lascia apparire sul palinsesto della vita il minuscolo cifrario dell'individuo, il suo più ostinato “conosci te stesso”» (AGAMBEN in KRAFFT-EBING 2006: 10). Solo a cavallo tra gli anni Cinquanta e Sessanta il transessualismo inizia a venire riconosciuto come una condizione propria. Ciò avviene in partico-

lare grazie al clamoroso caso di Christine Jorgensen, una donna trans che si sottopose con successo a interventi chirurgici e terapie ormonali per ottenere quello che allora era chiamato “cambiamento di sesso”. Negli stessi anni Henry Benjamin, endocrinologo che studiò il caso Jorgensen, iniziò a porre una distinzione tra il travestitismo e la pratica del *cross-dressing*, ossia l’atto ludico di presentarsi esteticamente come un individuo del sesso opposto, e la transessualità (BENJAMIN 1999). Secondo l’autore, infatti, le due condizioni sono distinte e tuttavia intercomunicanti in quanto il *cross-dressing*, se scevro di eccitazione sessuale (LEV 2005), sarebbe una delle manifestazioni sintomatologiche della transessualità.

Il fatto che omosessuali e “travestiti” vengano inseriti nella categoria dei disturbi psicopatici in quanto

ill primarily in terms of society and of conformity with the prevailing cultural milieu, and not only in terms of personal discomfort and relations with other individuals» (APA 1952: 38),

mostra come la creazione della patologia sia radicata nella mancata adesione alla norma, la quale è strutturata a livello culturale. La biomedicina, infatti, fin dalla metà dell’Ottocento aveva sostituito la religione come principale autorità sociale (FOUCAULT 2021), reiterando rappresentazioni e modelli reazionari. Di conseguenza è proprio l’autorità biomedica ad aver trasformato la mera differenza in una minaccia per l’ordine precostituito (STRYKER 2008; PIZZA 2021). La patologizzazione della condizione transessuale iscrive quindi le identità devianti nella patologia che assume un valore morale, radicalizzando il patologico come abietto. D’altra parte, paradossalmente, la patologizzazione diventa l’unico modo attraverso cui l’identità deviante diventa paziente, rendendo così possibile sperare in una cura, come scrive Beneduce:

Il successo sociale di una diagnosi è in definitiva il prodotto di un insieme di forze spesso contraddittorie e autonome, che vanno dalla valorizzazione sociale che eventualmente guadagnano coloro che la riceveranno ai vantaggi reciproci (del malato e della società) eventualmente originati dalla riconfigurazione di un problema sociale in termini medico-psichiatrici (BENEDEUCE 2013).

Interessante è la rimozione della categoria “omosessualità” a partire dalla sesta ristampa del DSM-II (1973) in quanto segna il fallimento del paradigma psicoanalitico, per cui l’omosessualità sarebbe stata un sintomo di regressione e immaturità sessuale. Il focus sulla sintomatologia e sul criterio diagnostico, in questo senso, segna volontariamente la depatologizzazione dell’omosessualità (STRAND 2011) che ha avuto come risultato una mag-

gior inclusione sociale per gli individui omosessuali (VALERIO, FAZZARI 2016). In anni recenti sono emersi tentativi di depatologizzazione delle identità transgender e transessuali, che si appellano proprio a questo processo e a questo risultato, andando per altro a scatenare il dibattito contro chi, invece, sostiene che il mantenimento di questa categoria diagnostica sia l'unico modo per garantire le cure. A prescindere dalle rivendicazioni sociali e politiche da cui emergono le due fazioni, il dibattito è interessante in quanto mostra che esiste un lato sociale e politico della diagnosi che può portare «dalla valorizzazione sociale che eventualmente guadagnano coloro che la riceveranno ai vantaggi reciproci (del malato e della società) eventualmente originati dalla riconfigurazione di un problema sociale in termini medico-psichiatrici» (BENEDUCE 2013: 209).

Nella terza edizione del DSM (1980) appare la categoria dei disordini psicosessuali, che comprende i disturbi dell'identità di genere. Rispetto alla prima categoria è interessante notare l'attenzione con cui il DSM si concentra sul cosiddetto fenomeno del *passing*⁵:

With cross-dressing, hormonal treatment, and electrolysis, a few males with the disorder will appear relatively indistinguishable from members of the other sex. However, the anatomic sex of most males and females with the disorder is quite apparent to the alert observer» (APA 1980: 262).

Questo focus mostra, come scrive Mauriello, che cambiare sesso e, aggiungere, le strategie di *passing* che accompagnano il possibile iter terapeutico, significano «essenzializzare il corpo e eliminare l'apparenza di quell'ambiguità che, come suggerisce Mary Douglas, pone sempre chi la incarna dalla parte sbagliata, rendendo quei soggetti pericolosi per loro stessi e la comunità» (MAURIELLO 2013: 289).

A partire dagli anni Novanta si afferma un fervente clima di rivendicazione sociale e di attivismo, contestualmente all'emergere, nel mondo accademico, dei primi studi di teoria *queer*, transgender e femminista. La quarta edizione del DSM (1994) non viene permeata da questo clima. Malgrado il disturbo di identità di genere (DIG) venga istituito come categoria a sé stante, la patologia non si discosta dagli assunti delle precedenti edizioni e presenta diversi punti di problematicità. Come scrive Lev, contestualizzandosi per altro nel dibattito sulla de-patologizzazione citato in precedenza:

the diagnostic criteria for GID conflates those who suffer from gender dysphoria with those who desire sex reassignment, and therefore does not allow for the existence of healthy, functional transsexuals and transgender people who are able to seek medical and surgical treatments for their own actualization without being labeled mentally ill (LEV 2005: 42).

Questo comporta di conseguenza l'esclusione dall'itinerario terapeutico di tutte quelle identità trans che non si inscrivono nei criteri diagnostici del DIG, nonché una reificazione di una rappresentazione di genere binaria che non ammette altre realtà oltre l'uomo e la donna: attraverso gli interventi di riassegnazione di genere, le persone che deviano dalla norma possono reinserirvisi se socializzate come tali.

La quinta edizione del DSM (2015) sostituisce il DIG con la disforia di genere e propone una soluzione alla criticità rilevata da Lev, infatti: «Disforia di genere si riferisce alla sofferenza che può accompagnare l'incongruenza tra il genere esperito o espresso da un individuo e il genere assegnato» (APA 2013: 528). In ogni caso l'APA prende una posizione piuttosto moderata rispetto alle teorie costruzioniste, che tutt'ora hanno una forte eco nel campo degli studi di genere, sostenendo infatti che «i fattori biologici sono considerati un contributo, in interazione con fattori sociali e psicologici, alla formazione del genere» (*ivi*: 527).

Bisogna notare che i termini "sesso" e "genere" rimandano a due significati distinti: il primo inerisce al fenotipo dell'individuo, mentre il secondo è culturalmente determinato (STRYKER 2008). Il termine "genere", in particolare, si riferisce al panorama teorico degli studi di genere e femministi che, dagli anni Ottanta e Novanta, hanno occupato una posizione sempre più eminente negli studi sociali. Inizialmente «the word noted a rejection of the biological determinism implicit in the use of such terms as "sex" or "sexual difference". "Gender" also stressed the relational aspect of normative definitions of femininity» (SCOTT 1986: 1054).

Le più attuali teorie sottolineano la produzione sociale e il carattere performativo del genere, definito «a fantasy instituted and inscribed on the surface of body» (BUTLER 2007: 186). Usare il termine "sesso", invece, ad un primo sguardo, non sembra implicare il riferimento ad alcun paradigma teorico preciso proprio perché si tratta di una parola il cui referente – il fenotipo biologico del maschio e della femmina – viene proposto come norma e, come tale, naturalizzato, concettualizzato e rappresentato attraverso un approccio binario che presuppone un *aut-aut*: maschio o femmina, uomo o donna. Tuttavia «If the immutable character of sex is contested, perhaps this construct called "sex" is as culturally constructed as gender; indeed, perhaps it was always already gender, with the consequence that the distinction between sex and gender turns out to be no distinction at all» (*ivi*: 9). Dal punto di vista sociale, infatti, «biological theories of sexuality, juridical conceptions of the individual, forms of administrative control

in modern nations, led little by little to rejecting the idea of a mixture of the two sexes in a single body» (FOUCAULT 2010: viii); mentre dal punto di vista epistemologico e cognitivo questa rigida distinzione dei sessi, nelle società euroamericane, viene naturalizzata in un approccio dicotomico del pensiero che «gira e rigira questi indefinibili residui [biologici] realizzando una tra le varie combinazioni logiche che a partire da essi è possibile fare» (HÉRITIER 2000: 20).

L'iter terapeutico

Dal momento che il binarismo è così naturalizzato, identificarsi come transgender o transessuale significa sempre stabilire ciò che si è *via negationis* di ciò che, nel panorama simbolico del sociale, si dovrebbe essere. Si vive un'esistenza al negativo, tutta giocata nello scarto tra la manifestazione di genere che si ha e un'identità che vi si sottrae continuamente. La cesura che nasce da questo contrasto è radicata in uno specifico apparire del corpo, ha una base distintamente materiale, fatta di muscoli, peli e genitali. La condizione di esistenza dell'individuo trans permea ogni aspetto della vita del soggetto, «soggiace ai suoi comportamenti perché ne è principio insidioso e attivo»⁶ (FOUCAULT 2021: 42). Dal punto di vista esterno, infatti, l'individuo trans è riconosciuto come appartenente al genere in cui si identifica solo se il suo habitus è saturo di tutto ciò che, nella rappresentazione sociale, si iscrive in quel dato genere (MAURIELLO 2013; FOUCAULT 2021), altrimenti la sua morfologia è ambigua e, in quanto tale, non riconosciuta. Dal punto di vista interno, il soggetto che guarda il suo stesso corpo riproduce lo sguardo sociale che naturalizza la dicotomia di genere e, siccome anche a livello più intimo manca il riconoscimento, l'individuo vive in un costante senso di non appartenenza.

Un caso interessante è quello di Elisa, in quanto permette di indagare come il radicale senso di angoscia di una donna trans sia fondato nella specificità di un corpo maschile, pienamente in salute. Interrogata sul proprio modo di vivere la disforia, Elisa ci ha raccontato della sua adolescenza:

Come la vivo?... male, un tempo male [...] per me è sempre stata una sensazione profondamente invalidante, diciamo, dal punto di vista mentale e fisico e... diciamo, il pensiero di alcuni cambiamenti fisici per me era molto frustrante anche perché io, per esempio, a scuola ho fatto la primina e a scuola avevo in classe gente più grande di me e quindi già erano più grandi di me e in più avevo questa specie di anteprima, in più per esempio, offset di un anno che in un certo senso mi dava la sensazione di "questo è quello che succederà dopo" e per me è stato particolarmente pesante perché per

esempio mi... mi facevo abbastanza problemi a mangiare perché magari l'idea di mettere su peso poteva contribuire a aumentare la massa muscolare in un certo modo e allora c'erano dei periodi in cui proprio, se potevo, saltavo i pasti così a caso.

Questa narrazione suggerisce che il malessere di Elisa fosse radicato proprio nella normalità del corpo che cresce in modo sano e funzionale, in altre parole, lo sviluppo di un corpo in salute è stata la *conditio sine qua non* della malattia. Un corpo che, per lo standard biomedico, è sano e conforme alla norma ma che, proprio in quanto tale, si identifica come malato provoca un cortocircuito sociale e mette in crisi tutti quegli assunti per cui la malattia sarebbe una condizione oggettiva, un dato reale. L'esperienza di Elisa strappa questa patina di presunto realismo e mostra come anche la costruzione della salute sia sempre ideologica, socialmente costruita e determinata *a priori*: si tratta di una condizione fisiologica che viene erta a norma e a ideale (PIZZA 2021).

A partire da questo tipo di disagio si configura la presa di consapevolezza di non identificarsi con il genere assegnato alla nascita. Ma non sempre la realizzazione di essere trans corrisponde all'inizio delle mobilitazioni in ambito biomedico, le quali sono funzionali per intraprendere l'iter giuridico per il cambiamento di nome anagrafico e per le terapie di riassegnazione chirurgica del genere. Quando le abbiamo chiesto quando avesse realizzato di essere trans, Yara ci ha fornito una risposta quanto mai precisa:

Allora, data di inizio: 10 ottobre 2019, quando "craccai l'uovo malissimo"⁷. Senza anda' nel dettaglio, insomma, quel giorno capii che ero trans e quindi mi iniziai di più a informare su questo mondo, come funzionava. Iniziai soprattutto a prendermi cura di me soprattutto, e piano pian... e... cercai, insomma, principalmente un modo di iniziare tutto il processo.

Altri, soprattutto i più giovani, seppur inizino a mobilitarsi, soprattutto online, in tempi relativamente brevi, non intraprendono subito il percorso con uno psichiatra o uno psicoterapeuta. La ragione è, spesso, l'obbligo di rivelare questo aspetto della propria identità alla famiglia, in altre parole fare il cosiddetto *coming out*, opzione che non sempre i soggetti vogliono o possono attuare. L'esperienza di Elisa esemplifica bene questo concetto:

Allora io ho, diciamo, iniziato a prendere confidenza... nel senso di realizzare che ero trans intorno ai, diciamo, quindici, sedici anni. [...] tirai fuori la cosa con la famiglia quando ne ho compiuti diciassette, poi per vari motivi appunto familiari diciamo che non se n'è fatto niente [...] più o meno fino ai vent'anni; nel senso che dai diciassette ai vent'anni ho vissuto un periodo dove, appunto a livello personale, quantomeno con i miei amici

[...] vivevo al femminile però con le altre persone no, specialmente con la famiglia era impossibile.

La problematica maggiore per un soggetto minorenni, è, infatti, sostenere i costi relativi alle sedute di psicoterapia: da qui deriva il confronto e il *coming out* con la famiglia. In ogni caso, quando si inizia a mobilitarsi, nella maggior parte dei casi, è prassi comune la ricerca di comunità trans online e presenti sul territorio, come le associazioni LGBTQ studentesche legate alle università o ai contesti cittadini, che spesso rappresentano un'opportunità per interagire con altri individui parte della comunità LGBTQ. In questi contesti, il soggetto, dapprima disorientato, viene in contatto con una rete di individui simili. Il supporto offerto è molto concreto: ci si scambia consigli estetici (per esempio su come modulare la voce per farla sembrare più maschile o femminile), informazioni sulle terapie ormonali o su quali *step* burocratici sono necessari per cambiare il nome anagrafico.

Particolarmente rilevanti, nel nord Italia, sono lo sportello trans di ALA Onlus a Milano e il Cidigem (Centro Interdipartimentale Disturbi Identità di Genere) di Torino, che hanno finalità più strettamente terapeutiche e meno sociali.

Così l'individuo viene indirizzato in modo più o meno formale e in modo più o meno attivo verso la figura dello psicoterapeuta o dello psichiatra per ottenere la diagnosi di disforia di genere. Non inganni l'apparente ingenuità o la presunta semplicità di questo passaggio: la casistica da noi analizzata, infatti, vede spesso la soggettività degli specialisti interpersi ai voleri dei soggetti attraverso un'opposizione attiva. Ilaria ha espresso così la propria frustrazione in merito:

“Sono trans, cazzo, c'ho tutta la storia della mia vita a provarlo abbastanza se vuoi...” e lei [una psichiatra] mi diceva: “Sì, sì raccontami questa cosa che non c'entra niente, raccontami questo, raccontami quello...” e quando io le dico: “Senta, mi potrebbe fare la relazione per favore? Perché io so abbastanza di essere trans”, lei mi dice tipo che voleva fare altre sedute, che non poteva esser sicura, che vai a sapere, se mi dava dei test e poi questi test non davano quello che volevo io... e quindi non era sicura che fosse la cosa giusta per me... mi disse un sacco di cose orripilanti.

Per questo non è raro cambiare più di un terapeuta, con tutta la frustrazione e il peso economico che questo comporta: quando il paziente percepisce che lo psicologo non è intenzionato a fornire la diagnosi in tempi brevi, si vede spesso costretto a cercarne altri, dovendo sottoporsi quindi continuamente a nuove anamnesi e rivivendo così il dolore di descrivere nuovamente le proprie angosce. Queste visite, a meno che non sia stata

fatta richiesta dal medico di base per l'assegnazione di uno psicoterapeuta pubblico⁸, rappresentano costi continui⁹ che il paziente deve sostenere per far riconoscere una sofferenza già sentita individualmente. Ilaria, con tono amaramente divertito, ci ha descritto parte dei costi così: «...allora comincio ad andare da questa psicologa... psicoterapeuta, a Sassari... si prende anche una certa quantità di soldi, tipo, cazzo, credo 400-500€ mi sono partiti in... sei mesi».

La ricerca di uno psicoterapeuta o di uno psichiatra disposto ad emettere la diagnosi prolunga quindi inevitabilmente l'ottenimento della stessa anche di diversi anni. Carmine, per esempio, ha cambiato cinque specialisti e ancora non ha ottenuto una diagnosi, Ilaria l'ha ottenuta dopo quattro cambi. Non è raro che in questi casi ci si informi, anche attraverso le associazioni di salute transgender presenti sul territorio o attraverso attivisti o gruppi di supporto online su specialisti che emettano le diagnosi dopo poche sedute.

Si sviluppa, inoltre, una lunga serie di strategie comuni per ottenere la diagnosi il più velocemente possibile. Come ci ha spiegato Ilaria:

Mi viene fatto il nome di una psichiatra [...] che non ti tiene per mesi e mesi, che non vuole sapere ogni cosa di te, vuole semplicemente: "Okay, fai questi test, parlami un po' di te e poi decido se darti la diagnosi o meno" e sembrava anche abbastanza disposta a fare queste diagnosi, nel senso che generalmente... nell'arco di una seduta, se una persona riusciva anche a, diciamo, recitare un po'... Questa psichiatra poteva [dare] abbastanza normalmente la diagnosi [...] e quindi... vado da questa psichiatra [...] e mi diagnostica la disforia di genere.

"Recitare un po'", infatti, rientra a tutti gli effetti nelle cosiddette *transsexual narratives*, «ossia dei racconti più o meno sempre uguali la cui efficacia è comprovata» (MAURIELLO 2013: 293) e che servono per ottenere la diagnosi nel modo più veloce possibile.

Tutti i soggetti intervistati hanno fatto grande uso di espressioni come "sono così da sempre" o "provo disforia da che ho memoria". Queste asserzioni, spesso accompagnate da un velo di malinconia, non solo mostrano che questo senso di non appartenenza al genere assegnato alla nascita costituisce una condizione duratura nel tempo, ma rappresentano anche strategie di legittimazione a base innatista, che articolano il racconto della presa di consapevolezza della propria identità sempre ponendo grande enfasi sul dolore come condizione innata e incontrollabile. Bisogna considerare che le soggettività trans devono continuamente negoziare la loro identità, non solo nel rapporto con le istituzioni e con il fine di ottenere la

diagnosi, ma anche nel quotidiano, con i propri affetti e con gli estranei, che non sempre accettano la loro condizione, ne sono consapevoli o sanno come affrontarla.

Il bisogno di ottenere la diagnosi il più velocemente possibile «accade proprio perché l'enigmaticità dell'esperienza iniziale del soggetto trans viene risignificata attraverso le categorie della biomedicina» (*ibidem*). Questo assunto trova conferma nelle parole di Yara:

Quando capisci che il tuo problema era la disforia ti si incastra tutto perfettamente come un puzzle, almeno nel caso mio così è successo. [...] Per esempio in passato ho avuto tanti, diciamo, effetti della disforia senza capire che era quello, quindi per esempio, non so, evitavo situazioni sociali, non volevo magari anche cose più stupide, tipo, magari, non volevo che le persone mi scattassero foto. Ma [balbetta] era tutto un discorso tutto inconscio, okay? Cioè, te non capivi che inconsciamente quello che ti dava fastidio era il tuo corpo e magari neanche capivi che... come posso dire, che... potevi cambiarlo in qualcos'altro, ecco.

La diagnosi, infatti, rappresenta un punto di svolta in quanto legittima la sofferenza in una categoria che permette al soggetto di posizionarsi nel contesto sociale. In un approccio burocratico alla transizione, è solo attraverso la diagnosi che si può accedere alle cure. In questo senso, oltre ad essere il passaggio necessario di un percorso terapeutico e giuridico, la diagnosi rappresenta spesso un grande cambiamento nella vita del soggetto: sebbene non curi i sintomi e il malessere della disforia, l'approccio alla propria condizione si fa radicalmente più positivo e nelle narrazioni di quello che ora è paziente, dove prima c'era solo rassegnazione, si fa spazio la speranza di vedersi riconoscere socialmente, finalmente legittima e tangibile, non solo la propria sofferenza, ma perfino la propria identità.

Di conseguenza, quando la diagnosi non viene emessa, viene a mancare anche il riconoscimento sociale della propria condizione e della propria identità. Le frustrazioni nel confronto con la figura dello psicoterapeuta o dello psichiatra e il dolore di vedersi negato ciò che potrebbe alleviare la sofferenza, portano i soggetti trans che non riescono ad ottenere la diagnosi a sviluppare dei discorsi e delle strategie di autolegittimazione. Un esempio è rappresentato dal racconto delle sedute tra Carmine e la dottoressa I., la psicologa che lo ha avuto in cura per due anni, dalla quale il ragazzo si aspettava di ricevere la diagnosi di disforia di genere. Carmine, durante la giovinezza, attraversa un lungo processo interiore di definizione della sua identità di genere, che spiega così:

Allora, io ho realizzato di essere trans cinque anni fa [...] ho iniziato a passare più tempo in ambienti *queer* e ho scoperto l'esistenza di persone trans... e ho realizzato di sentirmi anche io così, però ovviamente non è stata una cosa così immediata... [...] io praticamente i *label* della comunità LGBT li ho passati tutti: mi sono identificato per un periodo come *non binary* e come *genderqueer*, come *demiboy*¹⁰ e ora mi definisco un ragazzo trans abbastanza binario, ma le cose sono complesse. [...] Tutti questi termini sono termini che usavo perché... sapevo di non identificarmi con il genere femminile che mi è stato assegnato alla nascita però ovviamente... l'idea di mascolinità... l'idea di genere maschile a cui la società... a cui di solito veniamo esposti e che quindi generalmente internalizziamo, è una definizione di mascolinità molto rigida, e in passato pensavo che questa cosa fosse dovuta al fatto che non mi rivedevo del tutto nel genere maschile: [...] la mia visione delle cose è cambiata e ora non è che non mi rivedo nel genere maschile, ma nella versione del genere maschile che ci viene insegnata [...] la mascolinità standard e normativa è molto legata all'eterosessualità e non essendo io etero... è una mascolinità molto alienante.

Dalle parole di Carmine emerge una graduale realizzazione della propria mascolinità, realizzazione che è stata possibile solo attraverso la decostruzione del maschile normativo e di quella che ha definito una "mascolinità alienante". Durante i due anni di terapia con la dottoressa I., il principale conflitto emerso tra medico e paziente è stato relativo all'immagine del sé. Parte integrante del processo diagnostico, per la dottoressa, era indagare come il suo paziente si vedesse a transizione conclusa, quale fosse, per usare le parole di Higgins, il suo Sé ideale, ovvero «quella parte di noi stessi che rappresenta le aspirazioni più profonde, quello che vorremmo essere e diventare» (INGHILLERI 2021: 48). Carmine, da parte sua, si era avvicinato a questa immagine ideale con estrema cautela, non solo perché temeva effetti imprevisti del testosterone¹¹ ma anche perché l'idea sociale di cosa può essere un uomo non avrebbe potuto realizzarsi per lui, in particolare a causa dell'altezza.

Carmine si è dilungato su questo scarto abissale tra l'aspettativa realistica del futuro e l'idea di uomo, un'immagine volatile e allo stesso tempo pervasiva, uno standard irrealistico senza referenti reali e che eppure condiziona tutta la sua esistenza, intrappolandola in una continua tensione verso una meta che non può essere raggiunta. La soluzione, che deve necessariamente trovarsi all'esterno di questo paradigma, viene identificata da Carmine come il "ragazzo *queer*": il ragazzo con voce e fisico tipicamente femminili ma che "sono cose", ci ha detto, «che voglio che continuino a rientrare nella mia idea di come può essere, dal punto di vista estetico, essere un maschio». In questo riconoscersi e realizzarsi come corpo fisico attraverso

connotati ostensivamente e biologicamente femminili, Carmine si sofferma in una riflessione sulle linee: «in quanto artista so che la differenza tra un volto mascolino e un volto femminile sono a volte estremamente sottili: puoi cambiare due linee quando disegni una faccia perchè prima sembri una faccia femminile e poi sembri una faccia maschile. Spesso sono cose sottili e difficili da definire».

Esiste quindi un margine di eccedenza al binario, che emerge proprio da questo scarto tra le linee del maschile e le linee del femminile. Eccedenza che rappresenta anche il margine di esistenza in cui Carmine può vivere una forma di mascolinità diversa.

Allo stesso tempo, dalla descrizione del rapporto terapeutico tra Carmine e la dottoressa I., si può notare come l'insistenza della psicologa, per come è stata percepita dal paziente, da una parte abbia spinto il ragazzo verso l'indagine della soglia di mascolinità ammissibile e dall'altra abbia proposto il focus sul *passing* mostrando come l'istituzione biomedica non faccia altro che confermare e rinsaldare l'asse binario del genere. È interessante indagare come il rapporto del medico con il paziente iscriva nel corpo del soggetto immagini precise di mascolinità rispetto a cui, in questo caso, il soggetto di questa ricerca si mostra critico: il conflitto tra Carmine e la sua psicologa si origina proprio dal margine di mancata iscrizione nella norma di uomo transessuale proposta – in questo senso si mostra l'*agency* del paziente nel suo rifiuto di *compliance* – ma allo stesso tempo la pervasività ideologica ha successo nell'emergenza del moto inconsapevole verso il binario che, in ultima analisi, si iscrive nell'identità di genere di Carmine. Questo mostra che spesso il confine tra legittimazione e delegittimazione di un modello non è facilmente identificabile: i rifiuti si iscrivono in un assenso e viceversa, ma ricorrere ad un *aut-aut* reitererebbe la struttura dicotomica che, secondo Giovanni Pizza (2021), accompagna la biomedicina e la scienza dal razionalismo moderno in poi.

Quello che con certezza emerge, tuttavia, è la percezione di Carmine dell'insistenza della sua psicologa nell'inscriverlo in una specifica rappresentazione, un'immagine che non corrisponde e non può corrispondere alla reale aspettativa del sé futuro, e che reitera uno specifico modello sociale, altamente governabile. L'assunto che «oltre a esercitare il controllo sui corpi nei periodi di crisi, le società replicano e socializzano sistematicamente il tipo di corpi di cui necessitano» (LOCK, SCHEPER-HUGES in QUARANTA 2006: 178), porta a riflettere sul rapporto tra l'identità indocile e il tentativo di addomesticarla che istituisce la norma e la devianza.

Con “norma” si intende lo specchio dei valori che la società incarna e che si inscrivono in uno specifico modello di corpo normato, riconosciuto e addomesticato in conformità con i bisogni dell’ordine sociale e politico. Al contrario, la devianza è lo specchio rotto che costringe la società a confrontarsi con un’immagine distorta, mostruosa e non addomesticabile di se stessa che ne sovverte e deforma i valori e le affezioni. Nello specifico, l’individuo trans incarna un’ambiguità di fondo che, sotto certi aspetti ma non totalmente, nega una visione del genere fissa, statica, profondamente radicata nell’individuo e soprattutto binaria. Questa visione del genere viene naturalizzata dalle istituzioni, in particolare dagli esponenti della psicoterapia che, insieme ai medici di base e agli endocrinologi, sono le figure che maggiormente si rapportano al paziente trans. Come notava già Franco Basaglia nel saggio *Le istituzioni della violenza*:

Il nuovo psichiatra sociale, lo psicoterapeuta, l’assistente sociale, lo psicologo di fabbrica, il sociologo industriale [...] non sono che i nuovi amministratori della violenza del potere, nella misura in cui – ammorbidendo gli attriti, sciogliendo le resistenze, risolvendo conflitti provocati dalle istituzioni – non fanno che consentire con la loro azione tecnica apparentemente riparatrice e non violenta il perpetuarsi della violenza globale. Il loro compito – che viene definito *terapeutico-orientativo* – è quello di adattare gli individui ad accettare la loro condizione di “oggetti di violenza”, dando per scontato che l’essere oggetto di violenza sia l’unica realtà loro concessa, al di là delle diverse modalità di adattamento che potranno adottare (BASAGLIA 1968: 145).

Oltre a essere la fonte del riconoscimento sociale, la diagnosi garantisce l’accesso ai farmaci. La terapia cambia a seconda che il soggetto sia MtF o FtM, le prime ricevono una terapia a base di estradiolo e anti-androgeno, mentre per gli ultimi è a base di testosterone. Abbiamo ritenuto opportuno scendere nel dettaglio e descrivere i rapporti tra medici e pazienti, in quanto vengono messe in evidenza una serie di falle nel sistema biomedico che non permettono un equo accesso alle cure. Descriviamo dunque il modo in cui si è svolto l’inizio della terapia ormonale per Yara e Matteo. Se quest’ultimo si ritiene al momento soddisfatto del trattamento, la prima, dopo essersi vista somministrare dosaggi sbagliati, ha iniziato a praticare l’autocura.

Dopo aver ottenuto la diagnosi, il soggetto può recarsi presso il proprio medico di base per farsi prescrivere gli esami di controllo necessari e per farsi fare l’impegnativa per una visita endocrinologica. Il medico di base, dato il modello territoriale presente in Italia, rappresenta l’anello di dialogo tra il paziente e l’istituzione. È una figura fondamentale in quanto organizza-

tore e mediatore della vita biomedica di ogni paziente che ha in cura, ma è spesso anche una figura oberata dal lavoro. I racconti dipingono i medici di base come disattenti e impreparati: spesso si rivolgono al paziente con i pronomi relativi al sesso biologico e non al genere scelto (dimostrando quindi di non riconoscere o comprendere a pieno la condizione del soggetto trans) e non sono al corrente degli esami necessari per la visita endocrinologica, la quale rappresenta il passaggio successivo prima di iniziare la terapia. Il medico esercita molto controllo sull'iter terapeutico e ogni sua resistenza ha effetti immediati sul percorso di transizione dei propri pazienti. La prescrizione erronea o la non prescrizione rientrano nella casistica delle resistenze poste dalla categoria. Come ci ha detto Matteo durante il nostro primo incontro, infatti:

Il medico di base, quando mi aveva fatto fare le impegnative per gli esami per il testosterone – che tra l'altro l'endocrinologa mi aveva dato a novembre... cioè mi aveva stilato una lista con una serie di esami – lui aveva sbagliato a segnare le analisi del sangue, cioè non mi aveva segnato un valore di un ormone che è tipo il “17 progesterone”¹², una cosa del genere, e... e quindi ho dovuto saltare l'ipotetica visita che avrei avuto alla fine di febbraio o all'inizio marzo, perché appunto dovevo rifare le analisi e adesso il prossimo appuntamento ce l'ho il 17 di marzo.

Inoltre non sono rari i cambi di medici di base o addirittura il salto di questo passaggio passando alla sanità privata: infatti per la visita endocrinologica è necessaria solo l'esecuzione di alcuni esami che possono essere fatti anche privatamente, con costi ovviamente maggiori. Purtroppo la scelta della sanità privata risulta allettante per i tempi più rapidi di esecuzione degli esami: questo comporta costi maggiorati e pone un evidente scoglio economico per le soggettività che decidono, per qualsiasi ragione, di accorciare i tempi o evitare il proprio medico di base.

Come è già stato accennato nelle note metodologiche, per ampliare la nostra ricerca e avere una visione più ampia del fenomeno abbiamo tentato di contattare alcuni medici di base per delineare meglio la prassi terapeutica. Il contatto è avvenuto per via telefonica a partire dalle liste dei medici di medicina generale di due grandi città del nord Italia: nessuno dei medici contattati si è dimostrato volenteroso di discutere l'argomento perché non ne aveva esperienza diretta oppure perché, così hanno sostenuto, erano troppo impegnati.

Per quanto questa assenza di interazioni possa essere aneddotica e circostanziale, rappresenta parte integrante del problema: il sistema territoriale dell'assistenza sanitaria italiana e i percorsi di formazione per i medici di

medicina generale non facilitano in alcun modo l'interazione con i soggetti trans; le schede cliniche riportano i dati della tessera sanitaria, quindi i dati che riportano il *dead name*¹³ e il sesso biologico, invece che il nome scelto e il genere di socializzazione; la preparazione dei medici non è mai specifica e il loro ruolo è spesso quello di burocrati e esecutori. Proprio in questo contesto si pongono le resistenze che i soggetti della nostra ricerca biasimano.

Ammesso che il paziente riesca ad effettuare gli esami, l'endocrinologo ne prende visione e solo dopo l'analisi dei risultati di questi ultimi sottopone il paziente alla terapia. Anche in questo caso, l'opzione della sanità privata accorcerebbe i tempi aumentando i costi, dato che una prenotazione di una visita endocrinologica è spesso a mesi di distanza. Questa inefficienza strutturale del sistema pubblico porta anche all'invalidazione di molti di questi esami, che hanno una validità circoscritta nel tempo.

L'inizio della terapia ormonale è un altro passaggio fondamentale nella vita degli individui trans. I farmaci sono ciò che permette di ri-fare il proprio corpo, modellandolo per renderlo più conforme alla propria identità (REMOTTI 2019) e garantendo così l'appartenenza al genere con cui ci si identifica. Abbiamo incontrato Matteo per un'intervista di *follow-up* il giorno dopo che aveva iniziato la terapia ormonale. Riportiamo quanto ci ha raccontato in merito all'importanza del momento che aveva da poco vissuto:

Ogni volta che raggiungo uno *step* nuovo è sempre un primo posto. Tornando indietro [...] pensando a due anni fa quando è iniziato tutto, per me al primo posto ci stava quel giorno [...] cioè, c'è stato un altro primo posto che è stato luglio dell'anno scorso, quando ho fatto la prima visita al Cidigem¹⁴. E allo stesso modo, era un... era un primo posto la prima visita con l'endocrinologa che ho fatto, a Novembre sempre dell'anno scorso. Quindi non lo... non lo so, cioè ora come ora [l'inizio della terapia ormonale] è al primo posto. Cioè quando l'ho scritto a mia zia, cioè che lei è una che... cioè secondo lei muoio [...] se prendo il testosterone e l'ho scritto su appunto su questo gruppo in cui c'è anche lei e m'ha scritto "Ma io mi preoccupo per la salute" e io "Sì ma mi controllano, non è che..." eccetera. E poi mi ha scritto – domanda che mio padre mi ha detto: "Ma è scema questa?" – però ci sta anche come domanda, mi ha scritto: "Sei contento?", e io le ho scritto: "È uno dei giorni più importanti della mia vita". Che – cioè, è vero, infatti per quello ci sono rimasto male quando non l'hanno presa così bene anche gli altri perché per me era [...] sicuramente il giorno più bello di quest'anno per adesso, però anche [...] uno dei giorni più importanti della mia vita. Ci sono stati pochi altri giorni così.

La gioia che illuminava gli occhi di Matteo lascia intendere che l'inizio della terapia rappresenta un altro *step* verso il riconoscimento sociale. Se la

diagnosi garantiva che la sofferenza del soggetto venisse legittimata sul piano biomedico, l'inizio della terapia segna l'avvio di una serie di cambiamenti fisici che possono alleviare i sintomi della disforia di genere, producendo un senso di adeguatezza e di conformità che riattualizza la speranza. D'altra parte, l'assunzione della terapia ormonale rappresenta anche la costante consapevolezza della reversibilità dei cambiamenti che attua. La disforia di genere, infatti, non si risolve mai con una cura netta e precisa. Come ha affermato Matteo nell'intervista precedente a quella sopra riportata:

[la terapia ormonale] È una parte della mia vita che non posso togliere, l'iniezione la devo fare, che sia una volta al mese che sia una volta ogni tre, se smetto di prenderlo [il testosterone] poi smettono anche una serie di cambiamenti... anche se dopo, mi sembra, quasi un anno, alcune caratteristiche che acquisisci rimangono. Se voglio che la barba mi rimanga, devo comunque prenderlo tutta la vita.

Il fatto che ogni passaggio dell'iter terapeutico venga percepito come una conquista reversibile, che bisogna mantenere nel tempo, riattualizza costantemente non solo i sintomi della disforia di genere, ma anche le ansie e le insicurezze dettate dal mancato riconoscimento sociale. In questo senso, anche se la sfera semantica a cui i nostri intervistati hanno spesso fatto riferimento è quella del percorso, la transizione non si articola mai in modo lineare e progressivo nel tempo. Proprio in quanto l'assunzione delle terapie coincide con un cambiamento fisico e, di conseguenza, un maggior riconoscimento sociale, la terapia stessa trattiene in sé una duplicità: se da un lato allevia i sintomi della disforia di genere, dall'altro è il costante monito che non si è come si vorrebbe e dovrebbe essere. Per usare le parole di Yara:

Sicuramente, un sentimento che hanno molte persone trans è "vorrei vivere una vita normale senza pensare a tutto questo discorso medico", no? Nel caso mio, vorrei avere l'aspetto di una ragazza senza avere tutti questi casini di farmi la terapia ormonale, no? Però poi la devi fare, nel lato pratico, quella è la situazione. Ti trovi in questo, non dico limbo, ma in questa situazione in cui o la fai, o la fai, se no ritorni come prima.

La duplicità che la terapia ormonale trattiene in sé rimanda ad una realtà complessa, in cui la conquista è sempre, in un certo senso, anche una perdita, e ogni sofferenza è sempre in procinto di essere accarezzata da una nuova speranza. Il soggetto trans si muove in questo percorso non lineare, fatto di gioie incontenibili e sofferenze, frustrazioni e felici adesioni, che si intrecciano in una trama fitta e inestricabile.

Comunità online e pratiche di autocura

Le frustrazioni create dalle interazioni con il sistema sociosanitario pubblico e le istituzioni corollarie portano a tre casistiche di strategie di facilitazione della transizione: la prima e più comune consiste nel passaggio al sistema privato (con costi notevolmente maggiori), la seconda e più radicale, invece, è il cosiddetto DIY, anagramma di *Do It Yourself*, con cui si indicano le varie metodologie di autocura nei riguardi della transizione ormonale sostitutiva, con le due casistiche che si intersecano nel momento dei controlli periodici.

Se per quanto riguarda il passaggio completo al sistema privato la problematica maggiore è rappresentata dai costi, sicuramente non alla portata di tutti e soprattutto non alla portata di giovani uomini e donne trans ancora a carico dei genitori, il DIY, condotto attraverso guide e gruppi online, rappresenta una scelta più economica. Tuttavia, i siti e i gruppi che abbiamo consultato per questa ricerca propongono spesso metodi illegali per reperire i farmaci: da una rapida consultazione delle risorse utilizzate dalle persone che abbiamo incontrato, i farmaci vengono spediti da diverse nazioni dell'America Latina e del sud-est asiatico, spesso da *compounding pharmacies*, ovvero da farmacie che fanno gli ordini "su misura"¹⁵.

Quanto abbiamo rilevato sulle terapie DIY si ritrova perfettamente in linea con i risultati che Fainzang riporta nell'articolo *The Other Side of Medicalization: Self-Medicalization and Self-Medication* (2013). Come sostiene anche l'antropologa francese, la medicalizzazione è uno dei risultati della costruzione sociale delle patologie come "problemi", e la risposta più comune per le persone è quella di tentare la risoluzione del problema attraverso la riappropriazione delle stesse pratiche biomediche ortodosse (FAINZANG 2013). I contesti e le ragioni per cui la gente si automedica sono drasticamente differenti, bensì, il risultato è il medesimo: l'automedicalizzazione rappresenta un tentativo di riacquisizione di controllo sul proprio corpo e sulla propria transizione. In particolare, nei casi analizzati, abbiamo rilevato come l'approccio all'autocura derivi spesso dal disaccordo con le figure mediche di riferimento, non solo rispetto ai sintomi o al riconoscimento della natura patologica del sintomo stesso (*ibidem*), ma anche rispetto ai farmaci somministrati.

A questo punto della trattazione si rende necessaria una specificazione sulle comunità online la cui presenza, da quanto abbiamo rilevato, è contestuale alle pratiche di autocura. Queste comunità, che sorgono su *social*

network (come Facebook, Discord o Reddit) o applicazioni di messaggistica come Telegram, hanno lo scopo di fornire supporto morale e pratico a tutti gli individui trans che lo ricercano, configurandosi come comunità biosociali (RABINOW 1992). Se è infatti vero che molti usano queste risorse all'inizio della transizione, per capire come procedere e quali sono i passaggi necessari per intraprendere l'iter terapeutico e burocratico, abbiamo ritenuto di grande interesse analizzare queste comunità nel contesto dell'autocura. Per usare le parole di Yara: «[...] semplicemente esistendo su Internet come ad esempio dei server su Discord, dei gruppi su Telegram, gruppi su Facebook, si riescono a intercettare un po' le persone e in un certo senso aiutarsi ecco».

Oggetto della nostra analisi, infatti, come abbiamo specificato nella metodologia, sono stati i siti internet utilizzati dai membri di un gruppo Telegram dedicato alla transizione DIY. Yara e Elisa, in particolare, hanno iniziato a curare una di queste risorse, che si presenta come un compendio di informazioni sulla transizione.

Nel sito si trovano sezioni dedicate al cambio dei documenti, altre che riportano consigli pratici su come utilizzare il *binder*¹⁶ in modo sicuro, altre ancora riguardano il *voice training*¹⁷. Particolarmente rilevante però è la sezione dedicata alle informazioni generali sul *gender affirming hormonal treatment* per AFAB e AMAB¹⁸.

Si prenda ad esempio la pagina dedicata alle terapie per AFAB: viene innanzitutto spiegato il “funzionamento base” della terapia, ossia abbassare il livello di testosterone presente nel sangue, e alzare quello di estradiolo. Contestualmente, in un menù a tendina espandibile, vengono presentati i farmaci principali che assolvono i compiti citati con prezzi, posologia e dosaggi consigliati. Scorrendo si rileva inoltre una piccola sezione evidenziata in cui si asserisce che non è possibile intraprendere e sostenere una transizione ormonale «sicura e soprattutto efficace» senza esami del sangue; contestualmente si spiega come leggere i valori delle analisi per assicurarsi che siano «sicuri ed efficaci». Questa insistenza su sicurezza ed efficacia mostra, innanzitutto, che, nell'utilizzo del farmaco, questi soggetti si muovono nel contesto della biomedicina, rispettandone i parametri. Allo stesso tempo, però, si rifiuta il ruolo del medico endocrinologo come mediatore di guarigione, che faccia da tramite tra istituzione sanitaria e paziente (PIZZA 2021). Yara ha spiegato così questo rifiuto:

[...] allora una persona potrebbe dire: “Eh sì ma... ma, cioè, come possono fidarsi di te”, no? Le altre persone che magari ti chiedono consigli. [Esita]

La grossa differenza tra, spesso, noi e un endocrinologo è che noi ti possiamo linkare le ricerche scientifiche, l'endocrinologo spesso neanche sa quali sono. Questa diciamo [ride] è stupida ma è una grossa differenza.

In questo senso emerge il rifiuto dell'autorità biomedica, incarnata dal medico (PIZZA 2021), e allo stesso tempo l'adesione agli schemi interpretativi biomedici, che mostrano quanto l'autorità della biomedicina abbia paradossalmente un forte valore quando appare "disincarnata", cioè quando, in altre parole, la letteratura e il sapere medico vengono depersonalizzati e appaiono come una cumolazione di sapere scollegato dalla prassi quotidiana con cui i soggetti si interfacciano. La ragione di questa apparente contraddizione è da radicarsi nel ruolo specifico del medico. Come ha spiegato Elisa:

Diciamo che, beh, chiaramente un medico ha un'impostazione di un certo tipo, improntata più a magari trattare patologie... in modo diverso dal [balbetta] da come può funzionare la terapia ormonale, ecco [...] si crea [esita] una specie di mondo parallelo fra... gli spazi su Internet e [...] quello che si fa effettivamente nella pratica, nelle cliniche, negli ospedali

Infatti, in queste comunità, il rapporto con l'autorità viene ridefinito. Non è più la figura ieratica del medico a farsi mediatore di guarigione, così come non è più l'ospedale asettico il contesto della cura: l'autorità si afferma nel virtuale ed è determinata dall'esperienza diretta.

Elisa ha definito questo concetto con l'espressione "fare da cavia", che sta ad indicare il processo per cui un individuo della comunità sperimenta su di sé gli effetti dei farmaci.

Le persone trans c'hanno questo istinto di "faccio da cavia" e se sanno che quell'antiandrogeno può essere migliore perché dà un effetto di un certo tipo, magari se ne fregano anche del fatto che possa essere più pericoloso per la salute se comunque gli allevia in qualche modo la... un altro problema, ecco...

Il primo scopo, come rileva Elisa, è placare i sintomi della disforia di genere, ma i risultati di questa sperimentazione sono messi a disposizione della comunità, che può usufruirne direttamente:

E molte delle conoscenze che si tramandano, diciamo che, sì... vengono condivise... sono cose che le persone hanno sperimentato autonomamente senza che nessuno [balbetta] gli dicesse: "Guarda questo può funzionare, guarda questo non può funzionare"

Rispetto al rifiuto dell'autorità del medico, esemplare è il caso di Yara, che ha iniziato una terapia DIY in risposta ad una terapia prescritta da un endocrinologo di cui era largamente insoddisfatta per controindica-

zioni che ha diligentemente riportato al suo medico ma che sono cadute inascoltate:

Allora, praticamente l'endocrinologo mi dava dei bloccanti del testosterone, mi dava 25mg di Androcur al giorno e... invece di estrogeni mi dava il Progynova orale, 2mg al giorno. Che [esita], vado pratico, insomma non so se vogliamo entrare nel dettaglio oppure no, ma lato pratico: è sbagliatissimo, ecco¹⁹ [ride].

[...] il Progynova orale spesso ti dà un dosaggio così basso che stai sotto la soglia [...] non credo che sinceramente conosco nessuno che gli dia un dosaggio giusto. [...] Gli endocrinologi trattano le persone trans, uno: come se fossero praticamente uomini che hanno un tumore alla prostata; due: come se fossero praticamente donne in menopausa, e quindi danno la terapia di conseguenza. Quindi ti danno bloccanti per... come se avessi appunto un tumore alla prostata, quindi molto elevati, e una terapia ormonale molto leggera, come se fossi una donna in menopausa [...] Il problema è che non si fa così la terapia ormonale.

E come si fa la terapia ormonale? [...] la cosa importante è che hai il testosterone che si trova nel *range* femminile, perché anche le ragazze hanno il testosterone, ma poco... e se hai gli estrogeni nel *range* femminile, fine. Cioè, principalmente è questo fare la terapia ormonale, non è chissà che di complicato, eppure gli endocrinologi sbagliano. [...] Ma io direi che i problemi sono due principalmente. Numero uno: è il fatto sicuramente che il lato proprio istruttivo non ci sta nulla, cioè vanno all'università, magari fanno corsi generici di endocrinologia quando ormai in realtà la terapia ormonale è diventata qualcosa, in un certo senso, di molto avanzato, quindi non è che puoi andare a studiare endocrinologia generale [...] E quindi si sono ritrovati molta gente trans senza sapere nulla di come gestirla, e quindi gli danno, alla gente trans insomma, la cosa più immediata che gli viene in mente, credo [ride]. Che altro? Secondo che in realtà è il grosso problema: il fatto che è un po' incasinata, diciamo la situazione con i farmaci che si possono trovare, e quindi... di conseguenza, la terapia ormonale è molto incasinata».

Nello specifico, Yara è da circa un anno e mezzo che procede con estrogeni *homebrew*, cioè "fatti in casa" da specifici laboratori artigianali situati in tutto il mondo. La principale fornitrice di estrogeni di Yara era una ragazza di Kiev, che da marzo in poi, contestualmente allo scoppio del conflitto in Ucraina, non è più stata reperibile, spingendo la nostra intervistata a recuperare delle fiale da un altro produttore, questa volta americano. Ricontattata per definire meglio che tipo di terapia stesse seguendo, Yara riporta di star effettuando iniezioni sottocutanee di estradiolo enantato, al costo di 90€ l'anno comprate con le criptovalute. Yara trova più comode le iniezioni piuttosto che il gel e in ogni caso giustifica la sua scelta anche dal punto di

vista economico: una terapia simile, anche passando per il pubblico, costerebbe circa 156€ all'anno.

Elisa ha iniziato la terapia ormonale prima ancora di avere la diagnosi di disforia, durante il *lockdown* nazionale di marzo-maggio 2020²⁰: in un momento in cui qualsiasi tipo di attività laboratoriale e ambulatoriale era chiusa, ha deciso che non poteva più aspettare e dopo essersi informata ha ordinato da un sito internet dei farmaci provenienti dal Portogallo, ma importati dalla Turchia a costi irrisori. Lei stessa ci ha spiegato che, essendo questo tipo di operazione illegale, le persone che si occupano di questo commercio aprono continuamente siti nuovi perché quelli vecchi vengono chiusi periodicamente. Dopo il *lockdown* Elisa si ritiene fortunata di aver trovato un'endocrinologa che le ha semplicemente prescritto i farmaci che già stava prendendo in via autonoma, seguendola soltanto nelle visite di controllo.

Un altro caso interessante è quello di Ilaria, la quale ha cambiato sei specialisti senza mai ottenere la diagnosi di disforia di genere e quindi senza mai avere la possibilità di iniziare le terapie. Le difficoltà di Ilaria, in particolare, sono frutto di incontri con una serie di psicoterapeuti, psichiatri e neurologi che non volevano emettere la diagnosi per motivazioni di carattere ideologico/personale. L'unica soluzione che ha ritenuto possibile è stata quella di ordinare i farmaci online. La terapia DIY è iniziata, in particolare, dopo una visita con una neurologa che, nel tentativo di dissuadere Ilaria le ha esposto una serie di passaggi burocratici errati. Nello specifico questa specialista ha avvisato la paziente che bisognava aspettare un anno prima di farsi emettere la diagnosi e che, prima di andare dall'endocrinologo, era necessario aver rettificato il sesso anagrafico sui documenti. Per di più, la visita con la neurologa si è conclusa con l'invito a riflettere a fondo se fosse il caso di avviare la transizione per non incorrere nel rischio di, per usare le parole riportate da Ilaria: «finire sotto le mani dei mostri per fare il mercato del *sex work*, come succede in Brasile»

Mossa dall'ennesimo cambio di specialista senza aver ancora ottenuto la diagnosi, Ilaria ha deciso di iniziare autonomamente. La terapia era composta da un antiandrogeno, il Bicalutamide, e da dei cerotti di estradiolo, che presto ha reputato inadatti perché non aderivano alla pelle. A questo punto, Ilaria ha deciso di passare all'Estrofem, una pillola. Dopo un mese di somministrazione, ha chiesto al medico di base di prescriverle del gel all'estradiolo, l'unico farmaco che un medico di base può prescrivere senza bisogno di una visita endocrinologica. Per circa quattro mesi ha seguito la

terapia DIY con pillole e gel, fino all'esaurimento delle pillole precedentemente acquistate. Dopo l'ottenimento della diagnosi di disforia, ottenuta attraverso un altro specialista consigliato da un ragazzo trans che aveva conosciuto nel frattempo, si mosse per la visita endocrinologica: dopo aver comunicato la terapia che aveva seguito fino a quel momento, la specialista le cambiò il Bicalutamide con l'Androcur e le prescrisse il Progynova. Adesso, nonostante sia soddisfatta della terapia prescritta, non la segue alla lettera: spaventata dai rischi dell'Androcur, gli stessi rischi di cui parla Yara nel lungo estratto che abbiamo riportato precedentemente, Ilaria sceglie di prendere mezza pastiglia a giorni alterni, quindi 6,25mg al giorno.

Le frustrazioni date dai differenti contesti, in una costante retorica del tempo che si andrebbe perso e che non può essere recuperato, spingono le pazienti alla terapia DIY: la mancanza di *adherence* alla terapia prescritta è ricollocabile alle frustrazioni nei confronti dell'intera istituzione biomedica *rea* di avere delle evidenti falle, che queste siano i lunghi tempi di attesa, le mancanze di specialisti formati sul territorio o la produzione di una macchina burocratica che non sembra essere in grado di supportare questi individui nella loro transizione. Le risorse online che le nostre intervistate ci hanno fornito offrono un'alternativa più semplice, e secondo le loro narrazioni, più sicura rispetto ad una terapia emessa da un endocrinologo formato ma senza nessun tipo di specializzazione e di esperienza personale in merito: questi due fattori, specializzazione e esperienza personale, vengono utilizzati per posizionare le proprie decisioni appropriandosi del linguaggio biomedico. Nei colloqui che abbiamo sostenuto, i soggetti sono sempre stati disponibili ad entrare nel dettaglio delle proprie terapie, dei dosaggi e delle controindicazioni, discutendo anche differenti modi di assunzione di ormoni. In questo senso la terapia DIY rappresenta un impeto di riacquisizione dell'*agency* che le istituzioni tolgono loro quotidianamente. La percezione che intervistati diversi ci hanno riportato è ben riassunta dalle parole di Yara: «La sensazione che hai in Italia è che lo Stato possiede il tuo corpo, tu non puoi fare nulla con il tuo corpo, a dirsi tutta».

Le persone che abbiamo incontrato fanno tutte parte di comunità online italiane e estere che hanno come scopo dichiarato quello di fornire informazioni documentate e valide sulla transizione medica DIY. Elisa ci ha spiegato così l'importanza di queste comunità, che mira ad offrire aiuto concreto e supporto emotivo reciproco.

Sostanzialmente di solito le persone [...] magari cercano un gruppo, entrano e chiedono consigli perché... [...] quello che vedo spesso è che le persone si sentono molto abbandonate, cioè... magari appunto, anche quando

hanno un medico che le segue, magari anche in modo competente, spesso non vengono informate di come funzionino la cosa o di quali sono effettivamente gli effetti che si possono o non si possono avere, cosa si può e cosa non si può ottenere.

In queste comunità circolano infatti articoli scientifici e altre risorse, come aggregatori di rivenditori, in cui vengono discussi i consigli e le pratiche di assunzione dei farmaci affinché si abbiano effetti differenti sul proprio corpo. In diverse occasioni Yara e Elisa si sono definite come “cavie”, che sperimentano sul loro stesso corpo gli effetti di farmaci, di differenti dosaggi e differenti posologie. La ragione di questi “esperimenti” ci è stata fornita da Yara: «Preferisco molto meglio fare tutti questi casini per fare una terapia ormonale fatta bene piuttosto che ritrovarmi nella situazione in cui stavo con la disforia».

Inoltre, sperimentando sul proprio corpo, raccogliendo e diffondendo risorse e attraverso un’analisi puntuale della letteratura scientifica, sono i pazienti stessi che producono sapere e si fanno autorità centrali rispetto alla terapia ormonale.

Bisogna rilevare che le terapie DIY rappresentano, dal punto di vista biomedico, scelte facilmente criticabili dagli specialisti che operano in un *framework* legale e burocratico che mira in più modi a dilungare un processo che già è per sua natura perenne e carico di sofferenza. La mancanza di corsi specifici durante la formazione degli specialisti in endocrinologia e la mole di lavoro dei medici di base, confermata in via aneddotica anche da tutti quei medici che ci hanno negato un’intervista premettendo di essere persone molto impegnate, è parte del problema: l’istituzione biomedica si rivela fallace, inadatta e escludente rispetto alla realtà sociale degli individui trans.

Conclusioni

Queste traiettorie biografico-narrative mettono in luce come l’identità del soggetto trans – già affermata contestualmente alla presa di coscienza della stessa – sia dipendente dai processi di legittimazione di cui il sistema biomedico si fa garante: la diagnosi di disforia di genere e le terapie garantiscono il riconoscimento del soggetto sul piano sociale e, di conseguenza, il proseguimento dell’iter terapeutico. In altre parole, sono i medici di base, gli psichiatri, gli psicoterapeuti e gli endocrinologi a legittimare il percorso di transizione attraverso la prassi della biomedicina, la quale rappresenta tanto una fonte di speranza per il soggetto trans, quanto una

perenne fonte di frustrazione. Inoltre, è proprio il sistema biomedico che, nell'incontro-scontro con il soggetto, trova inconsapevolmente occasione per reiterare specifici modelli culturali di femminilità e mascolinità. Come sostiene Slavoj Žižek in *Mapping Ideology* (1994), l'ideologia, che si rivela tanto più efficace quanto agisce inconsapevolmente nel sociale, è «a doctrine, a composite of ideas, beliefs, concepts [...] destined to convince us of its "truth", yet actually serving some unavowed particular power interest» (ŽIŽEK 1994: 14).

Il rapporto che intercorre tra la figura medica e il paziente tenta di adomesticare l'individuo che devia dalla norma, riconducendolo ad una rappresentazione precisa di cosa dovrebbe essere un uomo o una donna: l'identità trans viene resa docile in quanto si configura come un'identità sospesa, in transizione da un genere a un altro, che solo attraversando un percorso di metamorfosi, spesso doloroso, può reinserirsi nella società e garantire la riproduzione sociale di specifici tipi umani (ŽIŽEK 1994; LOCK, SCHEPER-HUGES in QUARANTA 2006; REMOTTI 2019).

È in questo panorama ideologico e politico che si inseriscono le strategie di transizione eterodosse. Con questa parola ci riferiamo al concetto ripreso da *Outline of a Theory of Practice* (1977) di Bourdieu. Se l'ortodossia è il *discourse* normativo che presuppone un'adesione tanto più totale quanto inconsapevole, l'eterodossia è «The critique which brings the undiscussed into discussion, the unformulated into formulation, has as the condition of its possibility objective crisis» (BOURDIEU 1977: 168). Attraverso l'autocura, infatti, tutte le resistenze del sistema biomedico vengono problematizzate e discusse in comunità online che, in parte perché esclusivamente virtuali e in parte data la natura non sempre legale dei loro contenuti, esistono in parallelo all'istituzione biomedica. Paradossalmente, però, i consigli sui farmaci, i racconti delle terapie e lo scambio di articoli scientifici rendono queste comunità profondamente intersecate alla pratica biomedica. Nel contrasto con un'istituzione altamente burocratizzata e che non può riconoscere il dolore delle persone se non previa emanazione di un documento che attesti la disforia, la sofferenza dei soggetti trans diventa *raison d'être* dell'autocura, che rappresenta un tentativo di riacquisizione di controllo e affermazione della propria *agency*.

Ringraziamenti

Il più sentito ringraziamento va alla professoressa Gloria Frisone. Se abbiamo costruito il bagaglio di conoscenze necessario a scrivere questo articolo, lo dobbiamo alla sua competenza e alle sue capacità di insegnante. Grazie, professoressa, per i preziosi consigli e l'infinita disponibilità.

Note

⁽¹⁾ La selezione di questi soggetti è avvenuta attraverso due distinti canali: Carmine e Matteo sono stati contattati tramite alcune associazioni LGBTQ presenti sul territorio milanese, mentre Elisa, Ilaria e Yara sono state selezionate nel contesto di un gruppo Telegram in cui vengono scambiate informazioni sulla transizione di genere. Tutti i soggetti hanno espresso il loro consenso alla partecipazione e alla registrazione audio delle interviste. Nel caso di Matteo, Ilaria e Yara è stata condotta un'ulteriore intervista di *follow-up*.

⁽²⁾ Per "FtM" si intende un individuo che avvia la terapia per cambiare il proprio corpo fenotipicamente femminile, in maschile. Viceversa, per "MtF" si intende un individuo che avvia la terapia per cambiare il proprio corpo fenotipicamente maschile in femminile. Queste diciture sono state utilizzate per chiarire i passaggi della transizione, ma è rilevante specificare che per molti soggetti trans si tratta di termini problematici in quanto definiscono il sé primariamente dal punto di vista della transizione e non sono efficaci nel socializzare il soggetto nel genere in cui si identifica.

⁽³⁾ La ricerca di Fassin, nello specifico, si occupa di analizzare il rapporto tra la popolazione delle *banlieue* francesi e i corpi speciali di polizia stazionati in quei quartieri. Citiamo questo testo in quanto le difficoltà metodologiche dell'autore sono, per certi aspetti, analoghe alle nostre. Sia la polizia che la biomedicina, inoltre, rappresentano delle autorità morali e coercitive che influenzano non solo la quotidianità ma anche la ricerca scientifica (FOUCAULT 2010; FAINZANG 2002; PIZZA 2021; FASSIN 2019).

⁽⁴⁾ Come rileva P. Janet nella prefazione del 1931 di *Psychopatia sexualis*: «È interessante studiare in questi malati [gli omosessuali] le malformazioni del corpo e degli organi sessuali, di cercare in particolare in un individuo considerato maschio i caratteri dell'altro sesso, una sorta di ermafroditismo corporeo incompleto e anche un ermafroditismo morale. [...] Gli autori insistono sulla [...] simbolizzazione e soprattutto su uno stato di infantilismo dell'istinto sessuale il cui sviluppo si è arrestato allo stadio dell'indifferenziazione» (KRAFFT-EBING 1931: 6).

⁽⁵⁾ Nella comunità trans il termine indica che l'individuo riesce a "farsi passare" per un soggetto del genere con cui si identifica e, per tanto, riesce a venire socializzato come tale in modo più efficace.

⁽⁶⁾ Questo estratto, in *Storia della sessualità* (vol. 1), si riferisce all'omosessuale. La connessione tra l'individuo trans e quello omosessuale si rileva sia nel trattamento riservato a queste due categorie nella storia della psicologia, sia dallo stesso Foucault che

prosegue spiegando come l'omosessualità sia ricondotta alla sessualità quando alla sodomia è stata accostata l'androginia (FOUCAULT 2021).

⁽⁷⁾ “Craccare l'uovo” è un'espressione del linguaggio colloquiale di alcune comunità trans online che traspone in italiano l'inglese “to crack”. Indica il momento in cui le persone realizzano di essere trans.

⁽⁸⁾ Per richiedere il supporto di uno psicologo pubblico non ci sono limiti di reddito: bisogna rivolgersi al medico di base, ricevere l'impegnativa e poi rivolgersi al centro ASL di zona per prendere appuntamento. Bisogna segnalare che i tempi di attesa possono variare da alcune settimane a diversi mesi e che il paziente non ha controllo nella scelta della figura che lo seguirà nel suo percorso.

⁽⁹⁾ I prezzi, come riporta il *Testo unico della tariffa professionale degli psicologi*, variano in Italia da 35,00 € a 115,00 € per una seduta di consulenza e/o sostegno psicologico individuale e dai 40,00 € ai 140,00 € per una seduta di psicoterapia individuale. Anche se nessuno dei soggetti intervistati lo ha riportato, esiste la possibilità di sostenere un esame psicodiagnostico individuale che comprende il colloquio anamnestico e psicodiagnostico, la somministrazione di test e prove psicodiagnostiche e l'eventuale raccolta di informazioni da fonti esterne, le tariffe variano da 135,00 € a 465,00 €.

⁽¹⁰⁾ “Non binary” è un termine che indica la soggettività di un individuo che trascende la visione binaria del genere. “Genderqueer” è un termine polisemantico che racchiude in sé tutte quelle identità di genere che non corrispondono alla norma binaria uomo-donna. “Demiboy” è un termine che indica l'identità di genere di un individuo che si identifica prevalentemente, ma non totalmente, come uomo.

⁽¹¹⁾ Nello specifico Carmine ha spiegato che il testosterone tende «ad abbassare la voce, a far crescere più peli sul corpo, a iniziare a perdere i capelli, e a ridurre il grasso corporeo», ma in generale «tutte queste sono cose che possono succedere, possono non succedere, possono succedere in modo diverso... quindi è praticamente impossibile avere un'idea chiara dei risultati della transizione».

⁽¹²⁾ Matteo intende “17-OH-Progesterone”, le cui analisi sono essenziali alla visita endocrinologica.

⁽¹³⁾ Nella comunità trans, “dead name” indica il nome assegnato alla nascita. Per molti soggetti trans, spesso socializzati con nomi neutri o del genere in cui si identificano, sentir pronunciare o leggere il *dead name* acutizza i sintomi della disforia di genere.

⁽¹⁴⁾ Il Cidigem, o Centro Interdipartimentale Disturbi Identità di Genere è un centro polifunzionale di Torino specializzato in terapie psicoterapeutiche e farmacologiche riguardanti la disforia di genere.

⁽¹⁵⁾ Le “compounding pharmacies” sono farmacie che preparano prodotti personalizzati in base alle richieste del cliente. Nel caso specifico, a seconda del dosaggio che si vuole, si possono richiedere fiale da 10ml con dosaggi di estradiolo o testosterone differenti: queste rappresentano un'ulteriore forma di controllo sulla propria transizione data la possibilità di ottenere concentrazioni differenti per effetti e terapie differenti.

⁽¹⁶⁾ Il *binder* è un capo di vestiario usato da individui FtM che comprime il seno, dando l'illusione di un petto maschile. Usare il *binder* per periodi di tempo prolungati può comportare dei seri rischi per la salute.

⁽¹⁷⁾ Il *voice training* consiste nell'imparare a modulare la voce per renderla più maschile o femminile, senza il bisogno di interventi chirurgici alle corde vocali

⁽¹⁸⁾ Rispettivamente acronimi di *Assigned Female At Birth* e *Assigned Male at Birth*. Si tratta di termini che nella comunità trans appaiono molto inclusivi, utilizzabili anche da individui che si identificano come *non binary*.

⁽¹⁹⁾ Yara si riferisce ad uno studio che correla utilizzo prolungato di Androcur e comparsa di meningiomi comparso negli *Annales d'Endocrinologie* (DUBERN 2020).

⁽²⁰⁾ Il *lockdown* nazionale del 2020 fu un periodo di cessazione della maggior parte delle attività produttive, ambulatoriali e scolastiche in presenza come misure di contenimento del virus SARS-CoV-2 che interessò tutto il territorio italiano dal 9 marzo al 3 maggio 2020.

Bibliografia

- AGAMBEN G. (2014), *La belva nella giungla*, pp. 7-11, in VERZOTTO F. (a cura di), *Biografie sessuali. I casi clinici dalla Psychopathia sexualis*, Neri Pozza Editore, Vicenza.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1952), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (1st ed.) American Psychiatric Publishing, Atlington.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1968), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (2nd ed.), American Psychiatric Publishing, Atlington.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1973), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.), American Psychiatric Publishing, Atlington.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed. text rev.), American Psychiatric Publishing, Atlington.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Raffaello Cortina editore, Milano.
- BASAGLIA F. (2018 [1968]), *Le istituzioni della violenza*, pp. 141-188, in BASAGLIA F. (a cura di), *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Baldini & Castoldi, Milano.
- BENEDEUCE R. (2013), *Illusioni e violenza della diagnosi psichiatrica*, "Aut Aut", 357: 181-205.
- BENJAMIN H. (1999 [1966]), *The Transsexual Phenomenon*, Symposium Publishing, Düsseldorf.
- BOURDIEU P. (1977 [1972]), *Outline of a theory of practice*, Cambridge University Press, Cambridge.
- BOURDIEU P. (2009 [1994]), *Ragioni pratiche*, Il Mulino, Bologna.
- BUTLER J. (2007 [1990]), *Gender Trouble*, Routledge, New York - London.
- DUBERN L. (2020), *Androcur et méningiome, étude sur une cohorte rétrospective de patients des HCL exposés à l'Androcur*, "Annales d'Endocrinologie", Vol. 81(4): 242-247.
- FAINZANG S. (2002), *Lying, Secrecy and Power within the Doctor-Patient Relationship*, "Anthropology and Medicine", Vol. 9(2): 117-33.

- FAINZANG S. (2013), *The Other Side of Medicalization: Self-Medicalization and Self-Medication*, "Culture, Medicine and Psychiatry", Vol. 37(3): 488-504.
- FASSIN D. (2013 [2011]), *La forza dell'ordine. Antropologia della polizia nelle periferie urbane*, La Linea, Bologna.
- FASSIN D. (2019), *Le vite ineguali. Quanto vale un essere umano*, Feltrinelli, Milano.
- FOUCAULT M. (2010 [1980]), *Herculine Barbin*, Vintage Books, New York.
- FOUCAULT M. (2021 [1976]), *Storia della sessualità, vol. 1. La volontà di sapere*, Feltrinelli, Milano.
- FOUCAULT M. (2022 [1984]), *Storia della sessualità, vol. 2. L'uso dei piaceri*, Feltrinelli, Milano.
- GORDON D.R. (1988), *Tenacious Assumptions in Western Medicine*, pp. 19-56, in LOCK M., GORDON D.R. (a cura di), *Biomedicine Examined*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht.
- HÉRITIER F. (2000 [1996]), *Maschile e femminile. Il pensiero della differenza*, Laterza, Roma-Bari.
- INGHILLERI P. (2021), *I luoghi che curano*, Raffaello Cortina editore, Milano.
- KRAFFT-EBING R. (1931 [1886]), *Psychopathia Sexualis. Studio medico-legale ad uso di medici e giuristi*, Edizioni Schor, Milano.
- LEV A. (2005), *Disordering gender identity: Gender identity disorder in the DSM-IV-TR*, "Journal of Psychology & Human Sexuality", Vol. 17(3-4): 35-69.
- LOCK M., SCHEPER-HUGES N. (2006), *Un approccio critico interpretativo in antropologia medica: rituali e pratiche disciplinari e di protesta*, pp. 149-194, in QUARANTA I. (a cura di), *Antropologia Medica. I Testi fondamentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- MAURIELLO M. (2013), *In corpore trans. Dinamiche di inclusione/esclusione nel processo di medicalizzazione delle identità transgender: una ricerca etnografica nella città di Napoli*, "AM. Rivista Della Società Italiana Di Antropologia Medica", 38: 437-456.
- MAURIELLO M. (2014), *La medicalizzazione dell'esperienza trans nel percorso per la "riassegnazione chirurgica del sesso". Una ricerca etnografica nella Città di Napoli*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", 35-36: 279-308.
- PARISI M.L. (2017), *La fecondazione con donazione di gamete dopo la legge 40. Esperienze procreative tra normatività, desiderio e tabù*, pp. 27-59, in MATTALUCCI C. (a cura di), *Antropologia e riproduzione. Attese, fratture e ricomposizioni della procreazione e della genitorialità in Italia*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- PIZZA G. (2021 [2005]), *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma.
- RABINOW P. (1992), *Artificiality and Enlightenment: From Sociobiology to Biosociality*, pp. 234-252, in CRARY J., KWINTER S. (a cura di), *Incorporations*, Zonebooks, New York.
- REMOTTI F. (2019 [2013]), *Fare umanità. I drammi dell'antropo-poiesi*, Laterza, Roma-Bari.
- SCARDUELLI P. (2013), *L'Europa disunita: etnografia di un continente*, Archetipolibri, Bologna.
- SCOTT W.J. (1986), *Gender: A Useful Category of Historical Analysis*, "The American Historical Review", Vol. 91(5): 1053-1075.
- STRAND M. (2011), *Where do classifications come from? The DSM-III, the transformation of American psychiatry, and the problem of origins in the sociology of knowledge*. "Theory and Society", Vol. 40(3): 273-313.
- STRYKER S. (2008), *Transgender history*, Seal Studies, Berkeley.
- VALERIO P., FAZZARI P. (2016), *Dilemmi e controversie nell'inquadramento diagnostico delle identità transgender e delle identità di genere non conformi*, "Questione giustizia", 2: 210-219.

ŽIŽEK S. (1994), *Mapping Ideology*, Verso, London-New York.

Siti internet

<https://www.opl.it/area-normativa/Nomenclatore.php?t=1434> (consultato il 19 agosto 2022).

Scheda sugli Autori

Ylenia Baldanza nasce a Milano nel 1997. Si laurea con il massimo dei voti in Filosofia presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano con una tesi in Estetica dal titolo "Il corpo postmoderno".

Marco Bacchella, nato a Milano nel 1997, si laurea in Filosofia presso l'Università Statale di Milano con una tesi in Filosofia del linguaggio dal titolo "Ricette tradizionali: autenticità fasulla e narrative autentiche". Attualmente entrambi sono studenti presso la facoltà di Scienze Antropologiche ed Etnologiche dell'Università di Milano-Bicocca.

Riassunto

Traiettorie di genere. Legittimazione dell'identità trans tra istituzione biomedica e autocura

Questo lavoro vuole illustrare come le identità di giovani individui trans vengano legittimate e riconosciute socialmente attraverso la prassi biomedica e, in particolare, attraverso la diagnosi di disforia di genere e le terapie ormonali. Quando il rapporto tra il soggetto e l'istituzione biomedica si rivela però lo scenario di scontri, rifiuti e omissioni, gli individui ricorrono a specifiche strategie di affermazione della propria agency, questo contributo si sofferma sull'autocura e sull'uso di risorse online come tentativo di ri-acquisizione di controllo sul proprio corpo.

Parole chiave: transgender, genere, autocura, diagnosi, disforia di genere, DSM

Resumen

Trayectorias de género. Legitimación de la identidad trans entre la institución biomédica y el autocuidado

Este artículo pretende ilustrar cómo las identidades de los jóvenes trans son legitimadas y reconocidas socialmente a través de la práctica biomédica y, en particular, a través del diagnóstico de disforia de género y las terapias hormonales. Sin embargo, cuando la relación entre el sujeto y la institución biomédica resulta ser el escenario de enfrentamientos, rechazos y omisiones, los individuos recurren a estrategias específicas para afirmar su agencia, esta contribución se centra en el autocuidado y el uso de recursos en línea como un intento de recuperar el control sobre sus cuerpos.

Palabras clave: transgénero, género, autocuidado, diagnóstico, disforia de género, DSM

Résumé

Trajectoires de genre. Légitimation de l'identité trans entre l'institution biomédicale et l'auto-soin

Cet article vise à illustrer comment les identités des jeunes trans sont légitimées et reconnues socialement par la pratique biomédicale et, en particulier, par le diagnostic de la dysphorie de genre et les thérapies hormonales. Cependant, lorsque la relation entre le sujet et l'institution biomédicale s'avère être le théâtre de confrontations, de rejets et d'omissions, les individus ont recours à des stratégies spécifiques pour affirmer leur agence. Cette contribution se concentre sur l'auto-soin et l'utilisation de ressources en ligne pour tenter de reprendre le contrôle de leur corps.

Mots-clés: transgenre, genre, automédication, diagnostic, dysphorie de genre, Dsm

*“Why is it that, more often than not,
docs and nurses haven’t even heard of us?”*

Women and Bleeding Disorders in Italy

Daniela Crocetti

University of Huddersfield, UK; University of Bologna
[d.crocetti.ac@gmail.com]

Laura Palareti

University of Bologna
[laura.palareti2@unibo.it]

Riassunto

*“Perché, il più delle volte, i medici e gli infermieri non hanno nemmeno sentito parlare di noi?”.
Donne e malattie emorragiche in Italia.*

Molte hanno sentito parlare delle malattie emorragiche (ME) nonostante siano malattie rare, a causa degli scandali del sangue infetto degli anni '90. Come per molte malattie che hanno attirato l'attenzione dei media, la comprensione del pubblico è limitata. Medici non-specializzati possono ancora credere che le ME siano esclusivamente legate al sesso maschile. Le donne con ME quindi hanno un terreno difficile da percorrere. Situazioniamo il nostro studio qualitativo sulle donne con ME del nord Italia tra gli studi sociali sul pregiudizio di genere nell'assistenza sanitaria, le malattie croniche e le disabilità invisibili.

Parole chiave: malattie emorragiche, emofilia, von Willebrand, donne, mestruazioni

Introduction

Many may have heard of Bleeding Disorders (or at least Hemophilia), despite the fact that they are rare diseases, because they have surfaced in public discourse. Hemophilia is often used as an example of hereditary disease when one is taught about Mendel, genes and heredity in secondary school as its transmission is both monogenetic and dominant (MERTENS 1990). North Americans who lived through the late 1980s will remember

how the story of the young white hemophiliac Ryan White contributed to shifting public discourse and perception of HIV and AIDS (ALALI 1994). As for many diseases that have caught media attention, however, little is known about the lived experience beyond the specific issue that created the media attention in the first place. In general, few know that there are other Bleeding Disorders (BDs) beyond Hemophilia and, particularly, that women can have BDs.

Lay medical practitioners may still believe that women cannot have BDs, and that Hemophilia is exclusively sex chromosome linked. A 2004 Cdc study indicated an average 16-year lag between bleeding symptoms and diagnosis (KIRTAVA *et al.* 2004) for women, while males are generally diagnosed within 1-2 years. People with XX chromosomes can be symptomatic carriers of Hemophilia (A or B) or can have other BDs that include Hemophilia C (factor XI deficiency), Von Willebrand's disease, Glanzmann's disease, VII deficiency, and factor XIII deficiency. Worldwide, women continue to be a hidden category in this rare disease. For the purposes of our study and the article, the social category of "woman" was self-defined, yet all the participants had XX chromosomes. While none of our participants were women with XY chromosomes, we acknowledge the compound difficulty that may occur in medical settings for Intersex and Trans women (CROCETTI *et al.* 2020) with BDs or other health issues.

We situate our qualitative study of north Italian women with BDs between the social studies of gender bias in healthcare (HAMBERG 2008), chronic disease and invisible disabilities (STURGE-JACOBS 2002; DAVIS 2005). Mid to late twentieth century medical therapies for BDs evolved from blood transfusions to clotting factor replacements and coagulation-factor stimulants, shifting BDs away from life-threatening diseases to chronic illnesses with associated invisible disabilities (see BRIGATI, CROCETTI 2016). However, due to long diagnostic lags, many women with BDs may not have even had access to these therapies, complicating their experiences of chronic illness and associated invisible disabilities, as well as greatly limiting their capacity to access support networks and Health Social Movements (HSMS; BROWN *et al.* 2004).

In the following we first provide background on the understudied area of BD experience in general, including the framing presented by anglophone patient associations that include women. We briefly outline the Italian national context and its historic Hemophilia associations. While social studies of medicine have a growing history of addressing patient mobiliza-

tion and social health movements (SHMs), little attention has been paid to contexts in which SHMs are neither local nor accessible in the language of the individuals involved. Despite of the lack of dedicated HSMS, but perhaps not surprisingly, our interviews revealed that the issues highlighted by our Italian participants greatly reflected those publicly outlined by anglophone groups.

The following discussion of our interview data focuses on the three primary categories that were addressed by our participants: diagnostic time-lag; menstruation and reproductive issues; and negotiating the sick-role. Gender-bias in healthcare clearly trickles down into this specific chronic disease experience regarding diagnostic time-lag, but also regarding the additional complications that MEs present in the context of the female reproductive system. The individual negotiation of the sick role offers reflection on the variegated terrain of chronic disease and invisible disabilities, where one may choose to creatively divulge a medical condition due to fear of stigma or simply desire not to be identified with a disease. In this manner we intend to contribute to investigations of female BD experience, but also emerging discussions on gender-bias in healthcare and invisible disabilities associated with chronic disease experiences.

Background

Much of the socio-historical treatment of Bleeding Disorders has focused on the establishment of the diagnostic category, and the contaminated blood scandals of the 1980s and 90s (e.g. DAVIDSON 1999; PEMBERTON 2011; RESNIK 1999). There is very little social research that addresses subjective experience of this rare disease, let alone the hidden female experience (for a literature review on BDs in general see BRIGATI, CROSETTI 2016). While primarily addressing Hemophilia and male patients with XY chromosomes, all of the above texts mention that symptomatic women fall in an invisible category for a number of reasons. Hemophilia (A and B) was the first Bleeding Disorder to be medically described (in the late 19th century) and is sex-linked recessive (if an individual only has one X chromosome they will necessarily express the disease); yet women who are categorized as symptomatic carriers of Hemophilia can have severe episodes. Von Willebrand's disease (actually more common than Hemophilia) was first described in the 1926 (later associated with a clotting factor in the 1950s), yet often presents itself in milder forms than classical Hemophilia, yet ironi-

cally becomes more serious in relation to female reproductive issues such as menstruation and childbirth. In addition, as Pemberton indicates in the US context:

Despite such awareness that hemophilia and its kin were a danger to females as well as males, neither the experts nor hemophilia management advocates demonstrated much commitment to inclusiveness. Throughout the 1950s, publicity by the National Hemophilia Foundation and other hemophilia associations continued to cast hemophilia as a male problem. In fact, [...] popular presentations of the 1950s suggest that most experts and advocates were aggressively committed to framing hemophilia as a male affliction (PEMBERTON 2011: 94).

In Italy (and globally), Hemophilia patient associations have historically dedicated most of their energy to male patients¹. Within the last 15 years subgroups or campaigns that address affected women have appeared within anglophone Hemophilia associations², and there is one dedicated anglophone group³. For many years a significant part of Italian Hemophilia association's energy was invested in pressing for justice regarding the national health system's secret yet intentional decision (on the part of high-level NHS administrators and hidden from the medical practitioners) to give BD patients infected blood transfusions during the late 1980s. As treatment has evolved and even the most severe forms of BDs are transformed into manageable chronic illnesses, associations and the medical teams they collaborated with have shifted attention to psychosocial care of the disease and quality of life issues. Italy evidences a similar level of high-quality treatment centers, and ignorance among non-specialists, as other wealthy nations, and has active regional hemophilia support groups. However, Italian women with BDs have no dedicated peer-resources.

As BDs are composite objects that can present associated invisible disabilities, we reflect on our interviews through the lenses of gender bias in healthcare, chronic disease and invisible disabilities within the larger issues posed by medical anthropology of how health and well-being are social constituted. As Ann Davis points out (2005), describing an experience as an invisible disability exposes the norm-based assumptions (as well as temporal assumptions) that underlie concepts of physical and mental disabilities. Those with invisible disabilities may not be subject to daily socially normative stigmas, yet must «meet the burden of proof» (DAVIS 2005: 154) of their needs. In her ethnography of chronic pain sufferers, Jean Jackson argues that invisible illnesses present an ambiguous liminality that can provoke stigmatizing reactions because they «confound the codes of morality surrounding sick-

ness and health» (JACKSON 2005: 332). While discussing their negotiation of the sick role, our participants exhibited caution about being perceived as social pollutants, or matter out of place (DOUGLAS 1970), due to the issue of blood outside of the body (bleeding episodes) as well as the liminal nature of embodying invisible risk.

Apart from actual bleeding episodes which might be mitigated by prophylactic therapies (once diagnosed), the illness experience of BDs is formed of secondary consequences and issues (diseases acquired from infected blood; pain or impairment as a long-term result of internal bleeding; fear or anxiety regarding the unpredictability of episodes). BDs are chronic illnesses that are significantly marked by temporality, in which one is not chronically unwell, but rather at chronic risk. Individuals may no longer experience symptoms if their therapy regimen is effective, shifting the marker of the disease experience itself. This distinction is particularly relevant for the hidden category of women, because risks can only be managed and prevented if they are known, i.e. if there has been a diagnosis. In the 1990s sociologist DK Wysocki wrote on women and BDs:

It didn’t take long to discover that much of the literature about hemophilia is: (1) from the medical community; (2) about treatment and diagnosis; (3) about other diseases, such as HIV and hepatitis; and (4) about the needs of men. Women have been virtually left out. (WYSOCKI 1997; last viewed 5 October 2022).

Since Wysocki’s observations patient associations specifically addressing women and BDs have grown in the anglophone context and some shifts have been made in nomenclature. The European medical association is now called the “European Association for Haemophilia *and Allied Disorders*”. The International and influential “World Federation of Hemophilia”, founder of the Wiley journal *Hemophilia* encourages presentations on women’s issues in BDs and has sponsored special issues on women and BDs. Yet it still appears that, on the level of scientific organization, articles and research on women and BDs must fit themselves into the Hemophilia umbrella, while the common medical description is still that women can’t have Hemophilia A or B.

In our preliminary literature analysis while preparing our interviews, we found that female BD groups recurrently addressed diagnosis lag and general medical ignorance of female forms of BDs. Medical articles instead tended to address techniques. Social media group discussions included the voicing of frustration that some health professions still don’t seem aware that women can have BDs.

Why is it that hemophilia is treated like the stepchildren of hematology/oncology and further more that VWD is the least favorite stepchild compared to hemophilia?

Aren't there technically more of us? Shouldn't there be more resources? Shouldn't there be an established standard of care? Why is it that, more often than not, docs and nurses haven't even heard of us?

Screen shot of closed FaceBook discussion group taken 24/06/2016.

A general search on pubmed using the key words “Hemophilia And Women” reveled 581 articles (which included VW and other BDs, as well as 30% unrelated articles) with the following topics in descending order of frequency: Birth management and/or complications (postpartum hemorrhage); carriers (genotype-phenotype correlations); Antiretroviral drugs (for prevention of HIV transmission); heavy menstruation; preparation for surgery. Using “Women And Von Willebrand” we found 808 medical articles (at least 50% of which did not specifically address VW) with the following topics in descending order of frequency: Birth management and/or complications (postpartum hemorrhage); heavy menstruation; medicinal therapy and management; preparation for surgery; diagnosis.

Anglophone patient association production (websites; conference presentation videos) instead overwhelming focused on diagnosis lag and constant struggle with the general medical perspective that women can't have bleeding disorders (obviously these two issues are related). Some women's groups that were tied to Hemophilia associations (often made up of carers and genetic-carriers) addressed genetic transmission and reproductive choices. Menstrual and childbirth hemorrhaging were the most common symptomatic issues addressed, yet other psychosocial and quality of life issues appeared that had not been represented in the medical articles. For instance, the prohibition against FANS pain medicine (since they may contribute to bleeding episodes), and the inefficiency of other painkillers in treating pain was often referenced. The fear and anxiety around unpredictable episodes for those not using prophylactic therapy (the majority) was also quite present.

While not engaged in online discussions or peer-support groups, our Italian interview participants mirrored the publicly expressed anglophone concerns. All of our participants expressed concerns regarding the lack of knowledge around women and BDs in the general medical population. Many had also experienced issues regarding specific BD complications that

arise for people with female reproductive systems. Temporal issues such as negotiating concerns, anxiety and risk, as well as negotiating the sick role were also very present in the interviews.

Methods

From the fall of 2015 to spring 2016 we conducted 32 semi-structured interviews in northern Italy that were distributed fairly evenly between healthy and affected carriers of BDs. Twenty of our participants were symptomatic. We interviewed 6 healthy carriers of Hemophilia A, 5 healthy carriers of Hemophilia B, 3 mothers of children with VW (one which had Hemophilia C), one mother of a child with factor XIII deficiency, 4 symptomatic carriers of Hemophilia A, 7 women with Von Willebrand’s disease (VW), 2 women with Hemophilia C (factor XI deficiency; one who was also had a child with VW), one woman with Glanzmann’s disease, one woman with factor VII deficiency, and one woman with factor XIII deficiency. The interviews, which lasted between 45 and 90 minutes, covered diagnosis and communication, personal experience with BDs, heredity and reproductive themes. Participants were recruited through a snowball method including patient association contacts. The participants were informed about the scope and focus of the project both in writing and in person before they agreed to participate. Informed consent was then obtained from participants, and pseudonyms were used throughout to maintain their anonymity.

Our interview questions were informed by anglophone BD associations and online platforms that address symptomatic women, including closed FB groups. Closed groups were presented with a description of the project as part of the process of requesting admission to observe, and the one quote pulled out was approved by the anonymous participant. Material from social (scarce) and medical sciences was also drawn on. Our perspective was also informed by consultation with a multi-disciplinary team (Psychology, Philosophy, Hematology, Social Studies of Medicine, Patient Association members) that has an over ten-year collaboration regarding BD experience and treatment (see BRIGATI, EMILIANI 2013).

The transcribed interviews were analyzed through a situated analysis (CLARKE 2005) that intended to reproductive framing with regards to BD experience. The analysis was supported by a social studies of science perspective that draws on various considerations of the limited social research on BDs (BRIGATI, EMILIANI 2013; DAVIDSON 1999; PEMBERTON 2011;

RESNIK 1999; WYSOCKI 1998), genes and hereditary (BILLINGS, ROTHSTEIN, LIPPMAN 1992; CLAYTON 2003; NELKIN, LINDEE 1995), as well as biomedicization and biosociality (CLARKE *et al.* 2003; RABINOW 1999). As the sample size is not exhaustive as BDs are rare, we do not pretend that this sample represents all women or people with XX chromosomes with these experiences.

Diagnostic time-lag. “Why is it that, more often than not, docs and nurses haven’t even heard of us?”

Women with BDs can experience a long time-lag between initial symptoms and diagnosis. While literature on gender bias in healthcare highlights a general tendency to underestimate and underdiagnose female suffering (HAMBURG 2008), here the problem lies deeper in the gendered understanding of diagnostic categories. Diagnosis marks the experiential break between negotiating mild or severe unpredictable symptoms and having a care regimen that can erase the symptomatic impact of the disease. Even after diagnosis women may occasionally encounter non-specialist medical professionals who do not take their diagnosis seriously or continue to deny the possibility that women can have BDs. While the experiences related by our older participants seem to indicate that this was the standard experience with newly encountered medical professionals (even with some experience with BDs) up through the 1980s, this kind of experience was related by younger participants as a negative exception.

There is no one single path to diagnosis, which also highlights a lack of protocol and awareness around female BDs. Eight of our participants were diagnosed within a year of their first symptoms (40%), four within 3 years (20%), while the remaining eight waited 5 or more years (40%). Sometimes episodes were severe enough to draw the necessary attention to the issue right away, yet in other cases even severe symptoms were overlooked.

Of those who received the diagnosis within a year, all but one were directly following a significant episode, all of different nature. Four had severe childhood symptoms, from epistaxis to internal bleeds. Three of these women received their diagnosis before 1970 when BDs were still seen as untreatable. As one participant indicated: «When I heard them talking about it, with my mother and my father, (they said) that I unfortunately would not be able to survive my period and that in a nutshell I would die» (#18; Symptomatic carrier Hemo A, age 67).

Younger patients will not be met with the same unrealistic negative prognosis, yet the pathways to diagnosis can still be complicated. In one case the initial blood exams did not indicate a BD despite the internal hemorrhaging, but luckily the GP insisted on further testing.

The hematologist of Hospital X told me that my daughter was healthy and had absolutely no problem of that kind. Evidently our GP suspected something, without knowing the type of disease because it is still very rare, and had the insight to make us take further exams, and in fact it was the right thing⁴. (#10; VW, age 27)

In one particularly dramatic case a girl started to hemorrhage during a nose operation, but fortunately the surgeon had some experience with BDs and was able to control the bleeding and put the family in contact with the local BD treatment center. Of the two other participants who were diagnosed relatively quickly, one woman discovered her BD after a menstrual hemorrhaging, and one received the diagnosis through blood exams for the contraceptive pill.

For the four women who received their diagnosis within three years of the first symptoms, the lag was due to a combination of not recognizing symptoms, and non-specialists not suggesting testing for BDs.

I was diagnosed because in Puglia newborn babies’ ears are pierced to highlight femininity [...] it wouldn’t heal, and continued to bleed. My parents gave up then, but three years later tried to pierce my ears again and there was the same problem, so I took blood tests and the pediatrician directed us to Bari⁵. (#24; factor XI deficiency; age 40)

One family saw several different types of medical figures before a BD test was suggested.

At about six months she had started to have small specks on her skin, which seemed small moles [...] The journey started there [...] From the dermatology to allergology [...] a clotting problem emerged, and from there we went to the center of angiology, where we investigated further, and the von Willebrand factor soon emerged [...] only around three, three and a half years old, we arrived at a definitive diagnosis⁶. (#19; Hemo C, age 40)

Two of our participants were eventually diagnosed only after their sons had been diagnosed (within three years of age), yet both had had significant post-partum complications. In such cases, the diagnosis becomes an explanatory tool that reconstructs past difficulties.

Then I had a cesarean and I saw patients in the room with me that after three or four days began to walk quietly around the room, breast-feeding... but it took me at least two or three days to get out of bed, I couldn’t breast-

feed, because even placing the baby on my belly hurt me, I was hurting all over. But the doctors said that it was normal because I had surgery and they were already giving me painkillers [...] A nurse didn't want to give me (other painkillers) at all [...] she humiliated me saying: "I have never seen a person feel so bad after a cesarean". I, in hindsight, discovering that I have this blood problem, coagulation, it probably took me a lot longer to recover, regarding both pain and healing⁷. (#26; Symptomatic Carrier VW type I, age 37)

One our participants didn't connect her post-partum hemorrhaging to the disease despite a significant family history with the disease because even she was unaware that women could have symptoms.

When I was young, I didn't have anything special, until I got pregnant and I gave birth to M and had a post-partum hemorrhage that no one could understand [...] I went to the emergency room three times and they sent me home, and I was bleeding, then I went to a private doctor and he gave me an admission card, otherwise they would not have admitted me and I would have been dead in a few words [...].

Because it was not clear that we could be carriers, it was clear that my brother had it, that we knew before [...] We didn't have even the slightest idea we were, it was not in our minds, because if we think about it now, Mom was a carrier, all three of us could be actually⁸. (#33; Symptomatic carrier Hemo A, age 58)

Despite the post-partum hemorrhaging, her family history with BDs didn't become relevant to her GP until her son started having symptoms.

Instead M, when he was a little child, you know kids, they began to fall, and from there the pediatrician told me that we would have to take a test ... because I have always said that we have this thing in the family. We should have already taken the test, but I always said, "I don't believe it, its not possible". Instead then we took the test and it turned out that he is also a carrier of this disease, and from there my anxiety as a mother began⁹. (#33; Symptomatic carrier Hemo A, age 58)

The idea that BDs are a male disease can obscure not only the medical interpretation of BD symptoms, but also the individuals' perception of their own symptoms. While the majority of our participants had heard of Hemophilia in school, none had known about VW or that women could have BDs until they experienced it themselves (excluding those who had been diagnosed very young). One of our participants who had to wait more than 5 years for a diagnosis indicated that the problem involved doctors specifically not following through on coagulation tests because they were female.

I wouldn't stop bleeding, I didn't know if I had cut my lip, so the doctor said it was strange that I didn't stop bleeding, and told us to go have some tests

because I could have some problem. So they took me to hospital Z and there they told me that because I was female could not be hemophiliac and didn’t investigate further¹⁰. (#10; VW, age 27)

It wasn’t until 5 years later when she had an internal hemorrhage and was hospitalized that they finally gave her the blood tests that lead to the BD diagnosis.

For the other seven women who went many years before receiving a diagnosis, two were diagnosed after the diagnosis of their fathers and subsequent family testing, one indicated the menstrual hemorrhaging became debilitating enough to seek a specific cause/solution, one was diagnosed randomly by a medical colleague (she was nurse), one had routine blood tests and one specifically moved to Italy to find a name for her reoccurring problems.

As we have seen, menstruation and/or reproductive issues may be some of the most pronounced reoccurring problems for women with BDs experience, yet heavy menstruation alone is not always enough to push doctors or the woman herself to seek a BD diagnosis or even medical attention. As one participant indicates:

I have always had heavy bleeding during menstruation, but it has always stopped, so I thought that was just how I was. I never questioned it, I never had hemorrhages (besides menstruation)¹¹. (#6; VW, age 29)

In total four of our participants received their diagnosis after a male relative was diagnosed, two sons and two fathers. By pure coincidence, neither of the two daughters had lived in the same city with their father, and had not had a clear experience of the severity of their father’s symptoms. Both had to be pressed to talk about their own symptoms, which seemed to appear in their memories as after-thoughts or normal episodes. Some participants engaged clear strategies to distance themselves from the disease identity. For instance, one when asked about symptoms only mentions the preparation needed for a tooth removal, while throughout the course of the interview a long period of frequent epistaxis and significant post-operative hemorrhage emerge.

A handful of our participants indicated that not only had they waited several years for diagnosis, but that even with a diagnosis there could still be problems. Two of our participants indicated that even in an emergency situation they prefer to go to the BD center (40km and 50km from where they live), instead of the nearby emergency room because of repeat experiences of lay medical practitioners telling them that women cannot have BDs.

Gender bias has muddled the history of diagnostic category itself, but also impacts the medical consideration of the gravity of symptomology. In the following section we describe the double complication of BDs and the female reproductive system.

Menstruation and reproductive issues

Symptomatology, or the practical experience of BDs, is not necessarily the first thing our participants referenced when addressing their own experience of BDs. Whether or not one has received a diagnosis obviously makes a huge impact on how actual episodes will develop. While women with BDs remain strangely invisible to non-specialist medical practitioners, the female reproductive cycle is ever present and creates specific symptomatology. Childbirth is a particularly risky moment for women with BDs; extremely manageable once diagnosed, potentially deadly if not. Menstruation can become a cyclical risk, for some manageable through hormonal contraception (the pill), requiring increased attention for others. For ten of our participants (50%), menstruation presented itself as a significant problem at some point in their lives.

Early anthropology addressed the social regulation of the biological event of menstruation, as well as the cultural currency of menstruation in different societies, either as taboo, pollutant, or even as a powerful spiritual entity (BUCKLEY, GOTTLIEB 1988). “Modern” societies seem to maintain some level of taboo around menstruation (SPADARO, D’ELIA, MOSSO 2018; THOMAS 2007), including implicit social rules that also influence perceptions of menstrual disorders (O’FLYNN 2006). Visual art that explicitly evidences this bio-event will be censored, and menstrual product commercials are often so euphemistic as to obscure the subject of the product itself (women running in fields, etc.; see DEL SAZ-RUBIO, PENNOCK-SPECK 2009). The lack of formal sex education in Italy (BEAUMONT, MAGUIRE, SCHULZE 2013) can contribute to a general lack of knowledge about expectations for menstrual quantity and frequency (GARSIDE, BRITTEN, STEIN 2008). Fruzzetti *et al.* (2008) observed that Italian women do not regard menstruation as a comfortable topic. The social perception of menstruation is an ongoing area of investigation (see DELANEY, LUPTON, TOTH 1988; LAWS 1990; BEAUSANG, RAZOR 2000).

In order to address to the lack of public dialogue surrounding menstruation, a Canadian women’s BD association advocated putting notices on

menstrual products informing women that they might have a BD if their cycle was extremely heavy or prolonged. The association fears not only that most women may not know about BDs, but also that they may not talk about the length or typology of their periods in general, and therefore do not receive much feedback from their peers.

In our interviews, in contrast with research on Italian women’s comfort level in discussing menstruation (FRUZZETTI *et al.*, 2008), almost all of our participants had talked to several people about the length or severity of their menstrual cycle (some only with family members). Only one indicated that it was a subject not to be talked about in her household. Significantly however, the majority of our participants reported some irregularity or problems with their menstruation, yet this symptom lead to diagnosis only for two of them.

Communication with others didn’t always draw out the severity of their symptoms. Participants expressed ambiguity gaging what is “normal” regarding both cycle length and heaviness. A few stated that they had very heavy cycles but that for they didn’t identify it as a problem.

I have always had heavy bleeding but it was menstruation, and it has always stopped, so I just thought that is how I was. I never even asked the question, I have never had significant bleeding problems. (#6; VW, age 29)

Most participants had cycles that require some form of treatment, yet options are limited. Hormonal contraception was effective for around half of our participants, yet the pill does not always work as expected for everyone.

They told me that the pill is good for von Willebrand, a kind of cure. Actually I need to stop taking it because it always makes me feel bad. Now its 10 days from when it should have my period and I already have it [...] I never had these irregularities. I had my very abundant cycle [...] I have already switched three (types of contraceptive pills)¹². (#6; VW, age 29)

Or can bring significant side effects:

So I took the pill and after I was fine because it regularized my (menstrual) flow, the flow was soft, even though it ruined me in another way because these ovarian cysts formed¹³. (#35; Deficit factor VII, age 59)

Another option is regular therapy with coagulation factor, either at the clinic or through self-infusions. In any case, as the following participant explains, the most useful therapy can change over the years and knowledgeable medical support is essential.

The problem, even now, is menstruation. I had some pretty good years, with the pill everything was under control. Now menstruation and this disease

are one, so I've had several hemorrhages, last year was especially bad [...] even with the pill, it didn't work (anymore), I kept changing the pill for 6, 7, 8 months and I continued to drip, I always had leaks, it was exhausting and frustrating. At one point I said, "enough, the pill does not work for me", and they told me I could stop, but that I could not bleed continuously and had to learn to self-infuse and take Haemate P each month [...] I have come to peace with this aspect. I'll take Haemate P with me and I'll be free¹⁴. (#10; VW, age 27)

Before the pill or coagulation therapy the menstrual aspect of bleeding disorders was a desperate unknown, often accompanied by fears of traumatic prognosis.

In fact, the morning I got up and had my first period, I realized I had my period, I started to cry and said I did not want to go to the hospital because I wanted to die at home [...] Instead everything was resolved by going to X and having a transfusion [...] My brother was nine and a half, and he came up to the room and said to me, "but you're dying?". I said, "why?". And he says, "because Mom and Dad are downstairs and crying and not speaking"¹⁵. (#18; Symptomatic carrier Hemo A, age 67)

Yet, even now menstruation represents one of the unpredictable aspects of BDs.

Because when she has her period, being female, when her period hemorrhages, we go often go to hospital X. She's at that age, in fact it's not regular, not very regular, and we are always on the alert: "will come it or not?". It's complicated [...] there are times when we don't think about it because she leads a normal life, doesn't have her period, nothing happens. Her period has become a thing we're getting used to [...] But you are always waiting for it, when it comes you know you have to be careful if there is a severe hemorrhage¹⁶. (#14; Mother VW Type III, age 48)

For some, menstrual hemorrhaging simply worsens with age, to be resolved either by menopause: «I went through menopause naturally [...] I'm very happy, because for me my period had become a nightmare¹⁷» (#17; VW, age 50); or a hysterectomy. Three of our participants (who already had children) had had hysterectomies due to BD complications that the various therapies (including the pill) could no longer resolve. Most of these women were older (ages 51, 66, 67), yet not all of the hysterectomies occurred before there were modern coagulation treatments (in 1971, 1998, 2008). One participant describes her hysterectomy as a final therapy after all others had failed:

The pill, no. I tried it, but it didn't work [...] The spiral worked for a few years, now I do not remember exactly. When it was time to change it, I had a continuous flow and ended up in the hospital two or three times, and after

I said “enough, this is the only solution, let’s do it”. Ah, there weren’t [...] they didn’t propose other solutions¹⁸. (#32; VW, age 51)

One of our participants described the resistance of the gynecologist in granting her hysterectomy because she was young.

The gynecologist said, “but to have an operation like that, really, you are young”. I was 25 years old, “you risk losing your mind”, and my doctor said, “No, she won’t lose her mind, I’ll explain the situation to her.”. And he told me [...] “listen to me, they say these things, that the woman goes crazy, but don’t believe it, because it is not true. The only thing you can’t do is have more children, for the rest, you can live your life normally. With a difference: you’ll be better” ... I already had a daughter, and it (the hysterectomy) never bothered me¹⁹. (#18; Symptomatic carrier Hemo A, age 67)

Hemorrhaging related to the female reproductive system remains among some of the most significant symptoms for women with BDs, creating a large area of concern that the better recognized male category does not experience. Gender bias and a historical focus on XY forms of hemophilia clearly obstacle the treatment path. What emerges from our interviews is not a communicative taboo surrounding menstruation, but rather around identifying (are heavy periods normal?) and claiming suffering. Qualitative studies of menstrual disorders indicate women «feel under pressure to conceal their symptoms» (O’FLYNN 2006: 955). As we will also see in the next section, women may alternately down-play the severity of their suffering, or feel confined by the request they “prove” their suffering. These themes clearly cross both social framings of the gendered body and invisible disability.

Negotiating the sick role

Several issues arise in the description of many BDs patients experience with the disease: negotiating “sickness time” (TOOMBS 1990); the unpredictability of episodes; weighing risk prevention against personal freedom; and creative descriptions of their diagnosis to friends and acquaintances. Here it may appear useful to divide the group into those who have experienced severe symptoms and those for whom the diagnosis is primarily a risk factor (either because they have not had serious symptoms, they have not had surgery or given birth, or their therapy holds the symptoms at bay).

Yet, it has to be noted that the anxiety surrounding risk does not seem to be proportional to the severity of symptoms one has experienced. Some participants had severe symptoms and expressed little anxiety; while others

had practically no symptoms and a very high level of anxiety regarding risk. The disease is presented by even those who have hardly ever had symptoms as always lurking in the background waiting to strike, «risk and anxiety»²⁰ (#25; Symptomatic carrier Hemo A, age 45), potentially interrupting the flow of daily life, regardless of how frequent episodes may be. Beyond the anxiety surrounding risk, the unpredictability of episodes breaks the flow of everyday life, creating pockets of “sick time”.

Perhaps in daily activities, in the sense that if I’m doing X and a hemorrhage happens, I have to leave what I’m doing [...] it’s like a roommate: it’s there, and sometimes it makes its presence felt. Let’s say it doesn’t have first place in my self-image²¹. (#11; VW, age 27)

The unpredictability of bleeding episodes presents itself as a symptom in its own right.

So therefore, figuring out what is happening and understanding how to act when there is something [...] it’s always an unknown, because when you start to bleed you don’t know how long it will last, this is what makes me a little anxious²². (#29; Mother VW, age 45)

As one woman observed, the uncertainty (rather than the bleeding episode itself) creates anxiety: «The worst thing about von Willebrand disease is that one is never fully aware of the seriousness of what is going to happen» (#16; Von Willebrand Type II, age 31).

For those with serious symptoms, particularly older patients, these temporal interruptions implicate further practical issues to be negotiated.

Because I was never at school, I was always at the hospital. You can only imagine if my parents, we lived in a village near here, were going to send me cycling to town everyday with the risk [...] and so school definitely (suffered) [...] then I had to adapt, because with only a fifth-grade education you can’t do much²³. (#18; Symptomatic carrier Hemo A, age 67)

When discussing the impact the disease had had on their lives, the majority of our participants referenced this worry surrounding risks, but also the negotiation of decisions not to limit themselves regarding physical activity and other potentially dangerous activities.

In reality over time, I actually tried to force myself to go back to doing everything, once I even went canyoning with my father [...] And so I was a little reassured, telling myself that after all I could do anything, if I do things others don’t I’m not doing that bad²⁴. (#6; VW, age 29)

This negotiation of physical activity can be particularly complicated regarding children. Some parents severely limit the physical activity of their

children due to the anxiety surrounding risk (not the gravity of experienced symptoms).

In the sense that they [her parents] relied a lot about what the doctors said, so for example sport had always been forbidden, and therefore at school, while the others were doing PE I just watched. Then growing up I saw that there were no serious problems, and I started to play sports on my own, without asking anyone advice because they would have said no, so²⁵. (#24; Hemo C, age 40)

Others try to allow for their children to have an active life despite having experienced severe episodes.

The anxiety appears, though I try not to [...] even when she is hurt or is in pain, I always play it down [...] But I'm not one who wouldn't let her go out because I'm afraid ... she plays sports [...] even though she has passed out when she has her period [...] Then I think about tomorrow, when she has kids, or an emergency operation. And there, the thing worries me²⁶. (#14; Mother VW type III, age 48)

Four of our participants referenced having been limited in their childhood, two with severe symptoms and two without.

But that period was devastating for me. The school years [...] Now it seems, but come on, what importance does a game have, but because now I'm big and adult. But tell a child that they can't play a game, or if they want to go on a trip [...] I could not understand why I couldn't go on a trip [...] but it was right that I couldn't go, if anything happened who would take responsibility²⁷? (#35; Deficit factor VII, age 59)

Several other issues that our participants addressed revolved around risk and worry. One referenced the still present fear of infected blood, five talked about surgery, two addressed fears that it could get worse in the future, four referenced fears surrounding accidents and two stated that they limited their travel.

What emerges as particularly interesting is that this multifaceted aspect of risk and anxiety was presented much more frequently as the impact of the disease on their lives, as opposed to episodes themselves. For one woman in particular, the disease revealed itself as a complication in other pressing health events.

More than anything if I hadn't had all these operations I would almost have never noticed (the BD). Apart from my period and the end of my period, that is. But these things gave me some anxiety, oh no, the hemorrhaging, the operating room [...] If I had not had all these surgeries, no. I don't take any medicine, nothing, and I'm fine²⁸. (#32; VW, age 51)

BDs do not represent an omnipresent issue for most, but can appear at unpredictable moments, or represent risks in determined activities. As we noted earlier, some with little experience of symptoms still feel the risk associated with BDs very strongly. Those with severe symptoms negotiate this presence of risk along with the regularity of the symptoms themselves. In the following section we discuss how our participants negotiate their symptoms with the people they interact with.

Social studies of genetics in society have addressed a lot of attention to the relationship between a genetic diagnosis and individual identity (TAUSSIG *et al.* 2003). For BDs the genetic aspect of the diagnosis hangs in the background, implied but not always actually tested for. The genetic aspect is relevant to reproduction, yet had not had a significant impact on the reproductive choices of the women we interviewed. All participants were in favor of the legal right to voluntary termination of pregnancy, but did not feel BDs warranted termination. Only one participant (non-symptomatic parent of a child with severe symptoms) had considered other selective reproductive technologies such as pre-implant diagnosis (only legal in Italy for those with a documented hereditary genetic disease). While we do not have the space to do justice to the complexities of identity, genetic, disease and reproductive choices, we can reflect further on how our participants distance themselves from identifying with the disease. Despite the ever-present liminal risk, the vast majority of our participants specifically stated their BD was not part of their identity, and they did not seek out others with similar experiences (such as patient groups).

The majority of our participants had told something to their friends or other people in their lives, employing different strategies of disclosure. Interestingly, those who had experienced life-long severe symptomatology were more likely to hide their symptoms, particularly from their colleagues. In some ways this aspect mirrors the inverse relationship we found between anxiety and risk (those that had severe symptoms had less anxiety surrounding potential episodes), yet also reflects the trope of “being strong” in the face of chronic physical issues.

Some of the women with severe symptoms shared their experiences with their colleagues while still preferring a certain level of independence.

Yes, because I'm independent [...] I always have Humate-P with me, so I can infuse myself. I do not have to explain anything to anyone, because interactions with other doctors outside of hospital X are always a little difficult [...] I went home, I took the Humate-P and then I went back²⁹. (#10; VW, age 27)

Two others instead, who are both nurses and older, reported hiding their symptoms or physical issues from their colleagues, not wanting to be treated differently or provoke special treatment. Instead of “proving” their invisible suffering, they embraced the invisibility. One woman’s colleagues found out about her BD only after a significant hospital stay.

They asked me why I had not said anything before [...] I had to be hospitalized after an emergency and then they found out [...] I didn’t want to feel different from the others, or watched out for because I had this problem³⁰. (#35; Deficit factor VII, age 59)

Another woman with fairly regular symptoms chose not to tell her colleagues anything based on their reactions regarding children bleeding at the school she works in. She creatively explained her episodes to co-workers and friends as “fragile capillaries”.

And that’s why I decided not to disclose it, because I saw adults who were not able to handle it [...] Yes, I stay at work, much to the chagrin of my parents [...] Maybe this denial to others is wrong, sometimes I tell myself that maybe I should talk about it like any other illness, a tumor [...] I also hate compassion, it is something that makes me angry [...] It would really annoy me because I consider myself normal, like everyone else, so I’m convinced of my choice (not to tell anyone)³¹. (#13, Glanzmann’s Disease, age 43)

Only two of the participants explicitly expressed a fear of stigmatization due to their BD, specifically regarding prejudice surrounding blood borne diseases. However, many expressed the desire to hide their sickness or be independent within their disease experiences, and therefore not be subject to pity or compassion. Fear of being stigmatized as “out of the order of things” is mitigated by embracing the invisible aspects, as well as not identifying with the disease. The relevance women with BDs give to their suffering is also tangled in the low priority medicine and society give to complications related to the female reproductive system. It will be interesting to see if bio-sociality grows around this experience in Italy as it is in the anglophone context.

Conclusions

Several people responded quickly to the FB post we cited in the introduction (in which a VW patient wonders why more doctors don’t know about the disease) to voice their frustration on this hot topic. Our findings confirm that diagnostic lag is a primary issue for Italian women with BDs, even in the absence of bio-social networks in which to voice these concerns.

Medical publications may acknowledge the phenomena, but do not address the problem with the same frequency as BD suffers themselves. For women with BDs, diagnostic lag is directly correlated to gender bias in the diagnostic conception, that in turn overlaps with gender bias in medicine regarding female reproductive related suffering, and further with invisible disability experience.

BDs present many particular issues for women due to aspects of the reproductive system, which are often treatable or avoidable *if diagnosed*. The vast majority of our participants have had, or continue to experience, problems tied to their reproductive system. Menstruation and childbirth can be difficult in general, and there appears to be difficulty in assessing both clinically and subjectively when the situation might indicate a BD. Research in parallel arenas of menstrual disorders indicate that women downplay or creatively communicate menstrual or reproductive suffering.

Our participants engaged in creative communication strategies that appear to reflect fear of being stigmatized for being perceived as unwell, or out of the order of things. One participant expressed a perceived stigma around blood, but not menstruation (beyond the general social expectation to hide the event). Anxiety surrounding the unpredictability of episodes was presented as the most present aspect of BDs, while symptoms (once diagnosed) might be kept largely at bay. The majority of our participants were happy to downplay their sick role, and leave co-related disabilities invisible. Those with severe symptoms expressed a strong desire for independence and not being limited, while some specifically hid the diagnosis from others to avoid “special treatment”.

All of the areas we have addressed beg further study. As indicated by patient associations, there is a need for further general and medical education specifically on women and BDs. In addition, further psychosocial research is necessary to understand how to move beyond just acknowledging the diagnosis into promoting the quality of life of women with BDs.

Acknowledgements

This research was funded through a research grant at the University of Bologna as part of a larger interdisciplinary research project on Bleeding Disorders. I would like to thank the women who participated and the patient association Associazione Emofilici di Bologna e Provincia.

Notes

⁽¹⁾ <https://fedemo.it/chi-siamo/>; The ‘pink window’ (finestra rosa) project that ended in 2017 was oriented to female family members, not the directly afflicted.

⁽²⁾ Such as the European *Women and Bleeding Disorders Committee of the European Haemophilia Consortium* <https://www.ehc.eu/women-and-bleeding-disorders-committee/> started in 2018 (after our research), or sections that address von Willebrand disease (VWD) such as in the American and UK Hemophilia associations. Recent years have also seen the expansion of campaigns such as Talking Red <https://haemophilia.org.uk/support/talking-red/>.

⁽³⁾ <https://www.fwgbd.org/about> (last viewed 5 October 2022).

⁽⁴⁾ Perché l’ematologa dell’*Ospedale X* mi ha detto che mia figlia era assolutamente sanissima e non aveva nessun problema di quel tipo. Evidentemente il medico generica aveva avuto un sospetto pur non conoscendo il tipo di malattia perché comunque è molto raro e ha avuto l’intuizione di farci fare questo ulteriore approfondimento, e in effetti era la cosa giusta.

⁽⁵⁾ La diagnosi è avvenuta perché in Puglia si usa fare i buchi alle orecchie ai bimbi appena nati per delineare la femminilità [...] non si cicatrizzava, continuava a perdere sangue. Poi i miei genitori hanno lasciato perdere, a tre anni hanno riprovato a fare i buchi e c’era sempre lo stesso problema, per cui abbiamo fatto il prelievo del sangue e il pediatra ci ha indirizzato a Bari.

⁽⁶⁾ La bimba verso i sei mesi aveva iniziato a mostrare delle piccole macchiette sulla pelle, che potevano sembrare dei piccoli nei [...]. Da lì abbiamo iniziato un percorso [...] Dalla dermatologia siamo passati all’allergologia [...] è emerso che c’era un problema legato alla coagulazione, e da lì siamo passati al centro di angiologia, dove abbiamo approfondito la cosa, e in poco tempo è emerso del fattore von Willebrand [...] solo verso i tre anni, tre anni e mezzo, siamo arrivati ad una diagnosi definitiva.

⁽⁷⁾ Dopodiché si procede con il cesareo e io vedevo le pazienti in camera con me che dopo tre o quattro giorni cominciarono a camminare tranquillamente per la stanza, allattavano [...] io invece c’ho messo sicuramente almeno due o tre giorni per alzarmi dal letto, non riuscivo neanche ad allattare, perché solo il fatto di appoggiare il bambino sulla pancia mi faceva un gran male, mi faceva male dappertutto. Però i dottori dicevano che era normale perché avevo fatto l’intervento e mi stavano già dando l’antidolorifico [...] Ma un’infermiera non me la voleva dare (altri dolorifici) a tutti i costi [...] lei mi ha umiliata dicendomi: “non ho mai visto una persona stare così male per un cesareo”. Io, col senno di poi, scoprendo che avevo questo problema al sangue, della coagulazione, e quindi molto probabilmente ci ho messo molto più tempo a recuperare, sia per il dolore sia per la guarigione.

⁽⁸⁾ Però nella mia gioventù non ho sentito niente di particolare, finché sono rimasta incinta e ho partorito M e ho avuto delle emorragie post partum che nessuno riusciva a capire [...] Sono andata al pronto soccorso tre volte e mi hanno mandato a casa, e io avevo le emorragie, allora sono andata da un professore privato e lui mi ha fatto la carta di ricovero, sennò non mi avrebbero preso e io sarei già morta in poche parole [...].

Perché non era tanto chiaro che dovevamo essere delle portatrici, era chiaro che mio fratello ce l'aveva, quello lo sapevamo prima [...] Non abbiamo neanche minimamente pensato che fossimo, non era nel nostro pensiero, perché se ci pensiamo adesso, mamma era portatrice, potevamo essere tutti e tre effettivamente.

⁽⁹⁾ Invece M anche lui quando era piccolino, sai i bimbi piccoli, ha iniziato cadere, e da lì c'era il pediatra che mi ha detto che avremmo dovuto fare un esame... perché anche lì ho sempre espresso che abbiamo questa cosa nella famiglia. Però avremmo dovuto fare l'esame, e io ho sempre detto: "ma io non ci credo, non è possibile". Invece poi abbiamo fatto questo esame ed è saltato fuori che lui è un portatore di questa malattia, e da lì anche la mia ansia come madre ha iniziato.

⁽¹⁰⁾ Io non smettevo di sanguinare, non so se avevo una ferita al labbro, quindi la dottoressa disse che era strano che non smettevo di sanguinare, e quindi ci disse di andare a fare qualche ricerca perché potevo avere qualche problema. Quindi mi portarono a Ospedale Z e là mi dissero che siccome ero femmina non potevo essere emofilica e non fecero ulteriori ricerche.

⁽¹¹⁾ Io nella mia vita ho sempre avuto forti emorragie ma per le mestruazioni, che però si sono sempre fermate, e quindi pensavo fossi io predisposta. Non mi sono mai nemmeno posta la domanda, non ho mai avuto grandi problemi emorragici.

⁽¹²⁾ Mi hanno detto che per il von Willebrand la pillola fa bene, è una sorta di cura. In realtà dovrei sospenderla perché mi porta a stare sempre male. Adesso che sono a 10 giorni da quando dovrei avere il ciclo ho già il ciclo. Quindi magari passo 15 giorni col ciclo e 15 senza [...] con la pillola. Senza io non ho mai avuto questi sbalzi. Avevo il mio ciclo molto abbondante [...] ne avrò già cambiate tre.

⁽¹³⁾ Poi ho preso la pillola e dopo mi sono trovato bene, perché comunque mi ha regolarizzato il flusso, il flusso per me era soft, anche se mi ha rovinato dall'altra parte perché si sono formate queste cisti ovariche.

⁽¹⁴⁾ Dopo il problema, e anche adesso lo sono, sono le mestruazioni. Ho fatto degli anni abbastanza buoni, anche con la pillola riuscivamo a tenere tutto sotto controllo. Adesso le mestruazioni e questa malattia fanno comunella, quindi mi è capitato di avere emorragie, soprattutto l'anno scorso è stato molto pesante... anche con la pillola, che non ha funzionato, quindi ho continuato a cambiare delle pillole per 6, 7, 8 mesi e ho continuato a sgocciolare sempre, ho avuto perdite sempre, quindi è estenuante e frustrante.

A un certo punto ho detto: "basta, la pillola con me non funziona", e allora mi hanno detto che potevo stare senza, però non potevo avere emorragie continuamente e quindi dovevo imparare ad autoinfondere e a fare l'emate ogni mese [...] Ho fatto un po' pace con quest'aspetto. Prenderò il mio emate p con me e sarò libera.

⁽¹⁵⁾ Infatti io quella mattina che mi alzai e avevo le mestruazioni, mi accorsi di avere le mestruazioni, mi misi a piangere e dissi che non volevo andare in ospedale perché volevo morire a casa [...] Poi invece si è risolto andando a X e facendo delle trasfusioni [...] il mio fratello ne aveva nove e mezzo, lui venne su in camera e mi disse: "ma stai morendo?". E io: "perché?", e lui: "perché la mamma il babbo stanno giù e piangono e non parlano".

⁽¹⁶⁾ Perché quando ha il ciclo, essendo femmina, quando ha il ciclo forte le vanno in emorragia e quindi siamo andate spesso giù al Sant'Orsola.

È nell'età proprio clou, infatti non sono ancora regolari, non sono regolarissime, ed allora siamo sempre allerta: "Arriveranno o non arriveranno?", è abbastanza complicata la cosa [...] cioè, complicata, dipende, ci sono dei periodi che non ci pensi neanche perché proprio fa una vita normale, non ha il ciclo, non succede niente. Il ciclo adesso è diventata una cosa diciamo abituale [...] Però te l'aspetti, quando arriva il ciclo sai già che devi stare attenta se arriva l'emorragia forte.

⁽¹⁷⁾ Sono entrata in menopausa naturalmente [...] Sono molto contenta, perché per me il ciclo mestruale era diventato un incubo.

⁽¹⁸⁾ La pillola no. Ho provato ma non funzionava [...] Con la spirale sono andata bene per un paio d'anni, adesso non mi ricordo esattamente. Poi quando è stato il momento di cambiarla avevo proprio il flusso continuo e sono finita all'ospedale due o tre volte, e dopo ho detto "basta, l'unica soluzione è questa, facciamolo". Ah, non c'era [...] non mi hanno prospettato altre strade.

⁽¹⁹⁾ C'era il ginecologo che diceva: "ma andare a fare un intervento del genere, insomma, è giovane", io avevo 25 anni, "si rischia che vada fuori di testa", e il mio professore diceva: "no, fuori di testa non ci va, adesso gliela spiego io com'è la storia", e lui mi disse: "ascoltami, dicono così, che la donna perde (il senno), ma tu non ci credere a questa cosa, perché non è vero. L'unica cosa che non puoi fare sono altri figli, il resto, puoi vivere la tua vita normalmente. Con una differenza: che starai meglio". Queste furono le sue parole, e aveva ragione. Io una figlia ce l'avevo già, e non l'ho vissuta così male la cosa.

⁽²⁰⁾ Rischio e l'ansia.

⁽²¹⁾ Forse nelle attività quotidiane, nel senso che se sto facendo X e mi capita un'emorragia devo lasciare quello che sto facendo [...] è come un coinquilino: è lì, ogni tanto si fa vedere. Diciamo che nell'immagine che io ho di me non è al primo posto.

⁽²²⁾ Quindi capire di che cosa si tratta e capire come agire quando c'è qualcosa [...] È pur sempre un'incognita, perché quando incominci a sanguinare non sai quanto tempo dura, è quella la cosa che mi mette un po' in ansia.

⁽²³⁾ Perché io a scuola non c'andavo mai, ero sempre all'ospedale. Allora non si poteva evitare, figurati se i miei, noi abitavamo in una frazione qui vicino, mi mandavano in tutti i giorni in bicicletta in paese a fare le medie con il rischio che [...] e quindi quello scolastico sicuramente [...] poi dopo ho dovuto adeguarmi per forza, perché avendo una quinta elementare non è che puoi fare chissà cosa.

⁽²⁴⁾ Poi in realtà col tempo ho cercato di forzarmi a ricominciare a fare tutto, una volta sono anche andata con mio padre a fare torrentismo... E quindi mi sono un po' rassicurata dicendomi che tutto sommato potevo fare tutto, se faccio cose che gli altri non fanno non sto poi così male.

⁽²⁵⁾ Nel senso che loro si affidavano molto a quello che dicevano i medici, per cui ad esempio la pratica sportiva era stata sempre vietata, e quindi a scuola, mentre gli altri facevano educazione fisica io ero lì che guardavo, e quindi è stato sempre un po' così.

Poi io crescendo ho visto che non c'erano problematiche gravi, e quindi ho iniziato fare sport per conto mio, senza chiedere pareri a nessuno perché tanto mi avrebbero detto di no, quindi.

⁽²⁶⁾ La preoccupazione viene fuori, però cerco sempre di non [...] anche quando lei si fa male o ha dei mali, sdrammatizzo sempre [...] Però non sono quella che non la lascia andare in giro perché ha paura... poi anche l'attività sportiva la fa [...] anche se delle volte è capitato che quando ha il ciclo sviene [...] Poi penso al domani, a quando avrà un figlio, un'operazione d'urgenza. Ecco, lì la cosa mi preoccupa.

⁽²⁷⁾ Però per quell'epoca per me è stato devastante. L'epoca della scuola [...] Adesso sembra, ma dai, che cosa vuoi che sia un gioco, ma adesso è perché sono grande e adulta. Però dire a un bambino che quel gioco non può farlo oppure se vuole andare in gita [...] ma non riesco a capire perché non potevo andare in gita [...] ma perché era giusto che non andassi, se fosse successo qualcosa la responsabilità di chi sarebbe stata?

⁽²⁸⁾ Più che altro se non avessi avuto tutti questi interventi non me ne sarei quasi accorta. A parte il ciclo e la fine del ciclo, quello sì. Però per tutte queste cose qua che mettono un po' d'ansia, Oddio, l'emorragia, la sala operatoria [...] Se non avessi avuto tutti questi interventi, no. Non è che prendo delle medicine, niente, e sto bene.

⁽²⁹⁾ Sì, perché sono autonoma. [...] l'emate p ce l'ho sempre con me, quindi lo faccio. Non devo spiegare niente a nessuno, perché il rapporto con gli altri medici fuori dal Malpighi è sempre un po' difficile [...] sono andata a casa, ho fatto l'emate p e poi sono tornata.

⁽³⁰⁾ Loro mi hanno chiesto perché non gliel'avevo detto prima [...] mi hanno dovuta ricoverare d'urgenza e quindi dopo lì hanno saputo [...] Non mi volevo sentire diversa da un altro, oppure con un occhio di riguardo in più perché avevo questo problema.

⁽³¹⁾ E da lì la scelta di non divulgarla, perché ho visto degli adulti che non erano capaci di sostenere [...] sì, rimango al lavoro, con grande disappunto dei miei [...] forse questa negazione rispetto all'esterno è sbagliata, a volte mi sono detta che forse dovrei dirlo come qualsiasi altra malattia, da un tumore [...] poi odio la compassione, è una cosa che mi manda in bestia [...] mi darebbe molto fastidio perché io mi considero normale, pari di tutti gli altri, quindi sono convinta della mia scelta ecco.

Bibliography

- ALALI A.O. (1994), *The Disposition of Aids Imagery In New York Times' Obituaries*, "Omega-Journal of Death and Dying", Vol. 29(4): 273-289.
- BARLOW J.H., STAPLEY J., ELLARD D.R. (2007), *Living with Haemophilia and von Willebrand's: A Descriptive Qualitative Study*, "Patient Education and Counseling", Vol. 68(3): 235-242.
- BEAUMONT K., MAGUIRE M., SCHULZE E. (2013), *Policies for Sexuality Education in the European Union*, "European Parliament and Directorate-General for Internal Policies", Brussels, Belgium.
- BEAUSANG C.C., RAZOR A.G. (2000), *Young Western Women's Experiences of Menarche and Menstruation*, "Health Care for Women International", Vol. 21(6): 517-528.

- BILLINGS P., ROTHSTEIN M.A., LIPPMAN A. (1992), *Case Study: But Is He Genetically Diseased?*, "The Hastings Center Report", Vol. 22(4): S18-S20.
- BRIGATI R., EMILIANI F. (eds) (2013), *Vite normali. Storia, realtà e immaginario dell'emofilia*, Il Mulino, Bologna.
- BRIGATI R., CROCETTI D. (2016), *A State of Flux. On Bleeding*, "Journal of Literary and Cultural Disability Studies", Vol. 10(3): 305-321.
- BROWN P., ZAVESTOSKI S., MCCORMICK S., MAYER B., MORELLO-FROSCH R., GASIOR R.A. (2004), *Embodied Health Movements: New Approaches to Social Movements in Health*, "Sociology of Health and Illness", Vol. 26(1): 50-80.
- BUCKLEY T., GOTTLIEB A. (eds) (1988), *Blood Magic*, University of California Press, Berkeley, CA.
- CLARKE A., SHIM J., MAMO L., FOSKET J., FISHMAN J. (2003), *Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine*, "American Sociological Review", Vol. 68(2): 161-194.
- CLARKE A. (2005), *Situational Analysis, Grounded Theory After the Postmodern Turn*, Sage, Thousand Oaks, CA.
- CLAYTON E.W. (2003), *Ethical, Legal, and Social Implications of Genomic Medicine*, "New England Journal of Medicine", Vol. 349(6): 562-569.
- CONRAD P. (2005), *The Shifting Engines of Medicalization*, "Journal of Health and Social Behavior", Vol. 46(1): 3-14.
- CROCETTI D., MONRO S., VECCHIETTI V., YEADON-LEE T. (2020), *Towards an Agency-Based Model of Intersex, Variations of Sex Characteristics (VSC) and DSD/dsd Health*, "Culture, Health & Sexuality", Vol. 23(4): 500-515.
- DAVIDSON M. (1999), *Strange Blood: Hemophobia and the Unexplored Boundaries of Queer Nation*, pp. 39-60, in POWELL T.B. (a cura di) *Beyond the Binary: Reconstructing Cultural Identity in a Multicultural Context*, Rutgers UP, New Brunswick.
- DAVIS N.A. (2005), *Invisible disability*, "Ethics", Vol. 116(1): 153-213.
- DELANEY J., LUPTON M.J., TOTH E. (1988), *The Curse: A Cultural History of Menstruation*, University of Illinois Press, Chicago.
- DEL SAZ-RUBIO M.M., PENNOCK-SPECK B. (2009), *Constructing Female Identities through Feminine Hygiene Tv Commercials*, "Journal of Pragmatics", Vol. 41(12): 2535-2556.
- DILLEY A., CRUDDER S. (1999), *Von Willebrand Disease in Women: The Need for Recognition and Understanding*, "Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine", Vol. 8(4): 443-445.
- DOUGLAS M. (1970), *Purity and Danger: An Analysis of Concepts of Pollution and Taboo*, Routledge, London.
- FARR A.D. (1981), *Treatment of Haemophilia by Transfusion: The First Recorded Case*, "Journal of the Royal Society of Medicine", Vol. 74(4): 301-305.
- FRUZZETTI F., PAOLETTI A.M., LOMBARDO M., CARMIGNANI A., GENAZZANI A.R. (2008), *Attitudes of Italian Women Concerning Suppression of Menstruation with Oral Contraceptives*, "The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care", Vol. 13(2): 153-157.
- GARSDIE R., BRITTEN N., STEIN K. (2008), *The Experience of Heavy Menstrual Bleeding: A Systematic Review and Meta-Ethnography of Qualitative Studies*, "Journal of advanced nursing", Vol. 63(6): 550-562.
- HAMBERG K. (2008), *Gender Bias in Medicine*, "Women's health", Vol. 4(3): 237-243.

- JACKSON J. (2005), *Stigma, Liminality, and Chronic Pain: Mind-Body Borderlands*, "American ethnologist", Vol. 32(3): 332-353.
- KADIR R.A., EDLUND M., VON MACKENSEN S. (2010), *The Impact of Menstrual Disorders on Quality of Life in Women with Inherited Bleeding Disorders*, "Haemophilia", Vol. 16(5): 832-839.
- KIRTAVA A., DREWS C., LALLY C., DILLEY A., EVATT B. (2003), *Medical, Reproductive and Psychosocial Experiences of Women Diagnosed with von Willebrand's Disease Receiving Care in Haemophilia Treatment Centres: A Case-Control Study*, "Haemophilia", Vol. 9(3): 292-297.
- KIRTAVA A., CRUDDER S., DILLEY A., LALLY C., EVATT B. (2004), *Trends in Clinical Management of Women with von Willebrand Disease: A Survey of 75 Women Enrolled in Haemophilia Treatment Centres in the United States*, "Haemophilia", Vol. 10(2): 158-161.
- KOUIDES P.A. (2005), *Women and von Willebrand Disease*, pp. 296-301, in LEE C.A., BERNTORP E.E., HOOTS K.W. (a cura di), *Textbook of Hemophilia*, Blackwell, Oxford.
- LAWS S. (1990), *Issues of Blood: The Politics of Menstruation*, Macmillan, London.
- LEE C. A., KADIR R., KOUIDES P., (2009), *Inherited Bleeding Disorders in Women*, John Wiley & Sons, Singapore.
- LEE C.A., KESSLER C.M., VARON D., MARTINOWITZ U., HEIM M., KOUIDES P.A. (1998), *Females with von Willebrand Disease: 72 Years as the Silent Majority*, "Haemophilia", Vol. 4(4): 665-676.
- MARBLE M. (1995), *Undiagnosed Bleeding Disorder Poses Significant Risk to Women*, "Women's Health Weekly", Vol. (2): 12-14.
- MERTENS T.R. (1990), *Using Human Pedigrees to Teach Mendelian Genetics*, "The American Biology Teacher", Vol. 52(5): 288-290.
- NELKIN D., LINDEE S. (1995), *The DNA Mystique. The Gene as a Cultural Icon*, Freeman and Company, New York.
- O'FLYNN N. (2006), *Menstrual Symptoms: The Importance of Social Factors in Women's Experiences*, "British Journal Of General Practice", Vol. 56(533): 950-957.
- PEMBERTON S. (2011), *The Bleeding Disease: Hemophilia and the Unintended Consequences of Medical Progress*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore, MD.
- RABINOW P. (1999), *Artificiality and Enlightenment: From Sociobiology to Biosociality*, pp. 407-416, in BIAGIOLI M. (ed), *The Science Studies Reader*, Routledge, New York.
- RESNIK S. (1999), *Blood Saga: Hemophilia, AIDS, and the Survival of a Community*, University of California Press, Berkeley-Los Angeles.
- SKANKAR M., CHI C., KADIR R.A. (2008), *Review of Quality of Life: Menorrhagia in Women with or Without Inherited Bleeding Disorders*, "Haemophilia", Vol. 14(1): 15-20.
- SPADARO G., D'ELIA S.R.G., MOSSO C.O. (2018), *Menstrual Knowledge and Taboo TV Commercials: Effects on Self-Objectification among Italian and Swedish Women*, "Sex Roles", 78: 685-696.
- STURGE-JACOBS M. (2002), *The Experience of Living with Fibromyalgia: Confronting an Invisible Disability*, "Research and Theory for Nursing Practice", Vol. 16(1): 19-31.
- TAUSSIG K.S., RAPP R., HEATH D. (2003), *Flexible Eugenics: Technologies of the Self in the Age of Genetics*, pp. 58-76, in GOODMAN A., HEATH D., LINDEE S. (eds), *Genetic Nature/Culture: Anthropology and Culture Beyond the Two Culture Divide*, University of California Press, Berkeley, CA.
- THOMAS E.M. (2007), *Menstruation Discrimination: The Menstrual Taboo as a Rhetorical Function of Discourse in the National and International Advances of Women's Rights*, "Contemporary Argumentation and Debate", 28: 65-90.

- TOOMBS S.K. (1990), *The Temporality of Illness: Four Levels of Experience*, "Theoretical medicine", Vol. 11 (3): 227-241.
- VALERAS A.B. (2010), "We don't have a box": *Understanding Hidden Disability Identity Utilizing Narrative Research Methodology*, "Disability Studies Quarterly", Vol. 30 (3-4).
- VAREKAMP I., SUURMEIJER T.P., BRÖCKER-VRIENDS A.H., VAN DIJCK H., SMIT C., ROSENDAAL F.R., BRIËT E. (1990), *Carrier Testing and Prenatal Diagnosis for Hemophilia: Experiences and Attitudes of 549 Potential and Obligate Carriers*, "American Journal of Medical Genetics", Vol. 37(1): 147-154.
- WYSOCKI D.K. (1997), *The Challenges of Being a Woman with a "Male Disease"*, "The Body. The HIV/AIDS Resource", <https://www.thebody.com/article/challenges-a-woman-male-disease> (last viewed 05 October 2022).
- WYSOCKI D.K. (1998), *'But Women Can't Have Hemophilia': A Look at the Lives of Women with Bleeding Disorder*, "Sociological Research Online", Vol. 3(4): 14-25.

Websites

- <http://www.hemophilia.ca/en/women/stories-from-women-and-girls-who-bleed-too-much/> [Canadian Hemophilia Society] (last viewed 5 October 2022).
- <http://www.hemophiliafed.org/programs/blood-sisterhood/> [Blood Sisterhood is a peer network of women who support women with bleeding disorders of the Hemophilia Federation of America] (last viewed 5 October 2022).
- <http://www.hemophiliafed.org/programs/families-2/moms/> [Mom stories - Hemophilia Federation of America] (last viewed 5 October 2022).
- <https://www.youtube.com/watch?v=tLLqfL39fOc> [Quality of life panel presentation: Canadian women share their stories] (last viewed 5 October 2022).
- http://www.womenbleedtoo.org.uk/index.php?pub_content_id=8#Personal [Personal stories of Women Bleed Too UK] (last viewed 05 October 2022).
- http://www.hemocenter.org/site/PageServer?pagename=advocacy_tellyourstory [Personal story from Mary M. Gooley Hemophilia Center Rodchester NY] (last viewed 5 October 2022).
- <http://cbr.ubc.ca/hemophilia-is-for-girls-ryanne-tells-her-story/> [Centre for Blood Research Vancouver, BC] (last viewed 5 October 2022).

Author bionote

Daniela Crocetti was born in NYC, USA on March 6th 1975. Their research has focused on the production and co-production of knowledge in medical settings, with attention to the implications of the gendered body. They are interested in social health movements (SHMs) as well as individual narratives, in particular how individuals and groups mobilize to render their experiences valid medical evidence. Crocetti has primarily worked in Italy and the UK, after a childhood in the US. They obtained their master in anthropology in Bologna and went on to a doctorate on the medicalization of Variations of Sex Characteristics (Vsc). Their 2013 book *L'Invisibile Intersex: Storie di Corpi Medicalizzati* [Invisible Intersex: Histories of Medicalized Bodies], Pisa: Edizioni ETS, remains one of the main texts in Italian on medicalization of Vsc. They collaborate with

the association Intersexesiste (founded in 2016) that provides workshops and material on Vsc rights claims. Other relevant work includes: with S. Monro, and T. Yeadon-Lee, *Rhetoric of Change: intersex rights claims, rhetoric and medical practice in Italy* (Rivista Illuminazioni 55: 146-194 2021); and with R. Brigati, *A State of Flux: On Bleeding* (Journal of Literary & Cultural Disability Studies, 10(3):305-321, 2016).

Prof. Laura Palareti was born in Bologna, IT on April 11th 1970. She has been an associate Professor at the University of Bologna since 2019, in the field of social psychology. Palareti's research interests are regard the evaluation of prevention/intervention programs in the socio-educational field, residential communities for minors, chronic diseases such as Bleeding Disorders (BDs) as well as the protective function performed by routines and rituals of daily life. In particular Palareti has studied the psychosocial and relational aspects that involve families and health personnel in the management of congenital BDs. Other relevant work includes: with S. Brondi, and G. Mazzetti, *Comprehensive care for haemophilia: A literature review for improving institutional cooperation* ("International Journal Of Healthcare Management", 14, 402-411, 2021).

Abstract

"Why is it that, more often than not, docs and nurses haven't even heard of us?": Women and Bleeding Disorders in Italy.

Many have heard of Bleeding Disorders (BDs) despite the fact that they are rare diseases, because of the infected blood scandals of the 1990s. As for many diseases that have caught media attention, public understanding is limited. Lay medical practitioners may still believe that BDs are exclusively sex-linked. Women with BDs therefore have a difficult terrain to navigate. We situate our qualitative study of north Italian women with BDs between the social studies of gender bias in healthcare, chronic disease and invisible disabilities.

Keywords: bleeding disorders, hemophilia, von Willebrand, women, menstruation

Resumen

"¿Por qué, la mayoría de las veces, los médicos y las enfermeras ni siquiera han oído hablar de nosotros?": mujeres y trastornos hemorrágicos en Italia.

Muchos han oído hablar de los Trastornos Hemorrágicos (TH) a pesar de que son enfermedades raras, debido a los escándalos de sangre infectada de la década de 1990. En cuanto a muchas enfermedades que han llamado la atención de los medios, la comprensión pública es limitada. Los médicos legos todavía pueden creer que los TH están exclusivamente ligados al sexo. Las mujeres con TH, por lo tanto, tienen un terreno difícil de navegar. Situamos nuestro estudio cualitativo de mujeres del norte de Italia con TH entre los estudios sociales del sesgo de género en la atención médica, las enfermedades crónicas y las discapacidades invisibles.

Palabras clave: trastornos hemorrágicos, hemofilia, von Willebrand, mujeres, menstruación

Résumé

“Pourquoi est-ce que, le plus souvent, les médecins et les infirmières n’ont même pas entendu parler de nous?”: femmes et diathèse hémorragiques en Italie.

Beaucoup ont entendu parler des diathèse hémorragiques (DH) malgré le fait qu’il s’agissent de maladies rares, à cause des scandales du sang infecté des années 1990. Comme pour de nombreuses maladies qui ont attiré l’attention des médias, le grand public en comprend peu. Les médecins non spécialisés peuvent encore croire que les DH sont exclusivement liées au sexe. Les femmes atteintes de DH ont donc du mal à se faire soigner. Nous situons notre étude qualitative sur les femmes du nord de l’Italie atteintes de DH entre les études sociales sur les préjugés sexistes dans les soins de santé, les maladies chroniques et les handicaps invisibles.

Mots-clés: diathèse hémorragiques, hémophilie, von Willebrand, femmes, menstruation

Alcune note sulla concezione di corpo e di malattia nella medicina buddhista

Federico Divino

Università degli Studi di Bergamo
[federico.divino@unibg.it]

Abstract

Some Notes on the Conception of Body and 'Disease' in Buddhist Medicine.

The purpose of the article is to outline an introduction to the medical conception of Buddhism through the anthropological interpretation. Our investigation will focus on the analysis of the concept of “disease” and “suffering” in Buddhism, bearing in mind that they are the very basis of Buddhist thought and, similarly, also of its modern outcomes such as mindfulness.

Keywords: buddhism, disease, medical anthropology, dukkha, yoga

Introduzione

Nel presente articolo intendo analizzare i rapporti tra buddhismo e medicina o, più precisamente, tra buddhismo e pensiero medico, il che include la sua peculiare concezione della malattia ed il ruolo che la “terapia” svolge nel pensiero buddhista fin dall’antichità¹. Un ruolo che, come vedremo, ha lasciato un’impronta indelebile e tutt’ora percepibile nelle forme più moderne della pratica buddhista, la quale si dimostra di interesse centrale per l’Antropologia Medica, considerando il ruolo di primo piano che ad oggi ricopre nel mondo clinico, a seguito di un processo caratteristico di transculturazione che ha portato la biomedicina ad “appropriarsi”, a suo modo, della meditazione, traslata e riadattata nella *mindfulness* e nelle sue sempre più rigide forme cliniche protocollate al pari di una psicoterapia (DE SILVA 2014). Il buddhismo riveste però un ruolo di primo piano anche nella definizione dello yoga e dell’āyurveda, due pratiche altrettanto presenti nel panorama delle medicine *folk* o tradizionali che attirano l’interesse degli “occidentali”, ma che ambiscono, come la *mindfulness*, ad ottenere un forte riconoscimento da parte dei *professionals*, tale da diventare a pieno titolo

“pratiche cliniche”. Per lo yoga tale scoglio sembra prossimo al superamento, mentre l’āyurveda è oggetto di maggiori discussioni (HANKEY 2005).

Quello tra buddhismo e medicina è un rapporto peculiare, per certi aspetti la medicina riveste un ruolo più che privilegiato nel pensiero buddhista. Certamente, è d’uopo una definizione preliminare dell’idea stessa di medicina nel mondo buddhista. Del resto, «sarebbe più esatto vedere nel Buddha una specie di medico che si preoccupa del benessere esistenziale e della salute mentale dei suoi simili» (DUBUISSON 2007: 97). Non sarebbe per nulla scorretto azzardarci ad affermare che la concezione medica stessa sia fondamento e cardine del pensiero buddhista.

Medicine is a common concern in even the earliest extant Buddhist texts from India. This includes both the Pāli Canon, which first began to be written down in the first century BCE (though ostensibly based on an earlier oral tradition), as well as Sanskrit manuscripts from the early Common Era. The monastic codes of the early Indian schools, for example, contain entire sections dedicated to the medical procedures that were allowed and prohibited for the monastic community (SALGUERO 2015: 37).

Come detto all’inizio, il nostro scopo è delineare il rapporto tra buddhismo e Medicina, ma anche dare una forma alla concezione della salute e della malattia che pertiene al pensiero buddhista e che, presumibilmente, ritroviamo nei suoi esiti moderni².

Il Buddha aveva un medico personale, il quale è menzionato in più occasioni negli episodi descritti nel canone pāli. Questa figura è per certi aspetti leggendaria, e viene anche menzionata nell’ottavo capitolo del *Mahāvagga*. Si narra che il Buddha si ammalò di uno squilibrio umorale (*kāya dosābhisanna*); il suo medico personale, Jīvaka Komārabhacca, applicò al corpo del Buddha degli unguenti terapeutici e gli somministrò un purgante (*virecana*) a base di fiori di loto. Dopo aver ripetuto l’operazione per le volte necessarie, il medico consigliò al Buddha di bere un brodo preparato col cibo delle offerte (*yūsapiṇḍa*). Possiamo ritenere questo tipo di terapia come una forma emetica (*vamana*) di trattamento, visto che lo scopo è quello di rimuovere le impurità dal corpo. Questo episodio, oltre ad essere un’ulteriore testimonianza del legame tra buddhismo e medicina, sembra enfatizzare la figura di Jīvaka, la cui potenza è tale da «heal even the Buddha by means of a magical cure involving the inhalation of the fragrance of lotuses, plants nearly always associated with important personages in India» (ZYSK 1995: 147). Queste, lungi dall’essere rappresentazioni, sono per Zysk la prima testimonianza di terapie āyurvediche applicate, come la preparazione del farmaco (*pūrvakarman*), la purificazione (*pañcakarman*) e la purificazione finale (*puṣcatkarman*). Già da questa attestazione, che dobbiamo ritenere dunque antica, emerge una teoria degli umori strutturata, come anche la possibilità che

essi si “inquinino”. Nonostante tutto, Jīvaka era un laico, seppur devoto al Buddha (CROSBY 2020: 146). La presenza di questo medico, dunque, che sia mitologica o reale, segnala certamente una determinata importanza che il buddhismo dava alla medicina. Invero, le somiglianze tra āyurveda e pratiche mediche citate nei testi buddhisti antichi sono numerose, a cominciare dall’attenzione riposta nell’alimentazione adeguata (ZYSK 1991: 41).

Nāgārjuna, una delle personalità più importanti del buddhismo, è stato sia filosofo che medico; sistematizzatore e riformatore della iatrochimica āyurvedica attraverso una catalogazione delle erbe medicinali (NINIVAGGI 2002: 39). Anche se alcuni sospettano che si tratti – il filosofo ed il medico – di due figure distinte ed omonime (WUJASTYK 1998: 104), basterebbe l’associazione tra i due Nāgārjuna a testimoniare un legame ancora forte tra buddhismo e medicina³. Essendo una storia millenaria, ci occuperemo della concezione medica buddhista solo nel suo rapporto tra antichità e modernità.

Giungiamo infine ai rapporti tra buddhismo e medicina nella modernità, non solo in India e nelle moderne costruzioni (e ricostruzioni) culturali atte a forgiare immagini di un’antica ed impreziosita tradizione da presentare al mondo, ma anche in “Occidente”, o almeno in ciò che siamo soliti chiamare tale, in cui si intrecciano rapporti e scambi transculturali che portano il buddhismo a bussare alle porte della biomedicina⁴.

L’India medica

Bronkhorst individua nel Magadha antico una regione abitata da genti di tradizione probabilmente non-vedica o che generalmente non godevano di buona reputazione presso i Brāhmaṇa. Questa regione era considerata inizialmente al di fuori dei limiti della āryāvarta, e vi venne poi inclusa all’inizio dell’era cristiana: «[it] was not part of the land which the Brahmins considered their own during the Vedic period» (2007: 9). Quest’area presenterebbe una cultura peculiare, che Bronkhorst usa per giustificare la sua presunta floridità sul piano filosofico-religioso. In particolare, vi individua alcune «features» caratteristiche (*ivi*: 15): la credenza nella metempsicosi e nella moralità delle azioni (retribuzione karmica), l’uso di tumuli funerari e una conoscenza medica di tipo empirico. Curioso che non includa tra queste caratteristiche anche l’ascetismo, che notoriamente era percepito come un elemento estraneo ed avverso ai Brāhmaṇa, e che piuttosto è parte fondamentale del buddhismo come del jainismo. V’è altresì una differenza fondamentale: il jainismo attribuisce all’origine della sofferenza la semplice azione (āraṃbha), e la liberazione è dunque la cessazione dell’attività stessa, al fine

di non alimentare più la vita terrena. In questo contesto, la meditazione è considerata pura (*sukkajjhāna*) se riesce a ridurre l'attività fino alla sua cessazione (*ivi*: 22). Il buddhismo invece possiede una concezione ben diversa. Innanzitutto il suo pensiero è concentrato sul malessere (*dukkha*): termine di difficile traduzione in quanto composto di *duṣ* “male” e *sthā* stare, opposto a *sukha*, il benessere, la gioia. Come rilevano i filologi, la traduzione di *dukkha* è alquanto difficile, poiché non indica una generica sofferenza, ma un diffuso malessere, un disagio, una afflizione complessiva. Il buddhismo è costruito attorno a questo semplice concetto, di cui fornisce una elaborata riflessione. L'origine del malessere è identificata, in sintesi, nell'ignoranza (*avijjā*), da cui sono descritte derivare, in sofisticate analisi sulla generazione delle cognizioni e delle abitudini, tutte le problematiche umane. In una successiva elaborazione, l'ignoranza è identificata come *moha*, ed è parte di una triade di “veleni” assieme all'attaccamento (*lobha* o *rāga*) e all'odio (*dosa* o sanscrito *dveṣa*). Ancora una volta, con la metafora dei veleni, il buddhismo si propone come terapia al male umano.

Le Quattro Nobili verità, base filosofica di tutto il pensiero buddhista, sono chiaramente un modello diagnostico applicato (WEGELA 2013: 25). Ma questo aspetto, sebbene il più noto, è spesso anche il meno interessante per il nostro discorso⁵. La scelta terminologica è infatti interessante quanto quella metodologica. Un termine ampiamente usato nel buddhismo è *lakkhana* (sanscrito: *lakṣaṇa*), ossia “caratteristica”. Una filosofia interessata all'indagine minuziosa della realtà ovviamente fa di questo termine un uso massivo. Tuttavia, come Friedlander ha fatto notare, il termine *lakṣaṇa* è inizialmente un tecnicismo medico, ed indica precisamente il “sintomo” (FRIEDLANDER 2010: 55). La scelta non è casuale. Il buddhismo ritiene che la sofferenza umana sia come una malattia: vi sono specifiche cause e condizioni che ci portano al disagio (*dukkha*), e per questo il disagio può essere curato con una “terapia”. Allo stesso modo, Friedlander avanza l'ipotesi di una correlazione tra la teoria medica dei tre umori e quella dei “tre veleni” del buddhismo (*ivi*: 58).

Una certa attenzione alla fisiologia è sicuramente molto antica, e strettamente correlata all'idea di energia vitale. Lo yoga moderno ha conservato la credenza nelle *nāḍī*, ossia i canali che trasportano per tutto il corpo detta forza vitale. Questa funzione appare già nelle *Upaniṣad* più antiche (MALLINSON *et al.* 2017: 172), mentre l'energia vitale (*prāṇa*) è menzionata già nel *R̥g Veda* (*ivi*: 173). La *Kaṭha Upaniṣad* si pensa contenga la prima menzione dello yoga, nella forma di *yukta*. Tuttavia, nonostante queste somiglianze, la medicina āyurvedica parrebbe non avere le sue origini nella tradizione vedica, ma forse, come sostengono Bronkhorst e Zysk, proprio da tradizioni buddhiste, nel cui canone pāli si troverebbero «striking parallels to classical Āyurvedic literature» (BRONKHORST 2007: 56).

Ovviamente, questo fa sentire Bronkhorst maggiormente autorizzato a supporre una natura peculiare del Magadha, da cui crede che derivi anche il buddhismo. La tradizione vedica possiede delle conoscenze mediche proprie, deducibili dalla sua letteratura, ma queste sarebbero troppo diverse da quelle del Magadha o, più precisamente, da quella buddhista⁶.

A questo punto è necessario chiederci *come e perché* si struttura la concezione medica della malattia nel buddhismo. Abbiamo detto che, secondo Zysk, alcune sezioni del *Vinaya* testimoniano una conoscenza medica chiaramente prossima a quella āyurvedica (ZYSK 1995: 146). In particolare, il capitolo sulle medicine (*Bhesajakkhandhaka*) è considerato essere la sezione più antica del *Vinaya* e per questo testimonianza della forma arcaica di medicina usata nelle prime comunità buddhiste. Nella strutturazione della comunità monastica antica la medicina ricopriva un ruolo fondamentale, ma affronteremo questa tematica più avanti.

Quel che è certo è che la medicina non è solamente una comoda metafora nel mondo buddhista, ma anche un'attività pratica. I monaci anticamente erano iniziati alla medicina, e si può dire che i monasteri conservino ancora oggi una tradizione fitoterapica molto antica⁷. Sicuramente, «Buddhists have invariably taken advantage of locally-available pharmaceutical substances, and in certain locations, Buddhist rituals and symbolism were integrated into flourishing local medicinal plant cultures» (SALGUERO 2015: 43).

Crosby conferma che in antichità i monaci buddhisti ricevevano anche una formazione medica (CROSBY 2020: 146), e oltre a questo vi sono prove archeologiche di ospedali situati «in close correspondence with monastic sites in ancient India and Sri Lanka». La meditazione antica, come vedremo, «is applied to medical ends» (*ivi*: 148) laddove le medicine «are created from positive mental states» (*ivi*: 150). Ma la medicina buddhista incrocia anche l'alchimia trasformativa alla tradizione embriologica āyurvedica in una complessa pratica di purificazione cognitiva attraverso l'incorporazione di “segni” linguistici resi manifesti in segni luminosi (*nimitta*) che vengono poi assimilati (*ivi*: 155-157) per portare alla nascita, in un corpo purificato, di un nuovo sé all'interno di sé (*ivi*: 158-161).

Il lessico medico e le concezioni anatomiche usate come metafora nel buddhismo antico abbondano. Si va dalla divisione tripartita degli umori (vedi SN 36.21 dove sono presentati *vāta*, *pitta* e *semhasa*, che possono corrispondere a *vāyu*, *pitta* e *kapha* della tradizione ayurvedica), che, se sbilanciati, costituiscono tre veleni (*tridoṣa*), fino ad arrivare al concetto di energia fisiologica (*cakra*), che scorre attraverso canali specifici (*nāḍī*), e così via.

Per Zysk è quasi certo: «the system of Buddhist monastic medicine and Hindu āyurveda derived from a common source» (1995: 149). Volendo essere più precisi,

Zysk non accetta la lettura tradizionale che vede la medicina indiana come esito della più antica cultura vedica. Essa sarebbe piuttosto figlia delle conoscenze che venivano tramandate nelle comunità di asceti itineranti (śramaṇa), i quali si ponevano inizialmente in modo antagonistico alla norma vedica. Rifiutando il normativismo tipico della casta brāhmaṇica e dunque l'autorità del testo vedico, «these wanderers sought and acquired a variety of useful information of which medicine was a significant component» (*ibidem*). Essendo gli śramaṇa nient'altro che il nome con cui anticamente venivano identificati i buddhisti, e solo successivamente applicato anche ad altre culture radicate nella pratica ascetica⁸, viene qui a riconfermarsi il legame tra la nascita del buddhismo e la stessa pratica medica, evolutosi poi in una concezione sulla salute e la malattia alla base stessa del pensiero buddhista.

Medicina tra Grecia e India

Stando a quanto riporta Bronkhorst, le testimonianze greche circa la cultura ascetica indiana rivelano l'esistenza di almeno un gruppo di asceti brāhmaṇa e due gruppi di śramaṇa. Sull'identificazione di questi ultimi si è molto dibattuto⁹, ma noi ci limiteremo ad analizzare le testimonianze greche per quel che hanno da dirci. Ciò che suscita maggiormente la nostra attenzione è che questi asceti identificati come śramaṇa (in greco *sarmānai* o *samanaíoi*) siano divisi in “abitatori delle foreste” (*hylobioí*) e “medici” (*iatrikoí*). Sul primo gruppo non v'è molto da dire, se non che rispecchia quanto solitamente si tende ad associare alla cultura ascetica non solo in India. Per inciso, il buddhismo conserva una memoria simbolica molto importante che riguarda l'opposizione tra la foresta (*arañña*) ed il villaggio (*gāma*)¹⁰. Addirittura, in MN 121 queste due dimensioni spaziali sono usate per indicare le due distinte percezioni, deplorando quella del villaggio in favore della cognizione della “foresta”.

La percezione dipende dalla convenzione sociale comune, che il Buddha chiamava “la percezione del villaggio” (*gāmasaññā*), traducibile come “percezione della comunità” o anche “percezione degli umani” (*manussasaññā*). Questi “modi di percezione” (*saññāgata*) devono essere intesi come futili. L'unica cosa che rimane dopo la rimozione di queste forme effimere è “l'unità che si basa sulla percezione della pura alterità” (*araññasaññaṃ paṭicca ekattam*). Qui compare il termine *arañña*, la cui importanza può essere compresa solo nella sua opposizione a *loka*. Infatti, se *loka*, il “mondo”, indica l'insieme delle nostre cognizioni ed è una riduzione della totalità, allora ciò che è escluso da questa percezione riduzionista, e che cerchiamo di reinserire (ma senza riuscirci) nelle nostre cognizioni con il termine collettivo di “alterità”, è proprio l'indeterminato, ciò che per Mary

Douglas verrebbe identificato come “impuro”¹¹. Di fatto, l’opposizione tra puro (śauca) ed impuro (aśauca) è ben chiara al pensiero indiano, ed è stata oggetto di un importante studio (OLIVELLE 1998).

L’asceta è colui che solitamente abbandona il villaggio, le sue regole ed i linguaggi codificati, per tornare in contatto con una dimensione più profonda, non-mediata dalle costruzioni culturali. Anche per questo è interessante soffermarci sulla seconda categoria, degli *iatrikoí*. Se infatti non deve sorprenderci l’esistenza di abitatori delle foreste, appare invece curioso che gli *iatrikoí*, come riportano le fonti greche, vivessero in città, seppur ai margini, in quanto la loro missione è proprio quella di prestare soccorso ai malati¹².

Alla costituzione di una comunità monastica dotata di regole più strette, le cose cambiano. Come infatti fa notare Salguero, il *vinaya* proibisce di prestare cure mediche a chiunque si trovi al di fuori della comunità (*saṅgha*), ma non per chi vi fa parte (SALGUERO 2015: 37). In riferimento al grande monastero (*mahāvihāra*) di Nālandā, Salguero dice «Sometimes referred to as a monastic university, this institution’s lecture halls and dormitories attracted students from across Asia to learn Buddhism and the so-called ‘Five Sciences’ (*pañcavidya*), which included medicine» (*ivi*: 41). Qui va segnalata un’apparente contraddizione: del Buddha si dice che avversasse i medici e la medicina, in quanto considerava tali pratiche brutali (ZYSK 1991: 27). Eppure il *Mahāvagga* elenca diverse terapie di cui i primi buddhisti si servivano e facevano sicuramente uso non solo per sé stessi. Il *Mahāvagga* si limita a condannare semplicemente quei buddhisti che esercitavano la pratica medica per soldi. Al di là dunque del divieto di poter lucrare su questa attività, il buddhismo antico possedeva una propria tradizione medica accettata, che Zysk ritiene «representative of medical procedures generally prescribed in the early āyurvedic treatises» (*ibidem*).

Tornando alle fonti greche, notiamo che gli *iatrikoí* sono descritti come officianti pratiche curative a base di cereali (*stítia*), e preparati medici (*phármaka*) come unguenti (*epikhrista*) ed impacchi (*kataplásmata*). Rilevante è anche la prescrizione sia di diete che di applicazione di farmaci ad uso esterno; due modalità che Bronkhorst riconduce alla terapia tradizionale (*yuktivyapāśraya*) di matrice āyurvedica (BRONKHORST 2007: 56). Anche i brāhmaṇa sono descritti fare uso di tecniche mediche, ma per Bronkhorst questa medicina, di matrice vedica, è differente. I greci testimoniano come quest’ultima si basi piuttosto sulle arti magiche (*goēteía*), incantesimi (*epōdai*) ed amuleti (*períaptai*), il che per Bronkhorst è sintomo di distanza dalla «empirical and rational medicine of the early Buddhist and Āyurvedic literature» (2007: 58). Tralasciamo qui il giudizio scientifico di Bronkhorst¹³, certamente non di stampo antropologico, e concentriamoci

piuttosto sulla differenza radicale tra i due metodi¹⁴. Riferimenti espliciti all'uso di formule magiche o rituali (*paritta*) atti ad uno scopo terapeutico sono presenti anche nel canone pāli: una nota formula magica di protezione dagli Yakkha è descritta in DN 32. In altri contesti, come in DN 1 sono menzionate diverse pratiche magiche condannate dal Buddha (sezione *Mahāsīla*). Esse fanno quasi tutte parte della magia "aggressiva", atta cioè a nuocere al prossimo, ma riguardano anche aspetti come la geomanzia, il controllo dei serpenti, l'uso di veleni e la divinazione.

Secondo Zysk vi sarebbero prove per sostenere che la conoscenza anatomica nei *Veda* fosse alquanto superficiale (ZYSK 1991: 16). È in Zysk che la ben nota rivalità tra mondo vedico e tradizioni indiane preesistenti all'arrivo degli arii viene declinata in modo netto anche sul piano medico, usata per spiegare le divergenze tra medicina buddhista o ascetica e medicina vedico-brāhmaṇica. Va inoltre considerato che per la tradizione brāhmaṇica un medico è un soggetto controverso, in quanto è in costante contatto con impurità (*ivi*: 23). Le pratiche mediche sono perciò accompagnate da appositi rituali di purificazione. Questa particolare posizione dei medici nell'India antica comporta «that they existed outside the mainstream of society» (*ivi*: 24), un tratto che li accomuna anche con gli asceti, senonché, all'inizio dell'era cristiana, la medicina inizia ad essere inglobata anche dal brāhmaṇesimo, attraverso la scrittura di trattati che ne codificano l'attività. Questo tipo di medicina rimane però sostanzialmente diverso dall'āyurveda. Quest'ultima, come sappiamo, secondo Zysk deve la sua conoscenza alle tradizioni śramaṇiche, buddhismo in primis. Quelli che Zysk chiama "medici asceti" sono parte di tradizioni eterodosse al brāhmaṇesimo, che quando codifica una sua medicina lo fa a partire dai testi vedici, ignorando, fin dove possibile, le tradizioni di coloro che considerava *avaidika*, eretici.

Teorie mediche a confronto

La base della medicina āyurvedica è la cosiddetta teoria dei tre umori (*tridoṣa*), molto simile a quanto troviamo nella medicina ippocratica¹⁵. Nell'āyurveda sono chiamati *vāta* (vento), *pitta* (bile) e *kapha* (flemma). Essi sono presenti nel corpo e contribuiscono alla sua salute. Uno squilibrio umorale si riflette inevitabilmente sugli altri e sulla salute psicofisica. Come abbiamo visto, è alquanto probabile che questa forma sistematizzata abbia origini più antiche. Nel canone pāli si citano diversi episodi che hanno a che fare con la medicina o la fisiologia, ed in un caso famoso riportato in SN 36.21 si citano tre umori (*dosa*): *vāta*, *pitta* e *semha*. Nella loro descrizione appare evidente che si tratti degli stessi umori della teoria āyurvedica. Il termine *semha* per indicare la flemma è possibile che sia legato

al sanscrito śleṣman, che è un equivalente āyurvedico di *kapha* (FRIEDLANDER 2010: 51).

Le fonti āyurvediche affermano due possibili manifestazioni dell'umore ventoso, una mondana (*loka-vāyu*) ed una corporale (*śarira-vāyu*). Il primo è responsabile di grandi movimenti fisici ed astronomici, mentre il secondo lo è per gli umori somatici, inclusi la bile e la flemma. Questi umori sono noti al canone pāli che li inserisce nella classificazione dei sette tipi di tessuti (*dhātu*) somatici: «chyle, blood, flesh, fat, bone, marrow and semen» (*ivi*: 52). Il processo di digestione è una sequenza trasformativa il cui prodotto finale è lo scarto impuro (*mala*). In questo processo è la bile che interviene per trasformare il chilo, prodotto dal cibo, in sangue e poi tessuti somatici: āhāra → *rasa rudhira* → *maṃsa*.

Durante questo processo è guadagnata anche un'essenza definita come "nutriente" (*ojas*), e questa energia alimenta tutto il corpo. Questo processo è un esempio di tanti che se ne potrebbero fare. Il termine centrale che caratterizza tutta la teoria medica in questione è quello di accordo o armonia (*sannipāta*) tra i tre umori e tra gli elementi che prendono parte ad un processo fisiologico.

Secondo Friedlander nella concezione medica che soggiace al buddhismo antico,

Illness was seen as being as basically the result of blockages in the flow of the humors and the elements around the body, and its causes as relating to humors not being in their proper seats in the body, environmental factors, such as climate and diet, and mental factors or divine causes (*ibidem*).

La concezione ippocratica della malattia appare sorprendentemente analoga. In aggiunta a ciò, ogni corpo è composto da unità fondamentali della materia (*paramānu*) che possono presentarsi in quattro configurazioni essenziali, o quattro elementi (*mahābhūta*), correlati a cinque stadi (*mūlabhūta*) che ritroviamo nelle formulazioni filosofiche di numerose tradizioni indiane, tra cui il Sāṃkhya con la sua teoria delle tre qualità (*guṇa*): coscienza (*sattva*), energia espansiva (*rajas*) e inerzia (*tamas*). Questa stretta relazione tra analisi della fisica e della fisiologia che le filosofie più antiche dell'India condividono, aiuta a comprendere la centralità della medicina nel pensiero buddhista. Altrettanto fondamentale è l'assenza totale di una dimensione psichica del buddhismo antico. Dal punto di vista occidentale questa mancanza si riduce o ad un materialismo o ad una forma di primitivismo. In realtà il buddhismo non concepisce la psiche, né il corpo, come mera materia, poiché non riduce i processi psichici a processi fisiologici o viceversa. Si tratta di una concezione totalmente differente e molto complessa: «in early Buddhism the understandings of consciousness and the seats of consciousness were not the same as in modern thought in relation to where consciousness resides in the body. In particular, the idea that the brain is the place where all

mental activity takes place is not found at all» (*ivi*: 53). Questa posizione ci porta ad una differenza con l'āyurveda, dove il *citta* trova precisa dimora nel cuore, assieme alle emozioni, mentre nel buddhismo il *citta* corrisponde alla cognizione (JOHANSSON 1965), la quale è altrettanto legata al processo noetico ed emotivo, ma è anche un nucleo di soggettività temporanea (*ivi*: 169). La teoria cognitiva buddhista prevede un insieme di sei sensi: cinque sono gli stessi della tradizione occidentale, mentre il sesto è il pensiero (*mano*, in sanscrito: *manas*). In questo sistema condiviso sia dalla “medicina” āyurvedica che dalla “psicologia” buddhista, «each sense was conceived of as having its own consciousness» (FRIEDLANDER 2010: 54). I due sistemi utilizzano lo stesso lessico ma a volte fanno riferimento a concetti differenti. Friedlander suggerisce piuttosto che la corrispondenza sia tra *citta* buddhista e ātma āyurvedico, mentre nel buddhismo l'ātman (pāli: *atta*) è considerato un costrutto nominale, un'attribuzione convenzionale che conferisce identità alle cose e alle persone, ma che è effimero e dunque vuoto, non ci parla della verità, delle cose-come-sono realmente (*yathābhūtaṃ*).

Il Corpo

Il corpo è fondamentale nel pensiero buddhista. La meditazione *sati* si incentra come prima fase proprio sull'analisi del corpo (ANĀLAYO 2021), ma la presenza della parola “corpo” (*kāya*) ovviamente non basta di per sé per parlare di centralità del corpo nelle concezioni buddhiste. Le ricerche condotte da Kate Crosby per ricostruire la genesi e le forme arcaiche della pratica meditativa buddhista del cosiddetto buddhismo esoterico sudasiatico, hanno rivelato una stretta correlazione tra queste “pratiche antiche” (*borān kammaṭṭhāna* < **purāṇa karmasthāna*) e le tematiche “mediche” del corpo, della purificazione e delle formule apotropaiche. In particolare, la meditazione esoterica è un intreccio di embriologia e alchimia il cui scopo è la nascita di un nuovo sé illuminato attraverso la purificazione dai propri veleni interiori. Il grembo (*gabha*) è un simbolo ricorrente in queste pratiche meditative, che sembrano prestare non poca attenzione all'anatomia ed al corpo come luogo stesso della pratica. Il grembo, per quanto il termine *gabha* indichi solitamente il luogo in cui cresce un feto, è inteso in questo senso «regardless of the gender of the practitioner» (CROSBY 2020: 30), e la sua importanza deriva dal suo essere lo snodo centrale in cui si incrociano energie e fluidi corporei. Questa forma di alchimia interna presenta somiglianze sorprendenti con le pratiche del *nèiyè* (內業) e del *nèidānshù* (內丹術), che dunque potrebbero aver legami con questa antica meditazione buddhista¹⁶.

Nella *borān* il corpo è soggetto anche a organizzazioni simboliche, laddove la mano destra rappresenta il maschile e la sinistra il femminile. Entrambi i generi sono presenti nel corpo umano, e la rinascita di sé, attraverso il grembo, passa attraverso un vero e proprio viaggio interiore compiuto dalla coscienza del meditante (*ivi*: 31). Fondamentali per questa meditazione sono infatti l'area cardiaca (*haddayavathu*) e dell'ombelico (*nābhi*). Tali aspetti somatici si inseriscono però in una precisa concezione "filosofica" tipica del buddhismo: quella della forma, o materia, come esito della volontà cognitiva (*cittaja-rūpa*).

Il buddhismo possiede in effetti una conoscenza anatomica troppo approfondita per essere casuale, e spesso se ne serve come dispositivo esplicativo per esporre la sua dottrina. Il corpo è il centro dei discorsi del Buddha in più occasioni: esso viene dissezionato, smembrato, analizzato in ogni sua parte, elencati i suoi organi e paragonati i suoi elementi a problematiche esterne (Zysk 1991: 34-37). Per varie ragioni Zysk ritiene che questa conoscenza anatomica fosse un patrimonio della tradizione ascetica, il che giustificherebbe anche per quale motivo la pratica buddhista sembra basata su un paradigma medico.

Un'esperienza meditativa corretta porta a doversi interfacciare con i "segni" (*nimitta*) che assumono corpo: un corpo luminoso, la cui manifestazione specifica varia in base alla persona ed al tipo di meditazione praticata (CROSBY 2020: 49). Per questo certe tecniche meditative partono con strumenti ausiliari, i *kaṣiṇa*, piccoli dischi colorati, probabilmente antenati dei maṇḍala, su cui il meditante si focalizza "esternamente", per poi introiettarli nella simulazione mentale. Nelle fasi iniziali, generalmente ci si aspetta che i *nimitta* sorgano spontaneamente. In seguito, è prevista la capacità di condurre simulazioni mentali complesse in cui i *nimitta* vengono generati dalla volontà del meditante. Queste sfere luminose possono contenere principi linguistici come sillabe sacre, o direttamente immagini del Buddha. La loro funzione è collegata all'attività terapeutica di auto-purificazione e di sostituzione di elementi "malati" della propria cognizione. A causa delle impurità, degli errori e dell'ignoranza, la nostra cognizione non è in grado di vedere la realtà per come è, e dunque non può sapere che essa è solo un'illusione effimera, non differente dal sogno. Dopo aver materializzato questi segni luminosi, il meditante passa alla fase di assimilazione (*gaṇhetti*). Le sfere verranno incorporate e posizionate (*thapeti*) in punti specifici del corpo, allo snodo di canali energetici (*ivi*: 57). Dal momento che la narice da cui parte l'incorporazione è sinistra per le donne e destra per gli uomini, Crosby ipotizza che vi siano somiglianze strette tra questa pratica e l'embriologia āyurvedica: la cura del nascituro nella medicina sudasiatica è paragonata alla neogenesi di sé in forma di Buddha, una rinascita di sé. Infatti, il posizionamento iniziale dei segni luminosi giunge sempre al grembo, «two fingers' width from the navel»

(*ibidem*). In questa complessa pratica di *embodiment*, che in gergo tecnico è definita *antogabbhasmim*, “ingrembamento”, i segni *nimitta* viaggiano in più punti del corpo, non solo il grembo. E il loro viaggio è ripetuto due volte: una prima in direzione normale (*anuloma*), ed una in ordine contrario (*pratiloma*). Infine, questi elementi sono legati (*bandhati*) definitivamente al corpo del meditante che è così purificato dalla loro assimilazione (*ivi*: 59).

Data l'importanza dei “segni” non deve stupirci che il linguaggio sia in qualche modo il centro dell'elaborazione teorica buddhista¹⁷. Questa centralità del linguaggio e della cognizione, capace perfino, se “contaminata”, di generare malattia (poiché la cognizione è “generatrice di forme”, *cittaja-rūpa*, essa è anche la causa della malattia), la stessa lingua pāli, usata per codificare queste terapie cognitive, è considerata sacra. I fonemi sono potenze generative, e i processi grammaticali sono applicati alla meditazione. Un esempio notorio è il fenomeno dell'elisione (*lopa*), usato nella grammatica di Pāṇini per spiegare un fenomeno del sanscrito. Esso è ripreso dai teorici buddhisti per rappresentare il processo di sostituzione messo in atto da questa pratica meditativa. L'essere umano è visto come un sistema che incrocia la relazione tra quattro tipi di enti (*dhamma*): la forma (*rūpa*), la cognizione (*citta*) ed i suoi fattori (*cetasika*), ed infine il *nibbāna*. Quest'ultimo è l'unico eterno, mentre gli altri sono caratterizzati dalla momentarietà¹⁸. Durante il processo meditativo essi vengono sostituiti gradualmente da analoghi puri, ma essendo parte di un sistema, questa pratica terapeutica ristabilisce anche un ordine. Se ad esempio si sostituisce la cognizione con una cognizione luminosa, essa influenzerà positivamente anche i fattori cognitivi, e così la percezione ed elaborazione delle forme (*ivi*: 117-123). Tale pratica è considerata medica non solo perché ha a che fare con la corporeità: «*borān kammaṭṭhāna* is used as a type of medicine, drawing on ayurvedic analysis of illness» (*ivi*: 142). Il meccanismo embriologico che abbiamo visto implicato nella neogenesi di sé è considerato «not only symbolic, but of practical relevance for process of transformation» (*ibidem*). Esso è a tutti gli effetti un'alchimia medico-simbolica.

Nel canone pāli sono frequenti *sutta* che riportano una chiara conoscenza anatomico-fisiologica, anche se spesso questa è al servizio di un'esigenza metaforica. Certo però è che non possiamo ignorare quanto sia curiosa la scelta di far uso proprio di quei tecnicismi, i quali tradiscono molto probabilmente una conoscenza approfondita della materia medica. I discorsi che testimoniano questa conoscenza sono troppi per poter essere analizzati qui. Mi limiterò dunque a menzionare i più interessanti, come AN 3.36, AN 4.157, AN 5.78, AN 9.34, oppure l'elenco sterminato dei “difetti” del corpo, indicati con tecnicismi precisi presenti in AN 10.60, e poi anche i discorsi sul malessere in AN 10.108, SN 36.21, tra gli altri¹⁹.

Veniamo dunque ad una riflessione sulla concezione stessa della malattia nel mondo buddhista. Anche sul tema della malattia il lessico specialistico è decisamente vasto. Nei testi pāli si utilizzano diversi termini per indicare la “malattia”: *dukkha*, *byādhi*, *roga/ruja*, *ābādha*, *ātāṅka*, *akalla*, *amaya*, *gada*, *gelaññā* ed altri. Va da sé che una tale ricchezza lessicale di termini legati al problema della “malattia” debba implicare necessariamente una concezione medica complessa. Ho già dedicato alcune pagine all’analisi di questi termini, in particolare ho convenuto che per i primi tre, ossia i più frequenti, sia addirittura possibile un paragone con le tre dimensioni dell’antropologia medica: *illness*, *disease* e *sickness*. Per inciso, sono in particolare *roga* e *dukkha* a destare maggiormente il nostro interesse (DIVINO 2021: 35).

Naturalmente non si vogliono qui avanzare ipotesi troppo ardite, ma appare evidente dai testi che il termine *roga* sia utilizzato in modo specificamente tecnico, per indicare una “disfunzione” o un “malfunzionamento” dal punto di vista di uno sguardo specialistico²⁰. Questa caratteristica è in parte condivisa con *byādhi*, che possiede però anche una dimensione sociale.

La disfunzione (-*rogo*) non colpisce solo il corpo: può essere alla vista (*cakkhurogo*) o alla lingua (*jivhārogo*), della testa (*sīsarogo*), o più genericamente del sistema somatico (*kāyarogo*), ma anche della cognizione stessa (*cetasiko rogo*). In Ud 3.10 l’identità viene definita come una malattia (“questa malattia, che è l’identità”, *roga attato*). Il concetto di malattia (*roga*) si oppone ad un suo anti-termine (*aroga*), menzionato già in Snp 4.4 e probabilmente anche per questo molto antico²¹. In questo testo, il concetto di *aroga* è connesso a quello di purezza (*suddha*).

Il disagio (*dukkha*) è, come già detto, il centro del pensiero buddhista. Esso è affrontato come una malattia, ma è fondamentalmente diverso da *roga/ruja*. Mentre quest’ultima indica, come abbiamo visto, una disfunzione intesa in senso tecnico, *dukkha* è un malessere generalizzato, una malattia dell’esistenza e, per come la intende il Buddha, l’unica “vera” malattia da curare, la cui risoluzione porta alla scomparsa anche di tutte le altre.

Il primo a proporre uno studio comparativo dei termini *roga* e *dukkha* è stato Hashimoto, che nella sua analisi include anche altri termini simili come *byādhi* (HASHIMOTO 2007). L’uso del termine *byādhi* come della variante *vyādhi* è, per Hashimoto, un termine tecnico che indica la causa di *dukkha*. L’analisi testuale da lui fatta rende abbastanza chiara questa relazione causale che porta da *byādhi* a *dukkha*, ma non concordo pienamente con alcune delle considerazioni che fa su *roga*. Complessivamente, però, possiamo intendere *byādhi* come un termine generico che indica anche altri tipi di malattie (以外の病氣) non tecnicamente definite da altri termini più specifici. Riguardo al termine *roga*, Hashimoto

lo spiega come qualcosa di superiore a *dukkha*: “gli esempi di *roga* come malattia di tipo superiore sono numerosi” (*ivi*: 312, traduzione dell’Autore). Questi esempi classificano come *roga* l’avidità (欲), la fame (飢え) e la vecchiaia (老い). Disfunzioni, per così dire, sia cognitive che fisiologiche. Importante è anche la giustapposizione che Hashimoto nota tra la condizione di assenza di *roga* (*aroga* o *āroga*) e *nirvāṇa*.

Per quanto riguarda la differenza tra *roga* e *dukkha* (苦) va anzitutto detto che il primo termine è connesso al concetto di *anicca* (無常), ma Hashimoto tratta essenzialmente *roga* e *dukkha* come codipendenti: il primo è l’origine del secondo (*ivi*: 307). Ci troviamo quindi con questa doppia analisi: tutto ruota attorno a *dukkha*, nel senso che ne è la causa (*byādhī*) o l’origine (*roga*). La relazione *byādhī-dukkha* è quella tra soggetto (主語) e predicato (述語). L’asse *roga/dukkha* ci testimonia di una capacità analitica che i buddhisti hanno avuto nel riconoscere la dimensione della *disease* (= *roga*) come tecnicismo che non poteva includere la più generalizzata e complessa soggettività in sofferenza (*dukkha* = *illness*). L’asse *roga/dukkha* è altresì comparabile a quello di *Körper* e *Leib*, organismo e soggetto.

Il “discorso sulla consapevolezza” (MN 10) è famoso per essere considerato la base della moderna mindfulness, ma è anche un testo alquanto complesso sui dualismi cognitivi e sulla meditazione *vipassanā*, considerata uno sviluppo successivo della *samatha*²². In questo testo si chiede di meditare su una doppia natura implicita in ogni cosa: un corpo nel corpo, una sensazione nella sensazione, una cognizione nella cognizione, una legge nella legge. Ciò che interessa a noi riguarda la prima parte: il corpo-nel-corpo (*kāye kāya*). Questa formula “x in x” che è ripetuta anche per gli altri tre elementi, è un vero e proprio refrain all’interno non solo di questo testo. Gli studiosi hanno provato a dare diverse possibili soluzioni. Questo dualismo non sembra far riferimento ad un binomio astratto/concreto, dove il primo corpo “oggettivo” e “fisico” si oppone ad una sorta di “body-image”, poiché il buddhismo non declina in alcun modo un’opposizione tra astratto e concreto (JONES 2020). Piuttosto, entrambi gli elementi di questa diade sembrano essere astratti, perché ogni pluralismo non è che rappresentazione parziale e riduttiva delle inseparabili parti di un’unità complessa. Nel nostro percepirci come isolati e separati da questa “cosità” del tutto (*yathābhūtaṃ*), ci pensiamo come interni ed esterni, forgiando un dualismo che accompagna, ingannandoci, ogni aspetto del nostro vivere. Ecco dunque una possibile soluzione al problema del corpo-nel-corpo. In DN 18 leggiamo una formula molto simile (*ajjhataṃ kāye kāyānupassi viharanto tattha sammā samādhiyati...*) che è stata ricondotta ad un altro binomio fondamentale (DESSEIN, TENG 2016: 111), ossia quello tra “interno” (*ajjhataṃ*) ed “esterno” (*bahiddhā*), spesso combinati nella

formula “interno ed esterno” (*ajjhatabhiddhā*). In DN 18 la formula analizzata non spiega il ruolo di *ajjhataṃ*, in quanto si limita a dire «[è] quando un mendicante [monaco buddhista] osserva un aspetto del corpo *internamente*, acutamente, consapevole e presente, libero dal desiderio e dall’avversione per il mondo». Tuttavia, possiamo dedurre il significato del termine proprio perché più avanti è menzionato il suo opposto: «così essi possono originare una conoscenza ed una consapevolezza dei corpi delle altre persone *esternamente*» (*so tattha sammā samāhito sammā vipassanno bahiddhā parakāye ñāṇadassanaṃ abhinibbatteti*). Dal momento che l’espressione *para-kāye* è chiaramente riferibile ad un “corpo altrui”, ci suggerisce che *ajjhataṃ* sia riferito al corpo del soggetto meditante, che dunque percepisce l’altro come *bahiddhā* “esterno”²³. Ciò sarebbe in linea con gli intenti classici della meditazione, ossia il *samādhi*, o riunificazione di soggetto ed oggetto.

Legittimazione e Modernità

Se in origine l’arte medica buddhista era da considerarsi un tutt’uno tra filosofia e prassi, oggi va da notarsi che la sua configurazione moderna, specie a seguito dell’intervento delle interpretazioni occidentali in merito, risulta quantomeno frammentaria. In primis va naturalmente rilevato lo statuto complesso della pratica buddhista in sé, che fatica ad essere incasellata tanto nella categoria filosofica quanto in quella religiosa, ma l’aspetto ortopratico non è da meno, in quanto ha confini che faticano a definirsi. Negli ultimi decenni la meditazione è stata, assieme allo yoga, soggetta ad una vera e propria campagna di legittimazione da parte del mondo clinico dell’allopatia biomedica che, attraverso studi e tentativi di adattamento alla visione “scientifica”, voleva fare di queste pratiche delle vere e proprie terapie. Possiamo dire che in parte questa trasformazione è riuscita, benché non senza significative conseguenze per le pratiche in questione. Sebbene lo yoga non sia di per sé separabile dalla meditazione, la sua forma attuale è molto più vicina ad una pratica ginnica, e dunque il suo dominio nel mondo delle “cure personali” rientra senza dubbio nel cosiddetto fitness²⁴. Difatti, «the physical practice of yoga is popularly identified with bodily postures, but in the pre-modern India it was breath-control that was the defining practice of physical yoga» (MALLINSON, SINGLETON 2017: 126).

I distinguo del caso ci impongono di sottolineare come, nella narrazione di queste due pratiche, sia sempre presente un elemento olistico, che tende dunque ad enfatizzare la peculiarità delle stesse, ed il loro contribuire ad una più unitaria sfera psico-fisica, i cui due aspetti sono vicendevolmente influenzabili (SQUARCINI, SERNESI 2006). Nella narrazione di queste pratiche nella modernità appare

una discrasia: la pratica è presentata quasi come esito diretto di una sapienza millenaria giunta fino a noi e “(ri)scoperta” dal mondo della medicina che ora, riconoscendone i meriti, la inserisce di diritto tra le (psico)terapie.

La ricerca di legittimazione reclamando arcaicità è un meccanismo classico di cui fanno uso forme culturali più disparate, e la mindfulness non fa eccezione²⁵. Essendo a tutti gli effetti una forma di terapia, sebbene il suo status di “terapia alternativa” sia alquanto opinabile (almeno nell’ultimo periodo della modernità), è fondamentale per chi sostiene la mindfulness fortificarne la narrazione attraverso il dispositivo della scientificità biomedica. Oltre a questo, come dicevamo, poiché la mindfulness in sé è già considerata un metodo sufficientemente titolato per essere definito psicoterapico, il problema non sta tanto in questo aspetto, quanto nel presentarla come immutabile nel tempo. Anālayo è sicuramente uno degli accademici maggiormente coinvolti in questo senso. In un articolo si dedica a studiare le relazioni tra buddhismo, medicina e terapia, ma sembra anche approfittarne per promuovere un’equivalenza tra medicina buddhista arcaica e mindfulness: «Mindfulness in the form of *satipaṭṭhāna* functions as the starting point and foundation for the cultivation of the other awakening factors» (ANĀLAYO 2015: 25). Da un lato, è vero che il termine inglese *mindfulness* nacque inizialmente come proposta di traduzione per il pāli *sati*, che risulta arduo da rendere in qualunque lingua europea per varie ragioni (STANLEY 2012: 635), dall’altro, dato il significato moderno del termine, la scelta di continuare a tradurre in un certo modo è quantomeno dubbia. Come ci ricorda Anālayo:

In recent times, the practice of mindfulness in particular has proven its value in the modern-day clinical setting. Mindfulness, a term used by researchers with varying connotations, has been successfully used to treat chronic pain and anxiety, binge eating disorders, depression, and fibromyalgia, etc. (ANĀLAYO 2015: 25).

Inoltre, in relazione al testo che sta analizzando nell’articolo in questione, dice: «the passages surveyed above do show that the physical healing effect of awakening factors like mindfulness and energy were not lost on the early Buddhists» (*ivi*: 27-28). Tutto ciò è coerente con il punto di vista della legittimità proposta dall’equivalenza tra i due metodi. Infatti, se la mindfulness moderna è immutata rispetto a “quella meditazione di cui si parla nei testi”, solo così i “benefici” – attestati dai *sutta* da un lato e dalla ricerca clinica dall’altro –, secondo Anālayo, potrebbero essere spiegati. È invece ampiamente condivisibile l’affermazione per cui «the most fundamental teaching of early Buddhist thought seems to be intentionally couched in ancient Indian medical terms» (*ivi*: 28). Anālayo possiede indiscutibili doti buddhologiche, poste al servizio di un’opera di legittimazione della moderna mindfulness, come è evidente anche in questi tre paragrafi:

One who has successfully eradicated *dukkha* would also be beyond any form of anxiety, depression, mental agitation or fear, thereby being beyond major manifestations of stress. Not only the final goal, but even the path to this goal in the early Buddhist texts appears to involve the reduction of stress. [...] In sum, the use of meditative qualities like mindfulness for healing purposes has a precedent in the passages surveyed above. This precedent clearly comes together with a substantially different outlook on the world, a different conception of health, and perhaps most importantly a radically different overall aim. [...] Yet, alongside such differences there are noticeable similarities when compared to the modern-day clinical use of mindfulness for healing purposes (*ivi*: 29).

La pratica buddhista è coinvolta in questioni delicate che intrecciano salute e cultura, e Anālayo dimostra di essere consapevole anche di questo, benché l'uso del termine "mindfulness" sia chiaramente inteso ad attrarre l'attenzione di lettori specifici. Sebbene con questo non si voglia affermare che Anālayo sostenga esplicitamente la tesi per cui la mindfulness moderna sia una continuazione perfetta delle pratiche buddhiste antiche (egli stesso è consapevole dell'impossibilità filologica di una simile affermazione) non possiamo non notare come le sue pubblicazioni sembrino spingere molto verso questa tesi, o almeno lasciare che essa venga intesa come tale²⁶.

Conclusione

In questo breve articolo ho cercato di riassumere i punti fondamentali per un'antropologia interessata alla concezione medica del buddhismo. Il pensiero buddhista è una filosofia millenaria, talvolta riconosciuta come movimento spirituale, ortoprassi etica o religione, ma al di là della difficoltà che riscontriamo nell'inquadralo tramite le nostre categorie, è innegabile un profondo interesse del buddhismo per la concezione medica, il che include una peculiare visione della malattia, il malessere umano posto come il centro della missione salvifica del messaggio buddhista, nonché una lunga e comprovata tradizione di vera e propria pratica medica presente fin dalle origini della comunità buddhista indiana. I "monaci" erano probabilmente edotti di medicina, e non sarebbe arduo supporre, seguendo le testimonianze e gli studi di autorevoli storici della medicina indiana, che all'origine stessa del buddhismo vi sia un'evoluzione di un ramo le cui radici affondano nella cultura degli asceti itineranti le cui conoscenze di anatomia e di fitoterapia sono state poi ereditate dal buddhismo e, con successivi ampliamenti ed evoluzioni, anche dall'āyurveda.

Qualsiasi indagine antropologica che, specie nella modernità, si interessi al buddhismo nella sfera clinica, dalla mindfulness all'uso di terapie "alternative" di matrice indiana, non può prescindere dal conoscere il complesso ed intricato rapporto che c'è tra buddhismo e medicina. L'interesse antropologico, in particolare dell'antropologia medica, per il buddhismo è dunque rivolto a tre questioni principali: 1) il buddhismo appare fondato su un'idea di salute e terapia ed incarna diverse istanze mediche nella propria pratica, costituendo dunque un interesse per l'antropologia che si occupa di studiare le diverse concezioni sulla salute, la malattia e la cura; 2) attraverso l'adozione di nuove forme di spiritualità, accresciuta dall'interesse verso pratiche mediche esotiche e diverse, la medicina indiana e la meditazione stanno entrando a far parte della quotidianità occidentale in un vero e proprio processo di transculturazione, che le trasforma e le adatta alle proprie esigenze, il che richiama il nostro interesse alle modalità con cui l'apparato clinico oggi si trasforma e legittima; 3) le stesse idee buddhiste, come di altre pratiche orientate alla cura e alla terapia sviluppate in diverse culture, possono favorire l'elaborazione di dispositivi teoretici in grado di capire meglio la sofferenza dell'essere umano nel suo complesso. Non sarebbe azzardato dire che il modello buddhista (più in generale, il modello mindfulness) ha anche contribuito a formulare nuovi possibili paradigmi per attuare indagini in antropologia medica, permettendo di ripensare la concezione del corpo (SCHEPER-HUGHES, LOCK 1987).

Abbiamo visto dunque come alla base della formulazione delle quattro nobili verità, come alla successiva elaborazione di teorie e pratiche votate alla risoluzione della malattia umana, vi fosse un'ispirazione al modello medico. La tradizione buddhista manterrà stretti legami con la medicina sia nella pratica che nella teoria, utilizzando spesso modelli e metafore medico-anatomiche per illustrare il proprio pensiero.

Nella complessa concezione sulla malattia che ha il buddhismo, abbiamo osservato una ricchezza lessicale notevole, ma due termini in particolare compaiono molto spesso, ed abbiamo ipotizzato come essi, dato l'utilizzo che se ne fa nei testi, rimandino ad una specifica concezione duplice della malattia: da un lato vista come disfunzione, e per questo legata altresì ad una rappresentazione del corpo puramente anatomica (*roga*), e dall'altro una malattia intesa in senso più generale, soggettivo, ma anche pervasivo, invasivo, costituente lo stesso mal di vivere che ha spinto il Buddha, secondo la tradizione, a intraprendere il suo percorso di risveglio e di liberazione dal "malessere" (*dukkha*). Questo, tra molti altri esempi che si potrebbero fare, non rimanda solo ad una concezione analoga a quella della fenomenologia husserliana (prima) e binswangeriana (poi), ossia l'asse *Körper/Leib*, organismo/vita, oggetto/soggetto del malessere, ma anche alla distinzione

che in antropologia si può fare tra *disease* ed *illness*, tralasciando per il momento la dimensione sociale della *sickness* che, anche se non presente nel buddhismo, è comunque controbilanciata dalla presenza di numerosi altri termini tecnici legati ad altre dimensioni della malattia, che probabilmente nemmeno conosciamo nella nostra cultura ma che sarebbe opportuno analizzare e comprendere in futuro.

Note

⁽¹⁾ Si precisa che quando si utilizzano le espressioni “buddhismo antico” o “antichità” in relazione al buddhismo, ci si sta riferendo al cosiddetto “primo buddhismo”, o “Early Buddhism” nella comune formula adottata in inglese. Il “primo buddhismo” è difficile da inquadrare da un punto di vista cronologico, ma possiamo riportare le ipotesi più comuni. Tendenzialmente, con questo termine ci si riferisce ad una forma di buddhismo pre-settario, precedente dunque alla scissione in varie “comunità” (*sangha*) da parte di chi seguiva la dottrina buddhista e ne interpretava i precetti. Si parla dunque di un buddhismo che si ipotizza essere molto vicino cronologicamente alla figura storica del Buddha, le cui date di nascita e di morte vanno tradizionalmente dal 566 a.C. al 486 a.C., sebbene non tutti gli studiosi siano unanimi con questa cronologia, talvolta posticipandola di circa un secolo. Questa forma di buddhismo antico si ritiene conservata in alcune sezioni più arcaiche del canone pāli come Snp 4 ed altri sutta che presenterebbero arcaismi nel linguaggio o nella struttura (VETTER 1988: 101-106). Va detto che ovviamente è difficile stabilire con certezza tutti i punti che distanziano il Buddhismo antico da quello “settario”. Inoltre, tra la prima comunità buddhista (450 a.C. circa) e la scissione nelle prime scuole (250 a.C. circa) passano dei secoli di dibattito in cui le nozioni antiche si sono modificate e hanno subito interpretazioni successive (ANĀLAYO 2012: 224). Tra i sostenitori della cronologia tradizionale vi è Beckwith, il cui lavoro ci interessa anche perché avanza la motivata ipotesi che il buddhismo arcaico fosse praticato da medici-asceti che prestavano le loro cure volontariamente (BECKWITH 2015: 45). La figura dell’asceta-itinerante che offre terapie e assistenza medica come parte della sua pratica sembrerebbe confermata dalle testimonianze greche (*ivi*: 63). Per inciso, Beckwith colloca il periodo di ascetismo del Buddha attorno al 515 a.C. (*ivi*: 11). Tuttavia, le teorie di Beckwith riguardano anche altri aspetti del buddhismo antico, presentando spesso ipotesi azzardate e difficili da sostenere, ricevendo dunque le critiche dei colleghi.

⁽²⁾ L’elemento buddhista è presente in numerose culture mediche sviluppatasi in paesi che storicamente condividono un forte legame con la religiosità buddhista. Con ciò, anche se la forma medica che vi troviamo non è direttamente importata da quella che potremmo chiamare “medicina buddhista”, essa rimane comunque strettamente correlata a certi modi buddhisti di concepire il mondo, sebbene l’elemento religioso sia centrale, e fortemente mescolato ad aspetti della cultura e della spiritualità popolare del posto (KAPFERER 1979: 114-115).

⁽³⁾ Il nome Nāgārjuna appare in effetti alquanto popolare tra medici e alchimisti in India sin dall’antichità (NARAYANASWAMY 1981: 5).

⁽⁴⁾ Va precisato che ad oggi lo studio sulla medicina buddhista si divide principalmente in due ambiti di interesse fondamentale: la medicina intesa come pratica di cura di sé, il cui esito antropologico più rilevante è certamente la mindfulness moderna, e la medicina intesa

come pratica che prevede un rapporto tra medico e paziente. Sebbene entrambe le possibilità siano contemplate nel buddhismo, nello studio da parte degli “occidentali” essi ricevono una implicita distinzione, come quella operata tra psicologia e medicina fisica. Tuttavia, questi due aspetti presentano effettivamente una distinzione significativa: mentre la meditazione è una pratica di cura autonoma, la medicina *tout court* prevede che vi sia un “guaritore” che conosce formule magiche, oltre alle tecniche per la preparazione di farmaci, e che abbia anche una determinata conoscenza del corpo umano e delle possibili malattie. Seppur intrecciate, queste due dimensioni paiono dunque distinte anche nella concezione buddhista. Dal punto di vista di chi le studia dall'esterno però, la pratica meditativa ha certamente ricevuto maggior interesse. Non esistono infatti scuole di medicina precipuamente “buddhiste” che siano state translucrate nel mondo europeo o americano, né sono percepite come tali. L'āyurveda appare, più specificamente, come una “medicina indiana” o addirittura “pan-indiana”. Pertanto, pur vedendovi transitare pazienti dalle provenienze più disparate, essa non è identificata come esclusivamente buddhista. La mindfulness, al contrario, anche nelle sue applicazioni cliniche moderne e nella sua adozione da parte di *professionals*, mantiene un carattere che, nella sua narrazione, è specialmente buddhista. Per approfondimenti sullo stato dell'arte in merito alla medicina buddhista si vedano WALLNER, KÜNGLER 2015 e MAHANARONGCHAI 2014.

⁽⁵⁾ Vi facciamo riferimento solo per completezza. In questa interpretazione, le quattro verità rivelate dal Buddha come cardine del suo insegnamento sono state paragonate ad un'indagine medica: l'analisi del dolore (*dukkha*) è l'anamnesi, l'analisi dell'origine del dolore (*samudaya*) è l'eziologia, l'analisi su come cessare il dolore (*nirodha*) è una prognosi, mentre il percorso (*magga*) ottuplice per realizzare questa liberazione (*mokkha*) è la terapia. Questa terapia prevede la “purificazione” (o, più precisamente, la correzione e disabituazione) di otto fattori di cui siamo solitamente vittime e non padroni: l'opinione (*ditṭhi*, lett. “visione”), l'intenzione (*samkappa*), il linguaggio (*vācā*), l'azione (*kammanta*), la sussistenza (*ājīva*), lo sforzo (*vāyāma*), la consapevolezza (*sati*), e l'unione di soggetto e oggetto (*samādhi*), fine ultimo della meditazione (*jhāna*).

⁽⁶⁾ Sarebbe opportuno precisare, tuttavia, che la peculiarità e la distanza tra le tradizioni śramaṇiche ed il vedismo indo-ario, così come anche la particolarità della tradizione medica delle culture ascetiche rilevata da Bronkhorst, non autorizza di per sé a pensare che il luogo d'origine di queste tradizioni sia il Magadha. Per il buddhismo in particolare, sarebbe possibile ipotizzare anche una nascita più a occidente, senza con ciò compromettere la natura peculiare delle tradizioni ascetiche e la loro rivalità con la cultura vedica e indo-europea. Nell'ottica di un progressivo e documentato spostamento a oriente da parte degli indo-arii, è presumibile che anche le tradizioni śramaṇiche avessero una diffusione più estesa, magari fino al Magadha, ma certamente non confinata a questa sola regione. Ciò va detto in virtù non solo delle recenti riflessioni in merito alla collocazione più a occidente dell'India vedica, probabilmente anche ad ovest del fiume Kābul (nelle fonti vediche: *Kūbhā*) – il che dunque già di per sé basterebbe a spostare più a occidente anche le culture ascetiche, menzionate già nei Veda –, ma anche a seguito di alcune ricerche sull'origine del Buddhismo che, per quanto controverse e già esplicitamente avversate da Bronkhorst, non possono essere ignorate del tutto. A tal proposito si rimanda a GNOLI 1980, WITZEL 2011, STONEMAN 2016 e IDEM 2019: 328-329 sulla questione dell'antichità degli śramaṇa.

⁽⁷⁾ Certi passaggi risultano però difficilmente comprensibili senza la comparazione dei successivi trattati sanscriti. Zysk ci riporta l'esempio di una malattia della pelle riportata in pāli

come *thulla-kacchā* e la cui unica descrizione sembra essere *mahāpiḷaka* (grandi eruzioni). Nella letteratura sanscrita il termine *kakṣ(y)ā* compare in descrizioni relative allo squilibrio della bile (*pitta*) con sintomi che coinvolgono la comparsa di eruzioni cutanee (*piṭakā*) di varie dimensioni. Zysk rileva la somiglianza tra *kakṣ(y)ā* ed il pāli *kacchā*, ipotizzando dunque che questa malattia, ricostruibile in sanscrito come **sthūlakakṣ(y)ā* sia in realtà una forma di herpes (ZYSK 1995: 146).

⁽⁸⁾ Stoneman (2019: 327-329) circa la polemica legata al lavoro di Beckwith (2015). Bronkhorst da un lato afferma che il Buddhismo «was clearly influenced by the ideology underlying Jainism», ma dall'altro nega vi sia «any proof that this influence must have come directly from Jainism» (BRONKHORST 2007: 25). Senza contare che, come lui stesso scrive, certe forme di ascetismo sono già riscontrabili nei testi brāhmaṇici.

⁽⁹⁾ Sempre Stoneman ci ricorda che «the case for regarding 'śramana' as, at least very often, referring to Buddhists, is a strong one» (STONEMAN 2019: 328-329).

⁽¹⁰⁾ Questa opposizione è riscontrabile anche nelle formulazioni vediche, ad esempio tra *kṣetra* e *aranya*, sebbene l'integrazione della foresta come concetto cardine dell'ascetismo sia probabilmente successiva all'incontro con gli śramana, ed infatti l'ascetismo brāhmaṇico possiede dei toni fortemente istituzionalizzati e integrati nella concezione castale e gerarchica, cfr. OLIVELLE 2002.

⁽¹¹⁾ Il binomio tra purezza e impurità è un elemento cardine del pensiero indiano classico. Naturalmente, esso può essere inquadrato nel più ampio panorama antropologico delineato dal lavoro di Mary Douglas (1966). Questo binomio è però avversato dalla tradizione buddhista, così come il rifiuto di qualunque gerarchia di ordine castale. Nella tradizione brāhmaṇica invece, «The body is portrayed as a heap of foul substances, being made up of constituents that are wholly impure» (RIGOPOULOS 2018: 81). Tutta la ritualità vedica prevede il mantenimento della purità, e tale importanza è preservata anche a seguito dell'inglobamento della figura del rinunciante (*saṃnyāsīn*) che si pensa estranea al vedismo e parte invece delle tradizioni ascetiche pre-indoeuropee. Il rinunciante bāhmaṇo «is considered to have died to worldly life, in the same way he must contemplate his body as a lifeless heap of impure constituents» (*ivi*: 83). Nell'inglobare l'asceta nell'ortodossia vedica, questo assume una duplice natura: «a liminal figure, being associated at the same time with impurity and purity» (*ivi*: 85).

⁽¹²⁾ Non è infrequente che la figura dell'asceta, dello sciamano, del monaco o dello stregone coincidano con quella del terapeuta o del guaritore, anzi spesso questo è proprio il loro carattere principale. Ciò che ci sorprende è l'antica opposizione ed anche l'idea, proposta da Beckwith (2015) ma controversa su molti punti, che i terapeuti itineranti fossero la forma più antica di monaci buddhisti, e non invece gli abitanti delle foreste (*aranyavāsīn*).

⁽¹³⁾ Questo giudizio è esplicitamente ripreso da Zysk, che ha distinto le due tecniche mediche in modo alquanto specifico: quella buddhista come *empirico-rational*, e quella vedica come *magico-religious*, termini che di per sé tradiscono certamente una parzialità nel giudizio. Che infatti la medicina vedica faccia uso primariamente di formule magiche è un dato di fatto, ed il giudizio denigratorio starebbe solo nell'accezione negativa o pregiudiziale verso il magismo. Ciò che è ancora più parziale è l'idea "empirico-razionale" a descrizione della medicina buddhista. È possibile rilevare una profonda volontà analitica ed una centralità della terapia basata sull'anamnesi e la somministrazione di farmaci fitoterapici, ma il giudizio di "raziona-

lità” forse intende attribuire una qualità che non è propria del Buddhismo. Nella cultura vedica, pratiche mediche come prognosi e terapie sono generalmente associate all’*Atharva-Veda* (BRONKHORST 2016: 225); ciò è però collegato anche alle tecniche magiche e all’acquisizione di poteri sovranaturali da parte del sacerdote (*ivi*: 226). In merito al giudizio di Zysk sulla natura “magica” della prima medicina vedica si veda anche ZYSK 1993: 8.

⁽¹⁴⁾ È opportuno far notare che la magia, lungi dall’essere negletta in virtù del suo presunto irrazionalismo, è un elemento onnipresente nella medicina buddhista, detta “empirico-razionale” da Zysk. Magismo e medicina sono per il buddhismo, in una certa misura, indistinte. La centralità di riti “magici” a scopo terapeutico è proprio della medicina sudasiatica in generale (FERRARI 2010), ma nel buddhismo è ugualmente presente una concezione della parola magica, dell’uso di formule, prevalentemente difensive e terapeutiche, atte a favorire la guarigione o il cammino verso l’illuminazione (VAN SCHAIK 2020: 43-68). Si tratta di un argomento ancora poco trattato dagli studi specialistici, forse a causa dell’idea negativa che l’occidente ha della magia, che la renderebbe incompatibile con l’altrettanto pregiudiziale concezione del buddhismo quale “religione razionale” (due termini altrettanto problematici per qualsiasi dimensione culturale extraeuropea), come peraltro Van Schaik fa notare (*ivi*: 4). Certamente, è altrettanto difficile, alla luce di un’analisi approfondita, distinguere “magia” da “medicina” nell’ottica buddhista, dove spesso la dimensione terapeutica e “rituale” fanno parte di un’unità ortopratica volta ad ottenere un risultato concreto, pertanto «we should not worry too much about the distinction between magical and empirical medicine in Buddhist practice» (*ivi*: 66).

⁽¹⁵⁾ Un’accurata analisi e confronto tra la medicina greca e quella indiana è certamente quella di Filliozat che, nonostante gli anni, rimane abbastanza valida. Si vedano a tal proposito FILLIOZAT 1947 e JOUANNA 2006.

⁽¹⁶⁾ Il *nèiyè* è un testo cinese del 350 a.C. circa che presenta indicazioni per una pratica meditativa proto-dàoista incentrata sul controllo del respiro e della circolazione dell’energia vitale (*qi*). Nel nome di questa tecnica, il carattere 內 (*nè*) pone l’enfasi sull’interiorità. Per questo si pensa sia la base per successivi sviluppi che hanno portato alla pratica dell’alchimia interiore, appunto il *nèidānshù* (内丹术), spesso accompagnato dal *nèijīngtú* (内经图), ossia l’illustrazione del paesaggio interiore: una rappresentazione simbolica di sé o del proprio corpo come un paesaggio naturale che viene percorso ed esplorato nell’atto di una pratica meditativa profonda. Lo scopo di tale meditazione è trovare sé stessi all’interno di sé, il che porta alla rinascita di un nuovo sé la cui gestazione avviene nel meditante stesso, iconograficamente nel suo *dāntián*, ossia il basso ventre. L’alchimia interiore e il paesaggio interiore sono pratiche esoteriche dàoiste decisamente più tarde rispetto al testo del *nèiyè*, che rappresenta forse la più antica attestazione di una pratica meditativa in Cina (CLART 2018).

⁽¹⁷⁾ Per maggiori approfondimenti su questa tematica si vedano HERAT 2018 e SASAKI 1986.

⁽¹⁸⁾ Sul concetto di momentarietà si vedano BROWN 1999 e CROSBY 2020: 42.

⁽¹⁹⁾ Questi discorsi sono analizzati e tradotti in DIVINO 2021: 19-36.

⁽²⁰⁾ C’è un intero *sutta* dedicato alla malattia, il *Rogasutta* (AN 4.157). Il testo si apre con l’affermazione del Buddha: “mendicanti, ci sono due tipi di malattie” (*dveme, bhikkhave, rogā*), e queste sono malattie del corpo e della cognizione (*kāyiko ca rogo cetasiko ca rogo*). Nel testo, il Buddha afferma che trovare un essere libero da qualche forma di malattia cognitiva, anche solo per un momento della sua vita, è quasi impossibile, a meno che quella persona non

sia esente da contaminazioni (*sattā sudullabhā lokasmiṃ ye cetasikena rogena muhuttampi ārogyaṃ paṭijānanti, aññatra khīṇāsa-vehi*), il che però corrisponderebbe con lo stato di buddhitā. Il Buddha quindi elenca quattro tipi di affezioni che possono colpire i *bhikkhu* e come evitarle.

⁽²¹⁾ Si veda nota 1 nel presente articolo.

⁽²²⁾ I termini *vipassanā* e *samatha* applicati a tecniche meditative specificamente codificate sono imputabili alla volontà di Buddhaghosa, che li riprende da testi come AN 4.170 o MN 151, ed alla sua opera sui percorsi di purificazione (*Visuddhimagga*) in cui queste tecniche detengono un ruolo specifico, ma è possibile che questa veste specifica sia proprio un'invenzione di Buddhaghosa. La *samatha* è una tecnica meditativa "di base" il cui scopo è ottenere un necessario stato di calma e autocontrollo tramite la focalizzazione sul respiro che via via oltrepassa stadi sempre più calmi e di concentrazione più profonda (*jhāna*) fino al raggiungimento di una cognizione focalizzata su un unico punto (*ekaggacitta*). La meditazione *vipassanā* prosegue a partire dai traguardi raggiunti dalla precedente, che non viene mai abbandonata neanche nello sviluppo di questi livelli successivi. Lo scopo della *vipassanā* è l'analisi profonda di ogni ente per giungere alla comprensione del suo autentico esser-sé (CROSBY 2020: 38), ma il culmine non può che essere quanto spiegato nell'Abhidhamma, ossia che nessun ente possa esistere di per sé come isolato e indipendente. Questa fase meditativa mira ad abolire la distinzione tra soggetto e oggetto, per questo è necessario che il primo livello meditativo (la *samatha*), il cui scopo è invece la focalizzazione su di sé e la sempre maggiore profondità raggiunta attraverso la pratica contemplativa, non sia mai abbandonata, e anzi prosegua in parallelo mentre una serie di purificazioni *vipassanā* hanno luogo (*ivi*: 39).

⁽²³⁾ Anche secondo la definizione ufficiale *bahiddhā* «refers to things being external, outside, or aside» (DESSEIN, TENG 2016: 113). Può apparire da solo, ma è più frequente trovarlo in coppia con *ajjhataṃ*, il quale però, a sua volta, appare spesso come separato dal suo opposto in varie occorrenze. In quei casi, è piuttosto accompagnato da *atthi* "stare", ad indicare qualcosa che sia "internamente presente" (*atthi me ajjhataṃ*) come appare usato ad esempio in MN 10. Non possiamo essere certi che una simile formulazione punti verso una topologia psichica.

⁽²⁴⁾ Una panoramica concisa ed accurata sul fenomeno *yoga* può essere trovata nell'introduzione all'opera di Mallinson e Singleton (2017). Di particolare interesse, oltre al riconoscimento della discrasia che intercorre tra lo *yoga* attestato nei testi e quello attualmente praticato, sono le istituzioni nate a tutela della disciplina, la quale vanta oltre ad un giorno internazionale di celebrazione (21 Giugno) anche la tutela di un intero ministero indiano, il cosiddetto AYUSH, istituito nel 2014 dal governo Modī che ha voluto includere nella sua giurisdizione anche la tutela e promozione dell'āyurveda, della naturopatia (tutt'altro che "indiana"), della medicina tradizionale perso-arabica (*tibb yūnānī*), la medicina *Siddha* (dell'India meridionale) e l'omeopatia (anche quest'ultima una presenza sorprendente, poiché la sua origine è tedesca). Lo *yoga* entra così pienamente nei meccanismi di appropriazione e legittimazione (SQUARCINI 2015: IX) di una disciplina che sta venendo integrata nel paradigma clinico della biomedicina. Si veda anche KHAN 2006 per ulteriori approfondimenti.

⁽²⁵⁾ In tal senso sarebbe possibile far rientrare la mindfulness in quell'insieme di pratiche concepite come pare di un generico "Oriente", assunto come dispositivo identitario e dunque funzionale al ruolo di *alter ego*, per quanto, come Squarcini fa notare, tale imago risulti uno stereotipo monoliticamente assunto, fittizio e talvolta abusato (SQUARCINI 2007: 37). Tutto

ciò, oltre a rientrare nel ben noto “bisogno di alterità” (*ivi*: 41) spiega anche la progressiva trasformazione degli elementi culturali esotici in beni di consumo. Da “bene culturale” a “prodotto” (incluso il dispositivo del farmaco o della terapia somministrabile) la mindfulness va ad occupare uno spazio vuoto che non era inizialmente previsto, ma si viene a creare *ad hoc* a seguito del crescente bisogno di crisi (DIVINO 2022).

⁽²⁶⁾ Si pensi anche alla scelta di indicare come “mindfulness-related” le pratiche meditative del buddhismo antico (ANĀLAYO 2020b), ma uno degli elementi più significativi riguarda la critica che Anālayo ha mosso a Purser per difendere la mindfulness dall'accusa di essere troppo legata alle logiche del capitalismo (ANĀLAYO 2020a). Un dibattito che appare tutt'altro che chiuso e a cui ho dedicato una trattazione separata (DIVINO 2022).

Bibliografia

ANĀLAYO B. (2012), *The Historical Value of the Pāli Discourses*, “Indo-Iranian Journal”, Vol. 55(3): 223-253.

ANĀLAYO B. (2015), *Healing in Early Buddhism*, “Buddhist Studies Review”, Vol. 32(1): 19-33.

ANĀLAYO B. (2020a), *The Myth of McMindfulness*, “Mindfulness”, Vol. 11: 472-479.

ANĀLAYO B. (2020b), *The Centrality of Mindfulness-Related Meditations in Early Buddhist Discourse*, “Mindfulness”, Vol. 11: 1935-1942.

ANĀLAYO B. (2021), *Dimensions of the 'Body' in Tranquility Meditation*, “Mindfulness”, Vol. 12: 2341-2351.

BECKWITH C. (2015), *Greek Buddha: Pyrrho's Encounter with Early Buddhism in Central Asia*, Princeton University Press, Princeton.

BRONKHORST J. (2007), *Greater Magadha: Studies in the Culture of Early India*, Brill, Leiden.

BRONKHORST J. (2016), *How the Brahmins Won: From Alexander to the Guptas*, Brill, Leiden.

BROWN J. (1999), *Microgenesis and Buddhism: The Concept of Momentariness*, “Philosophy East and West”, Vol. 49(3): 261-277.

CHEN T.S., CHEN P.S. (2002), *Jivaka, physician to the Buddha*, “Journal of medical biography”, Vol. 10(2): 88-91.

CHEN T.S., CHEN P.S.Y. (2005), *The Death of Buddha: A Medical Enquiry. Journal of Medical Biography*, Vol. 13(2): 100-103.

CLART P. (2018), *Yīguàn Dào*, pp. 429-450, in POKORNY L., WINTER F. (a cura di), *Handbook of East Asian New Religious Movements*, Brill, Leiden.

CROSBY K. (2020), *Esoteric Theravada: The Story of the Forgotten Meditation Tradition of Southeast Asia*, Shambhala Publications, Boulder.

DE SILVA P. (2014), *An Introduction to Buddhist Psychology and Counselling: Pathways of Mindfulness-Based Therapies*, Palgrave Macmillian, New York.

DESSEIN B., TENG W. (2016), *Text, History and Philosophy: Abhidharma across Buddhist scholastic Traditions*, Brill, Leiden.

DIVINO F. (2022), *Metaphor, Metamorphosis, Mindfulness: Social change through the dispositive of Mental Presence*, “Rivista Italiana di Antropologia Applicata”, Vol. 8(1): 25-74.

- DIVINO F. (2021), *Meditazione e Terapia. Dalle origini della pratica meditativa buddhista, all'indagine in etnopsichiatria sulle sue applicazioni cliniche*, Edizioni Diodati, Padova.
- DOUGLAS M. (1966), *Purity and Danger: An Analysis of Concepts of Pollution and Taboo*, Routledge and Kegan Paul, London.
- DUBUISSON D. (2007 [2004]), *La Formazione dell'io. Dalle saggezze antiche alla conquista della personalità*, Edizioni Dedalo, Bari.
- FERRARI F. (2010), *Health and Religious Rituals in South Asia*, Taylor & Francis, Abingdon.
- FILLIOZAT J. (1947), *Le sommeil et les rêves selon les médecins indiens et les physiologues grecs*, "Journal de psychologie normale et pathologique", Vol. 40(3): 326-346.
- FRIEDLANDER P. (2010), *The Body and the World in Buddhism*, pp. 51-67 in BURNS E., COLEMAN WHITE K. (a cura di), *Medicine, Religion, and the Body*, Brill, Leiden.
- GNOLI G. (1980), *Zoroaster's Time and Homeland: A study on the origins of Mazdaism and related problems*, Istituto universitario orientale di Napoli, Seminario di studi asiatici.
- HANKEY A. (2005), *The Scientific Value of Ayurveda*, "Journal of Alternative & Complementary Medicine", Vol. 11(2): 221-225.
- HASHIMOTO T. (a cura di) (2007), "rogaとdukkha", 日本印度学仏教学会: 印度學佛教學研究, Vol. 56 (1).
- HERAT M. (2018), *Buddhism and Linguistics*, Palgrave Macmillan, Cham.
- JOHANSSON R. (1965), *Citta, Mano, Vinnana – a Psychosemantic Investigation*, "University of Ceylon Review", Vol. 23 (1-2): 165-215.
- JONES R. (2020), *On What is Real in Nāgārjuna's "Middle Way"*, "Comparative Philosophy", Vol. 11(1): 3-31.
- JOUANNA J. (2006), *Médecine grecque et médecine indienne dans l'œuvre de Jean Filliozat*, "Comptes rendus des séances de l'Académie des Inscriptions et Belles-Lettres", Vol. CL(4): 1917-1925.
- KAPFERER B. (1979), *Mind, Self, and Other in Demonic Illness: The Negation and reconstruction of the Self*, "American Ethnologist", Vol. 6(1): 110-133.
- KHAN S. (2006), *Systems of Medicine and Nationalist Discourse in India: Towards "New Horizons" in Medical Anthropology and History*, "Social Science & Medicine", Vol. 62(11): pp. 2786-2797.
- MAHANARONGCHAI S. (2014), *Health and Disease in Buddhist Minds*, Verlag Traugott Bautz GmbH.
- MALLINSON J., SINGLETON M. (2017), *Roots of Yoga*, Penguin Classics, Milton Keynes.
- NARAYANASWAMY V. (1981), *Origin and Development of Ayurveda: A Brief History*, "Ancient science of life", Vol. 1: 1-7.
- NINIVAGGI F.J. (2002), *Āyurveda. Una medicina con una tradizione antica di seimila anni*, Astrolabio Ubaldini, Roma.
- OLIVELLE P. (1998), *Caste and Purity: A Study in the Language of the Dharma Literature*, Contributions to Indian Sociology, Vol. 32(2): 189-216.
- OLIVELLE P. (2002), *Abhakṣya and Abhojya: An Exploration in Dietary Language*, "Journal of the American Oriental Society: Indic and Iranian Studies in Honor of Stanley Insler on His Sixty-Fifth Birthday", Vol. 122(2): 345-354.
- RIGOPOULOS A. (2018), *Transcending the Body, Exhibiting the Body: Notes on the Ideology and Practice of Hindu Asceticism*, "Quaderni di Civiltà e Religioni", Vol. 5: 81-101.
- SALGUERO P. (2015), *Toward a Global History of Buddhism and Medicine*, "Buddhist Studies Review", Vol. 32(1): 35-61.

- SALGUERO P. (2022), *A Global History of Buddhism and Medicine*, Columbia University Press, New York.
- SASAKI G. (1986), *Linguistic approach to Buddhist thought*, Motilal Banarsidass Publishers, Delhi.
- SCHEPER-HUGHES N., LOCK M.M. (1987), *The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology*, "Medical Anthropology Quarterly", Vol. 1(1): 6-41.
- SQUARCINI F. (2007), *Ex Oriente Lux, Luxus, Luxuria: storia e sociologia delle tradizioni religiose sudasiatiche in Occidente*, Società Editrice fiorentina, Firenze.
- SQUARCINI F. (2015), *Patañjali Yogasūtra*, Einaudi, Torino.
- SQUARCINI F., SERNESI M. (2006), *Il buddhismo contemporaneo: rappresentazioni, istituzioni, modernità*, Società Editrice Fiorentina, Firenze.
- STANLEY S. (2012), *Mindfulness: Towards A Critical Relational Perspective*, "Social and Personality Psychology Compass", Vol. 6(9): 631-641.
- STONEMAN R. (2016), *The Struggle Against Pragmata*, "The Classical Review", Vol. 66(2): 487-488.
- STONEMAN R. (2019), *The Greek Experience of India. From Alexander to the Indo-Greeks*, Princeton University Press.
- VAN SCHAİK S. (2020), *Buddhist Magic: Divination, Healing, and Enchanting through the ages*, Shambala Publications, Boulder.
- VETTER T. (1988), *The Ideas and Meditative Practices of Early Buddhism*, Brill, Leiden.
- WALDRON W. (2019), *Mindfulness and Indian Buddhist conceptions of unconscious Processes*, "Current Opinion in Psychology", Vol. 28: 28-31.
- WALLNER F., KLÜNGER G. (2015), *Buddhism – Science and Medicine Interpretations, Applications, and Misuse*, Verlag Traugott Bautz GmbH, Nordhausen.
- WEGELA K.K. (2013), *La Psicoterapia contemplativa. Il buddhismo, la psicoterapia e il risveglio della saggezza naturale*, Ubaldini, Roma.
- WITZEL M.E.J. (2011), *Gandhāra and the Formation of the Vedic and Zoroastrian Canons*, "Proceedings of the International Symposium. The Book. Romania. Europa. Etudes euro- et afro-asiatiques", pp. 490-532, disponibile all'indirizzo: <http://nrs.harvard.edu/urn-3:HUL.InstRepos:9887626> (consultato il 10 luglio 2022).
- WUJASTYK D. (1998), *The Roots of Āyurveda*, Penguin classics, London.
- ZYSK K.G. (1991), *Asceticism and Healing in Ancient India: Medicine in the Buddhist Monastery*, Oxford University Press, New York.
- ZYSK K.G. (1993), *Religious Medicine. The History and Evolution of Indian Medicine*, Routledge, Oxon.
- ZYSK K.G. (1995), *New Approaches to the Study of Early Buddhist Medicine: Use of Technical Brāhmaṇic Sources in Sanskrit for the Interpretation of Pali Medical Texts*, "Pacific World, New Series", Vol. 11: 143-154.

Sistema di abbreviazioni usate

DN: *Dīghanikāya*

MN: *Majjhimanikāya*

SN: *Saṃyuttanikāya*

AN: *Aṅguttaranikāya*

Sn̄p: *Suttanipāta*

Dhp: *Dhammapadā*

Scheda sull'Autore

Federico Divino (Roma 1995) è dottorando di ricerca all'Università di Bergamo con un progetto sull'Antropologia delle pratiche contemplative. Si occupa anche di storia e filosofia buddhista, con particolare riferimento allo sviluppo dalla meditazione antica alla mindfulness. Ha ottenuto la sua laurea in Lingue e Civiltà Orientali all'Università di Roma e la successiva magistrale in Antropologia all'Università Ca' Foscari. Le sue ricerche si concentrano sulle pratiche mediche di matrice asiatica utilizzate nel mondo "occidentale", i processi di transculturazione, costruzione e legittimazione di identità e la filosofia buddhista in ottica comparativa.

Riassunto

Alcune note sulla concezione di corpo e di malattia nella medicina buddhista.

Lo scopo dell'articolo è delineare un'introduzione alla concezione medica del buddhismo attraverso la chiave di lettura antropologica. La nostra indagine si concentrerà sull'analisi del concetto di "malattia" e "sofferenza" nel buddhismo, tenendo presente che essi sono alla base stessa del pensiero buddhista e, analogamente, anche dei suoi esiti moderni come la mindfulness.

Parole chiave: buddhismo, malessere, antropologia medica, dukkha, yoga

Resumen

Algunas notas sobre la concepción del cuerpo y la "enfermedad" en la medicina budista.

El propósito del artículo es esbozar una introducción a la concepción médica del budismo a través de la interpretación antropológica. Nuestra investigación se centrará en el análisis del concepto de 'enfermedad' y 'sufrimiento' en el budismo, teniendo en cuenta que son la base misma del pensamiento budista y, del mismo modo, también de sus manifestaciones modernas como la 'atención plena' (mindfulness).

Palabras claves: budismo, enfermedad, antropología médica, dukkha, yoga

Résumé

Quelques notes sur la conception du corps et de la « maladie » dans la médecine bouddhiste.

Le but de l'article est d'esquisser une introduction à la conception médicale du bouddhisme à travers l'interprétation anthropologique. Notre enquête se concentrera sur l'analyse du concept de "maladie" et de "souffrance" dans le bouddhisme, en gardant à l'esprit qu'ils sont la base même de la pensée bouddhiste et, de la même manière, également de ses résultats modernes tels que la "mindfulness".

Mots clés: bouddhisme, maladie, anthropologie médicale, dukkha, yoga

«*Trasumanar e organizzar*».

Sulla Nascita ed evoluzione di una psichiatria di comunità in Umbria di Francesco Scotti

Donatella Cozzi

Università di Udine
[donatella.cozzi@uniud.it]

Abstract

«*Trasumanar e organizzar*». Birth and Evolution of a Community Psychiatry in Umbria by Francesco Scotti

Francesco Scotti was one of the protagonists of overcoming the asylum and of the creation of territorial mental services in Umbria, an experience of great innovative strength that precedes when it will then be realized with the law 180/78. In the book *Birth and evolution of a community psychiatry in Umbria* he presents the stages of community psychiatry from 1970 to 1990.

Keywords: community psychiatry, psychiatric de-institutionalization, territorial psychiatric services, psychiatric reform in Umbria

«Notre héritage n'est précédé d'aucun testament»: difficile sfuggire alla tentazione di citare questo aforisma di René Char, pubblicato nei *Feuillets d'Hypnos* nel 1946¹ procedendo nella lettura di Francesco Scotti², *Nascita ed evoluzione di una psichiatria di comunità in Umbria*, pubblicato nel 2021 nella collana SMAS. Studi e materiali di Antropologia della Salute, Quaderni della Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli e.t.s. e della Morlacchi editore, diretta da Cristina Papa e Massimiliano Minelli. Un primo volume dedicato all'esperienza della riforma psichiatrica in Umbria nel corso di un ventennio tra gli anni Settanta e Novanta, a cui ne seguirà a breve un secondo, incentrato sulle trasformazioni dei servizi psichiatrici nella regione tra il Novanta e il Duemiladieci. L'aforisma di René Char è ispirato dalla consapevolezza che gli anni della Resistenza ebbero per molti che vi parteciparono. L'essenza dell'eredità acquisita stava nello sforzo e

nell'azione comune, per il quale ognuno «ama, si spende, è impegnato, va nudo, provoca» (CHAR 1946: 27). Tutto ciò non durò a lungo, quell'isola di libertà scomparve, il tesoro era andato perduto. E non per circostanze esterne o per lo scontro con una realtà avversa, tutto «cominciò quando divenne chiaro che non c'era nessuna mente pronta a ereditare e mettere in discussione, a meditare e a ricordare» (*ivi*: 28). Tanto più meritoria e preziosa risulta quindi questa ricerca di Francesco Scotti sulla nascita ed evoluzione della psichiatria di comunità in Umbria, tra le prime regioni in Italia a muoversi per la de-istituzionalizzazione dell'Ospedale psichiatrico e ad avviare la costruzione dei servizi territoriali in Umbria. Al testo dedico quindi ben più di una recensione, per la ricchezza del resoconto, il rigore della metodologia di raccolta e presentazione dei materiali, con un brevissimo raccordo finale a un altro piccolo contributo sulla storia della de-istituzionalizzazione psichiatrica in Italia. Rubo il titolo dall'ultima raccolta di poesie di Pier Paolo Pasolini³ perché l'impresa complessiva della evoluzione della psichiatria in Umbria mi pare riprendere sia l'istanza di uscire dalle condizioni umane date, come l'ineluttabilità del ricovero e della marginalizzazione per i malati mentali, sia di radicare nella pratica un progetto, una costruzione di senso nuovo. Da molti anni la Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli, e.t.s., già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, si occupa dei processi di autoriforma e superamento dell'istituzione manicomiale, e in particolare dei percorsi che portarono al progressivo smantellamento dell'ospedale psichiatrico e alla costruzione di una rete di servizi territoriali ancor prima dell'approvazione della Legge 180 del 13 maggio 1978. Dal 2002 ha avviato un lungo percorso di ricerca, coordinata inizialmente da Tullio Seppilli e Ferruccio Giacanelli e promossa dalla Provincia di Perugia, con l'obiettivo di presentare il contesto che caratterizzò il ventennio compreso tra il 1960 e il 1980. Ne scaturì un primo *Quaderno* della collana SMAS, *Nascita del movimento antimanicomiale umbro*, scritto da Ferruccio Giacanelli, uscito postumo nel 2014. Queste ricerche sono state condotte facendo riferimento a una pluralità di fonti, tra le quali soprattutto colloqui con diversi protagonisti e testimoni (FLAMINI *et al.* 2008), e trasmettono la testimonianza di quanto avvenuto in quegli anni non solo a Perugia, ma anche nelle sezioni distaccate dell'allora ospedale psichiatrico (Città di Castello, Foligno e Spoleto) e poi nei Centri di Igiene Mentale, nella denominazione di allora, che si svilupparono ad Assisi, Città di Castello-Gubbio, Foligno e Spoleto, come viene testimoniato in questo volume. È questo dialogo necessario con i protagonisti che vede la collocazione all'inizio del testo di una intervista di Ferruccio Giacanelli ad Andreina Cerletti e Francesco Scotti, alla quale

parteciparono anche Tullio Seppilli, al quale Scotti dedica questo secondo *Quaderno*, e Chiara Polcri, realizzata il 14 agosto del 2003⁴. Questa intervista ci restituisce il retroterra culturale che animava la psichiatria accademica prima dell'arrivo di Cerletti e Scotti a Perugia nel 1967 (Callieri e Jaspers, la *Daseinanalyse* di Binswanger nella versione offerta da Cargnello, Ramon Panikkar e i suoi seminari su Teilhard de Chardin), insieme a elementi biografici che mostrano quanto la vita privata di Scotti si sia intrecciata con quella professionale. Soprattutto iscrive il programma di ricerca sulla storia della psichiatria in Umbria nella necessità di “fare memoria”, di collocare correttamente il passato per muoversi nel futuro. Uno dei motivi che spinge Francesco Scotti alla scrittura è quindi:

il bisogno di raccontare una serie di esperienze di innovazione che si sono sviluppate nel corso della storia psichiatrica dell'Umbria che, benché già descritte e pubblicate, non hanno ricevuto quella attenzione che forse meritavano. Cadute nell'oblio, sono state successivamente reinventate o importate dall'estero: strano destino quello della psichiatria italiana costretta a scoprire olttralpe – e oltre oceano – quello che aveva anticipato da anni (SCOTTI 2021: 11).

E l'Autore si interroga sui motivi che hanno reso inefficaci le presentazioni che erano state fatte di queste pratiche dagli anni Settanta in poi «tanto da non salvarle dall'oblio» (*ibidem*).

Per la costruzione del testo, che copre il periodo dal 1970 al 1990 della riforma psichiatrica in Umbria, l'Autore si avvale di una copiosa e puntuale documentazione: interviste, atti formali di Comuni, Province, Regione, relazioni a convegni e a seminari, articoli e testi a stampa, verbali di assemblee e riunioni di Centri di salute mentale o del Dipartimento di salute mentale, tesi di laurea. Francesco Scotti segnala come i documenti per scrivere questa storia non siano né abbondanti né esaurienti in quanto: «[La] nuova cultura psichiatrica si è sviluppata più in forma orale che scritta» (*ivi*: 14).

Un richiamo importante alla scelta del titolo del *Quaderno* precisa la connotazione particolare di radicamento territoriale in cui si inscrivono le innovazioni descritte. L'Autore utilizza “psichiatria di comunità”

perché è ancora un richiamo forte, comprensibile a tutti gli operatori della salute mentale [...] È l'unica espressione in grado di indicare un approccio, un metodo per tenere insieme la salute mentale e i processi che la riguardano, dalla prevenzione alla riabilitazione. La psichiatria di comunità parte dalla constatazione della necessità di una vita comunitaria per il singolo, dal presupposto che esistano vincoli forti, non sempre manifesti, che legano il singolo ad altri, in qualunque modo sia concepita, organizzata e vissuta una società (*ivi*: 48).

A evitare i due rischi opposti, quello che vorrebbe santificare la dimensione sociale e quello della sua criminalizzazione, al punto da dover proteggere da essa le persone fragili, è necessario per Scotti partire dalla chiusura dell'Ospedale psichiatrico (da qui in poi OP) di Perugia, con le sue conquiste, ma anche le difficoltà e le contraddizioni, i conflitti ideologici e teorici, lo sfondo del mutamento sociale e culturale in atto in Italia alla metà degli anni Sessanta, con una nuova attenzione ai diritti fondamentali dell'umanità. Fu un processo lungo e faticoso, non solo da consegnare a un pensiero forte capace di sostenere le diverse azioni, come l'antropoanalisi e il marxismo, ma soprattutto a una postura radicata nella pratica costruita giorno per giorno, meno «ossessionat[a] dalla legittimità delle genealogie» teoriche (*ivi*: 54). Il principale vettore di impulso all'innovazione viene individuato nell'«accoppiamento strutturale tra un gruppo di amministratori e un gruppo di operatori della psichiatria che si impegnano nel cambiamento, apprendendo dall'esperienza» (*ivi*: 55). Una unione quindi tra tecnica e politica, per la quale “terapia” è stata la parola chiave, animata da una “relazione osservativa” da cui attendersi una penetrazione più profonda nelle situazioni di vita, per riconoscere i cambiamenti del singolo e come essi si trasmettano orizzontalmente nella comunità. Esempi molto chiari di come la relazione osservativa si coniughi alla terapia e si impegni in un cambiamento politico sono ricordati nel paragrafo *Psichiatria e mondo operaio* (*ivi*: 160-167). Tra i primi utenti del nuovo Centro di igiene mentale (d'ora in poi CIM) di San Sisto, quartiere connesso al polo industriale di Perugia, ci furono pazienti con patologie alcol correlate, in numero maggiore a quanto ci si poteva attendere. Tutti avevano in comune il lavoro in una fabbrica alimentare della zona, la Perugina, e tutti provenivano dal medesimo reparto di confezionamento di cioccolatini al liquore, esposti a vapori di alcol per l'intero turno lavorativo. L'involontarietà dell'esposizione e della dipendenza da alcol non impediva alla patologia di manifestarsi, di essere vissuta come una colpa tale da inibire qualsiasi indagine sulle vere cause della malattia, di abusare di alcol e liquori anche fuori dalla fabbrica. Più complesso il caso di un operaio proveniente da un'altra fabbrica per un eczema alle mani, inizialmente diagnosticato come di natura psico-somatica e inviato al CIM con la richiesta di una prescrizione psico-farmacologica. Poi si dimostrò che nelle lavorazioni erano state introdotte sostanze a titolo sperimentale che non avrebbero dovuto provocare allergie. Spostato in altro reparto, l'operaio guarì. Un altro operaio fu inviato al CIM come affetto da “sindrome degli incidenti”, perché cadendo varie volte sul luogo di lavoro, aveva richiesto un certificato medico che ne documentasse le

conseguenze. Non fu difficile capire che la causa stava negli oli polverizzati derivati dalla lavorazione che si depositavano sul pavimento, rendendolo scivoloso. Questo accadeva anche ad altri operai, ma l'unico che se ne era lamentato con la direzione era l'operaio in questione. Episodi come questi erano più frequenti di quanto ci si potesse aspettare, tanto da far pensare a una indebita psichiatrizzazione, accettata dal paziente con facilità, con le cause attribuite alle caratteristiche dell'individuo piuttosto che a quelle del processo lavorativo, individualizzando l'intervento, depistando e isolando i casi patologici. «Prendere in considerazione il singolo caso inserito nel suo ambiente di lavoro significava passare dall'individuale al collettivo» (SCOTTI 2021: 163) producendo un cambiamento di prospettiva rispetto alla situazione lavorativa, non più passivizzante ma investita di nuovo valore, per il quale la soggettività operaia diventa, mediante la validazione consensuale del gruppo di lavoro, uno strumento di rilevazione precoce della *nocicettività* (BRUTTI, SCOTTI 1976) permettendo di accedere a una dimensione preventiva in medicina.

Già nel 1970 l'asse dello sviluppo si sposta dall'ospedale al territorio, con l'obiettivo di trasformare il "parcheggio manicomiale" in un luogo di vita e di cura ma soprattutto di entrare nei luoghi reali di vita e agire più precocemente. L'umanizzazione dell'OP migliorava le condizioni di vita dei ricoverati, nel contesto della cosiddetta comunità terapeutica. L'analisi di Scotti prende avvio dai fattori che misero in crisi la comunità terapeutica, legati all'illusione che l'ospedale psichiatrico potesse essere salvato trasformandolo in una buona comunità, attenta al riconoscimento e alla soddisfazione dei bisogni dei pazienti. Il regime assembleare, introdotto nel 1968, fu l'elemento centrale della comunità terapeutica e della sua trasformazione, e si estese dai due reparti iniziali (l'Osservazione uomini e l'Osservazione donne) a tutti gli altri (Vigilanza speciale, Cronici, Lavoratori), introducendo in essi le assemblee quotidiane. Andreina Cerletti, nell'intervista citata in apertura del testo, racconta:

A dicembre del 1967 siamo andati, noi due con Dall'Aglio, da Basaglia a Gorizia. Siamo rimasti pochi giorni, non più di una settimana. Ogni mattina abbiamo partecipato ad una assemblea in un reparto diverso. Ci hanno molto colpito: è stato come se all'improvviso avessimo capito quale poteva essere la soluzione di un problema già presente nella nostra mente; e la soluzione era nella stessa direzione in cui la stavamo cercando (SCOTTI 2021: 31).

C'erano già stati a Perugia esperimenti per cambiare l'organizzazione interna dell'OP, ma il regime assembleare rese efficace ed effettiva la partecipazione alle decisioni, all'organizzazione, alla comunicazione dentro

all'Op, facilitò le dimissioni e contribuì a diminuire, se non impedire, i nuovi ricoveri. Questo implicò il moltiplicarsi di interventi esterni all'Op, con assemblee nei piccoli paesi della provincia e incontri con le famiglie dei ricoverati. Accanto alle assemblee di reparto vi era una molteplicità di occasioni di incontro: tra medici e infermieri, tra ospedale e amministrazioni locali, con lo sforzo di non lasciare nessuno escluso dalla possibilità di prendere la parola, benché questo a volte comportasse una riduzione dell'efficienza nel prendere decisioni. L'ottimismo iniziale verso il regime assembleare e la comunità terapeutica (aggettivo suggerito dai visitatori esterni che attribuivano alla presa di parola dei ricoverati una valenza auto-terapeutica), derivava dal poter constatare la possibilità di invertire il degrado dell'istituzione manicomiale introducendo strumenti di contrattazione che erano prima improponibili. Poter prendere la parola faceva in modo che i ricoverati stessero meglio, si interessassero del loro destino, ricominciassero a fare progetti, portava in primo piano la loro soggettività e valorizzava la relazione personale. Tuttavia, non era sufficiente per rinnovare la pratica, anche se era un luogo di costruzione di una cultura alternativa, con il rischio di mettere tra parentesi la sofferenza individuale e di non cogliere la complessità delle dinamiche alla sua origine.

È difficile rendersi conto del capovolgimento comunicativo attuato nelle assemblee e dell'influenza che può avere sull'autopercezione delle persone, se non si ha presente la sclerotizzazione che il linguaggio subisce nel rapporto tra medico e paziente, anche con le migliori intenzioni. [...] L'attenzione, l'ascolto, le buone intenzioni e tutta una serie di altre qualità relazionali che scaturivano dall'impegno di riconoscere e rispettare i diritti altrui, oltre che i propri obblighi, non erano sufficienti a raggiungere la certezza di aver superato questa barriera per innovare realmente (*ivi*: 80).

L'enfasi sulla comunità terapeutica permette a Scotti di cogliere gli elementi poi trasferiti nella pratica sul territorio, contribuendo a costruire un modello di cura al quale per molto tempo tutti i gruppi sparsi in Umbria fecero riferimento. Non solo l'esportazione delle assemblee dall'ospedale al territorio, ma una esperienza di partecipazione degli operatori nei consigli comunali, nelle circoscrizioni, nei quartieri, nelle fabbriche, in breve in tutte le forme di vita associativa che si aprivano all'intervento della collettività. Un altro elemento fondamentale fu la costruzione di una solidarietà tra gli operatori impegnati in un compito di cura condiviso, che permise di costruire una équipe multi professionale, la quale diverrà lo strumento fondamentale della nuova pratica sul territorio, attraverso la messa in luce della soggettività del malato, ed anche, aggiungeremmo oggi, dell'autoflessività degli operatori nel ragionare sul fare mentre lo si sta compiendo.

La presentazione ufficiale dei nuovi Centri di igiene mentale⁵ avvenne a Perugia il 5 maggio 1970, nella Sala dei Notari del Palazzo dei Priori a Perugia, a conclusione di una Mostra sull'ospedale psichiatrico allestita nella stessa sala. Ferruccio Giacanelli, nel *Quaderno n. 1* ne ricorda il carattere di conferenza-dibattito sul tema: "La lotta contro l'internamento psichiatrico è un momento della lotta per una nuova cultura e una nuova società" (GIACANELLI 2014: 134). Non si trattava di una esperienza già stabilizzata, in quanto il primo Centro era stato aperto solo venti giorni prima, ma l'annuncio programmatico di

una nuova offerta assistenziale resa possibile dalla disponibilità di un'equipe psichiatrica che interveniva esclusivamente fuori dell'Ospedale: un passo ulteriore nel superamento dell'Ospedale psichiatrico, con il coinvolgimento in una nuova politica, quella della salute mentale di tutta la comunità e non solo dei pazienti (SCOTTI 2021: 89).

Giacanelli e Scotti concordano nel considerare quale fattore più originale della trasformazione dell'assistenza psichiatrica nel 1970 proprio il passaggio da una logica di psichiatria a una logica di salute mentale. Dopo un percorso di discussioni maturate di settimana in settimana con progetti sempre più approfonditi, il nuovo servizio si impegnava programmaticamente ad ampliare i contatti con il territorio e la società civile, facilitare le dimissioni dall'OP offrendo concrete alternative assistenziali, ad esempio trasferendo all'esterno dell'ospedale alcuni interventi ambulatoriali, costituendo quella rete di servizi poi rimasta a caratterizzare il territorio della Provincia di Perugia. Sostanzialmente, scrive Scotti era un

sistema che si auto-organizzava e godeva dell'autonomia che il collettivo degli operatori aveva acquisito nell'ultimo periodo del regime assembleare, quando azioni esterne, dimissioni, incontri con comunità locali, venivano attuati senza essere soggetti a particolari procedure amministrative (*ivi*: 91).

Da un primo assetto basato sulle funzioni, i nuovi CIM acquisirono una caratterizzazione territoriale: il CIM di Assisi fu affidato a Andreina Cerletti; il CIM di Città di Castello-Gubbio, fu affidato a Carlo Manuali; quello di Foligno a Ferruccio Giacanelli; a Spoleto troviamo Ennio Dall'Aglio; infine i due CIM di Perugia (Perugia Sud-Ovest e Perugia Nord-Est) affidati a Francesco Scotti. Questi ultimi saranno successivamente, nel 1972, organizzati in tre poli territoriali (Perugia Centro per il centro storico, Perugia San Sisto, per il polo industriale e Perugia Pontevalleceppi per quello agricolo). Fino al 1980 una ulteriore riorganizzazione dei servizi istituisce un servizio unitario per gli adulti e per l'infanzia, collegando centro e periferia: ciascun medico è impegnato in due CIM, uno a Perugia e uno in

un'altra città umbra. In seguito la suddivisione in piccole USL frantumerà questi legami, irrigidendo, secondo Scotti, le disomogeneità della distribuzione del personale e di competenze nel territorio.

Il vero inserimento nel territorio di un CIM si gioca tra ciò che esso porta e ciò che vi trova. Su ciò che porta si è già detto: in sintesi un metodo di lavoro e le competenze che gli operatori avevano accumulato in anni di presenza in ospedale; ma con un'attenzione che si spostava necessariamente dai bisogni collettivi, quali emergevano nella situazione di convivenza nella Comunità terapeutica dell'OP, ai bisogni individuali che si manifestavano nella vita reale [dove] i curanti vanno a cercare coloro che hanno bisogno di cure. La funzione nuova che deve essere incorporata nel lavoro è quella che riguarda il riconoscimento di un bisogno, ovunque esso si nasconda o si manifesti e solo dopo, se possibile, si produce una proposta di soluzione (*ivi*: 94).

In questa citazione emergono alcuni punti fermi che costituiscono la cifra di questa esperienza: il metodo di lavoro, un rinnovato riconoscimento del bisogno, un riferimento continuo al contesto reale di vita e relazionale della persona, l'importanza sostanziale della terapia. Con la consapevolezza di non poter dare per scontata l'entrata nell'intimità di un gruppo o di una famiglia, in quanto è un contatto che si produce per gradi, e comporta la conoscenza in profondità dei meccanismi espulsivi e delle risorse socializzanti presenti nel contesto. Una "attenzione operosa" che poteva prendere corpo nelle assemblee popolari, i consigli comunali e di quartiere, le associazioni sindacali e culturali, poi nelle famiglie e nel vicinato, in tutti i luoghi di esperienza della salute e della sua tutela. In questi punti fermi troviamo la persistenza di alcuni obiettivi maturati nella precedente esperienza di lotta antimanicomiale: la liberazione dei pazienti da alcune componenti oppressive dell'intervento psichiatrico, il contrasto alla tendenza a medicalizzare il conflitto e la sofferenza, la contestazione di altre istituzioni totali, come i ricoveri per gli anziani, gli istituti per minori con handicap, i collegi. Esempio a tale proposito è stata la vicenda del Centro di neuropsichiatria infantile, nato nel 1965 dal rifiuto di istituire un reparto ospedaliero per il ricovero dei minori, trasformandone l'attività in esternato. Una azione che si accompagna, in più parti d'Italia, al progressivo smantellamento delle classi differenziali e delle scuole speciali⁶ e a un profondo rinnovamento con i movimenti democratici, come il Movimento di cooperazione educativa, la sperimentazione di nuove pedagogie e il diritto alla partecipazione dei genitori che prima era stato sempre umiliato. Sempre nell'ambito dell'infanzia e della adolescenza, Scotti dedica il capitolo 7 della seconda parte alla collaborazione con il Tribunale

dei minori e precisamente ad un seminario tenutosi ad Assisi nel 1983, organizzato dai “Quaderni di Psicoterapia Infantile”, dall’Associazione Giudici minorili e dall’Associazione italiana per la prevenzione dell’abuso all’infanzia. Il coordinamento con il Tribunale dei minori non sempre era di facile attuazione, e la relazione presentata dagli operatori della salute mentale passava in rassegna numerose questioni che ne ostacolavano la convergenza nell’interesse del minore, di fondamentale importanza per il ritorno a casa, l’affidamento o l’adozione, la lotta contro gli abusi per le perizie psicologico-psichiatriche per l’affidamento, per l’idoneità al ruolo genitoriale. Almeno sino agli inizi degli anni Novanta, commenta Scotti, creare occasioni per stabilire nuovi contatti con altre istituzioni e chiarire compatibilità e divergenze è stata a lungo una caratteristica importante e originale dei servizi di salute mentale umbri (*ivi*: 363).

La domanda che continuamente veniva ripetuta nelle prime e convulse fasi di novità delle circostanze, vissute con la percezione del rischio di approssimazione degli interventi e la molteplicità delle situazioni nelle quali intervenire, era: la nuova psichiatria sarebbe stata in grado di mantenere la promessa dell’antipsichiatria proponendo un ideale di solidarietà centrato sull’accoglienza e il sostegno comunitario?

La realizzazione dei CIM non fu un percorso privo di resistenze. Poter tornare a casa, per molti ricoverati, trovava come ostacolo, oltre ai meccanismi di espulsione sociale, il non essere percettori di un reddito. Il tema dei sussidi, concessi dalla Provincia già a partire dal 1970, fu molto contrastato. Proprio i ricoverati ricordavano come artigiani e contadini percepissero pensioni molto più basse dei sussidi erogati ai pazienti, e avrebbero potuto chiedere di essere internati per godere di questo beneficio. La facilitazione alla dimissione doveva essere accompagnata dalla ricerca di un lavoro che permettesse di mantenersi fuori dall’ospedale, ma che non avesse nulla in comune con quanto veniva denominato ergoterapia, che di terapeutico non aveva nulla e copriva al contrario forme di sfruttamento, attività meccaniche e ripetitive, lavori umili dei ricoverati. Trovare un lavoro esterno all’ospedale era difficile, anche perché gli ospiti svolgevano una molteplicità di lavori utili per l’istituzione (cucina, officina, giardinaggio, colonia agricola), continuando a riprodurre quegli impieghi di auto-sussistenza dell’istituzione così diffusi⁷. Quello del lavoro era un tema fondamentale, in quanto la marginalizzazione o l’esclusione lavorativa all’esterno e all’interno dell’ospedale giocava un ruolo fondamentale per evitare che i problemi di isolamento sociale e di povertà si trasformassero in problemi psichiatrici.

Scotti si sofferma sulle problematiche collegate alla fondazione dei CIM, con un lavoro di ricostruzione che non indulge né si ammanta dei primati della psichiatria umbra. Egli riferisce la sensazione di incompiutezza, di non fare abbastanza e abbastanza in fretta, le accuse reciproche tra tecnici e amministratori che si moltiplicarono in quegli anni. Emerge la valenza politica dei documenti e delle azioni, la quale sollecitava il consenso a decisioni partecipate, nella convinzione che solo una adesione convinta avrebbe consentito una durata non effimera all'attuazione, nel contesto di un periodo di fermento e partecipazione irripetibile: «Non sarà più così dopo la riforma sanitaria del 1978 e il passaggio della responsabilità amministrativa dalla Provincia alla Unità Sanitarie Locali» (*ivi*: 106).

Altri fattori di resistenza si svilupparono all'interno dell'OP. Le trasformazioni territoriali, con lo spostamento verso di esse del personale medico e infermieristico, avevano modificato negativamente la qualità di vita dentro l'ospedale. I ricoveri ospedalieri continuavano, senza che la presa in carico fosse affrontata con l'attenzione precedente. Il fermento riverberato dall'innovazione portava una parte degli infermieri a considerare il lavoro extra ospedaliero come di rango più elevato e i suoi esecutori dei privilegiati. Dal canto loro, i medici consideravano il lavoro in reparto un fastidioso residuo del passato. Nel rivendicare l'importanza del ricovero ospedaliero, in un clima di polemiche che avrebbero voluto evitarlo ad ogni costo, il prof. Sediari, allora direttore dell'OP, paventava il rischio che l'attenzione spostata dal paziente verso il suo contesto di vita potesse tramutarsi in un allontanamento difensivo del terapeuta dalla sofferenza delle persone. Rischio a cui era sotteso il timore di una confusione tra politica e psichiatria, dove alla prima avrebbe dovuto spettare il compito di lottare contro le ingiustizie, mentre alla seconda l'ambito della cura. Sediari presentò un modello di riorganizzazione dell'assistenza psichiatrica basato sul "settore", secondo il quale ad ogni suddivisione territoriale doveva corrispondere una analoga suddivisione ospedaliera, in modo che all'una corrispondesse l'altra. Questo progetto comportava una riduzione degli infermieri sul territorio per fare fronte alle esigenze ospedaliere, riportando il baricentro sui lungo-degenti e sulla loro scarsa autonomia. La psichiatria di settore fu un'esperienza di brevissima durata. Già circa un anno dopo il varo del progetto, nel 1971, si evidenziarono i motivi della crisi: una organizzazione incompleta che non coinvolgeva gli operatori, la varietà di posizioni all'interno dello staff medico in conflitto con gli infermieri che lo accusavano di valorizzarli quando si trattava di coprire in tempi rapidi spazi operativi, per poi obbligarli a continui spostamenti, la consapevolezza maturata del

superamento del custodialismo anche tra coloro che continuavano a voler rimanere a lavorare entro l'OP.

L'innovazione rappresentata dai CIM portò altri effetti imprevisti. I volontari che della prima fase del 1968 erano entrati con curioso entusiasmo prima in ospedale poi nei CIM, e che erano in buona parte laureati in Lettere, Filosofia, Psicologia, furono assunti come infermieri nel 1970, non senza una alzata di scudi da parte del sindacato, perché dei laureati venivano ad occupare posti di lavoro riservati a diplomati di terza media. I laureati si trasferirono nei servizi territoriali, privilegiando il rapporto con i medici. «Agì soprattutto il sospetto che la carriera dei laureati non si sarebbe fermata a questo primo gradino. E così fu» (*ivi*: 119): appena si resero disponibili posti per assistente sociale o psicologo furono questi ex-volontari a ricoprirli.

L'amministrazione provinciale iniziò un allontanamento progressivo dalla realtà quotidiana nella quale aveva luogo la trasformazione della psichiatria: a una fase di gestione politica della psichiatria ne seguì una puramente amministrativa, in un clima in cui da un lato si voleva giungere a forme più avanzate in grado di scardinare ogni preesistente concezione di malattia e salute mentale, e arretramenti che al contrario volevano si tenesse conto dell'organizzazione sanitaria in generale. Di questo clima testimonia molto bene uno scritto di Carlo Brutti e Francesco Scotti del 1980:

La politica del non ricovero fu attaccata perché intransigente: essa non teneva conto della necessità di far maturare la coscienza sanitaria comune, abituata a considerare il ricovero in ospedale come l'intervento più utile per la guarigione. La de-psichiatrizzazione fu definita, dagli oppositori, fallimentare perché [...] [avrebbe] portato, come primo effetto, ad un aumento del numero di persone di cui si occupavano gli psichiatri, ad un maggior numero di psicofarmaci, ad una assistenza che si prolungava nel tempo a discrezione dell'operatore psichiatrico [...]. Si ironizzava sulla visita domiciliare fatta dagli infermieri che veniva descritta come una brutta copia, una scimmiettatura, del giro dei medici in reparto (BRUTTI, SCOTTI 1980: 61-62).

Con la Commissione nominata dalla Provincia nel 1971 per cercare una soluzione alle questioni sulle quali OP e CIM non riuscivano a trovare un accordo condiviso, entrò per la prima volta in crisi il meccanismo assembleare. La Commissione era convinta che le conflittualità fossero legate allo sviluppo troppo accelerato e spontaneo dei servizi, passando da un ospedale ben amministrato a una molteplicità di servizi territoriali dalle competenze incerte e lasciando indietro un residuo manicomiale ingombrante. Tuttavia, rileva Scotti, non aveva senso discutere dei servizi territo-

riali a partire dalla realtà dei reparti come era impossibile non tener conto che l'estensione al sociale per il suo impegno comportava una regressione nel settore della terapia. Carlo Manuali a sua volta rilevò che la crisi in corso era legata al fatto che gli operatori erano diventati gli intermediari tra pazienti e erogatori di servizi assistenziali e sanitari: la loro mediazione, con le telefonate al Comune, alla Provincia o agli enti comunali di assistenza per trovare soluzioni individuali, finiva con il costruire un approccio clientelare, quindi con l'introdurre forme più subdole e deleterie di medicalizzazione. Nulla stava cambiando nell'atteggiamento egemonico dell'operatore psichiatrico, commentava Manuali. Nel linguaggio dell'epoca, inoltre, secondo Manuali era mancata nella organizzazione e nelle scelte dei servizi una scelta di classe che privilegiasse il proletariato, quello più presente nell'utenza psichiatrica, come classe attiva e rivoluzionaria. Se l'uscita dall'ospedale era stata avviata sia per attivare un processo di responsabilizzazione politica che un processo di chiarificazione delle situazioni psichiatriche, secondo Scotti «la scelta di classe viene messa a confronto con la scelta dei bisogni. La prima orienta il gruppo, la seconda ci porta a prendere in considerazione i bisogni di tutti e quindi a rispondere a tutte le classi» (SCOTTI 2021: 133).

Rileggendo dopo più di quaranta anni i testi della deregistrazione si ha una immagine precisa del dogmatismo radicale che dominava la cultura di quell'epoca, frutto anche del bisogno di certezze teoriche che dessero fondamento a una pratica innovativa ma dal futuro incerto [...] A lungo vi hanno dominato alcuni termini, sventolati come bandiere su un campo di battaglia: “depsichiattrizzazione”, che designava l'impegno a liberarsi del peso distruttivo dell'apparato psichiatrico; “deistituzionalizzazione”, più radicale del precedente, che esprimeva l'esigenza di cancellare i vincoli con cui l'organizzazione sociale impediva all'originalità e alla creatività individuali di esprimersi liberamente; il binomio “esclusione-marginalità” che veniva usato per designare la dinamica oppressiva subita dai soggetti con disturbo psichico; “proletariato” e “sottoproletariato” che descrivevano la composizione degli utenti degli ospedali psichiatrici» (*ivi*: 125).

La nuova organizzazione territoriale implicava cambiamenti del luogo di lavoro e dei turni, il passaggio a una organizzazione per gruppi, e segnava il passaggio da un movimento essenzialmente politico a una nuova istituzione psichiatrica. Fu anche un periodo di intensa collaborazione con l'Istituto di etnologia e antropologia culturale diretto da Tullio Seppilli, che rispecchiava gli interessi verso la sfera complessiva della salute e malattia di quest'ultimo e forniva nuovi metodi di ricerca all'esigenza di una conoscenza approfondita del mosaico di diversità locali presenti nel territo-

rio. Scotti commenta che fu un percorso faticoso, dove nulla si poteva dare per ovvio, e per alcuni faceva quasi rimpiangere la semplificazione lineare del ricovero. In questa fase di costituzione dei servizi fu fondamentale la figura dell'infermiere, per la comune appartenenza di classe sociale e ambiente culturale con gli utenti. Per quanto argomento di controversie,

questa affinità ha svolto le funzioni di uno strumento terapeutico di primaria importanza. Affermo questo anche se so che questa opinione è stata bollata come paternalistica, o d'altra parte indebitamente caricata del significato di prova che la malattia mentale possa essere liberata dalla psichiatria, semplicemente attraverso una comunicazione umana la meno sofisticata possibile (*ivi*: 142).

Questa affinità trovava nell'assistenza domiciliare il terreno di espressione privilegiato, quello in cui parlano e assumono significato gli oggetti della vita quotidiana, che riempiono la casa del paziente. Molto si può apprendere sul modo di abitarla, dall'uso delle stanze, nelle case di campagna dalla mescolanza tra strumenti di lavoro e arredi di cucina. Osservazione e partecipazione, questo radicamento nel territorio fatto di chilometri e chilometri per raggiungere la residenza degli utenti, sorreggevano il progetto di tenere lontana l'assistenza domiciliare dall'idea di una "ospedalizzazione a domicilio", in un rapporto complesso con la popolazione e gli altri servizi. Il progetto si costruiva sul campo, nel tentativo di contrastare le richieste delle famiglie, secondo alcune delle quali una maggiore efficienza sul territorio poteva essere usata anche per limitare l'autonomia dei pazienti. La presenza sul territorio, con l'invito agli operatori a dover essere presenti in qualsiasi situazione di incontro nella quale fosse in gioco un qualsiasi argomento relativo alla salute, sosteneva, inoltre, un clima politico di cambiamento e partecipazione anche nelle scuole, nei nidi e nelle scuole per l'infanzia comunali. *Dal bambino manipolato al bambino protagonista*, è non a caso parte del titolo di una pubblicazione di Francesco Scotti e Carlo Brutti del 1978, in cui la situazione di non ascolto dei bambini, promossa da quella pedagogia che riteneva gli adulti come i migliori interpreti dei bisogni "imperfettamente" espressi dai bambini, permette agli Autori di riflettere su modalità simili di trattare il bisogno all'interno della struttura asilare:

Rifiuti e proteste costituiscono, nell'ordinato svolgersi della vita asilare, un *incidente*: qualcosa è venuto a incidere sulla trama predisposta dall'adulto tentando di modificarla e producendo una frattura. Se teniamo conto di questo aspetto, possiamo dire che la vita scolastica, lungi dal seguire le indicazioni astratte dei programmi precostituiti, si svolge sul ritmo dettato dalla risposta agli innumerevoli incidenti che i bambini provocavano. La risposta è un tentativo di cancellare il contenuto dell'incidente e di reprimere il

suo autore e ciò rende impossibile all'adulto comprendere il messaggio che ogni incidente tenta di trasmettere (SCOTTI, BRUTTI 1978: 20).

Dal 1971 il progetto dei CIM si trova in mezzo ai conflitti istituzionali tra Provincia e Comuni. La Giunta provinciale alla fine del 1971 invia una lettera riservata nella quale non vengono apprezzate le fughe in avanti, le innovazioni che si stavano consolidando. In breve, i servizi non dovevano anteporre il proprio protagonismo alle richieste degli utenti, dei lavoratori, degli enti locali. Avviene un ripristino dell'ordine ospedaliero: un padiglione dell'OP viene destinato al ricovero di subnormali, da non mescolare con gli altri ricoverati e altri due edifici sono destinati a case di riposo per anziani; vengono ricostituiti gli organici di reparto, frastagliati dal territorio, e riproposta la figura del medico a tempo pieno. Si ripropone un interesse specialistico per i bisogni psichiatrici in età evolutiva, dal 1965 azzerato con lo scioglimento della neuro-psichiatria infantile di Carlo Brutti e l'inserimento del personale nei diversi CIM. Fu anche questo, come la psichiatria di settore, un programma attuato solo in parte, ma aumentò la distanza tra chi operava in ospedale e chi al di fuori.

Questo documento dell'amministrazione è il segno della fine dell'idillio tra politica istituzionale e politica psichiatrica militante. Nella precedente fase di costituzione dei servizi sul territorio, l'ospedale veniva rappresentato come un oggetto da distruggere, svuotandolo rapidamente di funzioni, di ricoverati e di personale. Ora è concepito come un oggetto da svuotare lentamente, riducendo gli spazi da gestire; solo nel 1996 questo processo avrà termine. Permangono le due linee teorico-pratiche che saranno approfondite a breve, quella di Carlo Manuali, con una posizione politico-sociale e anti-istituzionale radicale, per la quale ogni forma di psichiatria doveva essere negata e ogni forma di psicoterapia non poteva trovare spazio nella terapia psichiatrica, e quella di Francesco Scotti, Carlo Brutti e Ennio Dall'Aglio, secondo i quali la psichiatria doveva conservare una specificità: la sofferenza psichica esiste e deve essere curata da gruppi competenti e con adeguata formazione.

Il passo successivo dell'Amministrazione provinciale fu la stesura di un documento sui CIM che ne definisse la natura dei servizi. Una bozza del regolamento venne discussa da sei assemblee popolari, dall'aprile al dicembre 1973. La documentazione dei vari dibattiti venne analizzata dall'Istituto di Etnologia e antropologia culturale dell'Università di Perugia e pubblicata negli *Annali di neurologia e Psichiatria* (GUAITINI 1974). Il regolamento venne approvato nel luglio del 1974. Il dibattito intorno ai servizi territoriali apre ad altre forze politiche ed autorizza i servizi ad entrare nel sociale,

legittimandoli a contrattare nuove posizioni e nuovi sviluppi. In conclusione, il regolamento è stato più importante per legittimare il definitivo radicamento dei servizi nei territori piuttosto che come norma direttiva per i servizi. Precedette di cinque anni la legge 180 ed aveva uno spessore culturale notevolmente maggiore:

Al contrario della 180 che normava l'ignoto aprendo contraddizioni non ancora risolte, esso si appoggiava a una realtà sufficientemente stabilizzata. Ma non era in grado di preservarla in assenza di una volontà politica a difesa della realtà creata (SCOTTI 2021: 210).

La riforma sanitaria del 1978 introduce un nuovo decisore centrale, la Regione. Si apre inoltre un capitolo inedito nella storia della psichiatria con la legge sulle tossicodipendenze (Legge 22 dicembre 1975, n. 685), nella quale i CIM sono individuati dalla Regione come i centri medici e di assistenza sociale previsti per la loro capacità di agire nel territorio. Gli operatori non furono entusiasti della nuova attribuzione, perché già si consideravano oberati di lavoro e perché facevano notare che lo spirito della legge era quello di non assimilare i tossicodipendenti ai pazienti psichiatrici. Le dipendenze patologiche non erano certo fuori dal perimetro della psichiatria: gli alcolisti erano da sempre considerati pazienti psichiatrici. Ma le difficoltà incontrate con gli alcolisti si rivelarono poca cosa rispetto a quelle incontrate con i dipendenti da sostanze illegali e in questo caso gli operatori non poterono contare dello stesso sostegno sociale incontrato dai servizi psichiatrici territoriali. I nuovi utenti affollavano le sale di attesa dei CIM e i vecchi utenti si rifiutavano di mescolarsi a loro. Per la sua posizione centrale, uno dei tre CIM di Perugia divenne il maggior distributore di metadone della Regione. Fu solo alla fine del 1979 che la Regione si accorse di questa distorsione e verranno istituiti i due centri medico-sociali previsti dalla legge, integrati negli ospedali di Terni e Perugia. Nel 1991 furono istituiti i SerT.

Sulla legge 180/78 e la sua applicazione in Umbria, Francesco Scotti commenta che si trattò di una legge che ha delegittimato il manicomio promettendone la chiusura, ma non ha fornito le risorse per distruggerlo, come testimoniano del resto le tante strutture asilari che continuarono la loro opera sino anche alla fine degli anni Novanta. In una situazione in cui, salvo pochissime eccezioni, il manicomio conservava tutta la sua forza, la legge ha comunque permesso un nuovo discorso sulla malattia mentale, liberando i pazienti dalla legge del 1904 e dalle norme che li privavano di ogni diritto civile. Evento eccezionale nella sanità italiana, la legge 180/78 prescriveva l'organizzazione in dipartimento dei servizi psichiatrici e di

salute mentale, ospedalieri e territoriali. Con la creazione dei servizi di Diagnosi e cura viene posto un vincolo alla sperimentazione di forme di assistenza a tempo pieno contro il ricovero manicomiale (posti letto nei CIM e in reparto dell'ospedale civile). Ma è la legge 833 del 1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, che contiene il vero atto di cambiamento della psichiatria perché la inserisce nel campo della sanità «limitandone grandemente (se non proprio eliminando completamente) la separatezza di cui aveva “goduto” negli ultimi anni Settanta» (*ivi*: 228). Un cambiamento che crea molte domande: i CIM sono servizi di base o specialistici? La legge regionale 65 del 19 dicembre 1979 sull'organizzazione del servizio sanitario in Umbria, compie una specie di scomposizione delle funzioni dei servizi, attribuendo ai distretti gli interventi di prevenzione individuale e collettiva, compresi quelli di igiene mentale, mentre altre azioni saranno attivate solo su richiesta dei distretti.

I servizi della rete di salute mentale difenderanno, contro diverse generazioni di programmatori, la propria specificità e la necessità di quei forti collegamenti tra loro che erano stati riconosciuti anche dalla legge 180 con l'introduzione dell'organizzazione dipartimentale del lavoro (*ivi*: 228).

Come sarà difesa una politica di salute mentale fatta di incontri popolari e assembleari che veniva trascurata dalle istituzioni. I centri di giorno e le strutture residenziali tra il 1990 e il 2000 avranno un ruolo sempre più importante, come i gruppi famiglia, preceduti da una sperimentazione iniziata fin dagli anni Settanta, con i pazienti dimessi dall'Op. Questo anche grazie alla collaborazione delle cooperative sociali, nate come concretizzazione degli stessi movimenti culturali e politici che hanno portato al rinnovamento della psichiatria.

Quale la collocazione di Perugia nel panorama della nuova psichiatria italiana? Se John Foot, nel suo libro *La repubblica dei matti* (2014), considera Perugia come l'esempio perfetto di lotta contro l'istituzione psichiatrica, riportando una frase di Ferruccio Giacanelli – «l'esperienza di Perugia è stata una delle più importanti, complesse, ricche e sofferte ma anche la più dimenticata» (Foot 2014: 179) – Francesco Scotti non indulge in giudizi, piuttosto documenta quanto è stato prodotto, quello che è accaduto ed è stato pensato, ricordandoci che il movimento anti-istituzionale italiano non può tutto essere collocato sotto l'etichetta di “basagliano”, per la sua storia e le sue peculiarità. Mentre l'esperienza di Gorizia è stata trasferita da coloro che vi hanno lavorato in altre città italiane, questo a Perugia non è avvenuto, privilegiando il dialogo con il territorio piuttosto che quello con realtà fuori dall'Umbria, a scapito di una rappresentazione unitaria

come diedero di sé Gorizia e poi Trieste. Scarsa fu anche l'adesione di perugini a Psichiatria Democratica. Si trattò, scrive Scotti di «una presenza leggera, attenta a non imporre modelli e a valorizzare le risorse e le esperienze di ognuno, favorendo le loro potenzialità» (SCOTTI 2021: 231). Nel confronto, occorre piuttosto riconoscere a Basaglia la priorità con il superamento dell'ospedale di Gorizia, mentre spetta a Perugia quella della costruzione di una rete di servizi sul territorio.

Scotti riporta una analisi del seminario, tenutosi a Impruneta il 16 settembre 1973 e coordinato da Tullio Seppilli, per la sua tipicità nel mostrare l'impossibilità di una unanimità all'interno del movimento di rinnovamento della psichiatria italiana. Ogni via percorsa proposta dagli intervenuti costruisce una propria legittimità nel produrre un cambiamento piuttosto che soffermarsi sull'efficacia e la tenuta delle innovazioni prodotte. Il seminario era rivolto al superamento delle istituzioni totali di Goffman per avviare un discorso sulla presa di coscienza dei meccanismi di istituzionalizzazione e della logica dell'internamento. La lunga relazione di Sediari che seguì, sulla situazione dell'OP di Perugia, costituì piuttosto una pietra di inciampo al dialogo, perché sembrò scritta apposta per suscitare le critiche di Franco Basaglia, che lesse in essa il ricollocare di nuovo l'ospedale al centro del nuovo sistema assistenziale. Esattamente il contrario di quanto era avvenuto a Gorizia, con un forte approccio politico ai problemi dell'esclusione e dell'emarginazione. Basaglia aggiunge:

Io penso che non sia possibile nessun lavoro esterno se non si è distrutto il cerchio istituzionale che agisce all'interno dell'ospedale; va distrutta l'immagine che il pubblico ha incorporato dell'istituzione psichiatrica. Questo io pongo come pregiudiziale a un lavoro che possa avere un significato, che sia realmente una rivolta pratica con significato politico (*ivi*: 233).

In qualunque istituzione psichiatrica, anche esterna, per Basaglia la problematica fondamentale resta quella che si crea all'interno dell'ospedale, a iniziare dalla divisione del lavoro tra infermieri e medici. Giovanni Jervis sottolineò i rischi legati alla riduzione della devianza psichiatrica a una mera teoria sociologica, perché la sofferenza del singolo esiste e richiede cura. Ed esiste inoltre l'impossibilità pratica di proporre istituzioni e organizzazioni psichiatriche che non siano funzionali al sistema e al mantenimento dell'equilibrio sociale esistente, quindi legate al sistema di dominio e di controllo sociale. Unica via di uscita da questo stallo è legare il lavoro psichiatrico a temi politici, come la prevenzione e il controllo popolare sulle organizzazioni psichiatriche. Anche Ferruccio Giacanelli aderisce all'idea del carattere di classe dell'istituzione manicomiale, che “raccolle

gli scarti della lavorazione dell'industria della salute", dando risposte ma senza affrontare i problemi socio-strutturali alla base dei disturbi psichici. Agostino Pirella scorge nel dibattito in corso le stesse contrapposizioni degli ultimi anni tra chi persegue un lavoro antistituzionale, attraverso la demolizione delle istituzioni violente, e chi sottolinea i problemi che stanno fuori dalle istituzioni. Critica Jervis e Giacanelli come rappresentanti di questa seconda linea, perché non affrontano con chiarezza le contraddizioni sociali e il modo di affrontarle.

Tocca a Scotti la difesa d'ufficio di Perugia, ed è il tema dei bisogni che porta in primo piano. Sarebbe quindi più adeguato parlare di "destrutturazione" a proposito dell'Op, perché esso risponde a una molteplicità di bisogni: solo riuscendo a distinguerli, a isolare quello dei vecchi, quello degli handicappati, quelli di altre situazioni particolari è possibile parlare di un bisogno psichiatrico che comporta parlare automaticamente di terapia, quindi della necessità di un intervento particolare la cui soluzione è diversa da altri tipi di bisogno. Scotti rileva come il discorso sulle potenzialità terapeutiche della psichiatria fosse un tema a quei tempi quasi tabù per la psichiatria radicale. Sottolinea come le «reciproche incomprensioni palesi nel seminario di Impruneta oggi quasi ci meravigliano. È stata suggerita l'ipotesi che, almeno in parte, fossero volute [...] frutto di una lotta per la supremazia sul movimento di autoriforma dell'istituzione psichiatrica» (*ivi*: 239).

In questa seconda parte, particolare attenzione viene quindi dedicata da Scotti a mettere in luce come la psichiatria perugina, nonostante la convergenza su una prassi condivisa, poggiasse su divergenze teoriche anche notevoli. Un contributo importante, perché mostra l'effervescenza, l'incoattività, le contraddizioni del periodo, che rischiano altrimenti di essere appannate dalla falsa opinione di una anti-psichiatria uniforme, tutta bagagliana, e permette di apprezzare anche le direttrici di dissenso. Questo percorso di riflessione prende nuovamente avvio dalle dichiarazioni di Francesco Sediari nel 1970, allora direttore da cinque anni dell'ospedale psichiatrico di Perugia. Appoggiandosi sulla teoria critica della società della Scuola di Francoforte, Sediari si colloca in una posizione di mediazione nel passaggio dal vecchio Op alla nuova organizzazione dei servizi nel territorio. La malattia mentale non modifica l'essere umano, suscitando invece nuovi interessi e la conoscenza di altri significati, invitando alla ricerca di nuovi mezzi terapeutici ed amplificando l'importanza del contesto relazionale, la valorizzazione della socialità contro alla enorme solitudine in cui il malato si trova. Benché Sediari sottolinei l'importanza del supe-

ramento della pratica custodialistica manicomiale, ritiene che il servizio extraospedaliero sia di incerta derivazione, o meglio troppo innovativo, una fuga in avanti rischiosa, in quanto rischia di privare l'Op delle capacità di promuovere nuovi mezzi terapeutici senza concepirne le possibilità di rinnovamento interne. Lo scopo di Sediari è quello di conciliare teoria e pratica: malattia ed esclusione sono i confini che una società utilizza per definire l'identità di alcuni che la compongono, e la critica ai valori storici va decisamente trasferita in sede politica, poiché «ad una organizzazione specifica non è consentito diventare rivoluzionaria in un contesto che non lo è» (*ivi*: 265). Essa deve restare nella concretezza.

Una tappa significativa di questo percorso teorico viene evidenziata attraverso un corso all'università di Perugia e da alcuni seminari per gli operatori della salute mentale tenuti da Michel Legrand, professore di psicologia sociale all'università di Lovanio, nel 1986. Scotti precisa che i contatti con i servizi avvennero in una fase in cui, dopo il consolidamento dei servizi territoriali e l'entrata in vigore della legge 180, si era acuita l'esigenza di elaborare teorie di riferimento. Legrand, considerato uno dei più autorevoli studiosi stranieri della nuova psichiatria in Italia, attribuiva ad essa una scarsa attenzione per la teorizzazione delle pratiche. Quindi negli incontri realizzati presso il centro di salute mentale, sollecitava gli interlocutori ad esplicitare gli apparati teorico-conoscitivi sottesi al significato che essi attribuivano a "sofferenza psichica", "devianza", "malattia mentale". L'ambiguità insita nell'uso di questi termini, di uso comune ma disomogeneo in Italia e a Perugia, secondo Legrand portava inevitabilmente a considerare il termine "devianza", senza problematizzarlo nelle sue origini derivate dalla statistica, e nel suo uso sociologico relativo alla violazione di norme dominanti in una determinata società. Legrand, citando Scheff, suggeriva che quelle violate dal deviante sofferente psichico sono le "norme residue":

La devianza residua è quel che resta della devianza dopo averla liberata da ciò che è etichettabile come devianza delinquenziale, da cattiva educazione e così via. Questo resto viene solitamente attribuito ad un disturbo psichico. Quel che definisce la devianza non è tanto la singola violazione della norma, quanto una abitudine, non accettata dalla cultura dominante. Quando si dimostra che la maggior parte dei sintomi delle malattie mentali possono essere classificati sistematicamente come violazioni di particolari strutture normative di una cultura, allora questi possono essere tolti dal dominio degli eventi fisici universali che sarebbero indipendenti dalla cultura (SCHEFF 1974: 55).

La domanda con cui Legrand investe la psichiatria perugina è se sia possibile mantenere lo specifico psichiatrico della sofferenza (mentale) senza

includerla nella malattia mentale e senza che, abolendo quest'ultima, crolli l'intero edificio della psichiatria e insieme della prospettiva di cura. Ma resta deluso, giudica le risposte ricevute insoddisfacenti, benché riconoscesse la particolarità del movimento perugino rispetto ad altri in Italia⁸. Gli interlocutori non accettavano l'idea che questi termini fossero da considerare pietre miliari per la ricerca e per la descrizione della pratica. Il commento di Patrizia Guarnieri nel suo lavoro di documentazione della storia della psichiatria perugina (1988: 14) è di aver assistito in questa occasione a un dialogo tra sordi. Per Legrand, il giudizio complessivo è quello che la psichiatria ha scommesso su un'epoca "che sta per morire", ovvero su un tessuto sociale di solidarietà e partecipazione collettiva, mentre la solidarietà collettiva si stava destrutturando e il tessuto sociale sfilacciando. Gli incontri, tuttavia, diedero l'opportunità di mettere in luce cosa i diversi gruppi che operavano a Perugia avessero in comune – oltre alla resistenza a collocarsi nello schema proposto da Legrand – e cosa li differenziasse. Si evidenziarono in tal modo le differenze già messe in luce fin dal 1971, quando avvenne il primo confronto sulle linee di rinnovamento, e che manifestarono due posizioni principali. Nella prima, legata al nome di Carlo Manuali, le peculiarità della sofferenza mentale hanno origine dall'addomesticamento storico e sociale dell'animale uomo che ne fa un individuo normale entro un tempo e una cultura specifica e che, per ragioni cognitive, fa ricorso a strategie organizzative interiorizzate. Quindi, la malattia può essere intesa come «una modalità specifica di organizzazione in determinate situazioni che possono essere di sofferenza, ma anche di rapporto con un evento» (MANUALI 1987: 242, cit. in SCOTTI 2021: 261). Egli definisce una teoria integralmente storica della malattia mentale, su fondamenti marxisti. La valutazione del bisogno psichiatrico deve poggiare quindi su quella delle condizioni sociali e storiche in cui esso emerge. Il passaggio più critico della teorizzazione appare quando Manuali definisce la natura del bisogno psichiatrico riferendolo alla classe sociale di appartenenza, e quindi affrontabile solo con iniziative collettive. In tal modo rifiuta ogni forma di negazione della malattia (tipica dell'antipsichiatria anche in chiave marxista), proponendo come ipotesi causale di essa le pressioni normalizzatrici del contesto sul singolo: «la malattia mentale è la normalità nuda, il suo scheletro, la struttura formale più resistente, [...]» quindi non è pre-esistente alla cultura. Questo radicamento nelle condizioni storiche gli permette di espellere dalla pratica psichiatrica tutte le tecnologie psicoterapiche ad iniziare dalla psicoanalisi: esse gli appaiono fondate su una regressione e una ricostruzione che

viene concepita come a-storica, una impossibile uscita dalle condizioni di esistenza contingenti. Curare vuol dire predisporre una serie di strategie perché la malattia non costituisca mai un fattore di regressione, retrocessione sociale e antropologica.

A questa posizione si contrappone l'altra, testimoniata dagli scritti di Carlo Brutti e Francesco Scotti (o gruppo di San Sisto): le pratiche in atto – il non ricovero, l'intervento domiciliare e nei luoghi di vita, la gestione sociale della follia – sono intese come le condizioni che rendono possibile la cura, non come la cura stessa. Già nel 1976 Brutti e Scotti riconoscevano che ogni sofferenza esistenziale corre il rischio di avviare una psichiatizzazione del disagio. Mentre tutto sappiamo sulla psichiatizzazione, poco o nulla di certo conosciamo intorno alle origini del disturbo psichico, ma abbastanza per dire che:

aver confuso l'origine dei disturbi psichici con l'origine dello statuto di malato mentale rappresenta uno degli equivoci del nostro tempo. I due processi, psichiatizzazione e psicotizzazione, sono caratterizzati da sequenze differenti [...] Quando parliamo di psicotizzazione dobbiamo fare riferimento alla sequenza *bisogno-conflitto-terapia*: questa sequenza si presenta in un ordine inverso rispetto alla precedente, viene cioè ricostruita a partire da una richiesta di terapia (BRUTTI, SCOTTI 1976: 10, cit. in SCOTTI 2021: 280).

A differenza della posizione di Manuali, la pratica psicoterapica è centrale, non separabile dalla lotta anti-istituzionale. L'accento è posto sulla contingenza delle teorie di riferimento, sulla loro molteplicità e la possibilità di combinarsi secondo necessità, garantendo elasticità e adattamento al mutevole contesto operativo, esaltando il rapporto dialettico tra teoria e prassi. Questo viene testimoniato nel capitolo 4 di questa seconda parte del testo, in cui Scotti colloca alcune pratiche originali e mette in evidenza come le scelte terapeutiche abbiano influenzato tanto l'organizzazione quanto l'orientamento di un servizio di igiene mentale, soprattutto nella scelta degli obiettivi prioritari. La prima pratica si riferisce alla cura dell'anoressia, la seconda all'autismo infantile precoce: in entrambe viene aperto uno spazio psicoterapico condiviso, non separabile dal sostegno di altre tecniche e figure. Il sistema di cura era in continua evoluzione, anche per il confronto continuo all'interno del gruppo delle esperienze di tutti i suoi componenti. Si potrebbe dire che questa costruzione progressiva di pratiche originali di terapia convergono tutte verso un pensiero maturo della complessità: le difficoltà che incontravano gli operatori erano della stessa natura di quelle dei genitori, degli insegnanti, degli adulti di riferimento. Da questa consapevolezza emerge la necessità di liberarsi da ogni

rigidità di approccio. Rivendicando la fierezza di essere teoricamente ateo-rici, Scotti scrive che in quel momento bisognava *fare*.

Fin dall'inizio emergono tre esigenze: difendere l'empirismo operativo dall'essere un empirismo senza pensiero, evitare le teorizzazioni affrettate e dogmatiche e salvaguardare una provvisorietà nella teorizzazione che ne permetta l'evoluzione (SCOTTI 2021: 275).

Anche secondo Legrand il lavoro con il mondo interno del paziente (psicoterapia) non era concepito in alternativa con il lavoro nel sociale, né significava ritornare alla metodologia del controllo e creare una nuova dipendenza. Legrand parla di "riappropriazione trasformativa della cultura psicanalitica". Essa permetteva di rispondere ai bisogni di persone che non riuscivano a trarre benefici da altri interventi di stabilizzazione, nei campi delle psicosi, dell'adolescenza, dell'autismo infantile, dell'anorexia mentale.

Tanto è condivisa e documentata la storia della psichiatria di comunità umbra che Scotti ci restituisce, tanto in più punti del testo emerge come questa ricchezza di esperienze, questa complessità di percorso amministrativo, questa pluralità teorica siano una risorsa difficile da trasmettere. Chiudo a cerchio, ritornando all'aforisma di René Char, pensando non solo quanto sia difficile avere una eredità da trasmettere ma anche quanto sia più difficile in quelle situazioni, ovviamente legate alla psichiatria, in cui ci si trovi in un *entre-deux*, tra trasformazione e arroccamento sulla conservazione manicomiale. René Char viene citato in una delle sedute di Marie Rose Moro filmate nel film *J'ai rêvé d'une grande étendue d'eau*⁹ (2002). Idrissa non parla, rompe tutto quello che c'è in casa, è autistico. La sua famiglia, proveniente dal Mali, ha cercato anche là una spiegazione. Là dicono che esistono i muti ed esistono i folli, ma Idrissa non appartiene a nessuna di queste categorie, è un po' l'uno e l'altro. Tra i due. Tra due mali. Tra due paesi, due culture, due lingue. Come mettere radici in questo *entre-deux*? La madre di Idrissa rifiuta ogni trasmissione familiare e culturale, proiettata nel paese di arrivo. François, uno dei co-terapeuti, cita René Char, «Nous avons un héritage, mais nous n'avons pas de testament», per mettere in luce quanto è in gioco, ovvero l'impossibilità di ricevere ciò di cui non si sa che fare. Allora mi viene in mente che questo *entre-deux* restituisce molto bene le vicende dell'ex-OP di Udine, e l'iniziativa che ha preso corpo tra il 2021 e il 2022, il progetto *Heimat Museo. Archivio diffuso di storie ritrovate*¹⁰. Il progetto di conoscenza della storia della psichiatria a Udine ha preso avvio riaprendo la biblioteca storica dell'ex OP di Udine e valorizzando un

archivio fotografico di oltre 5000 fotografie, dagli inizi del manicomio provinciale (1904) al lungo percorso di destrutturazione, conclusosi alla fine degli anni Novanta. Il manicomio di Udine rimase sospeso a lungo in un *entre-deux*, tra il rinnovamento delle vicine Gorizia e Trieste e il mantenimento dello status quo manicomiale ante riforma. Ma come fare radice, e quindi fare memoria, quando si è in un *entre-deux*? Come ereditare? Come trasmettere? Come mettere in voce e in fila testimonianze silenziate quando altrove, negli stessi anni, esse prendevano corpo, esistenza, corralità? Tra le immagini dell'archivio fotografico, spicca un fondo di un centinaio di foto scattate da un obiettore di coscienza, Pietro Bianchi, che nel 1976-77 si trovò con altri obiettori a svolgere il servizio sostitutivo alla leva nell'OP di Udine. Una conseguenza del terremoto in Friuli del 1976, che riconosceva la possibilità di svolgere un servizio alternativo ai residenti in leva militare¹¹ e che in qualche modo fu anche antesignana del servizio civile. I miei coetanei in quegli anni di solito finivano nel carcere militare. Visto che istituzione totale (il carcere militare) fa rima solo con un'altra istituzione totale (il manicomio), venne loro permesso di svolgere l'alternativa al servizio di leva nel padiglione 10. C'erano due reparti "duri" all'OP di Udine, con funzioni di isolamento e di alta sorveglianza (celle di isolamento piccole, uso frequente della contenzione, elettroshock, assenza di biancheria, posate in metallo eccetera): il reparto 9 per "donne agitate" e il reparto 10 maschile, per "irrecuperabili" – forse per alcuni versi simile al Padiglione Valiano, di cui Scotti racconta la "liberazione" nel 1969. Presso il reparto 10 vennero internati anche pazienti molto giovani, di cui alcuni con gravi disabilità mentali. A metà anni Settanta il reparto era diretto dallo psichiatra Rodolfo Tesei che tentò di cambiarne le condizioni disumane. Accolse per questo motivo nel 1976 un gruppo di obiettori di coscienza che iniziarono un lavoro di socializzazione con alcuni dei pazienti stigmatizzati come "irrecuperabili". Senz'altro, come scrive Scotti, la relazione da sola non è sufficiente come attività di terapia e riabilitazione, ma fu un inizio che dimostrò come talvolta si può rendere superflua la contenzione fisica¹². Come in questa foto, dove vediamo Lucio Eicher Clere "contenere" abbracciando Beppino. Beppino ogni tanto aveva manifestazioni comportamentali esplosive, sia che fosse arrabbiato, sia che fosse felice, e scagliandosi contro suppellettili o finestre a volte si faceva male (vedi la mano fasciata).

Spero che a Francesco Scotti questa eco al suo fare memoria della psichiatria in Umbria con la più dimenticata "fase sperimentale" entro all'OP di Udine non dispiaccia.



Note

⁽¹⁾ L'aforisma di René Char (1946) è posto anche come esergo di Hanna Arendt (1991).

⁽²⁾ Francesco Scotti, psichiatra, ha partecipato all'affermazione di una psichiatria di comunità in Umbria per tutto il periodo descritto in questo Quaderno (1970-2010), contribuendo alla chiusura del manicomio, alla costruzione dei servizi di territorio, allo sviluppo di nuovi orizzonti terapeutici per i disturbi mentali gravi. Cofondatore nel 1978 e co-direttore fino al 1992 dei "Quaderni di Psicoterapia Infantile", Direttore scientifico della sezione Psichiatria degli "Annali di neurologia e psichiatria" dal 1996 al 2000. Tra le sue pubblicazioni: *Psichiatria e democrazia* (De Donato 1976), *Quale psichiatria?*, in due volumi (Borla 1980-1981), *Osservare e comprendere* (Borla 2002).

⁽³⁾ Scritto tra il 1965 e il 1970, *Trasumanar e organizar*, oltre all'impegno "civile"

ha una straordinaria carica innovativa. In questa raccolta Pasolini rompe con la tradizione del verso fonoprosodicamente corretto e con le sue convenzioni (come il gruppo di Perugia rompe con la psichiatria manicomiale e le sue convenzioni). La poesia per Pasolini è segno dell'uomo, suo individuale atto di libertà, luogo della sua verità. "Trasumanar per verba" sono tre parole tratte dal primo canto del Paradiso. Riscritta per il nostro tempo, per Pasolini e in questo testo, *trasumanar* significa uscire dalle condizioni umane date e quindi *organizar*, radicare nella pratica un progetto ordinatore, tra l'itinerario metafisico dantesco e il "Corpo", il "pragma", le azioni e gli atti della contingenza (la polis gramsciana), con l'urgenza e gli obiettivi pratici quali sembrano emergere e organizzarsi alla fine degli anni Sessanta.

⁽⁴⁾ Ferruccio Giacanelli era allora impegnato nella campagna di interviste per la ricerca sulla psichiatria rinnovata in Umbria, dalla quale nacque il *Quaderno 1* della Collana SMAS. *Studi e Materiali di Antropologia della Salute*; vedi Ferruccio Giacanelli (2014). Gli intervistati, Andreina Cerletti e Francesco Scotti erano entrambi presenti a Perugia dal 1967, *ivi* trasferitisi da Roma.

⁽⁵⁾ Da qui in poi CIM.

⁽⁶⁾ Poi abolite con la legge 517/1977.

⁽⁷⁾ Si veda, ad esempio, l'ex Ospedale Psichiatrico Provinciale di Sant'Osvaldo a Udine, realizzato tra il 1903 ed il 1904 su un sedime di 50 ettari. La "Colonia Agricola" che garantiva l'auto-sussistenza del complesso asilare si estendeva su una consistente porzione dei 32 ettari oggidì occupati, sin dagli anni Ottanta, dall'Azienda Agraria dell'Università di Udine 'Antonio Servadei'. Il complesso costituisce uno dei maggiori insediamenti asilari in Italia (ne sono stati individuati 18 di estensione superiore ai 20 ettari tra i quali, in Friuli Venezia Giulia, figura il complesso di San Giovanni a Trieste).

⁽⁸⁾ Legrand attribuisce a Basaglia (e poi a Rotelli a Trieste) l'idea che esista solo una forma di sofferenza che diventa psichiatrica quando incontra istituzionalizzazione e codificazione.

⁽⁹⁾ Film francese di Laurence Petit-Jouvet, prodotto da Abacaris Film, 2002, documentario, 53 min. Comprende una intervista con Marie Rose Moro. Il testo francese recita: «Idrissa ne parle pas. Il casse tout, vide les armoires et déchire les livres. La voix dit: *En France, on dit qu'Idrissa est autiste. Son père dit qu'en Afrique, il y a les muets et les fous. Il dit qu'Idrissa n'est ni l'un ni l'autre, mais un peu des deux. Entre les deux. Entre deux maux. Deux pays. Deux cultures. Deux langues. Mais comment prendre racine dans cet entre-deux? Dyouma [la madre di Idrissa] refuse toute transmission familiale et culturelle. Nous avons un héritage, mais nous n'avons pas de testament. Citant René Char, François, l'un des analystes, tente de mettre en lumière ce qui se joue ici: l'impossibilité de recevoir ce dont on ne sait que faire. Comment hériter? Comment transmettre? Dans cet espace clinique hors du commun, où peuvent se rencontrer l'ailleurs et le maintenant, tout est à inventer».*

⁽¹⁰⁾ Promosso dalla Cooperativa Varianti, e curato da Kirstem Maria Düsberg e dal regista Paolo Comuzzi, il progetto ha avuto come partner e collaboratori: Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale, Università degli Studi di Udine, Comune di Udine – Museo Etnografico e Biblioteche comunali, UTI Val Canale Canal di Ferro – Museo Etnografico di Malborghetto, Museo SMO San Pietro di Natisone, Museo della Mente Roma, Museo della psichiatria della Sassonia di Lipsia (Germania), Cooperative Duemilauno Agenzia Sociale, COSM, Itaca; Associazioni Arum e Vicini di Casa.

⁽¹¹⁾ Cfr. legge 30 ottobre 1976, N. 730, Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 settembre 1976, N. 648, concernente interventi per le zone del Friuli-Venezia Giulia colpite dagli eventi sismici dell'anno 1976.

⁽¹²⁾ Per il progetto "Heimatmuseum. Archivio diffuso di storie ritrovate" nel 2021 è stata registrata la testimonianza di uno degli ex-obiettori di coscienza, Diego Lavaroni. Insieme a Lucio Eicher Clere ha pubblicato nel 1998 il libro *Irrecuperabili. Storie del reparto 10* (Kappavu, Udine) con alcune delle foto di Pietro Bianchi per ricordare quella esperienza e le storie delle persone.

Bibliografia

ALEXANDRE S. (2009), *J'ai rêvé d'une grande étendue d'eau*, "Hommes & migrations. Revue française de référence sur les dynamiques migratoires", 1282, <http://journals.openedition.org/hommesmigrations/476> (consultato il 22 ottobre 2022).

- ARENDR H. (1991), *Tra passato e futuro*, Garzanti, Milano.
- BRUTTI C., SCOTTI F. (1976), *Psichiatria e democrazia. Metodi e obiettivi di una politica psichiatrica alternativa*, De Donato, Bari.
- BRUTTI C., SCOTTI F. (1980), *Editoriale N. 3*, “Quaderni di Psicoterapia infantile”, *Autismo I*, pp. 11-17.
- CHAR R. (1946) *Feuillets d’Hypnos*, Gallimard, Paris.
- FLAMINI S., GIACANELLI F., POLCRI C., SEPPILLI T. (2008), *Dossier di interviste in profondità*, Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute, Perugia.
- FOOT J. (2014), *La repubblica dei matti. Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1978*, Feltrinelli, Milano.
- GIACANELLI F. (2014), *Nascita del movimento antimanicomiale umbro*, Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute, SMAS Studi e Materiali di Antropologia della Salute.
- GUARNIERI P. (1988), *Per una storia della psichiatria anti-istituzionale*, “Annali di Neurologia e Psichiatria”, 92, supplemento al fascicolo 2.
- GAUTINI G. (a cura di) (1974), *Le assemblee popolari sulla politica psichiatrica dell’Amministrazione provinciale di Perugia*, Amministrazione della Provincia di Perugia, Documento 1-1.
- MANUALI C. (1987), *Problemi della nuova psichiatria in Italia*, “Quaderno di Psicoterapia Infantile”, 15: 241 e ss.
- SCHIEFF T. (1974), *Per infermità mentale, una teoria sociale della follia*, Feltrinelli, Milano.
- SCOTTI F., BRUTTI C. (1978), *Politica e pedagogia: la gestione sociale nelle Scuole di infanzia comunali di Foligno*, pp. 19-23, in *Guida alla mostra-proposta del Convegno nazionale: dal bambino manipolato al bambino protagonista*, Comune di Foligno, Foligno.

Scheda sull’Autrice

Donatella Cozzi, nata a Udine il 22 giugno 1957, insegna antropologia culturale all’Università di Udine. Nel suo percorso si è occupata di depressione mentale (*Le imperfezioni del silenzio*, Roma-Acireale 2007), passaggi di età e medicalizzazione della preadolescenza (*Mad, Sad and Hormonal. Riflessione sul corpo dei preadolescenti e la costruzione dei discorsi medici*, “AM. Rivista della società italiana di Antropologia medica”, 35-36, ottobre 2013; *Risky, Early, Controversial. Puberty in Medical Discourses*, “Social Science and Medicine”, 143, 2015), del controverso concetto di Sindrome Italia (*Devozioni domestiche. La Sindrome Italia come forma di legittimazione sociale e cittadinanza biologica*, in Mazzeo R., a cura di, *Immigrate. Tra gabbie esteriori e interiori il potenziale trasformativo di sé e del mondo*, Milano-Udine 2021). Si occupa di antropologia medica e antropologia applicata ai contesti educativi e formativi.

Riassunto

«*Trasumanar e organizzar*». Sulla Nascita ed evoluzione di una psichiatria di comunità in Umbria di Francesco Scotti

Francesco Scotti è stato uno dei protagonisti del superamento dell’istituzione manicomiale e della creazione dei servizi territoriali in Umbria, una esperienza di grande

forza innovativa che precede quando verrà poi realizzato con la legge 180/78. Nel libro *Nascita e evoluzione di una psichiatria di comunità in Umbria* egli presenta le tappe della psichiatria di comunità dal 1970 al 1990.

Parole chiave: psichiatria di comunità, de-istituzionalizzazione psichiatrica, servizi psichiatrici territoriali, riforma psichiatrica in Umbria

Resumen

«Trasumanar e organizzar». Nacimiento y desarrollo de una psiquiatría de comunidad en Umbría

Francesco Scotti es uno de los protagonistas de la de-institucionalización asilar y de la creación de los servicios de salud mental en la Umbría, una experiencia de grande fuerza innovadora que anticiparon lo que a sido realizado con la Ley 180/78. En el libro *Nacimiento y desarrollo de una psiquiatría de comunidad en Umbría* el Autor presenta las etapas de la psiquiatría de comunidad de 1970 hasta 1990.

Palabras clave: psiquiatría comunitaria, desinstitucionalización psiquiátrica, servicios psiquiátricos territoriales, reforma psiquiátrica en Umbría

Résumé

«Trasumanar e organizzar». Naissance et évolution d'une psychiatrie de communauté en Ombrie

Francesco Scotti a été l'un des protagonistes du dépassement de l'hôpital psychiatrique et de la création des services dans le territoire en Ombrie, une expérience fortement innovante qui a précédé ce qui sera réalisée avec la Loi 180/78. Dans le livre *Naissance et évolution d'une psychiatrie de communauté en Ombrie*, L'Auteur présente les étapes de la psychiatrie de communauté dès 1970 à 1990.

Mots clés: psychiatrie communautaire, désinstitutionnalisation psychiatrique, services psychiatriques territoriaux, réforme psychiatrique en Ombrie

Etnografie pandemiche

Fabio Dei

Università di Pisa
[fabio.dei@unipi.it]

Abstract

Pandemic Ethnographies

In the last two years, a wide anthropological and ethnographic literature has appeared on the Covid-19 pandemic, mainly focused on the social and cultural effects of the measures to combat it. Of particular interest are collective studies comparing the response to the pandemic in various countries all over the world. In this paper I discuss two of these works, *Viral Loads* (MANDERSON, BURKE, WAHLBERG 2001) and *Negotiating the Pandemic* (ALI, DAVIS-FLOYD 2022), which include dozens of contributions covering many different geographical and cultural areas. The main issues that emerge are: a) the methodologies for studying a health emergency that makes classical ethnography impossible; b) the ways in which the containment measures have highlighted and sometimes accentuated social inequalities; c) the problem of the effectiveness of containment measures and the impact of the pandemic on the concept of democracy; d) the relationship between biomedicine and traditional or alternative medicines in the treatment and prevention of contagion; e) the role of cultural factors in the reactions to the pandemic; f) the development of forms of local negotiation of the meanings of the virus and contagion, transmitted through rumors, folk interpretations, conspiracy theories.

Keywords: pandemic, Covid-19 containment practices, social inequalities, traditional medicines, folk interpretations of Covid-19

Si è scherzato molto sulla “pandemia editoriale” che ha fatto seguito alla pandemia da Covid-19. In due anni, gli scritti sugli effetti del Covid-19 si sono in effetti moltiplicati a valanga anche nel campo delle scienze umane e sociali, e per quanto ci riguarda nell’antropologia medica. Una certa inflazione di scritti non è forse buon segno: dipende magari da una sindrome degli intellettuali che, chiusi in casa durante il *lockdown*, non potevano far altro che scrivere; e non sopportavano, d’altra parte, di non aver nulla di più acuto da dire rispetto ai virologi e agli epidemiologi che invece facevano (anche troppo) da mattatori sui principali media. Da qui una certa

tendenza a straparlare, e a proiettare sugli eventi in corso modelli apocalittici, distopie politiche, mutazioni antropologiche, catarsi ecologico-religiose e tutta una serie di altri significati culturali: tutte cose che dicono più sul ruolo sociale degli intellettuali stessi (e delle loro/nostre frustrazioni, manie teoriche, ideologie) che non sul fenomeno stesso (ROSSI MONTI 2021).

Ciò non significa tuttavia che in questa produzione non vi siano aspetti di grande interesse, su cui nei prossimi anni, passata l'emergenza (ammesso e non concesso che lo sia), dovremo riflettere con più calma. Nel campo dell'antropologia medica, di particolare rilievo appare un format editoriale che sta conoscendo una certa fortuna: volumi antologici che raccolgono resoconti – più o meno etnografici – sulle reazioni alla pandemia in diversi paesi del mondo. I due volumi che qui segnalo hanno appunto questa caratteristica. Il primo, *Viral Loads*, esce nel 2021 e raccoglie 23 saggi prodotti a ridosso della prima e più intensa fase del contagio e del “distanziamento sociale”, mettendo a confronto contesti tanto diversi come il Sudafrica e gli Stati Uniti, la Turchia e il Senegal, l'India e il Brasile, il Messico e la Tanzania, oltre a diversi paesi europei fra i quali l'Italia (con un saggio di Chiara Bodini e Ivo Quaranta). Il secondo volume, *Negotiating the Pandemic*, è invece del 2022 ed esce nella prestigiosa collana *Routledge Studies in Health and Medical Anthropology*: include 19 saggi, concentrati sui casi di Australia, Svezia, Kenia, USA, Germania, Svizzera, Polonia, Russia, con una speciale attenzione al Sud Est asiatico e al Pakistan. Un panorama molto ampio, insomma, che impegna ben 87 autrici e autori, anche se con contributi di qualità molto diversa. Nel complesso i due volumi mostrano le indubbie potenzialità dell'approccio antropologico e comparativo nel cogliere aspetti e problematiche che sfuggono ai resoconti “ufficiali” della pandemia, sia di tipo medico che politico o giornalistico. D'altra parte, a mio parere, mostrano a tratti anche i limiti di quello che potremmo chiamare l'approccio egemonico dell'antropologia internazionale, ossessivamente concentrata su alcuni modelli interpretativi e presupposti ideologici che soffocano la capacità di cogliere la ricchezza, eterogeneità e contraddittorietà delle pratiche sociali. In questa recensione non posso che limitarmi a enunciare alcune delle principali problematiche che ne scaturiscono, ciascuna delle quali meriterebbe l'apertura di dibattiti specifici di ampio respiro.

Etnografie d'urgenza

Un primo problema che si pone è di ordine metodologico. Gli antropologi, abituati a svolgere etnografie intensive e di lungo periodo, caratterizzate da ricchezza di relazioni umane e da “lentezza” dei ritmi di apprendimento e comprensione, si sono trovati di fronte alla pandemia a intervenire in tempi rapidissimi su un fenomeno di scala globale, nel contesto di un “distanziamento sociale” che limitava le capacità di osservazione alla consultazione dei media oppure a rapporti intrattenuti a distanza. Si possono chiamare ugualmente “etnografie” i loro contributi? La maggior parte delle Autrici e degli Autori dei due volumi sembrano convinti di sì. Le principali categorie che utilizzano per legittimare le rispettive metodologie sono quelle di “autoetnografia”, di *cyber-etnografia* e di “ricerca rapida”. Quest’ultima espressione, che dà il nome a un progetto specifico dell’University College di Londra, si riferisce a etnografie o raccolte di dati a breve termine da usare in ambito soprattutto sanitario e in situazioni di emergenza (cfr. il contributo di E. Block e C. Vindrola-Padros in *Viral Loads*). Sembra consistere soprattutto in raccolte di interviste, ma non si capisce che cosa la differenzi dalla ricerca “lenta” o “lunga”, se non l’incompletezza o una troppo affrettata elaborazione dei dati. La *cyber-etnografia*, più volte invocata, sembra a sua volta risolversi nel fatto che le fonti in rete sono le uniche disponibili. In quanto all’autoetnografia, si tratta di un termine entrato con decisione nel lessico metodologico negli ultimi 10-20 anni, come conseguenza di quegli indirizzi epistemologici che hanno sottolineato il ruolo decisivo della soggettività del ricercatore nella produzione del sapere antropologico. Si tratta di una tematica in sé importante, giacché ogni ricercatore, soprattutto quando studia il sistema socio-culturale di cui fa parte, utilizza in parte se stesso come informatore – o meglio, descrive e riflette su una specifica realtà culturale a partire dalle proprie personali esperienze. Sono ormai in circolazione molti manuali che cercano di affinare e formalizzare la tecnica autoetnografica: rimandando soprattutto ad approcci di tipo fenomenologico o bourdesiano, nei quali un soggetto cerca di far emergere e oggettivare categorie culturali o atteggiamenti incorporati che normalmente assume come scontati e impliciti nella vita quotidiana¹. Più spesso, però, si tratta di una sorta di “anti-metodo” legato al clima post-moderno di distruzione dell’oggettività dei saperi umanistici e sociali, e quindi una sorta di legittimazione dell’*everything goes*. Capita così di trovare l’etichetta impiegata solo per giustificare l’assenza di una etnografia vera e propria, e legittimare riflessioni personalistiche o pseudo-letterarie.

Non ne mancano esempi anche in questi due libri, come quando uno dei curatori di *Negotiating the Pandemic*, Inayat Ali, ci propone senza alcun imbarazzo un lunghissimo e non irrinunciabile dialogo fra un “Io” e un “Tu”, che sarebbero due componenti della sua personalità. La cosa sconcertante di questo capitolo per me non è soltanto la banalità del dialogo, una specie di flusso di coscienza a ruota libera su cosa uno immagina chiuso nella sua stanza durante il *lockdown* (dove vorrebbe trovarsi, in cosa le persone si trasformeranno dopo questa esperienza etc.); è piuttosto il tentativo di giustificare metodologicamente questa banalità con asserzioni tipo:

Questo capitolo è allo stesso tempo *evocativo* e *analitico*. Lo vedo come una sintesi di entrambi gli approcci, dal momento che racconto storie incorporate su me stesso ma cerco anche di evocare “conversazioni” emozionali con i miei lettori [qualunque cosa ciò voglia dire]. Inoltre, analizzo queste storie attraverso una «descrizione densa» geertziana, tentando di «sviluppare una comprensione teorica di più ampi fenomeni sociali» sia richiamando le mie emozioni passate...sia vivendo nel minaccioso presente (p. 15)².

Viene da supporre che i *peer-reviewers* si siano distratti un attimo, o forse che non sono previsti per la “ricerca rapida” o “in tempo reale”. Ma più probabilmente dietro passi come questo (siamo in una prestigiosa collana internazionale, non su un giornalino studentesco) si nascondono tratti diffusi di involuzione dell’antropologia contemporanea, che non è questa la sede per discutere. Certo, io (visto che si deve usare la prima persona) appartengo a una generazione che ha visto con entusiasmo l’emergere di una scrittura etnografica capace di tematizzare il punto di vista soggettivo e le “emozioni” stesse del ricercatore: ed è piuttosto triste, di fronte a questi esiti, trovarsi invece a rimpiangere quei vecchi maestri che pensavano di fare scienza e non stavano in ogni momento a titillare la propria soggettività. Comunque, la maggior parte dei contributi in questi due volumi utilizza, com’è normale, la conoscenza del fenomeno pandemico tramite le fonti mediali, l’esperienza personale, qualche volta colloqui e interviste: insomma, i dati empirici che si possono reperire, com’è normale che sia, senza che si debba per forza nobilitare questo *bricolage* per mezzo di altisonanti etichette metodologiche che non vogliono dire nulla. E in ogni caso, l’autoetnografia dovrebbe caratterizzarsi per la capacità di oggettivare e sottoporre a una seria analisi culturale la propria soggettività, non per esercizi di compiacente narcisismo.

La pandemia e le disuguaglianze

Venendo ai contenuti delle analisi proposte in questi saggi, il primo tema che si impone all'attenzione riguarda i modi in cui la diffusione della pandemia e le misure di contrasto adottate dalle autorità politiche e sanitarie hanno reso visibili e spesso hanno accentuato le disuguaglianze sociali. Ciò è avvenuto su diversi piani. Prima di tutto, alcune categorie di cittadini o lavoratori sono stati costretti ad affrontare un rischio epidemico più alto: in particolare gli operatori sanitari, ma anche gli impiegati nei servizi essenziali, o coloro che non potevano disporre di protezioni economiche, i lavoratori precari o a nero, nonché certi gruppi marginali come gli *homeless*, alcune tipologie di migranti e così via. Sul piano sanitario, a queste categorie è venuta spesso a mancare anche l'assistenza medica ordinaria, in una fase in cui lo sforzo dei servizi sanitari si concentrava quasi esclusivamente sul Covid e gli altri reparti venivano chiusi o drasticamente ridimensionati per il rischio di contagio. In secondo luogo, il *lockdown* più rigido ha rappresentato per una parte della popolazione una parentesi della vita ordinaria non troppo complessa da affrontare; per un'altra parte ha invece implicato la rovina economica, o condizioni di vita molto dure a causa della precarietà e dell'affollamento degli alloggi, con l'impossibilità di seguire i figli nella didattica a distanza e così via. Ciò fa sì che classi sociali o gruppi particolari "negoziino" in modi specifici il significato della pandemia, e assumano atteggiamenti diversi nei confronti delle misure di contenimento e prevenzione disposte dai governi. Entrambi i libri considerati trattano questo aspetto, ma in modalità molto diverse. *Viral Loads* è interamente centrato sul problema delle disuguaglianze. Il libro è stato scritto a ridosso della prima e più radicale fase di *lockdown* del 2020, e risente delle posizioni critiche che alcuni settori delle scienze sociali avevano assunto nei confronti del "distanziamento sociale" e delle limitazioni dei diritti individuali imposte dalle autorità statali. Le posizioni, diciamo, assunte in Italia da Agamben, pur senza giungere al negazionismo della pandemia che quest'ultimo alla fine ha scopertamente rivendicato. Così, l'introduzione dei curatori (scritta nel febbraio 2021) inizia dando per scontato il fallimento delle politiche sanitarie, sul piano mondiale, nel contenere la pandemia. «L'unica strategia per la maggior parte dei governi [...] è consistita nell'obbligare o responsabilizzare gli individui a fare la loro parte: stare a casa, mantenere la distanza, lavarsi le mani e stare in auto-quarantena»; cioè in «tecniche ottocentesche per controllare l'infezione [...] Gli stati nazione e le strutture di potere al loro interno hanno

imposto coprifuoco e *lockdown*, hanno chiuso i confini, hanno fatto test e messo in quarantena le persone in modo più o meno coercitivo e autoritario» (pp. 3-4). Tutto questo, «senza considerare le limitate possibilità per molte persone di “rifugiarsi in casa”, di lavarsi le mani e di assicurare il distanziamento fisico. [...] Questi sono lussi che solo in pochi possono permettersi, in un mondo ineguale dove in milioni vivono sulle strade, in quartieri affollati, senza acqua e servizi sanitari». Per cui, dopo un anno, «gli effetti della pandemia e degli sforzi di contenerla continuano a produrre esperienze disuguali, in modi razzializzati, disabilitanti e discriminatori» (p. 2).

Tutto questo è vero, ma non appaiono giustificate (e neppure argomentate) le conseguenze che se ne vogliono trarre. E cioè, in primo luogo, che le strategie di contrasto e prevenzione siano state inefficaci o addirittura controproducenti. Come si può affermare con tanta sicurezza che le misure di contenimento basate sull'obbligatorietà della mascherina, sul mantenimento delle distanze, su quelli che nel mondo francofono sono stati chiamati i *gestes barrières*, nonché nei periodi di più acuto pericolo su un parziale coprifuoco e sull'isolamento domestico, sono state inefficaci? Si tratta di misure che hanno trovato sostanzialmente concorde l'intera comunità medico-scientifica internazionale: nessuno si aspettava che debellassero la malattia, ma che contenessero i contagi e i decessi, cosa che hanno indubbiamente fatto, limitando i danni nella parte più fragile della popolazione, vale a dire soprattutto fra i più anziani, gli ammalati cronici e così via. Oggi è anzi molto più chiaro come quelle restrizioni fossero necessarie in una fase in cui non era ancora disponibile il vaccino. Quel che è interessante è semmai confrontare le diverse modalità di applicazione delle misure di *lockdown* in diversi contesti sociali e culturali: cosa che in effetti i saggi di entrambi i volumi fanno molto bene. Ne emerge un quadro differenziato, in cui si va da un massimo di coercizione statale, con una militarizzazione della società civile (Cuba e Sudafrica, ad esempio, fra i casi discussi), alla scelta di evitare ogni obbligo di legge e di affidarsi alla responsabilità dei singoli cittadini (come in Svezia). Sembra che le norme di contenimento siano risultate nella creazione di regimi morali, all'interno dei quali hanno acquisito significato certi comportamenti, valori di responsabilità e solidarietà, con la creazione di “eroi” da un lato (gli “angeli delle corsie” etc.) e di “dèmoni” dall'altro (con la stigmatizzazione di pratiche considerate non etiche e pericolose per il bene comune). Le curatrici e i curatori di *Viral Loads* non sembrano però cogliere le diversità proposte dai vari casi, che allineano semplicemente come prove cumulative dell'ingiustizia

che gli “stati-nazione” di tutto il mondo avrebbero perpetrato ai danni di certe fasce sociali. Ciò fa perdere di vista, o considerare secondarie, altre distinzioni che invece appaiono cruciali. Da un lato, quella fra i governi che hanno dato priorità alla salvaguardia dell’impresa privata (ad esempio il Brasile di Bolsonaro, e per un certo tempo le amministrazioni ultraliberiste di Trump e di Johnson), e quelli che hanno perseguito strategie di salute pubblica intesa come bene comune, cercando al tempo stesso di equilibrare e distribuire i danni economici che ne conseguivano. In secondo luogo, la distinzione fra i Paesi che hanno potuto contare su un sistema sanitario gratuito e aperto a tutti e su politiche di welfare, e quelli con una sanità privatizzata e privi di sostegni per le fasce più povere, e che non hanno voluto o potuto fornire assistenza di base e territoriale. Cogliere queste differenze mi sembra molto più importante che non accusare il mondo intero di generiche nefandezze biopolitiche.

Pandemia e democrazia

Tornando alle disuguaglianze, molte Autrici e Autori di *Viral Loads* sostengono due tesi parallele: la strategia del *lockdown* ha da un lato accentuato le difficoltà economiche ed esistenziali dei ceti più poveri e marginali, e dall’altro li ha sottoposti ad un più alto rischio di contrarre la malattia e di subirne gravi conseguenze. A proposito di quest’ultimo punto, in realtà, non abbiamo a tutt’oggi dati chiari sulle categorie sociali che hanno pagato il maggior prezzo alla pandemia in termini di contagi, di decessi e di effetti patologici a lungo termine. Sul piano internazionale, i paesi apparentemente più colpiti sono stati quelli ad alto-medio reddito. Le ragioni possono essere molte, e vanno dall’età media più alta e quindi dalla maggior percentuale di anziani nella popolazione, alla densità abitativa, a una prevalenza di attività *indoor*; è anche probabile che i dati siano falsati da una imperfetta e solo parziale registrazione delle infezioni in paesi a basso reddito. All’interno dei singoli paesi, è possibile sostenere l’esistenza di un nesso proporzionale tra incidenza dei contagi e dei decessi e l’appartenenza a classi sociali più basse, a gruppi marginalizzati, o alle categorie dei lavoratori dei servizi essenziali? Questo nesso, che viene dato per scontato in quasi tutti i saggi di *Viral Loads*, non è in realtà dimostrato da alcun dato preciso – nei diversi paesi di cui il libro si occupa. Una apparente eccezione è un saggio su *The Biopolitics of Covid-19 in the UK* (J. Gamlin, S. Gibbon e M. Calestani), fondato sulla apodittica asserzione che il profilo epidemiologico del Covid-19 è plasmato dalle ineguaglianze sociali, dal razzismo e

dalla permanenza di strutture coloniali nell’Inghilterra di oggi. Le autrici assumono come un dato di fatto che vi siano state percentuali doppie o triple di probabilità di contagio e di morte per i cittadini “Black, Asian and Minority Ethnic” (BAME) rispetto agli “inglesi bianchi” (p. 110). Ma l’unico riferimento empirico per questo è uno studio di Public Health England³ (PHE, agenzia governativa, oggi chiusa, che ha gestito in Inghilterra la contabilità epidemiologica del Covid nella sua prima fase). Leggendolo con un minimo di attenzione, questo studio mostra effettivamente che nei gruppi BAME c’è stato un rischio di mortalità per Covid superiore a quello dei “bianchi”: ma non c’è stato invece un rischio maggiore di contrarre l’infezione. Il che significa che la maggiore mortalità è da correlare con altre cause, principalmente con fattori di comorbilità o di obesità. Il report è chiaro sul fatto che «other evidence has shown that when comorbidities are included, the difference in risk of death between ethnic groups among hospitalised patients is greatly reduced» (PHE, 2020: 4). Per non parlare del fatto che lo studio in questione si è basato sullo “stakeholder involvement”, cioè sulla raccolta di punti di vista di persone coinvolte “in BAME issues”, tramite assemblee pubbliche: ammettendo che «PHES role was to capture the feedback received and were not responsible for confirming the evidence base behind the points raised» (PHE, 2020: 5). Insomma, per provare una evidenza epidemiologica, ci si appella alle impressioni soggettive dei gruppi sociali coinvolti. Il tasso di mortalità superiore, che sembra invece oggettivo, rimanda a fattori più profondi di rapporto fra stato di salute e appartenenza sociale, condizione lavorativa e origine etnica. È un tema importantissimo per l’antropologia medica, che ha documentato in molti modi la più alta morbilità generale di strati sociali “bassi”, causata da stili di vita e di alimentazione, dal più basso capitale culturale, dal più difficile accesso ai servizi sanitari e così via. Ma tutto ciò ha a che fare con le condizioni sociali, in altre parole con la classe e con la distribuzione del capitale economico, culturale e sociale; e, certamente, con il fatto che i cittadini di origine “etnica” (il che significa per l’Inghilterra cittadini emigrati dalle proprie colonie) sono concentrati negli strati sociali più bassi. Sono problemi ben noti e complessi: ma affrontarli con il piglio dogmatico della *Critical Race Theory*, e mettere le misure anti-Covid nello stesso calderone della uccisione di George Floyd, come fanno le Autrici, francamente non aiuta la comprensione.

Aiuta però a rendersi conto di quale sia la posta teorica in gioco: le strategie statali di contenimento della pandemia non sarebbero che l’ennesima espressione di quell’ordine politico mondiale, radicato nell’Occidente, la

cui essenza è la produzione di privilegi e disuguaglianze su base razziale, l'oppressione di gruppi marginali, la perpetuazione dei rapporti di forza coloniali nonché di una oppressione biopolitica sulle moltitudini, e così via. Siamo nel bel mezzo della teoria critica postcoloniale, insomma, il cui nocciolo consiste nel sostenere che i sistemi democratici sono gusci vuoti che nascondono un potere totalitario fondato su una "violenza strutturale" che si esercita secondo le linee della razza, del genere e di altre categorie intersezionali. Lo esplicita bene una delle curatrici del volume, L. Mander-son, in un saggio (con S. Levine come coautrice) dedicato al Sudafrica e all'uso dell'esercito nel controllo del *lockdown*, scrivendo che «il Covid ha messo a nudo il mito della democrazia, così come delineato da Habermas»; e che «dobbiamo cogliere l'occasione (della pandemia) per rivisitare le fondamenta patriarcali e razziste della democrazia, stabilite da una classe elitaria di uomini bianchi con l'esclusione di tutti gli altri» (p. 53). Così, il Covid diventa l'ennesima occasione di attacco al modello politico delle democrazie occidentali, grande *Leitmotiv* delle "scienze sociali critiche" (cioè di una pratica intellettuale che proprio da quelle democrazie è sostenuta e protetta).

In ogni caso, tutto questo non ha nulla a che fare con l'efficacia o meno delle misure anti-Covid. Se non fosse ovvio, bisognerebbe ricordare che lo scopo delle misure di *lockdown* non era solo la protezione dei singoli individui che potevano isolarsi, ma limitare la circolazione del virus, con un beneficio, dunque, anche per chi il *lockdown* non poteva o non voleva permetterselo. Per questo il *lockdown* non è stato una operazione di necropolitica verso i marginali, come fatuamente qualcuno va affermando, ma al contrario ha rappresentato una misura di protezione proprio verso i ceti ai quali non era consentito l'isolamento domestico (allo stesso modo in cui il vaccino ha protetto anche chi non ha voluto sottoporvisi). In quanto ai danni in termini di contagio e morte, più o meno dappertutto il "gruppo" più penalizzato è stato quello dei medici e del personale sanitario (che non è certo marginale, subalterno o "razzializzato"); nonché gli anziani delle case di riposo, prevalentemente appartenenti al ceto medio. E il ceto medio-basso dei lavoratori autonomi è quello che ha subito maggiori danni economici. È per me bizzarro osservare come questi gruppi sociali "intermedi" sfuggano completamente allo sguardo di un'antropologia interessata al rapporto tra salute e condizione sociale. Leggendo i saggi di *Viral Loads*, si ha l'impressione che quasi tutte le Autrici e gli Autori assumano un modello di stratificazione sociale costituito da due soli elementi: una maggioranza privilegiata definita su base identitaria e indifferenziata

(i bianchi vs. i BAME, gli autoctoni vs. i migranti), e una minoranza definita da caratteri etnici (anzi, “razzializzata”) o da uno status di sottoproletariato o radicale marginalità (come i *waste-pickers* in India, ad esempio, oggetto di uno dei saggi). Niente livelli intermedi, segmentazioni interne, zone grigie, dinamiche di mobilità. Non che sia sbagliato per l’antropologia stare dalla parte degli ultimi o dei dannati della terra e cercare di dar loro voce, al contrario. Ma è incongrua la pretesa di ricavare da ciò una visione dicotomica della disuguaglianza sociale e degli stati-nazione democratici come meri perpetratori di ingiustizia e violenza.

Biomedicina e medicine tradizionali e alternative

Non contesto il fatto che l’attenzione sulla disuguaglianza serve a evidenziare dimensioni della pandemia e delle misure di contrasto che sono spesso sfuggite alla copertura mediale e al senso comune. Ma un troppo rigido impianto come quello descritto rischia al tempo stesso di agire da paraocchi, impedendo non solo di rappresentare il punto di vista di numerosi e frammentati gruppi sociali, ma anche di cogliere la rilevanza antropologica di molti altri aspetti di quella che potremmo chiamare la socialità pandemica. Il volume *Negotiating the Pandemic* propone in questo senso esplorazioni più vaste, mettendo a fuoco molte problematiche decisamente interessanti. Posso qui solo accennare a tre di questi aspetti, che riguardano: a) la risposta alla pandemia da parte del sistema sanitario nelle sue varie articolazioni; b) il ruolo svolto dalle culture locali nel favorire o ostacolare le misure antipandemiche; c) le negoziazioni del significato della pandemia nell’immaginario pubblico, in particolare attraverso ondate di *gossip*, *rumors*, false notizie e leggende metropolitane. Sul primo punto, alcuni saggi riflettono sul modo in cui le istituzioni sanitarie, la ricerca biomedica e – nei paesi asiatici – le forme della medicina tradizionale (cinese, tibetana, ayurvedica) hanno interagito nell’affrontare l’emergenza, trovandosi a sperimentare situazioni, metodologie, protocolli inconsueti che sembrano mettere in discussione le loro apparentemente solide basi epistemiche. L’antropologa polacca Danuta Penkala-Gawęcka ad esempio ricostruisce le vicende legate all’uso di clorochina (o idrossiclorochina) e di amantadina come rimedi antivirali nella prima fase di diffusione del Covid. Entrambi i farmaci hanno conosciuto un breve periodo di fortuna, a partire da proposte di singoli medici che hanno saltato ogni comune test clinico, e sono state amplificate sul piano mediale e politico. Da qui corse all’accaparramento e varie forme di uso al di fuori del controllo medico, fino ad arrivare

all'esplicita affermazione da parte delle autorità sanitarie della loro inefficacia e pericolosità per gli effetti collaterali. Percorsi analoghi sono stati seguiti nei paesi asiatici da rimedi erboristici delle medicine tradizionali – con le istituzioni che in questo caso tendevano a favorire l'integrazione con la biomedicina. Integrazione che però sembra sistematicamente trovare il suo limite nella impraticabilità, per le medicine tradizionali (o complementari e alternative) di utilizzare gli stessi metodi di validazione (i test a doppio cieco, in sostanza) della biomedicina. La ragione consiste nel principio individuante su cui le cure tradizionali sono basate: lo stesso rimedio non avrà per principio lo stesso effetto su pazienti diversi. Tale contrasto si è manifestato con forza particolare in India fra il sistema medico ufficiale e i praticanti delle discipline AYUSH (Ayurveda, Yoga, Unani, Siddha, Sowa Rigpa o medicina tibetana, Homeopathy), le cui proposte di collaborazione nella lotta al Covid sono state marginalizzate in quanto incompatibili con una concezione *evidence-based* della medicina. La stessa Autrice appena citata si rende ben conto di questo problema: ma, rovinando un saggio per il resto lucido ed equilibrato, finisce per cadere nella banalità di una “violenza epistemologica” della biomedicina, che vorrebbe imporre i propri metodi e il proprio concetto di “evidenza” a una tradizione di sapere cui essi sono estranei (p. 165 ss.). Ecco dunque la morale del suo intero ragionamento: la pandemia ha visto la biomedicina arroccarsi in difesa dei propri confini epistemici, di una demarcazione fra scienza e non scienza; entrando però in contraddizione col fatto che nell'emergenza pandemica essa stessa non ha sempre seguito i propri rigorosi standard (come nei casi della idrossiclorochinina e della amantadina). Mentre, d'altra parte, se le medicine tradizionali non possono esser valutate tramite studi randomizzati, in virtù delle loro peculiarità epistemologiche, «ciò non significa che non funzionano» (p. 167). Il saggio si conclude così con l'affermazione (ripresa da un lavoro di B. Gerke sulla medicina tibetana ai tempi del Covid) che «le emergenze epidemiche richiedono un approccio più ampio e inclusivo», valendosi anche dell'apporto delle medicine tradizionali.

Qui si entra ovviamente nel complesso campo del pluralismo medico. Sia chiaro: è compito specifico dell'antropologia medica chiarire quali modelli e logiche culturali agiscono nelle medicine alternative o tradizionali; così come è suo compito etnografare le pratiche specifiche della biomedicina, mostrando come anch'esse non siano fatte di pura epistemologia, per così dire, ma si intreccino costantemente con assunzioni culturali e rapporti di potere. Ed è vero che analizzare tali pratiche in una fase di emergenza come quella pandemica può risultare particolarmente rivelatore. Studiare

il pluralismo medico significa chiarire i modi in cui nei concreti comportamenti quotidiani di specifici individui o gruppi sociali venga negoziata la scelta o la combinazione di proposte diagnostiche e terapeutiche alternative: il che avviene per lo più indipendentemente dalla costituzione e dalla incompatibilità epistemologica delle rispettive scienze o discipline. Tuttavia, mi lascia allibito la facilità con cui questo approccio metodologico può trasformarsi in un assunto relativistico sui rapporti tra sistemi di conoscenza: come se la relazione fra biomedicina e CAM fosse solo questione di maggiore o minor potere, e il concetto di “prova” una specie di sottoprodotto della “violenza epistemologica” capitalistica e coloniale. In altre parole: l’antropologia medica non può spiegare certo il ricorso alle CAM come un comportamento irrazionale, ma non può neppure assumere il punto di vista delle CAM come propria risorsa interpretativa e sostenerne le ragioni sul piano delle politiche sanitarie – abdicando così a un impegno verso certi valori della razionalità scientifica, o persino contrastandoli in quanto valori “egemonici”.

Più specificamente, spero si converrà che è bizzarro pensare che proprio le epidemie dovrebbero spingere verso il pluralismo (“un approccio più ampio e inclusivo”). Perché i casi sono due: o si crede nella verità e nell’utilità delle CAM, e allora le si sostiene sempre; o non ci si crede, e allora non le si usa tanto più in un momento di grande crisi come quello pandemico. A meno di non sostenere che le si usa per disperazione, in mancanza di altro. E, dall’altra parte, si può davvero sostenere che la *evidence-based medicine* si è contraddetta o sfaldata metodologicamente di fronte alla pandemia? A me non pare proprio. Certo, l’immediata reazione scientifica al Covid-19 ha mostrato incertezze, oscillazioni, conflitti interpretativi, voci dissonanti, scorciatoie (si pensi alle procedure abbreviate di validazione dei vaccini, oltre alle voci talvolta incontrollate su farmaci più o meno miracolosi). Ma la compattezza del campo scientifico si è nel complesso mantenuta, sulla base di metodologie e di protocolli condivisi. E non è del tutto normale che una scienza reagisca a fenomeni nuovi e così rischiosi attraverso procedure di prova ed errore, tentando strade nuove al di fuori del terreno già segnato? Penkala-Gawęcka, analizzando i casi delle idrossiclorochina e della amantadina, ritiene di aver dimostrato che «nel bel mezzo dell’emergenza pandemica la stessa biomedicina non ha rispettato tutti i suoi rigorosi standard» (p. 167). Il che mi pare assai discutibile, e basato su una ben strana concezione di una scienza *evidence-based*: la cui caratteristica non consiste affatto nell’evitare le prove, gli errori, i dibattiti, ma nel risolverli attraverso ricerche condotte sulla base di metodi condivisi, che portano quasi sempre

verso risultati accettati dall'intera comunità scientifica (come infatti è accaduto nei casi di idrossiclorochina e amantadina).

Fattori culturali nella risposta alla pandemia

C'è una problematica molto importante che alcuni saggi di *Negotiating the Pandemic* pongono, senza tuttavia a mio avviso riuscire a proporre risposte soddisfacenti. Il co-curatore già sopra ricordato, Inayat Ali, in un testo scritto con Tharaka Ananda, la formula in modo molto chiaro: «vi sono tratti culturali, in determinati sistemi culturali, che possono facilitare la resistenza a improvvise esplosioni virali come la pandemia da coronavirus?» (p. 191). In particolare, come si spiega il fatto che i paesi tecnologicamente più avanzati non sono riusciti a controllare la diffusione del virus, mentre altri paesi con minore reddito e risorse (gli esempi proposti sono Buthan, Taiwan, Vietnam, Micronesia, Samoa, le isole Salomone e Vanuatu) lo hanno fatto con maggior successo? Grande domanda. Le risposte sono però di una ingenuità disarmante. Gli stessi Ali e Ananda, esaminando il caso dello Sri Lanka, fanno interagire la reazione delle popolazioni alla pandemia con i sistemi di credenze religiose, prevalentemente buddiste ma con innesti induisti e folklorici nella maggioranza cingalese. Bene, sarebbe la credenza nel karma – con la convinzione che tutto avviene per una ragione – ad aiutare a mantenere “stabilità psicologica” di fronte a eventi improvvisi e drammatici. La maggior parte delle persone considererebbe la pandemia come una retribuzione karmica per azioni compiute in precedenti incarnazioni: il che, insieme alla convinzione che la sofferenza è una caratteristica innata dell'esistenza umana, contribuirebbe a un atteggiamento calmo e rassegnato. A ciò si aggiunge l'uso di rituali terapeutici e l'assunzione di sostanze come il tè di coriandolo, che aiuterebbero ad alleviare i sintomi e rafforzare l'immunità (non è chiaro se gli autori pensano che questa efficacia sia reale, oppure che l'illusione dell'efficacia è comunque positiva). Inoltre i cingalesi non sono grandi consumatori, si accontentano del poco che hanno (*sic!*, p. 202), e per indole non protestano contro le decisioni del governo, ad esempio sul coprifuoco e sull'uso della mascherina. Tutto qua. Dopo tutti i dibattiti sullo statuto delle “credenze”, sulle tradizioni valoriali, sulla essenzializzazione dell'appartenenza culturale etc., siamo a questo: credo che la pandemia venga dal mio karma e me ne sto tranquillo a bere il mio tè di coriandolo. Un po' come dire che a Napoli si è affrontata la pandemia con più calma e ordine perché ci si sente protetti da san Gennaro e da Maradona, oppure dalla pizza e dal mandolino. Ancora più sconcer-

tante è un saggio sul Buthan (PELAYO *et al.*), in cui si sostiene che la scarsa presa della pandemia sul paese sia dovuta al fatto che le istituzioni erano preparate, e che la popolazione è unita da vincoli di fiducia e fedeltà al proprio re e al proprio governo e dunque rispetta rigorosamente le norme di comportamento sociale e sanitario (p. 209). Sì, certo: ma non dipenderà anche dal fatto che si tratta di uno dei paesi più chiusi e isolati al mondo e con una minore densità di popolazione? Anche qui, distrazione dei *peer reviewers*? Rilassatezza dei criteri, nel senso che di fronte alla *urgent ethnography* non si guarda per il sottile? (ma in realtà, dov'è qui l'etnografia? Si tratta di asserzioni generalizzanti degne delle enciclopedie per ragazzi degli anni '60 – i cingalesi karmici e rassegnati, i buthanesi che amano il loro re etc.).

Più seri e interessanti sono invece i lavori che riguardano il Pakistan (ad esempio il saggio di Sara Akram e Rao Nadeem Alam, p. 255 ss.), con il tentativo di spiegare una scarsa *compliance* verso le misure governative anti-covid, anzi un diffuso rifiuto di seguire le prescrizioni preventive. Questo atteggiamento ha a che fare con forme di “costruzione culturale” (e religiosa) della malattia, in particolare con credenze, percezioni, immaginari locali che riguardano l'origine del virus, le modalità della sua trasmissione, le caratteristiche morali che la popolazione gli attribuisce. Anche il metodo di ricerca è più solido: somministrazione di questionari supportati da osservazioni etnografiche sul comportamento in micro-contesti relazionali. Questa idea di una negoziazione locale dei significati del virus, della malattia e della prevenzione è del resto l'idea forte che giustifica l'intero volume, malgrado le sue frequenti cadute di stile. In fondo, il Coronavirus potrebbe essere in sé un emblema della nozione di “glocale”: fenomeno di diffusione planetaria che però si declina in modi diversi in diverse aree geografiche, politiche e culturali.

In questi negoziati locali hanno ampia parte quei processi culturali informali o sotterranei che il volume descrive attraverso le nozioni di *rumors* (voci, pettegolezzi), teorie del complotto e stigmi. Si tratta di discorsi che nascono e si diffondono in modo apparentemente spontaneo e dal “basso”, come forme di folklore, diciamo, contrapponendosi alle visioni ufficiali sostenute dai media e dalle istituzioni; e trovano i loro canali di trasmissione nella comunicazione diretta e nei social media. I curatori del libro ne costruiscono una tipologia: ad esempio voci sull'origine del virus in certi luoghi o in certi animali, sul fatto che certi alimenti (quelli cinesi, ad esempio, o in generale di importazione) sarebbero sistematicamente contaminati, o anche cose più bizzarre come forme di contagio che avverrebbero tramite

i telefonini, le banconote etc. Numerosissime sono poi le voci su prodotti curativi o di prevenzione: l'aglio, la candeggina, gli alcolici, l'urina delle vacche, le vitamine etc. Fra le teorie del complotto sono prevalenti quelle sulla "fabbricazione" consapevole del Covid, la sua diffusione per implementare i profitti dell'industria farmaceutica, o come arma terroristica, o come forma di guerra economica (manovrata dall'America, da Israele, o al contrario dai nemici di Trump etc.). Simili elenchi classificatori di voci e pregiudizi non sono in sé particolarmente rilevanti, ma almeno indicano piste importanti di indagine. Non tanto per le credenze pregiudiziali in sé, quanto per le loro modalità sotterranee di trasmissione. L'espressione "negoziare" non è forse la più indicata per riferirsi a simili fenomeni: si tratta piuttosto della costituzione di sfere dell'immaginario che non sempre trovano una esplicita risoluzione discorsiva, e che collocano la pandemia all'intersezione fra poteri occulti, visioni metafisiche del Male, concezioni morali e classificazioni del puro e dell'impuro, del rischio e della sicurezza. Tutti temi che andranno ripresi nei prossimi anni, al di là degli inevitabili limiti della "ricerca urgente" compiuta in tempo reale durante la pandemia.

Note

⁽¹⁾ Si vedano fra gli altri: CHANG 2008; ADAMS, HOLMAN JONES, ELLIS 2015; BOCHNER, ELLIS 2016.

⁽²⁾ Le traduzioni presenti nel testo sono a cura dell'Autore.

⁽³⁾ *Beyond the Data: Understanding the Impact of Covid-19 on BAME Groups* (PUBLIC HEALTH ENGLAND 2020).

Bibliografia

ADAMS T.E., HOLMAN JONES S., ELLIS C. (2015), *Autoethnography: Understanding Qualitative Research*, Oxford University Press, New York.

ALI I., DAVIS-FLOYD R. (a cura di) (2022), *Negotiating the Pandemic. Cultural, National, and Individual Constructions of Covid-19*, Routledge, London-New York.

BOCHNER A., ELLIS C. (2016), *Evocative Autoethnography: Writing Lives and Telling Stories*, Routledge, London-New York.

CHANG H. (2008), *Autoethnography as Method*, Left Coast Press, Walnut Creek, CA.

MANDERSON L., BURKE N.J., WAHLBERG A. (a cura di) (2021), *Viral Loads. Anthropologies of Urgency in the Time of Covid-19*, UCL Press, London.

PUBLIC HEALTH ENGLAND (2020) *Beyond the Data: Understanding the Impact of Covid-19 on BAME Groups*, PHE Publications, London.

ROSSI MONTI M. (2021), *In the Name of the Virus. Intellectuals and the Pandemic*, "Lares", Vol. 85(3): 407-440.

Scheda sull'Autore

Fabio Dei insegna Antropologia culturale presso l'Università di Pisa. I suoi principali campi di ricerca riguardano l'epistemologia della ricerca antropologica, l'antropologia della violenza e le forme della cultura popolare e di massa in Italia. Si è occupato di antropologia medica a partire da una tesi dottorale svolta con la supervisione di Tullio Seppilli e dedicata alle terapie non convenzionali, e fin dalla sua fondazione ha fatto parte della SIAM e ha collaborato con AM. Fra le sue pubblicazioni più recenti: *Antropologia culturale* (2^a ed., Il Mulino, Bologna 2016), *Terrore suicida. Religione, politica e violenza nelle culture del martirio* (Donzelli, Roma 2016), *Cultura popolare in Italia. Da Gramsci all'Unesco* (Il Mulino, Bologna 2018); *James G. Frazer e la cultura del Novecento. Antropologia, psicoanalisi, letteratura*, Carocci, Roma 2021); *La scuola multiculturale. Una critica antropologica* (ed. Movimento di Cooperazione Educativa, Roma 2021). Con C. Di Pasquale ha curato il volume *Stato, violenza, libertà. La «critica del potere» e l'antropologia contemporanea* (Donzelli, Roma 2018); con L. Quarta il volume *Sulla svolta ontologica. Prospettive e rappresentazioni tra antropologia e filosofia* (Meltemi, Milano 2021). È direttore delle riviste "Lares. Quadrimestrale di studi demotnoantropologici" (Olschki) e "Rivista di antropologia contemporanea" (Il Mulino).

Riassunto

Etnografie pandemiche

Negli ultimi due anni è apparsa un'ampia letteratura antropologica ed etnografica sulla pandemia da Covid-19 e sugli effetti sociali e culturali delle misure per il suo contrasto. Di particolare interesse sono gli studi comparativi che raffrontano la reazione alla pandemia in vari paesi del mondo. In questo scritto discuto due di questi lavori, *Viral Loads* (MANDERSON, BURKE, WAHLBERG 2001) e *Negotiating the Pandemic* (ALI, DAVIS-FLOYD 2022), che includono decine di contributi riguardanti molte diverse aree geografiche e culturali. I principali temi che emergono sono: a) le metodologie di studio di una emergenza sanitaria che rende impossibile l'etnografia classica; b) i modi in cui le misure di contenimento del Covid hanno messo in evidenza e talvolta accentuato le disuguaglianze sociali; c) il problema dell'efficacia delle misure di contenimento e l'impatto della pandemia sul concetto di democrazia; d) il rapporto tra biomedicina e medicine tradizionali o alternative nelle pratiche di terapia e prevenzione del contagio; e) il ruolo dei fattori culturali nelle reazioni alla pandemia; f) lo sviluppo di forme di negoziazione locale dei significati del virus e del contagio attraverso un tessuto sotterraneo di voci, interpretazioni, teorie cospirazioniste.

Parole chiave: pandemia, misure anti-Covid19, disuguaglianze sociali, medicine tradizionali, interpretazioni folk del contagio

Resumen

Etnografías de la pandemia

En los dos últimos años ha aparecido una vasta literatura antropológica y etnográfica sobre la pandemia de la Covid-19 y sobre los efectos sociales y culturales de las medidas para combatirla. De particular interés son algunos estudios colectivos que comparan la respuesta a la pandemia en varios países del mundo. En este artículo discuto dos de estos trabajos, *Viral Loads* (MANDERSON, BURKE, WAHLBERG 2001) y *Negotiating the Pandemic* (ALI, DAVIS-FLOYD 2022), que incluyen docenas de contribuciones que cubren muchos áreas culturales diferentes. Los principales temas que emergen son: a) las metodologías de estudio de una emergencia sanitaria que hace imposible la etnografía clásica; b) las formas en que las medidas de contención del Covid han puesto de manifiesto y, en ocasiones, acentuado las desigualdades sociales; c) el problema de la efectividad de las medidas de contención y el impacto de la pandemia en el concepto de democracia; d) la relación entre la biomedicina y las medicinas tradicionales o alternativas en el tratamiento y prevención del contagio; e) el papel de los factores culturales en las reacciones a la pandemia; f) el desarrollo de formas de negociación local de los significados del virus y el contagio a través de un tejido subterráneo de voces, interpretaciones, teorías conspirativas.

Palabras clave: pandemia, prácticas de contención del Covid-19, desigualdades sociales, medicinas tradicionales, interpretaciones populares del Covid-19.

Résumé

Ethnographies pandémiques

Depuis deux ans, une abondante littérature anthropologique et ethnographique est apparue sur la pandémie de Covid-19 et sur les effets sociaux et culturels des mesures de lutte. Certaines études collectives qui comparent la réponse à la pandémie dans divers pays du monde sont particulièrement intéressantes. Dans cet article, je discute de deux de ces travaux, *Viral Loads* (MANDERSON, BURKE, WAHLBERG 2001) et *Negotiating the Pandemic* (ALI, DAVIS-FLOYD 2022), qui incluent des dizaines de contributions couvrant de nombreux domaines culturels différents. Les principales questions qui émergent sont: a) les méthodologies d'étude d'une urgence sanitaire qui rend impossible l'ethnographie classique; b) la manière dont les mesures de confinement du Covid ont mis en lumière et parfois accentué les inégalités sociales; c) le problème de l'efficacité des mesures de confinement et l'impact de la pandémie sur le concept de démocratie; d) la relation entre la biomédecine et les médecines traditionnelles ou alternatives dans le traitement et la prévention de la contagion; e) le rôle des facteurs culturels dans les réactions à la pandémie; f) le développement de formes de négociation locale des significations du virus et de contagion à travers un tissu souterrain de *rumors*, d'interprétations populaires, de théories du complot.

Mots-clés: pandémie, pratiques de confinement du Covid-19, inégalités sociales, médecines traditionnelles, interprétations folkloriques du Covid-19

La demenza e l'imperativo della prevenzione

Francesco Diodati
Università di Milano-Bicocca

Annette LEIBING, Silke SCHICKTANZ (a cura di), *Preventing Dementia? Critical Perspectives on a New Paradigm of Preparing for Old Age*, Berghahn, New York - Oxford 2021, 268 pp.

La raccolta di saggi curata da Annette Leibing e Silke Schicktanz merita un'attenzione particolare, non solo perché mostra le implicazioni epistemologiche, etiche e politiche delle più recenti scoperte scientifiche sulla prevenzione della demenza; il volume offre una precisa e puntuale testimonianza di come l'imperativo della prevenzione stia ridisegnando l'epistemologia della medicina. Le demenze, in particolar modo il morbo di Alzheimer, sono state a lungo rappresentate nei media e nel discorso medico attraverso metafore drammatiche e stigmatizzanti, che le hanno descritte come una condizione incurabile di esistenza a metà fra la vita e la morte: "una morte nella vita", "una perdita dell'essere", "una perdita della persona", ecc. (cfr. PASQUARELLI 2019). A partire dagli anni Settanta del Novecento, si è intensificata la ricerca farmacologica di interventi in grado di identificare e rallentare il decadimento cognitivo prima che sia troppo tardi. Studi recenti hanno dato nuova linfa alla ricerca sulla prevenzione, suggerendo che si possa limitare l'insorgere di queste malattie se si agisce tempestivamente su classici fattori di rischio per la salute (obesità, fumo; ipertensione in età adulta, ecc.). Queste nuove ricerche diffondono una nuova visione delle malattie dementigene che, da un lato, rimette in discussione categorie diagnostiche eccessivamente rigide, e, dall'altro, spinge verso il riconoscimento delle interconnessioni profonde che legano corpo, mente e fattori biosociali. Ciò nonostante, quello di riconoscere e distinguere tempestivamente un invecchiamento patologico dal normale decadimento cognitivo dovuto all'età rimane un progetto teorico ancora incompleto e pieno di insidie. Pertanto, se non sono inquadrate correttamente, pratiche di diagnosi precoce e campagne di prevenzione della demenza possono provocare forti disillusioni e veicolare messaggi contraddit-

tori sull'età avanzata (cfr. PASQUARELLI 2016). In aggiunta, nonostante le evidenze scientifiche sul legame fra fragilità sociale e rischio di sviluppare la malattia, le iniziative di prevenzione si concentrano spesso sul comportamento individuale ignorando l'impatto dei fattori strutturali (povertà, accesso ai servizi sanitari, istruzione, ecc.). È proprio l'attenzione data a questi ultimi due aspetti a definire la prospettiva critica, culturale e politica, adottata dagli studiosi del volume. I dieci saggi contenuti all'interno si basano principalmente su un'analisi storica, sociologica, bioetica ed epistemologica del dibattito scientifico sulla "nuova demenza".

L'introduzione riprende un annuncio riportato da molti media in giro per il mondo. Nel 2017, un rapporto della rivista *Lancet* afferma che si potrebbe prevenire circa un terzo dei casi di demenza intervenendo su nove principali fattori di rischio per la salute: l'educazione giovanile; l'ipertensione in età adulta; l'obesità; la perdita dell'udito; il fumo in età avanzata; l'inattività fisica; l'isolamento sociale; la depressione; il diabete; (p. 1). L'aspetto innovativo del rapporto non è tanto la dichiarazione che la malattia si può prevenire, ma i fattori di rischio identificati: la demenza diventa una patologia legata a un numero più ampio di condizioni di salute e all'invecchiamento in generale (p. 2). Il rapporto ha ricevuto alcune critiche nel campo medico, sia perché l'incidenza di questi fattori di rischio sui tassi di demenza è apparsa troppo ottimistica, sia perché esso non ha dimostrato in modo definitivo l'esistenza di una relazione di causa ed effetto fra alcuni dei fattori indicati e la malattia (p. 2). Nonostante le critiche che ricevono, le curatrici sostengono che i nuovi modelli di demenza mostrano una capacità maggiore rispetto al passato di spiegare i legami fra corpo, cervello e ambiente sociale circostante (p. 3). La "nuova demenza" appare dunque «un fenomeno contestato e incerto di comprensione della prevenzione» (p. 3), ma che mette in crisi modelli neuro-riduzionisti del passato (pp. 3-4). Al tempo stesso, le autrici si dedicano anche ad analizzare le numerose questioni e politiche poste dalla svolta generale verso la prevenzione. Infatti, il taglio degli investimenti statali nella salute pubblica ha prodotto un focus eccessivo delle iniziative di prevenzione sulla responsabilità individuale (p. 8). Appare dunque necessario che il crescente interesse per la prevenzione vada di pari passo con lo sviluppo di nuovi quadri etici di riferimento per la salute pubblica, oltre i modelli semplicistici di tipo neo-liberale o comunitario (pp. 8-9).

La prima sezione della raccolta, dedicata alle pratiche sociali e discorsive di prevenzione della demenza, si apre con il saggio di Laura Keuck, storica e filosofa della medicina. Tracciando una genealogia della malattia di

Alzheimer, Keuck cerca di situare storicamente la “promessa” che la demenza si può prevenire. La filosofa e storica della scienza suggerisce che gli attuali programmi di prevenzione dovrebbero riconoscere l’eterogeneità della malattia di Alzheimer e chiarire come gestiscono il complesso intreccio di categorie diagnostiche (p. 33). I più ottimisti ritengono che lo sviluppo della prevenzione permetterà di trascendere un certo pensiero categoriale, così da poterci concentrare maggiormente sulla qualità dell’ambiente fisico e sociale delle persone con e senza demenza (pp. 33-34). Keuck conclude pragmaticamente che, sostituendosi alle vecchie concezioni sull’Alzheimer, la nuova demenza potrebbe generare rappresentazioni sociali della vecchiaia e della malattia altrettanto stigmatizzanti (pp. 34-35).

Successivamente, l’antropologa Annette Leibing ricostruisce tre cambiamenti epistemici che hanno determinato la svolta verso la prevenzione della demenza, discutendo anche il suo potenziale impatto sociale. I primi due cambiamenti sono costituiti dalla messa in discussione negli anni Ottanta del paradigma cognitivista e dalla crescita dell’attenzione al rilevamento precoce e presintomatico (pp. 42-44). Infine, la terza, che Leibing reputa la rivoluzione più decisiva, è l’indicazione più recente che fattori di rischio cardiovascolari (diabete, fumo, obesità, ipertensione arteriosa, ecc.) siano associati anche alla malattia di Alzheimer (pp. 45-47). Nell’ultima parte dell’articolo, Leibing presenta un caso etnografico proveniente dal Brasile, dove l’attenzione alla modificazione dello stile di vita individuale rischia di favorire la stigmatizzazione delle persone in condizioni economiche svantaggiate, le quali hanno minore accesso alle cure sanitarie e all’istruzione (pp. 53-56). Al tempo stesso, l’autrice sottolinea che questa attenzione alla prevenzione può trasformarsi in un’opportunità per vivere una vecchiaia migliore, ma solo se abbandoniamo la concezione della demenza come una “malattia democratica” (p. 56).

Esaminando il dibattito pubblico e scientifico in Germania, anche Silke Schicktanz, esperta di bioetica, mira a situare culturalmente le pratiche discorsive sulla prevenzione della demenza. In quel contesto nazionale, mentre scienziati e professionisti appaiono più cauti, i media tedeschi tendono a semplificare le evidenze scientifiche sul legame fra uno stile di vita sano e la prevenzione della demenza (pp. 76-77). L’associazione tedesca di *advocacy* dei pazienti con Alzheimer critica queste campagne di prevenzione, definendole una «mezza verità» o una «problematica promessa di guarigione» (p. 78). Infatti, a differenza del contesto americano dove domina il desiderio di un mondo libero dalla demenza, le associazioni tedesche sono meno legate alla ricerca ossessiva di una cura e invocano immagini più

positive della malattia (p. 78). Pertanto, Schick Tanz afferma che, da un lato, le iniziative sulla prevenzione promuovono l'autoefficacia decostruendo il mito della demenza come destino ineluttabile, dall'altro, rischiano di attribuire un carico ingiustificato di responsabilità individuali che può sfociare nel biasimo e nell'umiliazione (pp. 84-85).

Il sociologo Matthias Leanza offre un inquadramento teorico della prevenzione diverso da quello proveniente dagli studi sulla governamentalità di stampo foucaultiano. Il suo lavoro destabilizza gli assunti alla base della critica sociale del neoliberalismo e della sua enfasi sulla responsabilità individuale. Espandendo le riflessioni di Luhmann sul rischio e la sociologia delle associazioni di Latour, Leanza sviluppa un'argomentazione che contraddice la raffigurazione della prevenzione della demenza come di un potente strumento per il governo della popolazione (p. 93). Sostiene che l'impresa della prevenzione si regga su un potere molto più fragile: «Non solo è improbabile che si riesca a convincere le persone a cambiare le loro *routine* quotidiana e a organizzare le loro vite per mitigare il rischio di sviluppare la demenza, è necessario uno sforzo congiunto di vari attori anche solo per ottenere un successo parziale» (p. 94).

Alessandro Blasimme chiude la prima sezione discutendo la concettualizzazione del binomio salute-malattia alla base dell'epistemologia dei nuovi modelli di demenza. Riprendendo gli studi classici di Canguilhem e Rabinow, il filosofo e studioso di bioetica afferma che il nuovo discorso clinico sulla prevenzione della demenza sta cercando di «concettualizzare il normale e il patologico lungo un unico continuum vitale» (p. 111). In altre parole, nell'attuale modello di prevenzione i confini fra la demenza e il declino cognitivo legato all'età sarebbero più sfumati rispetto al passato. L'autore lo descrive come una «prevenzione allo stato fondamentale»: una prevenzione che non mira a ripristinare uno stato di cose normale, perché non è legata a un fattore di rischio o a una malattia in particolare; piuttosto, il suo obiettivo è potenziare le capacità complessive dell'organismo di far fronte al suo declino funzionale e alla comparsa di patologie legate all'età (p. 120).

La sezione successiva consta di due saggi dedicati al declino cognitivo lieve (MCI), una categoria diagnostica ambigua e liminale che si trova a metà fra il normale e il patologico (p. 10). Attraverso l'analisi del dibattito scientifico e di un campione di interviste a esperti del settore in differenti paesi del Nordamerica e dell'Europa, il sociologo Tiago Moreira descrive i cambiamenti nella concezione di MCI nelle ultime due decadi. Mentre

inizialmente veniva considerato il maggiore fattore di rischio per sviluppare la sindrome di Alzheimer, successivamente è diventata una categoria associata a un numero più ampio di eziologie possibili, perdendo molto del suo valore predittivo originario (p. 132). Moreira suggerisce che la sopravvivenza del MCI possa essere spiegata dal «ruolo ascrivibile ai “disturbi soggettivi di memoria” nel mettere in atto una particolare configurazione di assistenza sanitaria guidata dalla scelta del consumatore e dalla logica del mercato» (p. 147). Pertanto, in molti si trovano alle prese con una categoria diagnostica ambigua, che non offre più la speranza di predizioni certe e di interventi tecnologici tempestivi (biomarcatori, farmaci per prevenire il declino, ecc.).

Il saggio successivo di Stephen Katz, Peri J. Ballantyne e Kevin R. Peters, rispettivamente due sociologi e uno psicologo, continua sulla falsa riga di critica alle retoriche sulla prevenzione diffuse da aziende farmaceutiche e altre società commerciali. Inizialmente, mostrano come esperti e professionisti condividano le stesse preoccupazioni a proposito dell'inconsistenza diagnostica e della capitalizzazione farmaceutica che circonda la categoria di MCI e il discorso sulla prevenzione dell'Alzheimer (p. 151). Successivamente, evidenziano l'opportunità lucrativa aperta dalla frontiera dello stile di vita sano (p. 157). Infine, a partire da un focus group realizzato con individui affetti da MCI, sottolineano che la diagnosi di decadimento cognitivo crea una profonda sensazione di interruzione e perdita (pp. 160-164). Rivendicando la lotta alla demenza come una responsabilità collettiva, gli autori chiedono pratiche diagnostiche «che includano il supporto, il dialogo e la compassione come baluardi contro le paure crescenti veicolate da regimi di prevenzione e da politiche coercitive di auto-cura» (p. 165).

L'ultima sezione è dedicata alle premesse concettuali e ai modelli normativi della prevenzione in generale. L'antropologa Kirsten Bell riflette sull'importanza centrale che ha acquisito l'idea di “stile di vita” nelle iniziative di prevenzione rivolte alle malattie croniche. Attraverso una comparazione con il cancro, il suo capitolo mira a situare la nascita della “nuova demenza” attraverso un inquadramento storico del rapporto fra stile di vita, malattie croniche e prevenzione (p. 176). Il successo della cornice dello “stile di vita” è stato determinato dal fiorire di nuove concezioni di causalità e di rischio nella medicina. L'autrice si chiede in particolare quali siano le ragioni che hanno causato l'ingresso ritardato della demenza nella categoria dei “disturbi cronici prevenibili”. La sua spiegazione è che, a differenza del cancro, la demenza è stata localizzata a metà fra disturbi fisici e mentali e al confine fra processi patologici e naturali. Pertanto, «l'ascesa dell'idea di

prevenire la demenza sembra essere in parte il prodotto delle tendenze colonizzatrici della cornice dello stile di vita» (p. 186).

Mark Schweda, filosofo e studioso di bioetica, e Larissa Pfaller, sociologa, contestualizzano il dibattito sulla prevenzione della demenza all'interno dei discorsi contemporanei sull'assegnazione delle responsabilità per un invecchiamento di successo. L'età avanzata si è trasformata, da un lato, in uno «schermo di proiezione» per progetti individuali e sociali, e, dall'altro, in un test decisivo per giudicare la cautela, la pianificazione e l'autodisciplina dimostrate nel corso di una vita (pp. 192-193). Affrontando i concetti di «individuazione», «iperestensione», «strumentalizzazione» e «stigmatizzazione» della responsabilità individuale, gli autori cercano una via alternativa alla critica sociologica classica all'invecchiamento di successo (pp. 201-207). È necessario evitare di ridurre tutto alla responsabilità individuale o alla società e analizzare il complesso intreccio di agenti politici, comunitari, individuali e sociali che influenzano la salute. Pfaller e Schweda chiedono pertanto approcci di empowerment integrati così da ottenere un'assegnazione più giusta ed efficace del carico di responsabilità per la salute (p. 208).

L'ultimo saggio di Thomas Foth, studioso di infermieristica e di salute pubblica, offre una ricostruzione storica e politica delle idee sullo "stile di vita". L'idea che i soggetti siano responsabili per la loro salute mentale è stata elaborata per la prima volta da una commissione canadese a metà degli anni Settanta: il rapporto Lalonde (p. 218). A partire da quella data, una volta "purificato" dai determinanti socio-economici di salute, il paradigma della prevenzione della demenza attraverso il cambiamento del proprio stile di vita ha progressivamente dominato i programmi internazionali di prevenzione e promozione della salute. L'autore afferma che la nozione di prevenzione è parte di una logica neoliberale di governo dei comportamenti di salute delle popolazioni; molte ricerche sulla prevenzione della demenza non riconoscono le relazioni di potere alla base della formazione storica del concetto di "stile di vita" (p. 236).

La nota conclusiva a cura di Peter J. Whitehouse e Daniel R. George, un neuroscienziato e un antropologo medico, esprime delle considerazioni finali sul rapporto fra cura e prevenzione. Inizialmente, gli autori riflettono criticamente sulla promessa di curare le malattie legate all'età che, se spinta all'estremo, porta alla speranza illusoria di riuscire a guarire persino dalla vecchiaia e dalla morte: «Per esempio, a quale stadio precedente di salute e di età ci si aspetta che una persona ritorni? [...] Se dovessimo

riuscire a curare tutte le malattie, ciò non equivarrebbe forse a prevenire la morte stessa?» (p. 243). La prevenzione, al contrario, occupa (o forse dovrebbe occupare) un diverso spazio concettuale e pratico, quello di migliorare la qualità della vita delle persone e degli anni ancora a loro disposizione (pp. 243-244). Una volta concepita come un processo radicale di trasformazione sociale ed ecologica, la prevenzione diventa un modello di salute migliore delle promesse offerte da modelli di consumo, poiché «miglioramenti nella qualità dell'aria e dell'acqua, trasporti pubblici più efficienti, impieghi più stabili, maggiori opportunità per l'istruzione pubblica e l'apprendimento sociale, campagne contro il fumo [...] non beneficerebbero solo coloro con la demenza o a rischio di averla, ma anche le persone con altre condizioni di salute» (p. 246). Come Leibing nel suo capitolo sul Brasile, gli autori adducono come prova dell'efficacia di questo modello di prevenzione la riduzione dell'incidenza del tasso di demenza in alcuni paesi, dove nel corso degli ultimi decenni sono state adottate politiche di democrazia sociale (p. 248). In altre parole, la salute mentale non è solo frutto di un esercizio individuale, composto da dieta ed esercizi per il fisico e la memoria: «La questione è più ampia e profonda, ha a che fare con uno scopo e una comunità, con investimenti condivisi nella salute collettiva, con il proteggere la casa ecologica che condividiamo, il pianeta Terra» (p. 249).

In conclusione, come anticipato inizialmente, il volume offre sicuramente degli spunti di riflessione non solo sulla "nuova demenza" ma sulla prevenzione in generale. Qualsiasi sia la malattia o la condizione di salute, la ricerca di una cura non dovrebbe essere in contrasto con quella atta a sperimentare modi per assistere e migliorare la qualità di vita delle persone che ne sono affette. Eppure, la ricerca di farmaci per curare o ritardare il declino cognitivo è stata sponsorizzata e finanziata grazie al pregiudizio che sia impossibile intervenire su questo ultimo aspetto. Questo volume ci mostra come anche la prevenzione possa ricadere nello stesso set di tautologie e campagne pubblicitarie ingannevoli; il caso delle malattie legate all'età avanzata come la demenza è infatti un esempio lampante. Come sottolineano Whitehouse e George, se concepiamo la prevenzione esclusivamente come il tentativo di evitare l'insorgere della demenza attraverso l'esercizio fisico o il consumo di biomarcatori e integratori, piuttosto che come un'ampia serie di iniziative atte a migliorare la vita delle persone in età avanzata con o senza gravi disturbi cognitivi, essa ci condurrebbe inevitabilmente alla speranza illusoria di poter guarire dalla vecchiaia e dalla morte. Sposare un imperativo diverso di prevenzione, orientato da un

approccio comunitario e non individualista, equivale anche a riconoscere che parlare di fattori di rischio ambientali e salute pubblica significa inequivocabilmente parlare di giustizia sociale e responsabilità collettive: in questo senso, Leibing afferma che la demenza non è “una malattia democratica”. Unico neo di questo lavoro è lo scarso utilizzo di dati etnografici e interviste qualitative. Infatti, laddove sono stati utilizzati, questi dati si sono dimostrati in grado di rivelare in che modo le concezioni di demenza circolino fra diversi attori sociali (non solo ambienti scientifici e media) e come impattino concretamente sulle pratiche di cura e sul vissuto di pazienti e familiari.

Bibliografia

PASQUARELLI E. (2016), *Tra normalità e demenza. Definizioni biomediche, rappresentazioni e vissuti del declino cognitivo in anzianità*, “AM: Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica”, 41-42: 181-207.

PASQUARELLI E. (2019), *Metafore in azione: Rappresentazioni e retoriche nell'immaginario socioculturale della malattia di Alzheimer in Occidente*, “Anuac”, Vol. 8(2): 37-60.

Part(or)ire altrove

Corinna S. Guerzoni
Università di Bologna

Chiara QUAGLIARIELLO, *L'isola dove non si nasce. Lampedusa tra esperienze procreative, genere e migrazioni*, Unicopli, Milano 2021, 303 pp.

Lampedusa, terra di frontiera, «un'isola che si è storicamente connotata per la sua estrema marginalità nei confronti del territorio italiano, e al tempo stesso per la sua centralità rispetto allo spazio mediterraneo» (VIETTI 2019: 2). Lampedusa è un luogo attraversato da flussi migratori, da flussi turistici e densamente affollato per quanto concerne gli di interesse di ricerca ad opera di scienziati sociali. Sono numerosi gli studi (solo per citarne alcuni cfr. FARANDA 2015; NICOLOSI 2016; AIME 2018) che sono stati condotti su Lampedusa, terra di confine e al contempo snodo centrale per la comprensione di alcuni fenomeni complessi del contemporaneo. «Molti libri sono stati scritti su Lampedusa» (p. 9), Chiara Quagliariello apre così la sua prima monografia. Nel 2021, per la collana Biblioteca di Studi Antropologici - Unicopli, esce *L'isola dove non si nasce. Lampedusa tra esperienze procreative, genere e migrazioni*, libro che arricchisce una già fiorente produzione di ricerche etnografiche italiane e di italiane che hanno focalizzato l'interesse su questioni squisitamente riproduttive e di genere, come ricerche sul parto (QUATTROCCHI 2018), sulla procreazione medicalmente assistita (GRIBALDO 2005; ZANINI 2017; GUERZONI 2020), sulla maternità (GIUFFRÈ 2018), su gravidanza e maternità transnazionale in contesti migratori (CAPELLI 2011; BONFANTI 2012; MARCHETTI, POLCRI 2013; TARABUSI 2017), sulle politiche dell'aborto (MATTALUCCI 2018, DE ZORDO 2017).

Chiara Quagliariello ci conduce ad esplorare qualcosa di inedito sull'isola di Lampedusa: voci di donne lampedusane e di donne migranti in dialogo che narrano di esperienze procreative solcate da ingiustizie, ma anche da risorse. L'introduzione del volume offre le coordinate per orientarsi alla lettura del testo. Lo studio etnografico condotto da Quagliariello s'inserisce all'interno di un quadro più ampio ed è stato finanziato dal progetto europeo *EU Border Care. Intimate Encounters in EU Borderlands: Migrant Mater-*

nity, Sovereignty and the Politics of Care on Europe's Periphery (ERC Starting Grant) coordinato dalla Professoressa Vanessa Grotti. Obiettivo di *EU Border Care* era studiare comparativamente le politiche del *maternity care* tra donne migranti accolte in zone di frontiera dell'Europa meridionale, nella Guyana francese e Mayotte (Francia), nell'Egeo settentrionale e Attica (Grecia), a Lampedusa/Sicilia (Italia) e tra Ceuta e Melilla (enclavi spagnole in Marocco). La ricerca di Quagliariello ha preso corpo tra Lampedusa e la città di Palermo in un arco temporale a cavallo tra il 2016 e il 2017. Il volume, in perfetto dialogo con la tradizione dell'antropologia della riproduzione¹, ha raccolto le voci delle donne per mostrare le specificità relative al campo della salute riproduttiva femminile (DAVIS FLOYD, SARGENT 1997). L'Autrice ha precisato le scelte metodologiche da lei adottate per comporre lo studio etnografico, nodo importante per comprendere come abbia potuto immergersi in un campo così complesso in un tempo relativamente circoscritto. Quagliariello ha intrecciato abilmente diverse metodologie: sullo sfondo scorgiamo ricerche d'archivio e una puntigliosa analisi di dati statistici, come la consultazione dei registri sanitari; più in superficie trovano spazio le interviste semi-strutturate a ventisette donne lampedusane di diverse generazioni, a diversi professionisti sanitari e a venticinque donne migranti (prevalentemente provenienti da Nigeria, Costa d'Avorio, Mali, Guinea Conakry). Anche se non precisato dall'Autrice, Quagliariello ha utilizzato le storie biografiche di queste donne per «un'analisi approfondita delle esperienze, dei repentini cambi di aspettative, prospettive o piani di azione» (RICCIO 2019: 12), portandoci a comprendere in maniera profonda le sfide della mobilità di persone in stato di gravidanza. Un ultimo elemento degno di nota dal punto di vista metodologico è l'implicazione dell'Autrice all'interno delle reti di assistenza sanitaria rivolta alle donne migranti dove l'antropologa si è proposta come interprete. L'Autrice, per fugare ogni eventuale critica a carattere etico rintracciabile in simili circostanze, afferma di aver coscientemente deciso di assumere una postura riconducibile all'*antropologia implicata* (BRUCE 1995), ovvero alla volontà di costruire relazioni con le popolazioni studiate al fine ultimo di aiutare le donne migranti a conoscere i propri diritti sanitari oltre alla propria condizione di salute.

Il volume si compone di due parti. Nella prima parte, *Storia delle nascite a Lampedusa*, Quagliariello propone un'analisi storica dell'assistenza a gravidanza e parto sull'isola di Lampedusa. *Quando (ancora) si partoriva a casa*, primo capitolo, esplora il periodo compreso tra la fine del XIX secolo e gli anni Sessanta del Novecento e ci parla della convivenza di diverse figure

incaricate di occuparsi dell'assistenza di madri e neonati, le levatrici-mammame, che custodiscono saperi non scientifici, e le levatrici diplomate che specularmente alle mammame, sono detentrici di conoscenze scientifiche. Il secondo capitolo, *Il parto ospedaliero: una rivoluzione mancata a Lampedusa*, analizza il periodo tra gli anni Sessanta e gli anni Settanta del Novecento, registrando la specificità lampedusana, un luogo di eccezione, rispetto al resto d'Italia e d'Europa dove il parto in casa è stato progressivamente sostituito dall'ospedalizzazione dell'evento della nascita. Se nel resto del contesto italiano il modello del parto ospedaliero si è progressivamente imposto come modello dominante, una storia differente ha preso corpo in terra lampedusana dove l'autrice ci parla di *nascite de-territorializzate* per indicare la peculiarità del venire al mondo. Il terzo capitolo, intitolato *Alla ricerca di altri luoghi in cui partorire*, è quindi dedicato a questa specificità di mobilità imposte o "emigrazioni riproduttive". Le nascite de-territorializzate hanno implicazioni a carattere sanitario – è emblematico in questo senso il numero di parti cesarei programmati, avvertiti al contempo come imposizione ma anche come risorse per assicurare la presenza dei partner; e questo aspetto si connette alla de-socializzazione del parto che possiede delle implicazioni sul piano delle relazioni affettive e sociali, la solitudine come sentimento ricorrente di molte storie raccolte.

Nella seconda parte, *Salute riproduttiva, genere e migrazioni*, restituisce un quadro analitico dei flussi migratori femminili che attraversano lo spazio del Mediterraneo. Il quarto capitolo, *Essere donne, migranti e "nere", violenze di genere, violenze di stato*, denuncia le numerose forme di violenza esperite dalle donne migranti approdate a Lampedusa in stato di gravidanza: violenze di genere, violenze ostetriche e violenze istituzionali. L'ultimo capitolo, *Ingiustizie riproduttive a confronto*, pone in dialogo le voci delle donne intervistate per mettere in luce le difficoltà di accesso ai servizi di salute riproduttiva, sia delle donne lampedusane sia delle donne migranti.

Come i recenti sviluppi sulle politiche dell'aborto negli USA e in Polonia hanno mostrato, la definizione dei diritti riproduttivi è un'arena di contestazioni pubbliche e politiche in numerose parti del mondo (GUERZONI, MATTALUCCI 2022; DE ZORDO, MARRE, SMIETANA 2022). Seppur spesso rappresentata come sfera intima, e quindi di poco interesse, la riproduzione è profondamente politica poiché le decisioni che governano i corpi hanno profondi impatti sulla salute (riproduttiva) delle persone. Per questa ragione, gli studi in ambito dell'antropologia della riproduzione, come l'etnografia di Quagliariello, risultano più che mai necessari, non tanto e non solo per porre l'accento sulle in/giustizie riproduttive (LUNA, LUKER

2013) che vedono protagoniste determinate popolazioni, ma per evidenziare dinamiche più complesse che toccano – in maniera diretta e indiretta – quotidianamente la vita di tutti noi.

Note

⁽¹⁾ Marcia Inhorn (2006) aveva evidenziato l'importanza di cogliere e raccogliere il punto di vista delle donne per comprendere e individuare le effettive priorità per quanto concerne la salute sessuale e riproduttiva.

Bibliografia

- AIME M. (2018), *L'isola del non arrivo. Voci da Lampedusa*, Bollati Boringhieri, Milano.
- BONFANTI S. (2012), *Farsi madri. L'accompagnamento alla nascita in una prospettiva interculturale*, Quaderni di Donne & Ricerca, 27/2012, CIRSD (Centro Interdisciplinare Ricerche e Studi delle Donne, Torino).
- BRUCE A. (1995), *Anthropologie appliquée ou anthropologie impliquée?*, pp. 87-118, in BARÉ J.F. (a cura di), *Les applications de l'Anthropologie: Un essai de réflexion collective depuis la France*, Éditions Karthala, Paris.
- CAPELLI I. (2011), *Embodying Difference. Health Care, Culture and Childbearing through the Experiences of Moroccan Migrant Women in Italy*, "Antrocom Online Journal of Anthropology", Vol. 7(1): 39-52.
- DE ZORDO S. (2017) *From Women's "Irresponsibility" to Foetal "Patienthood": Obstetricians-Gynaecologists' Perspectives on Abortion and Its Stigmatisation in Italy and Cataluña*, "Global Public Health", Vol. 13: 711-723.
- DE ZORDO S., MARRE D., SMETANA M. (a cura di) (2022), *Demographic anxiety in the age of 'fertility decline*, "Medical Anthropology", Vol. 4: 6-7.
- DAVIS FLOYD R., SARGENT C. (a cura di) (1997), *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives*, University of California Press, Berkeley.
- FARANDA L. (2015), *Non più a sud di Lampedusa. Italiani in Tunisia tra passato e presente*, Armando Editore, Roma.
- GINSBURG F., RAPP R. (1991), *The Politics of Reproduction*, "Annual Review of Anthropology", Vol. 20: 311-343.
- GIUFFRÈ M. (a cura di) (2018), *Essere madri oggi tra biologia e cultura: etnografie della maternità nell'Italia contemporanea*, Pacini, Pisa.
- INHORN M.C. (2006), *Defining Women's Health: A Dozen Messages from More than 150 Ethnographies*, "Medical Anthropology Quarterly", Vol. 20(3): 345-378.
- LUNA Z., LUCKER K. (2013), *Reproductive Justice*, "Annual Review of Law and Social Sciences", Vol. 9: 327-352.
- MARCHETTI M., POLCRI C. (2013) *Gravidanza, parto, puerperio in un contesto d'immigrazione: un approccio antropologico per la calibrazione culturale dei servizi socio-sanitari*, "AM Rivista della Società italiana di Antropologia Medica", 35-36: 1-32.

- MATTALUCCI C. (a cura di) (2017), *Antropologia e Riproduzione. Attese, fratture e ricomposizioni della procreazione e della genitorialità in Italia*, Edizioni Cortina, Milano.
- MATTALUCCI C. (2018), *Abortion and Women's Bodily and Mental Health: The Language of Trauma in the Public Debate on Abortion in Italy*, "Antropologia", Vol. 5(2): 75-94.
- NICOLOSI G. (2016), *Lampedusa. Corpi, immagini e narrazioni dell'immigrazione*, Franco Angeli, Milano.
- QUATTROCCHI P. (2018), *Oltre I luoghi comuni. Partorire e nascere a domicilio e in casa maternità*, Editpress, Firenze.
- RANISIO G. (2019), *Salute sessuale e riproduttiva: un concetto da rivedere?*, "EtnoAntropologia", Vol. 7(1): 9-18.
- RICCIO B. (2019), *Mobilità. Incursioni etnografiche*, Milano, Mondadori.
- TARABUSI F. (2017), *Quando nasce una madre. Cura, servizi e maternità nelle esperienze delle donne migranti: un approccio etnografico*, "AG-About Gender. Rivista Internazionale di Studi sul Genere", Vol. 6(12): 240-284.
- VIETTI F. (2019), *Turisti a Lampedusa. Note sul nesso tra mobilità e patrimonio nel Mediterraneo*, "Archivio antropologico mediterraneo", Vol. 21(1): 1-17.
- ZANINI G. (2017), *A la recherche d'un don de gamètes. Le rôle des cliniques dans les parcours procréatif de parents italiens*, "Ethnologie Française", 47(3): 471-480.

*Di là dal corpo*¹

Giovanni Pizza
Università di Perugia

Sara CASSANDRA, *La solitudine del cruciverba incompiuto. Storie di tranelli linguistici e disturbi psicosemantici*, Iuppiter Edizioni, Napoli 2021, 160 pp.

Ritengo che il libro *La solitudine del cruciverba incompiuto*, ancorché di genere narrativo, rivesta una pregnante importanza per l'antropologia medica, e anche se in questa sede non riporterò l'ampia bibliografia antropologica sui disturbi linguistici e sul rapporto tra linguaggio e temi correlati ai processi di salute/malattia, nelle brevissime note che seguono cercherò di spiegare perché.

Il libro non ha a che fare con quello di Leonardo Sciascia (1983) intitolato *Cruciverba*², che assumeva tale metafora di titolazione in maniera assolutamente letterale. Unica cosa che accomuna i due scritti è, forse, l'aver raccolto insieme brevi testi.

Intanto, mi sembra felice la soluzione di impersonare in molti dialoghi il malessere e la narrazione di un disturbo, il rapporto medico/paziente, quello salute/malattia, la questione corporea e la spinta volitiva del desiderio, le tematiche della comunicazione contemporanea e dei suoi mezzi e così via.

D'altronde l'impostazione dell'intero libro riguarda la relazione tra malattia e linguaggio (la scrittura).

Se è vero, alla maniera lacaniana che l'inconscio è strutturato come un linguaggio che non risponde alla logica dell'io cosciente, ho immaginato che quando l'inconscio rifiuta il linguaggio dell'io cosciente si fa creatore di curiose battaglie tra segno e significato, come dei colpetti irriverenti che erompono dai segni elementari del linguaggio e bussano alle porte dell'educazione linguistica (p. 7).

Sono queste le prime parole che incontriamo come Nota introduttiva dell'Autrice Sara Cassandra che fanno da premessa a una sequenza di trentadue episodi narrati tra i quali, secondo la stessa scrittrice, "alcuni più

pregnanti di altri” come *Tre parole vanno dal terapeuta* (pp. 15-21) o anche *Quando la filosofia non la prese con filosofia* (pp. 26-30). Gli episodi sono narrati in forma di dialogo, con domande e risposte tanto che uno di essi sceglie esplicitamente la forma dell’intervista apponendo tale indicazione nel titolo: *Intervista a un indovinelliere* (pp. 113-118).

Nell’episodio che dà il titolo al volumetto, *La solitudine del cruciverba incompiuto* (pp. 92-95), così dice una voce narrante:

- Mi sento un significante senza significato.
- Mi sento un sogno sempre sognato, e mai ricordato e mai interpretato (p. 94).

Cosa vuol dire? È un gesto fonetico, disperato, come voce che trascende? Compone forse “giochi linguistici” (*L’ateo che voleva smettere di dire oddio*, pp. 96-98; *La friendzone dell’Inconscio*, pp. 99-102; *Fuga dalla semantica*, pp. 124-129)? Delinea “disturbi psicosemantici”? Oppure foggia semplici “vestiti” per il linguaggio?

Personalmente non credo che i giochi della lingua, scritta o parlata che sia, siano oggettivi disturbi psicologici. Essi non riflettono malesseri mentali. Non lo credeva Ludwig Wittgenstein, durante la svolta antropologica della sua filosofia del linguaggio e neanche lo pensava Massimo Troisi, rispetto alla propria “afasia” attoriale nel parlare dialetto napoletano. Neppure Antonio Gramsci lo riteneva possibile, anzi, polemizzando con Benedetto Croce, egli stigmatizzava le distanze che il filosofo napoletano aveva preso dall’espressione «questa tavola rotonda è quadrata» (GRAMSCI 1975:352), ritenendola invece possibile a seconda del contesto e programmando di criticare l’opera del Croce su questo³.

D’altra parte, proprio come afferma un personaggio della seconda narrazione del libro di Cassandra, intitolata non a caso *Tre parole vanno dal terapeuta* (pp. 15-21), ritengo che per l’antropologia (medica), come per l’arte, siano importanti le forme più che i contenuti. Gli stessi modi di dire del nostro linguaggio quotidiano devono andare in analisi. Perché, come diceva Nanni Moretti nel film *Palombella rossa*, “le parole sono importanti”. Riecheggiano in questo i dibattiti antropologici sull’efficacia dei sistemi simbolici, sugli eventi comunicativi, sulla magia delle parole, sulla proiezione e la traducibilità, un tempo dominati dalla figura eterna di Claude Lévi-Strauss, maestro soprattutto della relazione fra antropologia e linguistica.

Oggi è il terapeuta occidentale ad avere più fiducia nei contenuti evidenti: le parole, certo, sono sostituibili, sono puro suono, non hanno contenuti, forse un tempo li avevano avuti, ma poi sono declinati e ora sono diventati "obsoleti". D'altronde di metafore morte è pieno il linguaggio. Anche di quelle si nutrono i *social* nel momento contemporaneo. Lo scrive l'Autrice nel ventiduesimo episodio, dando della comunicazione su Internet e dell'umanità che vi si aggira un giudizio tutto sommato critico ed equilibrato. Sto parlando del breve episodio dal titolo *Il protagonista dei social* (pp. 108-112). In fondo oggi più che parlarci, scriviamo messaggi su WhatsApp.

Facebook, Messenger, notifiche, piattaforma sociale, utenza, raccolta fondi, virale, virtuale, profili, aforismi di Osho, home, click, flame, like, chat-bot, costituiscono nella narrazione proposta un gergo (che evoca anche quello da cellulare cui è dedicato l'ultimo episodio del libro di Cassandra, intitolato *Le icone premurose dello smartphone*, pp. 153-155), un lessico comunitario del presente che rischia di proiettarsi su quello tradizionale, financo di fagocitare quello medico che pure fa capolino qui con il termine *betabloccanti* o con la locuzione *rabia reattiva*. Agganciandosi ad altri termini medici che fluiscono numerosi nell'intero testo. Ne riporto solo alcuni: *placebo, dismorfofobico, dismorfologicofobico, dottore, terapeuta, medicine, malato, malattia, extrasistole, dolore, antidolorifici, disturbi, pulsazioni cardiache, aritmia, sindrome rara, crollo pressorio, disturbo psicosomatico* etc.

Non c'entra nulla il disturbo mentale, o il contenuto, perché è nella crisi, nella contraddizione e nella forma del proprio malessere e del proprio dolore che giace una nuova potenzialità descrittiva. Forse l'unica. L'ultima. In questo tempo di ferro e di fuoco è il corpo proprio il vero soggetto politico, cognitivo, esistenziale, fenomenologico, individuale e collettivo, sociale. Di là dal corpo, resta l'ineffabilità incarnata. Che si frappone alla coscienza e fiorisce all'ombra della semiosi. C'è un che di teatrale in questa scrittura *del* corpo, anzi in questa scrittura *dal* corpo: una necessaria etnografia dei processi di incorporazione (CSORDAS 1990).

Il desiderio di un desiderio (pp. 103-107) è una breve riflessione in forma narrata che costituisce la testimonianza, la prova dell'assioma: una volta ottenuto tutto ciò che si desidera e quindi raggiunta la vera felicità che ne è del desiderio? Sparirà? Mancherà? Si passerà dall'infinito al finito e viceversa per riacquisire amore per la vita? Forse, come risponde il saggio del racconto alle domande del ragazzo, guardando in alto, il cielo, in entrambi i casi? Cioè, per passare dalla felicità alla tristezza e dalla tristezza alla felicità?

- Ti svelo un segreto, ragazzo. Io guardo il cielo quando mi sento felice per tornare alla tristezza.

E poi guardo il cielo quando mi sento triste per tornare alla felicità.

- Com'è possibile? Come può trasformare così il suo stato d'animo?
- Chi rivolge lo sguardo agli astri e intuisce l'infinito può sostare lì infinitamente senza morire. Poiché è felice, ma non di una felicità compiuta. Poiché è triste, ma non di una tristezza compiuta. Il solo accorgerci che lì, da qualche parte, esiste qualcosa di infinito, ci libera dagli stati di coscienza bloccati, asfissianti, totalizzanti.
- È per questo che adesso mi sento improvvisamente più triste ma al contempo più felice di prima?

- Sì, deve essere l'effetto del cielo. Guardalo. Non lo vedi che parla?

Sta dicendo: non sarai per sempre triste, non sarai per sempre felice.

Il cielo conosce l'eternità senza il filtro della finitezza.

Il cielo sa che nell'eternità si vive solo passando da un polo all'altro.

Il ragazzo si fece scappare un leggero sorriso.

Che però non gli disegnava la felicità sul volto.

Né gli disegnava la maschera della tristezza.

- Mi sa che abbiamo bisogno dell'infinito per vivere il finito (pp. 106-107).

In definitiva è Sara Cassandra *Il cigno da biblioteca* (pp. 134-136). È lei a distruggere il senso comune collettivo, gli stereotipi e i pregiudizi, le opinioni della maggioranza coagulate in «modi di dire fumosi e avariati» (*La vita è una sola: vivila! Cercala e chiedile spiegazioni!*, pp. 119-120) e in questo esercizio della critica pubblica è un po' antropologa, ma la solitudine non è il suo debole. Anzi, è proprio questa emozione di marginalità che le impedisce di cadere sulla terra sdrucchiolevole della compagnia, di scivolare su quella unta dalla folla. Il suo libro mostra come ci si possa spostare abilmente con la stesura di un testo, facendo più di un passo laterale rispetto alla comunicazione linguistica, sottoponendo le medesime parole dominanti (*silenzio, ghostwriter, impostore...*) a curvature decisive, all'evacuazione o alla superfezione di senso prodotte dall'ironia (*ho un autore che scrive per me e tutto quello che scrive è firmato col mio nome*, p. 11), una procedura stilistica che più di ogni altra apre a un dialogo vero, sottraendo per sempre il discorso intimo al solipsismo. Qualcuno direbbe che si tratta di esperimenti linguistici. Io non la penso così. Questo libro mi è piaciuto assai, sa fondere riflessione, suggestioni di ricerca e forma espressiva in maniera per me molto bella e ne consiglio la lettura a tutt*.

Perciò in chiusura dedicherei all'Autrice le parole che Carl Gustav Jung scrisse per l'*Ulisse* di James Joyce (JUNG 2015).

Sostituisco nella citazione l'invocazione all'*Ulisse* con il titolo del libro di Cassandra e rimpiazzo il numero 18 con il 32, cifra, quest'ultima, che indica l'ammontare degli episodi narrati:

Oh *Solitudine del cruciverba incompiuto*, tu sei un vero libro di devozione per l'uomo dalla pelle bianca che ha fede nell'oggetto e che è dannato ad esso!

Tu sei un esercizio, un'ascesi, un rituale tormentoso, un procedimento magico, 32 alambicchi d'alchimia in catena, e in essi si distilla con acidi, con vapori velenosi, col freddo e col caldo, l'omunculo di una nuova coscienza del mondo!

Tu non dici né tradirai nulla *Solitudine del cruciverba incompiuto*; ma agisci. Non c'è più bisogno che Penelope tessa un drappo senza fine: ora essa sta lieta nei giardini del mondo, perché suo marito è tornato dai vagabondaggi e dagli errori. Un mondo è trascorso e un altro mondo è nato.

Poscritto: Ecco che ora procedo discretamente con la lettura.

Note

⁽¹⁾ Questo scritto è apparso anche sulla rivista web "Insula europea" diretta da Carlo Pulsoni che qui si ringrazia.

⁽²⁾ Il libro di Sciascia, uscì per la collana "Gli Struzzi".

⁽³⁾ Nei *Quaderni del carcere* (Gramsci 1975: 352), il pensatore sardo annota: «Ricordare a questo proposito l'articolo del Croce *Questa tavola rotonda è quadrata* (nei *Problemi di Estetica*) dalla cui critica bisogna prendere le mosse per stabilire i concetti esatti in questa quistione».

Bibliografia

CSORDAS T. (1990), *Embodiment as a Paradigm for Anthropology*, "Ethos. Journal of the Society for Psychological Anthropology", Vol. 18(1): pp. 5-47.

GRAMSCI A. (1975), *Quaderni del carcere*, a cura di Valentino Gerratana, Einaudi, Torino.

SCIASCIA L. (1983), *Cruciverba*, Einaudi, Torino.

JUNG, C.G. (1932), "Ulysses". *Ein Monolog*, "Europäische Revue", Vol. 8, settembre (poi incluso in: *Wirklichkeit der Seele*, Rascher, Zurigo 1934, tr. it. *Realtà dell'anima*, Boringhieri, Torino 1963; ora in *Opere complete*, Bollati Boringhieri, Torino 2015; Edizione Kindle, pp. 5962-5992).

*Politica, poesia e pandemia*¹

Giovanni Pizza
Università di Perugia

Gabriele FRASCA, *Lettere a Valentinov*, Luca Sossella Editore, Trento 2022, 176 pp.

Nessuna pandemia si può sconfiggere all'interno di un singolo paese.

Gabriele Frasca

Lettere a Valentinov, di Gabriele Frasca possiede tutta la forza di un poema storico-epistolare russo, in prosa, in epistole o in versi poetici. Esso è una summa dell'intera opera del suo autore napoletano. Un testo multiforme, che, nei riferimenti alle pandemie principali degli ultimi cent'anni, trova la sua pertinenza con l'antropologia medica poiché esprime concetti molto vicini alla esperienza delle persone in carne e ossa. Il libro inoltre assume la potenza di edificazione di un mito politico: sa guardare al passato e rievocare la vicenda storica mondiale. Il testo e l'azione non fanno spigolature, vanno ben oltre la concisione, le parole sono dosate con estrema precisione, per ricostruire un secolo e illuminarne i fatti con competenza, capacità espressiva, scrittura e abilità recitativa.

Certo non si può dire che *Lettere a Valentinov* sia un romanzo epistolare come *Giulia o la nuova Eloisa* di Rousseau o *I dolori del giovane Werther* di Goethe, ma già nelle otto epistole si dipana il resoconto della Russia rivoluzionaria con le gesta di Trockij, Lenin, Stalin e molti altri (numerosi sono i protagonisti dell'Unione Sovietica d'antan), nonché la stessa autobiografia dell'Autore. Negli altri materiali del libro si ribadisce la forza poetica di Frasca, in versi e no, ma, anche per motivi di spazio, è sulle *Lettere* che si concentra questo scritto.

Gabriele Frasca è tra i più grandi poeti italiani contemporanei, noto scrittore e traduttore, stimato professore di *Letterature comparate*, *Media comparati* e *Letteratura italiana* nell'Università di Salerno, membro del gruppo di "Storie corali", con tante altre qualifiche e affiliazioni. In questo libro, egli ci

offre un'autentica genealogia culturale, di sé stesso e delle sue conoscenze (a Napoli, a Roma, in viaggio con il treno per il mondo "grande e terribile"), dell'Oriente russo e dell'Occidente americano, in una forma poetico-politica di impegno e militanza capace di attraversare una vicenda culturale lunga un secolo, il Novecento, non più "breve" (come lo denominò lo storico Eric Hobsbawm) in quanto è stato in grado di recuperare dal terzo millennio quello che l'Ottocento, il secolo "lungo", gli aveva tolto. Così ci parla di Lev Trockij, fornisce stralci di autobiografia e, in ultimo, raccoglie le proprie rime anche in forma di prosa, mettendo i propri versi al servizio della politica, della storia, della memoria.

Il riferimento alle due epidemie mondiali è speculare: la "spagnola" (questa grande influenza del 1918 non gode di buona memoria storica) si specchia nell'attuale pandemia da Covid-19 (che purtroppo ancora agisce da tre anni), anche in ragione del nesso dell'una con la Grande Guerra e dell'altra con l'attuale conflitto russo-ucraino. Fu chiamata febbre "spagnola" non perché provenisse dalla Spagna, ma in quanto i primi a denunciarla sulla stampa furono i quotidiani di quella nazione. In quella pandemia la connessione con la prima guerra mondiale fu molto forte, da entrambi i fronti, e la grande influenza si configurò come una vera catastrofe mietendo in un anno più vittime dello stesso evento bellico.

Lettere a Valentinov è dunque un autentico poema storico-critico che ci narra di oltre cent'anni contraddistinti da queste due pandemie. Dall'analisi di quella da Covid-19, condotta nella collaborazione con i gruppi di studio che interdisciplinariamente hanno realizzato le rubriche digitali "Storie virali" prima e "Storie corali" poi, si comprende l'uso politico della quarantena: tenere in disparte la gente per non far partecipare nessuno, per non consentire più alle persone di fare politica, per evitare di animare in carne e ossa la democrazia. In fondo per garantire la crisi democratica, il declino del sociale o la rivincita, la nuova avanzata, di tutto ciò che, anche se per poco, fu sconfitto *illo tempore*, a cominciare dal liberismo. Per questo Frasca fu chiamato già dal gruppo redazionale di "Storie virali" a chiudere il ciclo di rubriche *online*. E lo fece doppiando il Pasolini dell'"io so" in cui l'intellettuale, nel 1974, si impegnava per l'ennesima volta contro le ingiustizie sociali e politiche che avevano funestato l'Italia. Riflettendo sulla pandemia allora Frasca scriveva contro i nazionalismi storici e contemporanei, mutuando il lessico sovietico:

Nessuna pandemia si può sconfiggere all'interno di un singolo paese. E se la sanità non torna pubblica e gestita da un'internazionale della sopravvivenza della specie se non a questa spetterà alla prossima infezione virale

cancellarci così senza alcun calcolo ma solo perché la vita sceglie le sue strade e ne lascia altrettante senza sbocchi (p. 30).

Si riecheggia l'avversione alla tesi staliniana del socialismo in un solo paese, posizione che Bucharin presentò al XIII congresso del PCUS contro la nota idea di "rivoluzione permanente" di Trockij. D'altronde, il pasoliniano "io so" ben si offriva a Frasca per chiudere in monologo le "Storie virali" del Covid-19:

Perché di chi gestì le troppe crisi sanitarie diffuse per il mondo da cui si distaccò la pandemia noi conosciamo i nomi così come di quelli di quei vertici impuniti che agiscono dovunque perché regni l'ignoranza la morte e la paura (p. 28).

Come si evince dalla grafica sovietica di copertina, l'intero volume di Frasca riguarda la rivoluzione bolscevica del 1917, cioè in una parola il comunismo, con la dovuta attenzione alle sue origini reali, ma anche con la giusta delocalizzazione internazionale, mondiale, soprattutto italiana e, quindi, autobiografica. Nei periodi storici raccontati oggi, a ben più di un secolo e mezzo dal *Manifesto* di Marx ed Engels, il comunismo era un fenomeno mondiale, vivo ovunque, e soprattutto in Italia: una "semplicità che è difficile a farsi", per dirla con Bertolt Brecht che ne cantò la lode nei primi anni Trenta. Oggi, proprio quando forse un nuovo spettro dovrebbe aggirarsi per l'Europa e il mondo, esso non si diffonde più, e la vicenda pandemica, che nel 1918 e nel 2022 si rispecchia nei soldati di entrambi i momenti bellici, sta lì a dimostrarlo.

Nel 2017 a Roma alla Galleria Nazionale di Arte Moderna, si celebrarono i cent'anni della rivoluzione bolscevica. Tra aperitivi consumati come in un *vernissage*, si aggirava un gruppo teatrale, i *Non-tanto-precisi*, con il proprio spettacolo, *Massacro. Teatro senza difesa*.

Quanti nella grande sala della Galleria d'Arte attendevano il teatro di ricerca forse non si erano accorti che lo spettacolo era già cominciato. Li vedevo: continuavano a bere gli aperitivi colorati dell'*happy hour*. E ridevano masticando. In fondo sembravano a loro agio nella celebrazione edonistica di ciò che un tempo fu invece sofferta presa di coscienza e fiera lotta di liberazione.

Entrando, rimasi colpito dal fatto che le riviste, i fogli, i ciclostilati, i quotidiani di critica e di lotta erano ora esibiti in vetrine e bacheche. Esposti in forme guidate da una malintesa e logora (non antropologica), idea di museo. Ne ricavai un'impressione negativa, perché mancava il miracolo politico quotidiano di chi sa conquistare la consapevolezza e dividerla e così getta le basi per cambiare la realtà, per una liberazione collettiva.

Il gruppo teatrale dei *Non-tanto-precisi*, però, riuscì a esorcizzare quel clima creando, seppure temporaneamente, un nuovo tempo-spazio comune, collettivo.

Nel 2022, con *Lettere a Valentinov*, Gabriele Frasca riesce a realizzare una poesia di militanza, un progetto poetico-artistico, una scrittura politico-creativa a forte vocazione teatrale.

Il laboratorio teatrale è la persona in carne e ossa, il corpo vivente, la presenza antidissolutrice, un'autentica logica della concretezza. È in questa vitalità del teatro che si può manifestare l'indole ancora attuale del comunismo per rivelarsi pienamente democratica e critica.

L'arte di Frasca manifesta le proprie poetiche in forma di epistole, rime, azioni e anche prose (si veda la performance creativo-politico-critica svolta il 17 settembre al convento degli Agostiniani di Melpignano, in provincia di Lecce, organizzata dallo storico del corpo Andrea Carlino): nel testo vi sono pagine di autentica poesia e politica e le lunghe *Note* (pp. 44-55), dedicate a "spiegare" le precedenti *Lettere*, vedono il ritorno delle virgole e quindi degli incisi:

A chi aveva partecipato agli eventi del '77 difatti, sia pure confusamente, non era sfuggita non solo la svolta reazionaria in atto, ma soprattutto quanto occorresse imparare a diffidare dell'ottusità delle burocrazie, a partire da quelle che gestivano il grande partito di massa, e che spuntavano comunque come funghi ogni qual volta nasceva un partitino alla sua sinistra; per non parlare di quanto proliferassero, ferree e militarizzate, e almeno una volta tanto scopertamente sanguinarie, nelle organizzazioni che avevano da tempo scelto la lotta armata. Il tutto naturalmente stagiato sui bagliori inquietanti dei nuovi regimi fascistoidi che si suppone potrebbero avere in pugno il mondo occidentale, impoverito e ospedalizzato, nella data appena futura proposta (pp. 48-49).

La genealogia di sé, pur sempre presente, è molto forte in questa lettera datata 12 ottobre 2027. È un altro anno con il 7, nel futuro prossimo il cinquantesimo anniversario del 1977, che a sua volta fu il sessantesimo del 1917. La mancata rivoluzione italiana in quell'anno 1977, che vide terminare ogni insorgenza, registrò tra l'altro la "cacciata di Lama" dall'Università di Roma La Sapienza il 17 febbraio. Un atto violento sul piano dell'azione e sarcastico su quello del linguaggio, oggi pienamente rivendicato da Frasca: «Fu sacrosanto ricacciare Lama ripetendogli in faccia sacrifici sacrifici quel giorno di febbraio» (p. 24). C'è più di uno squarcio autobiografico in queste parole che solo così, a dispetto delle virgole – come in uno *stream of consciousness*, potevano forse essere dette.

La (auto)biografia di Gabriele Frasca è politica. E non vedo contraddizioni con la vita. Il ricordo forte di Trockij esprime la potenzialità inespressa di un'altra rivoluzione possibile, un *bouleversement* ininterrotto. Eppure, non c'è rimpianto, né nostalgia nella traccia poetica, che sempre più spesso Frasca spettacolarizza: egli ci sta abituando a vedere e ascoltare i suoi versi, declamandoli ad alta voce su un palco o narrandoli collettivamente e pubblicamente insieme ad altri, artisti e intellettuali, stante come si diceva la vocazione teatrale dei suoi scritti.

Il libro racconta anche cosa fu lo stalinismo, quel tradimento dell'opera rivoluzionaria leniniana che Stalin aveva avviato fin da cento anni orsono (1922) e che mise in atto poi per tutto il suo mandato di capo dell'URSS, periodo che si concluse solo con la sua morte (1953). In una lettera del PCI al PCUS del 14 ottobre 1926, tempestivamente scritta da Antonio Gramsci rivolgendosi ai "Cari compagni" russi e inviata Togliatti a Mosca perché la trasmettesse, ma che il futuro segretario del PCI non consegnò mai, si dice:

Voi oggi state distruggendo l'opera vostra, voi degradate e correte il rischio di annullare la funzione dirigente che il Partito comunista dell'URSS aveva conquistato per l'impulso di Lenin; ci pare che la passione violenta delle quistioni russe vi faccia perdere di vista gli aspetti internazionali delle quistioni russe stesse, vi faccia dimenticare che i vostri doveri di militanti russi possono e debbono essere adempiuti solo nel quadro degli interessi del proletariato internazionale (INNOCENTI PERICCIOLI 2001:31)

Nella costellazione delle lettere comuniste, anche questa missiva ricoprirebbe un ruolo molto importante, a mio avviso. Proprio quella «passione violenta delle quistioni russe», adagiata nella parola poetica ancorché drammatica di Frasca, ridiventa attuale, contemporanea. Nel libro di Frasca, è evocato con molta pertinenza l'aggettivo «molecolare» (p. 24).

Le lettere a Valentinov sono otto e le date che esse recano nell'intestazione sono molto significative. Per gli eventi, ma anche per l'Autore stesso, che sceglie specifici giorni per intrecciare storia e memoria alle poetiche e politiche del sé. Così se la data della prima lettera è il 20 agosto 1997, giorno della morte di Vittorio Russo, filologo e trockijsta, maestro di Frasca all'Università di Napoli Federico II, altre sono storiche, come il 20 luglio 1969, giorno dell'allunaggio, o il 14 novembre del 1974, quando sul "Corriere della Sera" apparve il celebre articolo *Cos'è questo golpe? Io so* di Pier Paolo Pasolini, poi ripreso dall'Autore per "Storie virali", come abbiamo ricordato.

E come è nato questo libro? Non mancano le spiegazioni: nel 2018, lavorando alla Prefazione dell'edizione Mondadori di *Storia della rivoluzione russa* di

Lev Davodivich Trockij, Frasca scopre una lettera a Valentinov scritta dal noto trockista Christian Georgievič Rakovskij, figura che dominava il panorama della opposizione di sinistra e che sfuggì insieme a pochissimi altri alla condanna a morte dopo la fine di Lenin e l'avvento di Stalin e delle sue "purghe". Poi acquista un *Diario d'esilio. 1935* di Trockij nella traduzione italiana del 1974 e vi trova scritto il nome di una certa Elena, come scrive nel testo delle *Lettere* e delle *Note*, immaginando di averla incontrata:

Lettere: e sulla pagina iniziale di fianco al logo e al marchio della collana c'è vergato un nome di un bell'inchiostro nero con la data Elena ma con l'e che sembra proprio un epsilon e poi '74 e non ci ho messo molto a vederla senza che ne distingua i tratti o gli occhi sdraiata accanto a me su una cuccetta d'un vecchio treno a lunga percorrenza (p. 41).

Note: Seguendo le peripezie del volume che raccoglie l'edizione italiana di questo diario, acquistato usato nel periodo in cui stavo preparando l'introduzione alla *Storia della rivoluzione russa* apparsa poi nel 2018 per Mondadori, il metodo rapsodico scelto per queste lettere intercetta un altro anno, il 1974, proprio quello dell'articolo di Pasolini, grazie alla data che si legge vergata sulla prima pagina della mia copia, accanto al nome della proprietaria di allora. Quell'ignota Elena, per me e per sempre l'Elena di Trockij, è entrata in questo modo nella mia vita (p. 54).

Chi è Valentinov, infine? Risponde ancora Frasca:

Ritengo il Nikolai che fu fra i grandi fautori della NEP poi emigrato per un pelo a Parigi in quello stesso anno sospeso un po' per tutti a un filo la lettera d'analisi più acuta sui danni irreversibili al progetto d'una democrazia che proletaria non lo divenne mai e sul riflusso e l'estraniarsi stesso delle masse dalla rivoluzione mai compiuta (p. 10).

Cosa non andò nella rivoluzione? Forse doveva essere perpetua?

Ad ogni modo oggi il terzo millennio mostra tutta la sua drammaticità. L'ultimo triennio è stato sconcertante in Italia, in Europa e nel mondo: crisi di governo e rapida indizione delle elezioni, guerra Russia-Ucraina, pandemia.

A fronte di questi elementi, in chiusura affermiamo una consapevolezza, rivolghiamo una domanda e diamo una risposta: sappiamo che il secolo si era aperto con promesse rivoluzionarie, poi mantenute in Russia (in Italia ci furono invece la marcia su Roma e il fascismo), ma qual è la ragione per cui siamo oggi costretti a subire una crisi triplice, quadruplice e chi più ne ha più ne metta? La risposta è: forse perché ci stiamo ammalando di neoliberalismo.

Seguendo questa sentenza, con *Lettere a Valentinov* Gabriele Frasca ci spiega cosa è successo nell'ultimo secolo e perché abbiamo raggiunto tale folle alternativa.

Come in un canto di lode, schiudiamo gli occhi in alto e diciamolo addio.

Note

⁽¹⁾ Questo scritto è apparso anche sulla rivista web "Insula europea" diretta da Carlo Pulsoni che qui si ringrazia.

Bibliografia

INNOCENTI PERICCIOLI A. (2001) *Giorni belli e difficili: l'avventura di un comunista*, Jaka Book, Milano.

Struttura biopolitica e paradigma immunitario

Viviana L. Toro Matuk
Ludes Lugano Campus

Roberto ESPOSITO, *Immunità comune. Biopolitica all'epoca della pandemia*, Einaudi, Torino 2022, 186 pp.

In un testo denso di riferimenti storici e antropologici oltre che filosofici, Roberto Esposito propone una versione raffinata e ricca di esempi del suo paradigma immunitario entro cui è possibile leggere l'esperienza globale della pandemia. È nei momenti di crisi, in cui le insufficienze scientifiche di fronte a problemi nuovi e contingenti si fanno evidenti, che paradigmi relegati fino ad allora alla scienza straordinaria trovano un terreno fertile per radicarsi fornendo spiegazioni più esaurienti dei paradigmi precedenti. Già nel 2014, Esposito aveva affermato di sentire nella filosofia “una giusta stanchezza per l'eccesso di frammentismo” e aveva sottolineato l'esigenza di lavorare dentro un orizzonte, se non compiuto, almeno sistematico (ESPOSITO 2014: 23).

Il volume si pone in continuità con un percorso di ricerca orientato a delineare e indagare i temi cari a quella che viene denominata, nel mondo anglosassone, *Italian Theory* o *Italian Thought*. Una teoria che rispecchia la tradizione filosofica italiana, dall'Umanesimo in poi: una filosofia non identitaria ma diffusa, cosmopolita, frutto di un “passaggio a ovest” di un certo pensiero continentale proveniente dalla forse più nota *French Theory*, con particolare riferimento al Foucault degli ultimi anni Settanta e alla nozione di biopolitica che inquadra la dimensione politica attuale come tesa a privilegiare il biologico al sociale. Nella sua originale versione italiana, più recente, questo stile di pensiero è presente oltre che nei lavori internazionalmente conosciuti di Esposito, anche, e iconicamente, in *Homo Sacer* di Giorgio Agamben e in *Impero. Il nuovo ordine della globalizzazione* di Nino Negri e Michael Hardt.

Che ne è stato di questo tentativo di ricomposizione della filosofia alla luce dei fenomeni sanitari, politici, economici e sociali posti in essere dalla

recente situazione sanitaria? La vita in comune ha in sé dei rischi e questo si è reso più che mai manifesto con la pandemia, che ha scatenato riflessioni e dibattiti, popolari e filosofici – spesso sovrapposti nei toni e nel linguaggio – attorno alle misure messe in atto dai diversi governi per tenere al sicuro i propri cittadini. In ambito filosofico, le iniziali dichiarazioni di Giorgio Agamben su «Lo stato di eccezione provocato da un'emergenza immotivata», articolo pubblicato sul Manifesto il 26 febbraio 2020, hanno dato il via a un'accesa discussione che, in Italia, ha visto coinvolti molti intellettuali tra cui Paolo Flores d'Arcais e lo stesso Esposito che, fra gli altri, si sono interrogati sui limiti della libertà, sugli obblighi e i diritti dei cittadini, sullo Stato e su categorie riemerse – senza peraltro essere mai state sommerse –, per essere convalidate o duramente criticate, come quella di biopolitica. Il discorso di Agamben, proseguito in una raccolta di articoli pubblicati in *A che punto siamo? L'epidemia come politica*, si fonda sull'idea che i cittadini in una condizione emotiva esasperata abbiano acconsentito alla limitazione delle proprie libertà alienandole a un sovrano assoluto in seno a una valorizzazione assoluta della "vita nuda" a discapito della vita qualificata, di cui la vicinanza sociale e il contatto sarebbero il fondamento. Flores d'Arcais ha risposto acutamente in un articolo su Micromega intitolato *Filosofia e virus: le farneticazioni di Giorgio Agamben* e in una lettera rivolta a Esposito criticava più ampiamente il paradigma biopolitico proposto di Foucault, considerato «inservibile, concettualizzante e politicamente fuorviante» (FLORES D'ARCAIS 2020: 4).

Questo libro si pone, dunque, come un intervento complesso in questo dialogo, in cui la pandemia diventa il *locus* per esporre il paradigma immunitario, di cui l'autore è promotore. Ciò a cui abbiamo assistito, dall'inizio della diffusione del virus Covid-19, è un'intensificazione del processo di immunizzazione della società. Le risposte che a livello locale si sono attivate rispondono tutte alla «sindrome immunitaria, al contempo biologica, giuridica, politica, tecnologica» (p. 7), alla ricerca della sicurezza nell'incrocio tra diritto e medicina. Il filosofo si interroga sui due versanti dell'immunità: giuridico-politico da una parte e medico-biologico dall'altra, scomponendo il fenomeno dell'immunizzazione nelle sue diverse manifestazioni. Attraverso il paradigma immunitario si trova una possibile via di fuga dalle posizioni che possono essere considerate estreme in chiave critica nei confronti delle politiche individuate dai governi per affrontare la pandemia, e allo stesso tempo alle critiche a loro rivolte tese a sminuire la nozione di biopolitica.

In apertura, Esposito indaga le nozioni di comunità e immunità come profondamente interrelate: accomunate dall'etimologia di *munus* (obbligo, dono, ufficio), esse riflettono due posizioni in contrasto. La comunità afferma positivamente la reciproca obbligatorietà del dono, mentre l'immunità la nega. Eppure, non esistono comunità prive di dispositivi immunitari e i due termini indicano una compresenza contraddittoria. L'immunità riguarda l'esenzione di determinati soggetti, individuali o collettivi, da doveri comuni: è una legge che legittima la fuoriuscita dalla legge stessa. Ma la prerogativa per essere esonerati dagli obblighi della comunità è che questa vi sia. Fino all'Ottocento il termine immunità è stato utilizzato solo in ambito giuridico-politico per poi scivolare in quello biologico, applicato alle nascenti conoscenze scientifiche attorno al sistema immunitario mantenendo la sua performatività metaforica e le sue connotazioni belliche, e infine ritornare nel politico caricato dei nuovi significati: i nazisti, ad esempio, rappresentavano gli ebrei come virus e batteri da eliminare. Il paradigma immunitario, così come quello biopolitico di cui è una specificazione, prevede un'apertura interdisciplinare in cui filosofi e scienziati sociali dovrebbero conoscere il funzionamento biologico umano e le tecniche biomediche, oltre che le relazioni tra ambiente e uomo, per poter comprendere fenomeni politici e sociali contemporanei: corpo politico e corpo umano. Le co-implicazioni di storia-politica e del mondo-biologia sono evidenti nell'esempio legato della conquista delle Americhe a colpi di malattie (come il vaiolo) a cui i colonizzatori europei erano immuni mentre i nativi americani, per diverse ragioni, no. Con un lavoro storico l'Autore rintraccia fin dall'età moderna l'affermarsi di un processo di politicizzazione del sapere medico che si è sviluppato in fasi e che ha riguardato la formazione non solo immateriale e simbolica del potere, ma anche la configurazione geografica, spaziale e architettonica entro cui si è esercitato. Progressivamente sicurezza biologica e sicurezza sociale si sono sovrapposte in forma strutturale. Dapprima in Germania, l'istituzione, nel Sedicesimo secolo, di una *Medizinische Polizei*, incorporando nella sicurezza termini biologici e sociali, ha inaugurato lo scivolamento verso il paradigma immunitario. Successivamente, lo sviluppo della medicina urbana francese, preoccupata degli assembramenti nelle nuove configurazioni delle città, ha risposto a essi con una pianificazione urbana individualizzante, separando l'abitare dei cittadini, attraverso i *quadrillage* dei quartieri, e all'interno delle case, con la creazione delle stanze individuali. È proprio da un'esigenza immunitaria che «nasce la nuova città moderna: allargamento delle strade, ventilazione degli ambienti, arginamento dei fiumi. Quanto più cresce lo spazio

collettivo, tanto più lo si distribuisce in sfere separate» (p. 30). In ultimo, la medicina della forza-lavoro inglese, separa in chiave sociale i poveri e i ricchi attraverso il cordone igienico della “legge dei poveri”. Nonostante il progressivo intrecciarsi di medicina e politica, il momento decisivo che segnò l’inizio del paradigma immunitario è stato l’avvento della vaccinazione nella prima metà dell’Ottocento. Secondo Esposito le riflessioni di Foucault sulla biopolitica trovano maggiore chiarezza attraverso il paradigma immunitario, in cui il doppio binario medicalizzazione della politica e politicizzazione della medicina, a partire dal XVIII secolo, trovano corrispondenza in una visione sociobiologica determinata dall’idea di immunità, nella sua semantica ambivalente, giuridica e biologica. Il paradigma dell’immunità servirebbe a superare lo iato tra vita e politica nella teoria foucaultiana, inserendo processi di immunizzazione tra la negazione della vita da parte del potere o della sua acquisizione compiacente soggettiva. Così sarebbe possibile individuare, nella tensione tra immunità e comunità, alcune decisioni tanatopolitiche che hanno caratterizzato le risposte iniziali di alcuni Paesi di fronte alla minaccia pandemica – che hanno cercato l’immunità di gregge non attraverso il vaccino, ma, attraverso la diffusione naturale della malattia per la protezione dell’economia – come uno sbilanciamento verso il polo della *immunitas*. Questi fenomeni si sono verificati all’interno di logiche democratiche, anch’esse passibili dell’analisi immunitaria.

Nel capitolo intitolato *Democrazia autoimmunitaria* l’autore mette in evidenza le strette relazioni che legano, appunto, democrazia e immunità. Citando Renan, Esposito definisce la democrazia, intesa come regime politico, ma, in genere come regime complessivo della vita umana, un sistema d’immunità. Le tensioni tra sovranità popolare e rappresentanza, fra uguaglianza e libertà, fra quest’ultima e sicurezza, non possono che essere intelleggibili attraverso il paradosso dell’immunità secondo il quale i sistemi democratici, per sopravvivere al male, sono costretti a introdurre una piccola parte di questo male – come un vaccino – in modalità controllata. La democrazia, “vocabolo scavato al centro di un vertiginoso abisso semantico” (DERRIDA 2003: 111) è definita da Derrida come un sistema autoimmunitario o suicidario, non solo perché risulta impossibile mettere insieme i suoi due principi cardine, uguaglianza e libertà, ma anche perché tende naturalmente ad autodistruggersi, visto che in alcuni casi può proteggersi solo negandosi, come avviene sovente negli stati di eccezione o di emergenza (p. 56). L’aspetto immunitario della democrazia è emerso con grande chiarezza, infatti, con i dispositivi giuridici e biopolitici ambigui che hanno lavorato

sul confine tra interno ed esterno nel corso della pandemia. Distanziamento sociale, isolamento e desolazione non sono una novità, ma il marchio della nostra società che ha trovato un'esplicazione esperienziale condivisa. L'educazione "da remoto" in opposizione all'idea stessa di "prossimo" ha letteralmente schermato la comunità rendendo il contatto inevitabilmente assimilabile al contagio. Intoccabili sono divenuti tutti i corpi, ma in una doppia linea dei protetti e degli esposti (biologicamente), degli intangibili e degli esclusi (politicamente).

Nel terzo capitolo si entra nel merito della biopolitica attraverso un'analisi delle critiche che questa nozione ha ricevuto nel periodo pandemico. I suoi principali critici, come Jean-Luc Nancy e Flores D'Arcais, hanno avvertito nella categoria di biopolitico il pericolo di un appiattimento del politico alla dimensione biologica e quindi una chiusura alla critica filosofica e sociale. La griglia biopolitica presenterebbe una nozione naturalistica e destoricizzata di vita e sarebbe incapace di analizzare i processi locali in cui il *bíos*, inteso come campo esistenziale, e la *zoé*, come vita materiale, trovano spazi di negoziazione quotidiana, cancellando la pluralità sia locale sia globale. Esposito a difesa di Foucault ha messo in evidenza come dalla sua opera e dal suo pensiero non si evidenzia alcuna biologizzazione della vita umana, appiattita alla sua semplice materialità. Infatti, per Foucault «non esiste nulla al di sotto di sotto di sé che abbia la stabilità rassicurante della vita o della natura» (p. 87). Questa, opera del biopotere, è invece proprio l'oggetto della sua critica. La nozione di biopolitica, pienamente storicizzata – come del resto aveva già fatto Foucault – specificata entro il paradigma immunitario, rappresenta una modalità di ricostituire il legame spezzato tra vita e istituzioni conferendo alla vita una piena valenza politica.

Nel successivo capitolo, Esposito passa in rassegna le *filosofie dell'immunità* che hanno contraddistinto il panorama filosofico novecentesco. Martin Heidegger ha fatto riferimento al Novecento come l'«epoca dell'immagine del mondo», in cui il ponte tra immunizzazione e rappresentazione è segnato dall'assicurazione, dove l'apertura dell'uomo si richiude nella sicurezza fissa dell'immagine. La richiesta assicurativa pervade il mondo conoscitivo moderno. L'assicurazione è per Heidegger "territorio dell'aggressione": la difesa del sé presuppone l'attacco preventivo a ciò che lo minaccia. Friedrich Nietzsche è colui che ha inaugurato il paradigma moderno dell'immunizzazione e che ha posto al centro della sua riflessione la vita e la sua modalità difensiva, una «vita che tende a eccedere se stessa, affacciandosi sul niente che la circonda» (p. 119). La volontà di potenza ha bisogno di un negativo che ne freni l'impulso. La sua assoluta afferma-

zione porterebbe alla negazione della sua stessa esistenza. E le istituzioni accompagnano entrambe il movimento di protezione della vita e quello antivitale, impedendone il libero sviluppo.

Sigmund Freud in *Totem e tabù*, nell'uccisione mitica del padre e nella sua ingestione, ha visto l'incorporazione del male che si vuole eliminare, la morte – come nel meccanismo immunitario del vaccino – per poi riprodurre le proibizioni. Nel *Disagio della civiltà*, egli mette in evidenza come le civiltà per immunizzarsi dal pericolo di disgregarsi debbano trovare al loro interno le vittime sacrificali che permettano a individui e società di sfogare la morte che permea la vita. L'aspetto sacrificale è esploso in René Girard in cui il sacrificio rituale – che non avviene una sola volta per tutte, ma viene ripetuto all'infinito – incarna proprio il paradigma immunitario che tiene in vita le comunità. Girard stesso ha comparato il meccanismo sacrificale con quello vaccinale, in cui le "iniezioni di richiamo" si ripetono come i sacrifici. Niklas Luhmann ha parlato di immunologia sociale, mettendo in evidenza il carattere sistemico delle società, le quali sarebbero caratterizzate dalla comunicazione: il sistema giuridico costituirebbe il sistema immunitario delle società, «fornendo per ogni conflitto forme di comunicazione appropriate» (p. 136). La tenuta dei sistemi sociali funzionerebbe attraverso la riproduzione di conflitti destinati a essere comunicati e immunizzati. Derrida ha messo in evidenza la deriva parossistica del meccanismo immunitario nel suo rovescio autoimmune rappresentato dalle torri gemelle nel suo duplice aspetto suicidario: suicidio degli attentatori, ma anche degli Stati Uniti materializzato nei propri aerei e tecnologie rivolte contro se stessi, perché «ciò che conserva la vita resta nella sfera di ciò che riserba la morte» (p. 139). Peter Sloterdijk nella trilogia dedicata alle sfere ha fatto emergere un'immunologia generale. Gli umani naturalmente estatici, rivolti all'esterno, devono produrre sfere entro le quali poter trovare protezione. Dall'utero alle metropoli contemporanee, gli esseri umani cercano riparo dalla propria forza centrifuga, dall'essere dispersi all'esterno. La sua analisi si conclude con l'evidenza di una svolta autodistruttiva delle comunità che non si trova più *in* un mondo ma *su* un mondo, pensabile solo attraverso le immagini di carte geografiche e dei confini protetti da Stati e governi garanti di proteggerci gli uni dagli altri. Le sue riflessioni si concludono con un'esortazione al cambiamento di paradigma verso un co-immunismo che possa proteggere non più *dagli* altri ma *con* e *per* gli altri (p. 148).

L'ultimo capitolo, *Politiche della pandemia*, analizza la pandemia a partire dalla centralità acquisita nel dibattito pubblico e di specialisti di vario titolo

attorno alla nozione di vita: sul suo valore e sulle scelte etiche e bioetiche a cui si è dovuto far fronte nel 2020, in particolare, nei momenti iniziali e più caotici dell'epidemia. Ciò che è successo durante la pandemia è stato il riemergere di conflitti etico-politici come il contrasto tra vita e libertà. La pandemia non ha solo esacerbato il conflitto tra priorità tra libertà individuale e vita, ma ha anche imposto di dover scegliere se salvare una vita oppure un'altra, mettendo una vita contro l'altra.

Il *lock-down* all'italiana ha rappresentato uno "stato di eccezione" o "di emergenza"? Eccezione e emergenza sono stati che si distinguono qualitativamente per i loro scopi: se il secondo è pensato per esaurirsi quando l'ostacolo temporaneo è passato, il primo si pone con l'obiettivo di infrangere la normalità a favore di un altro ordinamento. In entrambi i casi il governo deve riconoscere uno stato di necessità, che però non ha legge (pur facendo legge). La necessità oggettiva deve essere riconosciuta sempre da chi ha il potere di decretarla. Si è trattato quindi di uno stato d'assedio, come era chiamato nello Statuto Albertino, di eccezione e di emergenza? Qualcosa in comune le reazioni dei diversi Stati alla pandemia lo hanno avuto con entrambe le declinazioni, ma per Esposito è più importante concentrarsi sugli elementi di novità, legati al passaggio dal dominio del politico al dominio della tecnica. L'uso non parsimonioso dei decreti del Presidente del Consiglio ha fatto pensare a un passaggio da un regime parlamentare a uno governamentale. Eppure, secondo l'Autore, proprio per l'accelerazione della medicalizzazione della politica e della politicizzazione della medicina che hanno insieme rinforzato il paradigma immunitario, a essere sovrani non sono stati tanto i governi quanto i tecnici, gli esperti e i medici, evidenziando una rapida perdita del politico in favore della tecnica.

Comunità e immunità intrattengono una relazione dialettica in cui l'una è necessaria all'altra. Ma mentre l'una lega gli individui in una comune condizione, l'altra distingue gli immunizzati dai non, in tutti gli ambiti, creando lo spazio del privilegio. Questa distinzione è sembrata saltare con la pandemia che ha unito la comunità globale senza distinzioni di sorta, etnica, socioeconomica o di genere, e l'originaria comunità è stata esposta all'alterità. Il crollo immunitario sia delle comunità sia dei corpi degli individui ha innescato un meccanismo di protezione della comunità paradossale: il distanziamento sociale. Il secondo dispositivo immunitario, quello per antonomasia, ovvero il vaccino, è divenuto il bene comune più richiesto a livello globale, facendo coincidere del tutto per la prima volta comunità e immunità. Un momento durato poco ed esauritosi in una

domanda comune, la cui risposta ha creato invece nuovamente separazioni di vario grado in merito all'accesso e alla distribuzione delle dosi di vaccino. Allontanandosi nuovamente dalla *communitas*, l'immunità ha ripreso il suo significato di privilegio. Nel paradigma immunitario, quando le due confluiscono «la vita di ciascuno è protetta solo da quella di tutti» (p. 180).

La lettura della recente crisi sanitaria attraverso il paradigma immunitario costituisce, dunque, un valido strumento di analisi critica che merita di essere messo alla prova sui diversi terreni dell'etnografia. Riflettere su cosa significhi proteggere il diritto alla vita sconfinava dalla filosofia teoretica alla bioetica, entrando a pieno titolo nel dominio dell'antropologia.

Bibliografia

DERRIDA J. (2003), *Voyous*, Galilée, Paris.

ESPOSITO R., GENTILI D. (2010), *Pensiero vivente. Origine e attualità della filosofia italiana*, Einaudi, Torino.

ESPOSITO R., GENTILI D. (2012), *Italian Theory. Dall'operaismo alla biopolitica*, il Mulino, Bologna.

ESPOSITO R., GENTILI D., MARRAMAO G. (2014), *Interviste/1*, "Lo Sguardo – Rivista di Filosofia", n. 15 (II).

FLORES D'ARCAIS P. (2020), *Inganni di Foucault. Lettera a Esposito*, "Micromega. Almanacco di filosofia. Biopolitica: inganno o chiave di volta?", Vol. 8.

Norme redazionali

Comunicazioni

Ogni comunicazione per la Rivista deve essere inviata a

redazioneam@antropologiamedica.it

N.B. *Il rispetto delle presenti Norme redazionali è condizione indispensabile per l'accettazione dei testi proposti.*

- Il testo proposto dagli/dalle Autori/Autrici deve essere di norma elaborato con programmi Word e giungere mediante posta elettronica all'indirizzo e-mail *redazioneam@antropologiamedica.it*. Ogni cartella di stampa deve corrispondere a circa 2000 battute con carattere Garamond 12 e l'intero testo non deve superare le 12000 parole, includendo note, riassunti e bibliografia.
- La Rivista accetta articoli nelle seguenti lingue: italiano, spagnolo, portoghese, francese, inglese.
- Il testo proposto dagli/dalle Autori/Autrici per recensione di libri consiste in una nota recante un titolo e un'eventuale piccola bibliografia: inclusi questi due elementi, essa non deve superare le 3000 parole. Il titolo della recensione deve essere in *corsivo*, carattere Garamond 14. L'Autore/Autrice della recensione deve essere indicato sotto il titolo, allineato a destra, carattere Garamond 12 e la sua affiliazione deve essere indicata sotto il nome in carattere Garamond 10. Il titolo del libro recensito deve essere in **grassetto**, carattere Garamond 12 e così strutturato: nome per esteso, cognome dell'Autore/Autrice in maiuscoletto e, separato da una virgola, il titolo del libro in *corsivo*, nome della casa editrice, luogo, anno di pubblicazione, numero di pagine e solo successivamente l'indicazione pp.
- Il testo è sottoposto a un processo di referaggio in doppio cieco e, in caso di accettazione con modifiche, queste sono tempestivamente suggerite all'Autore/Autrice che ne tiene conto per la stesura definitiva, la quale deve essere condotta seguendo con scrupolosa attenzione le presenti *Norme redazionali*.
- Il testo definitivo sarà considerato completo di ogni sua parte.
- Il titolo del contributo deve essere allineato a sinistra, in *corsivo*, carattere Garamond 16. L'eventuale sottotitolo va posto sotto il titolo del contributo, in *corsivo*, carattere Garamond 14. Tra titolo e sottotitolo non deve essere inserito alcun segno di interpunzione.
- Indicare nome e cognome dell'Autore/Autrice in tondo, carattere Garamond 14. L'affiliazione e l'indirizzo email vanno collocati in tondo sotto il titolo del contributo, carattere Garamond 11. L'indirizzo email va posto tra parentesi quadre.
- Al testo vanno aggiunti: una *Scheda sull'Autore/Autrice* (bio-bibliografica) di non più di 160 parole, inclusi il luogo, la data di nascita e la qualifica; un *Riassunto*

recante il titolo dell'articolo e cinque *Parole chiave* nella lingua del testo. La lunghezza massima del *Riassunto* deve essere di 100 parole, escludendo dal conteggio il titolo e le parole chiave. Riassunti, con titolo e parole chiave, vanno consegnati nelle seguenti quattro lingue: italiano, spagnolo, francese e inglese.

- Vanno evitate le note costituite da soli rinvii bibliografici, a meno che questi ultimi non siano molto numerosi.

Convenzioni grafiche

- Per le denominazioni dei gruppi etnico-culturali, linguistici, religiosi, politico-ideologici, va usata di norma l'iniziale maiuscola quando essi sono sostantivi e minuscola quando sono aggettivi (esempi: i Bororo, gli Indiani bororo, le comunità bororo).
- Per le denominazioni di istituzioni, enti, associazioni, società scientifiche e altre strutture collettive, va usata di norma l'iniziale maiuscola solo per la prima parola (esempi: Società italiana di antropologia medica). 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). Nella bibliografia finale le sigle vanno scritte per esteso.
- Per le denominazioni di periodi storico-cronologici va usata l'iniziale maiuscola (esempi: il Rinascimento, l'Ottocento, il Ventesimo secolo).
- I termini in dialetto o lingua straniera, ove non accolti nella lingua del testo, vanno posti in *corsivo*.
- I termini utilizzati in un'accezione particolare vanno posti tra virgolette in apice (" ").
- Le citazioni entro le tre righe di lunghezza vanno poste tra virgolette caporali (« ») nel corpo del testo; le citazioni che superano le tre righe vanno collocate a capo in corpo minore (10), senza virgolette e con un rientro di 1 cm a destra e a sinistra. Le citazioni da testi in lingua straniera che rientrino negli idiomi accettati dalla rivista (spagnolo, portoghese, francese, inglese) possono essere mantenute nella lingua originale senza fornirne la traduzione italiana. In caso di citazioni da testi in altra lingua è richiesta la traduzione in nota.
- Le omissioni vanno inserite tra parentesi quadre ([...]).
- I titoli di libri vanno indicati in *corsivo*. Quando il titolo del libro ha l'articolo va assimilato sintatticamente al contesto, come nell'esempio seguente: della *Terra del rimorso* e non de/di *La Terra del Rimorso*.
- Le note, complessivamente precedute dall'indicazione Note e numerate in progressione, vanno fornite a fine testo, prima della Bibliografia.
- L'esponente di nota, all'interno del corpo del testo, deve essere posto sempre prima del segno di interpunzione.
- Le eventuali figure o immagini vanno inserite nel testo e inviate separatamente in formato Jpeg, in alta risoluzione (almeno 300 DPI), numerate in ordine progressivo. Le didascalie vanno numerate e inserite in un file a parte.

Normativa per i rinvii bibliografici nel testo e nelle note

- La Rivista adotta il sistema Autore-Anno.
- Nei rinvii bibliografici non è necessario indicare la curatela.
- Nei richiami collocati nel testo, tra parentesi tonde e in maiuscoletto vanno inseriti il cognome dell'Autore/Autrice con iniziale maiuscola (senza il nome) e a seguire (senza virgola) l'anno di pubblicazione dell'opera; nel caso di citazioni o riferimenti specifici, il numero della/e pagina/e va inserito preceduto dal segno grafico dei due punti e da uno spazio.
Esempi: (SEPPILLI 1996) e (SEPPILLI 1996: 19).
- Per richiami relativi a più opere del/la medesimo/a Autore/Autrice pubblicate in anni diversi separare con la virgola come nell'esempio seguente: (GOOD 2006, 2015). Per richiami relativi a più opere del/la medesimo/a Autore/Autrice pubblicate nel medesimo anno inserire le lettere minuscole come nell'esempio seguente: (SEPPILLI 1955a, 1955b).
- Per richiami relativi a opere collettive, prodotte da più Autori/Autrici separare con la virgola come nell'esempio seguente: (GOOD, DEL VECCHIO GOOD 1993). Nel caso di più di tre Autori/ Autrici, nel richiamo può essere indicato solo il/ la primo/a Autore/Autrice seguito da *et al.* in corsivo (CORIN *et al.* 2004).
- Per richiami relativi a differenti opere di differenti Autori/Autrici separare con il punto e virgola in ordine cronologico come nell'esempio seguente: (ZANETTI 1892; PITRÈ 1896).

Normativa per la costruzione e l'ordinamento delle informazioni nella bibliografia

- I testi vanno indicati in ordine alfabetico rispetto al Cognome dell'Autore/Autrice in maiuscoletto, seguito dall'iniziale del Nome e dall'anno di edizione tra parentesi tonde seguito dalla virgola.
- Nei titoli e nei sottotitoli degli articoli e dei libri in lingua inglese si utilizzano sempre le maiuscole per tutte le parole, a eccezione di articoli, interiezioni e congiunzioni. Si danno di seguito alcuni esempi.

1. Libri

GALLINI C. (1983), *La sonnambula meravigliosa. Magnetismo e ipnotismo nell'Ottocento italiano*, Feltrinelli, Milano.

In caso di nuova edizione o di traduzione indicare la data dell'edizione originale tra parentesi quadra.

Esempio: BOURDIEU P. (2003[1968]), *Per una teoria della pratica con tre studi di etnologia cabila*, Raffaello Cortina, Milano.

2. Opere collettive con indicazione di curatela

GALLI P. F. (a cura di) (1973), *Psicoterapia e scienze umane. Atti dell'VIII Congresso internazionale di psicoterapia (Milano, 25-29 agosto 1970)*, Feltrinelli, Milano.

3. *Contributi individuali entro opere collettive o entro collettanee di lavori del medesimo Autore*
GOOD B., DEL VECCHIO GOOD M. J. (1981), *The Meaning of Symptoms: A Cultural Hermeneutic Model for Clinical Practice*, pp. 165-196, in EISENBERG L., KLEINMAN A. (a cura di), *The Relevance of Social Science for Medicine*, Reidel Publishing Company, Dordrecht.
4. *Opere collettive in periodici*
LÜTZENKIRCHEN G. (a cura di) (1991), *Psichiatria, magia, medicina popolare. Atti del Convegno (Ferentino, 14-16 novembre 1991). Sezione demo-antropologica. I*, "Storia e Medicina Popolare", Vol. 9 (2-3): 58-213.
5. *Contributi individuali entro opere collettive in periodici*
PRINCE R. (1982), *Shamans and Endorphins: Hypotheses for a Synthesis*, in PRINCE R. (a cura di), *Shamans and Endorphins*, "Ethos. Journal of the Society for Psychological Anthropology", Vol. 10 (4): 409-423.
6. *Articoli in periodici*
MENÉNDEZ E. L. (1985), *Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina*, "Nueva Antropología", Vol. 7 (28): 11-27.
N.B. *Le indicazioni dei luoghi di edizione, come peraltro quelle degli editori, vanno mantenute nella lingua originale.*
7. *Articoli online e siti web*
FOOTMAN K., KNAI C., BAETEN R., GLONTI, K., MCKEE M. (2014), *Policy Summary 14: Crossborderhealthcare in Europe*, http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/263538/Crossborder-health-care-in-Europe-Eng.pdf?ua=1 (consultato il 10 ottobre 2018).
<http://www.medanthro.net/about/about-medical-anthropology/> (consultato il 10 ottobre 2018).
N.B. *È necessario inserire la data di ultima consultazione della risorsa.*

Instructions for Authors

Communications

For every communication, please send an e mail to the following e mail address

redazioneam@antropologiamedica.it

Please Note. *The respect of the following Editorial Instructions is an indispensable condition for the acceptance of the manuscripts proposed.*

- *Articles*: manuscripts submitted by the Authors should be prepared in Microsoft Word and should be submitted by e mail at *redazioneam@antropologiamedica.it*. Every page of the article should correspond to 2000 characters, typeface Garamond 12 and the manuscripts must not exceed 12000 words (including abstracts, notes and references).
- *Reviews*: manuscripts submitted by the Authors as review of book, must be titled and not exceed 3000 words (including references and title).
- Manuscripts will be subjected to double-blind review process. In case of acceptance with modifications, the changes will be promptly communicated to the Author who will consider them for the final version of the manuscript. The final version must be edited following carefully the *Instructions for the Authors*.
- Final version of the manuscripts will be considered as complete in every part.
- Front matter: Title and under the title: Authors' Name and Surname, Affiliation, e mail address.
- Back matter: a *Bionote* of the Author, no more than 160 words, including place and date of birth of the author; *Abstract* of no more than 80 words with the title of the article and 5 *keywords* in the same language of the manuscript. Abstract, with title and keywords, should be submitted in 4 languages: English, French, Spanish and Italian.

Graphic conventions

- For cultural- ethnic, linguistic, religious and political and ideological groups use capital letter when used as noun or adjectives (e.g.: Bororo, Bororo community).
- For institutions, authorities, associations, scientific society and other collective structures: Initial letter in capital for the first word (e.g.: Italian society of medical anthropology). Acronyms in Small Caps (e.g.: SIAM).
- For naming historical- chronological periods: initial letter in capital (e.g.: Renaissance, Nineteenth century, Twentieth century).

- Words in dialects or foreign language (different from the language of the manuscript) should be written using *italics*.
- For words used with a particular meaning: use quotation marks in apex (“ ”).
- Brief quotations (no longer than 3 lines) should be placed in the text between guillemets (angle quotes: « »). Longer quotations should be separated from the text in smaller print (10), without quotation marks and with indentation. Quotations in foreign languages (different from the one of the manuscript) can be left in the original language giving the translation in note. Where quotation is in original language, its placement between guillemets relives from the italics.
- Use Endnotes, preceded by the indication Notes and numbered in progression, before Bibliography at the end of manuscript.

References in the text and in the notes

- References in the text should take the form: Surname of Author or of the Editor in Small Caps, year of publication between round brackets; in case of specific citations: number of page or pages preceded by colons and a space.
Examples: (SEPPILLI 1996) and (SEPPILLI 1996: 19).
- For references where more than one work by the same author is cited references should be in date order: (GOOD 2006, 2015). For works by the same author in the same year, use letter: (SEPPILLI 1955a, 1955b).
- For references where a work of more than one author is cited: (GOOD, DEL VECCHIO GOOD 1993). For more than 3 authors in the references, please indicate the first author followed by *et al.* in italics (CORIN *et al.* 2004).
- For references where different works of different authors are cited: (PITRÈ 1896, ZANETTI 1892).
- For references where the work has an Editor: (SEPPILLI ed. 1989). For more than one editor: (LANTERNARI, CIMINELLI eds. 1998).

References in Bibliography

Texts should be written in alphabetical order regarding the Surname of the Author. Where more texts by the same author are cited, please follow the chronological order

1. *Books*

Surname of the Author with initial letter in capital followed by a space and the Initial letter of the Name in capital, date of publication in brackets followed by comma, title of the book in italics, publisher followed by comma, city.

Example: GALLINI C. (1983), *La sonnambula meravigliosa. Magnetismo e ipnotismo nell'Ottocento italiano*, Feltrinelli, Milano.

In case of a new edition of the work, or in case of a translation, please indicate the original date of publication in square brackets.

Example: DE MARTINO E. (2015[1959]), *Magic: A Theory from the South*, Hau Books, Chicago.

2. *Collective works*

LOCK M., YOUNG A., CAMBROSIO A. (eds.) (2000), *Living and Working with the New Medical Technologies*, Cambridge University Press, Cambridge.

3. *Individual contribution in collective works or in miscellaneous work of the same author*

GOOD B., DELVECCHIO GOOD M.-J. (1981), *The Meaning of Symptoms: A Cultural Hermeneutic Model for Clinical Practice*, pp. 165-196, in EISENBERG L., KLEINMAN A. (eds.), *The Relevance of Social Science for Medicine*, Reidel Publishing Company, Dordrecht.

4. *Collective works in journals*

LÜTZENKIRCHEN G. (ed.) (1991), *Psichiatria, magia, medicina popolare. Atti del Convegno (Ferentino, 14-16 novembre 1991). Sezione demo-antropologica. I*, "Storia e Medicina Popolare", Vol. 9 (2-3): 58-213.

5. *Individual contribution in miscellaneous work in journals*

PRINCE R. (1982), *Shamans and Endorphins: Hypotheses for a Synthesis*, in PRINCE R. (ed.), *Shamans and Endorphins*, "Ethos. Journal of the Society for Psychological Anthropology", Vol. 10 (4): 409-423.

6. *Articles in Journals*

MENÉNDEZ E. L. (1985), *Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina*, "Nueva Antropología", Vol. 7 (28): 11-27.

