

AMI



55 / giugno 2023

RIVISTA DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI ANTROPOLOGIA MEDICA
FONDATA DA TULLIO SEPELLI



In copertina

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

(Foto: © Andrea Carlino, 2020).



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

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

55

giugno 2023
June 2023



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

Direttore

Giovanni Pizza, Università di Perugia

Comitato di redazione

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

Comitato scientifico

Naomar Almeida Filho, Universidade Federal da Bahia, Brasile / Jean Benoist, Université de Aix-Marseille, Francia / Gilles Bibeau, Université de Montréal, Canada / Andrea Carlino, Université de Genève, Svizzera / Giordana Charuty, Université de Paris X, Nanterre, Francia / Luis A. Chiozza, Centro de consulta médica Weizsäcker, Buenos Aires, Argentina / Josep M. Comelles Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spagna / Ellen Corin, McGill University, Montréal, Canada / Mary-Jo Del Vecchio Good, Harvard Medical School, Boston, Stati Uniti d'America / Sylvie Fainzang, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Paris, Francia / Didier Fassin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, Francia – Institute for advanced study, Princeton, Stati Uniti d'America / Byron Good, Harvard Medical School, Boston, Stati Uniti d'America / Mabel Grimberg, Universidad de Buenos Aires, Argentina / Roberte Hamayon, Université de Paris X, Nanterre, Francia / Thomas Hauschild, Eberhard Karls Universität, Tübingen, Germania / Elisabeth Hsu, University of Oxford, Regno Unito / Laurence J. Kirmayer, McGill University, Montréal, Canada / Arthur Kleinman, Harvard Medical School, Boston, Stati Uniti d'America / Annette 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 / Angela Molinari, Università di Milano Bicocca, Italy / Chiara Moretti, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Italy / Giulia Nistri, Università di Perugia, Italy / Cristina Papa, president of the Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute), Perugia, Italy / Elisa Pasquarelli, independent scholar, Perugia, Italy / Francesca Pistone, independent scholar, Roma, Italy / Ivo Quaranta, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Italy / Andrea F. Ravenda, Università di Torino, Italy / Elisa Rondini, Università di Perugia, Italy / Pino Schirripa, vicepresidente of the SIAM, Sapienza Università di Roma, Italy / Nicoletta Sciarrino, Università di Torino, Italy / Alberto Simonetti, independent scholar, Perugia, Italy / Simona Taliani, Università di Torino, Italy / Eugenio Zito, Università di Napoli "Federico II", Italy

Advisory Board

Naomar Almeida Filho, Universidade Federal da Bahia, Brasil / Jean Benoist, Université de Aix-Marseille, France / Gilles Bibeau, Université de Montréal, Canada / Andrea Carlino, Université de Genève, Switzerland / Giordana Charuty, Université de Paris X, Nanterre, France / Luis A. Chiozza, Centro de consulta médica Weizsäcker, Buenos Aires, Argentine / Josep M. Comelles Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spain / Ellen Corin, McGill University, Montréal, Canada / Mary-Jo Del Vecchio Good, Harvard Medical School, Boston, USA / Sylvie Fainzang, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Paris, France / Didier Fassin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, France – Institute for advanced study, Princeton, USA / Byron Good, Harvard Medical School, Boston, USA / Mabel Grimberg, Universidad de Buenos Aires, Argentine / Roberte Hamayon, Université de Paris X, Nanterre, France / Thomas Hauschild, Eberhard Karls Universität, Tübingen, Germany / Elisabeth Hsu, University of Oxford, UK / Laurence J. Kirmayer, McGill University, Montréal, Canada / Arthur Kleinman, Harvard Medical School, Boston, USA / Annette Leibing, Université de Montréal, Canada / Margaret Lock, McGill University, Montréal, Canada / Françoise Loux, Centre national de la recherche scientifique (CNRS) Paris, France / Ángel Martínez Hernández, Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spain / Raymond Maseé, 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. 55, giugno 2023

n. 55, June 2023

Editoriale

- 11 Giovanni Pizza
Editoriale di AM 55
AM 55 Editorial

Sezione monografica

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

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

Saggi

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

Ricerche

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

Note, interventi, rassegne

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

Recensioni

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

Editoriale di AM 55

Giovanni Pizza

Università di Perugia

[giovanni.pizza@unipg.it]

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

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

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

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

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

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

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

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

*Esperienze e pratiche di salute ai tempi della
pandemia. Tensioni, contraddizioni e possibili
scenari per un futuro delle politiche sanitarie*
Introduzione alla sezione monografica

Chiara Moretti, Chiara Quagliariello

Università di Parma, École des hautes études en sciences sociales
[chiara.moretti@unipr.it; chiara.quagliariello@ehess.fr]¹

Abstract

Health Experiences and Practices During the Pandemic. Tensions, Contradictions and Possible Scenarios for the Future of Health Policies

This monographic issue moves from the panel “Health experiences and practices during the pandemic. Tensions, contradictions and possible scenarios for the future of health policies” which we coordinated at the 3rd National Conference of the Italian society of cultural anthropology (SIAC). The aim was to underline the political, institutional, social, techno-scientific and ethical-moral tensions related to the pandemic and post-pandemic period through medical anthropology contributions. The essays propose analyses and theoretical elaborations based on research experiences, exploring whether and to what extent the pandemic may be an opportunity to reflect on the multidimensionality of health/disease processes, and to rethink the future of health policies.

Keywords: pandemic, syndemic, health policies, health disparities, care

Introduzione

La pandemia da Covid-19 ha indubbiamente costituito un evento marcatore nel campo della salute, della malattia, dei percorsi di cura e dei modi in cui percepiamo, interpretiamo e viviamo questi fenomeni.

L'emergenza sanitaria che, dai primi mesi del 2020, ha interessato interi assetti sociali, economici e politici, ha, tra le tante cose, mostrato lacune strutturali relative all'articolazione delle politiche sanitarie e di salute pubblica, all'organizzazione delle istituzioni ospedaliere e dei luoghi dedicati

alla cura e, più generalmente, del lavoro assistenziale svolto al loro interno. Parallelamente si sono rese evidenti le criticità connesse alle modalità di accompagnamento socio-sanitario delle diverse categorie di pazienti, oltre che le disparità sia nelle forme di esposizione al virus, sia negli effetti generali che la situazione pandemica ha prodotto sul benessere psico-fisico delle persone alla luce di ineguali condizioni familiari, sociali, abitative e lavorative, e nelle diverse articolazioni dei rapporti tra i generi e tra le generazioni. Sono emersi i limiti intrinseci al paradigma biomedico quale sistema di sapere e di credenze caratterizzato da un approccio individualistico e intra-somatico basato sulla ricerca di spiegazioni e conseguenti soluzioni terapeutiche alla luce del funzionamento del corpo-macchina, di cui dispone ogni singolo individuo, inteso come soggetto indipendente da qualsiasi contesto di appartenenza e legame sociale. La pandemia ha messo in luce, infatti, come la sola visione biologizzante non sia sufficiente né a spiegare le traiettorie di diffusione del virus e le cause di mortalità, né quali siano i fattori “protettivi” che espongono a un minor rischio di ammalarsi severamente. Essa ha dunque mostrato come la sofferenza possa essere “sociale” (KLEINMAN, DAS, LOCK 1997) e come il corpo individuale sia sempre “politico” (FARMER 2003, 2004; FASSIN 2006, 2014) in quanto luogo in cui micro e macro processi determinano asimmetrie che impattano su singole condizioni e traiettorie biografiche incidendo sugli stati di salute e di malattia; i contributi che compongono questo numero monografico illustrano bene come per comprendere questi stati, così come le differenti possibilità di accesso ai sistemi di cura e di prevenzione, non si possa prescindere da un’analisi ampia delle condizioni (materiali e non) di esistenza, dei meccanismi silenti iscritti nelle forme delle organizzazioni sociali, delle dinamiche di potere e di distribuzione delle risorse, dei dispositivi simbolici attraverso cui pensiamo la realtà, dei modelli di produzione e riproduzione della vita (sociale e biologica).

Sindemie e disparità neoliberali

Come già ampiamente emerso in letteratura (MARMOT, WILINSON 1999; BRAVEMAN 2003; DI GIROLAMO, MARTINO 2015; SENGUPTA, BODINI, FRANCO 2018; ABUBAKAR *et al.* 2022; DEVAKUMAR *et al.* 2022), salute e malattia vanno compresi in maniera processuale: le disuguaglianze, le discriminazioni o le disparità sociali vengono incorporate su un piano anatomico-fisiologico contribuendo alla produzione di malattie.

Partendo da tali presupposti, la complessità della situazione pandemica può essere esaminata attraverso il cosiddetto “approccio sindemico”, il quale rappresenta una chiave di lettura utile sia in termini analitici sia applicativi per ripensare il futuro delle politiche sanitarie. Tale approccio – introdotto negli anni Novanta del secolo scorso dall’antropologo Merrill Singer (SINGER, SCOTT 2003; SINGER 2017) e rievocato di recente dal caporedattore della rivista *The Lancet*, Richard Horton (2020) in occasione della crisi sanitaria da Covid-19 – mette in luce come la visione che intende le malattie nei termini di entità uniche e distinte, ovvero separate da altri stati patologici ed indipendenti dalla relazione individuo/contesto socio-economico, rischia di essere fallimentare nella misura in cui tende a oscurare i modi in cui diversi fattori (clinici, economici, sociali, abitativi, etno-razziali etc.) interagiscono sinergicamente tra loro, con un conseguente impatto sulla salute delle singole persone e delle intere popolazioni. In questo senso, se le pandemie possono essere intese come processi globali, le sindemie rimandano ugualmente a dimensioni locali e a contesti particolari in cui i processi patogenici possono essere interrogati nella loro dimensione generativa e storica (MINELLI 2021).

Analizzare gli effetti della diffusione del Covid-19 da una prospettiva sindemica permette di osservare l’emersione di due epidemie: una di tipo biologico trasmessa dal virus e una di tipo sociale connessa alle condizioni di vita di chi si ammala; di considerare, quindi, tali epidemie come fenomeni trasversali all’intera popolazione mondiale ma diversamente caratterizzati nella loro diffusione e gravità tra i differenti contesti geografici e i diversi gruppi sociali. In breve, consente di constatare quanto il Covid-19 non si sia affatto mostrato come un virus “democratico”: è alla luce di una sua eziologia socio-bio-politica che è possibile comprenderne l’impatto e la capacità stessa di produrre condizioni avverse di salute, fare dunque luce sui “come” e sui “perché” le persone si ammalino. Appare ormai chiaro come per esempio, nel contesto italiano, durante le prime ondate epidemiche del 2020 siano state alcune fasce della popolazione a essere maggiormente esposte al contagio e al rischio di ammalarsi gravemente alla luce di differenti condizioni abitative (residenza in nuclei familiari numerosi o in condizioni di maggior sovraffollamento o residenza in aree maggiormente deprivate e inquinate); differenti condizioni lavorative (occupazione in settori che in misura minore hanno potuto beneficiare dei sistemi di lavoro alternativi come lo *smart working* o occupazione in settori caratterizzati da condizioni di insicurezza lavorativa, illegalità e precariato); differenti reti di relazione e di tutela (maggiore o minore

capacità di affrontare l'isolamento e/o l'eventuale quarantena domiciliare a seguito della diagnosi).

Ma il Covid non si è mostrato un virus democratico anche in un ulteriore senso: la sua severità e gravità sono dipese, e continuano a dipendere, anche da diseguali possibilità distribuite geograficamente circa le modalità di accedere in maniera lineare ai percorsi di prevenzione e cura. Nonostante, infatti, la pandemia abbia risvegliato la consapevolezza che la salute non possa essere garantita attraverso iniziative circoscritte "localmente", il caso della distribuzione (ineguale) dei vaccini mostra come l'esito dei processi di salute/malattia sia profondamente ancorato a dinamiche sociali ed economiche, subordinato inoltre a precise scelte geopoliticamente informate.

Che di scelte politiche si tratta, o si è trattato, lo mostra in questo senso il fatto che, anche dinanzi al fallimento del programma internazionale COVAX (*COVID-19 Vaccines Global Access*) che avrebbe dovuto distribuire due miliardi di dosi di vaccini nei paesi a basso reddito entro la fine del 2021, si è nei fatti "deciso" di non procedere con la sospensione temporanea di copyright, disegni industriali e brevetti (obblighi contenuti dall'Accordo TRIPS – *Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights*) impedendo, di conseguenza, la produzione e la distribuzione dei vaccini su scala globale. La ferma opposizione alla richiesta di sospensione dei brevetti inviata da India e Sudafrica a fine 2020 all'Organizzazione mondiale del commercio – sostenuta inoltre dall'Organizzazione mondiale della sanità e dalle agenzie delle Nazioni unite – non è arrivata solo dall'industria del farmaco ma anche da paesi industrializzati come USA, Unione Europea e Regno Unito. Come testimoniato dalle parole dell'ex Presidente del Consiglio Italiano Mario Draghi e dalla presidente della commissione europea Ursula von der Leyen in occasione del *Global Health Summit* tenutosi a Roma a Maggio 2021, lo sforzo per arrivare a una copertura vaccinale globale si scontra con l'incapacità delle aziende farmaceutiche, non titolari del brevetto e localizzate nei paesi a basso reddito, di acquisire l'adeguato "know-how", di adottare e importare le stesse tecnologie, di coordinare le fasi produttive e di garantire dunque prodotti di qualità. Il caso analizzato in questo monografico da Elena Zapponi e Marco Simonelli mostra tuttavia come a Cuba sia stato possibile articolare una risposta non solo sanitaria ma anche politica al virus attraverso lo sviluppo di vaccini efficaci che hanno visto una loro distribuzione attraverso un sistema di salute pubblico e gratuito.

Tuttavia, al di là di rare eccezioni, il diritto vaccinale in epoca pandemica è passato innanzitutto attraverso logiche neocolonialiste e neoliberiste, laddove l'emergenza sanitaria connessa al Covid-19 si è configurata come un "problema" da gestire alla luce di interessi finanziari e seguendo criteri di libero mercato piuttosto che principi mirati alla tutela universale del diritto alla salute.

Gerarchizzazione dei bisogni sanitari

Tornando al contesto italiano, la non-democraticità del virus è emersa anche dal ripensamento delle logiche di funzionamento dei reparti ospedalieri. Al di là di quelle che sono state le importanti disparità locali, regionali e territoriali – in parte dovute alle diverse temporalità con cui il virus ha colpito le realtà del nord, centro e sud Italia – la riarticolazione dei servizi sanitari e la possibilità di accesso a percorsi terapeutici, già avviati o da intraprendere, hanno assunto forme diverse a seconda del grado di "necessarietà" attribuita (o meno) ai diversi settori della medicina ospedaliera. È così che mentre alcuni pazienti² hanno potuto continuare a usufruire del supporto del personale medico – dal momento che i loro percorsi di assistenza e cura sono stati valutati come "non sacrificabili" – altri hanno visto rimandare i propri interventi chirurgici e/o percorsi di cura a data da destinarsi rimanendo in una situazione di incertezza e assenza di informazioni per diversi mesi. La scelta di continuare a garantire solo alcuni tipi di ricoveri, a partire dalla necessità di trasformare quanti più reparti ospedalieri in reparti Covid, ha prodotto un'inevitabile gerarchizzazione del sapere medico e delle diverse categorie di pazienti. Allo stesso tempo, poco è stato fatto per provare a immaginare percorsi alternativi di assistenza al fine di garantire quel che non poteva essere offerto all'interno dello spazio ospedaliero.

Secondo i dati Istat (ISTAT 2022) nel 2020 si sono registrati circa 6,5 milioni di ricoveri ospedalieri: il 22% in meno rispetto alla media del triennio precedente. Tale diminuzione a livello nazionale, principalmente attribuibile al differimento delle ospedalizzazioni non urgenti, ha riguardato sia i ricoveri ordinari (-20,1%) sia i ricoveri in day hospital (-29,4%). All'interno di questa tendenza, tra i settori più colpiti troviamo: i ricoveri per malattie del sistema osteomuscolare e tessuto connettivo (-29,5%), quelli per malattie dell'apparato digerente (-27,2%), ancora quelli connessi alle malattie dell'apparato genito-urinario (-25,2%). Al contrario, i ricoveri che

hanno subito riduzioni più limitate sono quelli connessi ai traumatismi (-17,3%), la cura dei tumori (-14,5%) e l'assistenza alla gravidanza e al parto (-11,7%). Focalizzandoci su quest'ultimo dato, come già evidenziato altrove (QUAGLIARIELLO 2020), la scelta di includere un evento di per sé fisiologico tra i percorsi prioritari da mantenere all'interno dello spazio ospedaliero sottolinea la centralità dell'approccio medico-centrato e "patologizzante" nei confronti dell'evento riproduttivo, a sfavore di altre modalità non ospedaliere di prendersi cura di tale evento in assenza di rischi per la madre e il bambino. Questo approccio, poco attento agli aspetti "umanizzanti" dell'assistenza, ha impattato negativamente sul benessere globale delle donne e delle coppie (GROTTI, QUAGLIARIELLO 2020); emblematica a questo proposito è stata la discussione portata avanti da alcune associazioni di genitori e dallo stesso Ministero della salute riguardo alla scelta preventiva di far partorire le donne da sole, senza il sostegno dei propri partner (MINISTERO DELLA SALUTE 2020; YUILL 2020; BENAGLIA, CANZINI 2021). Diversamente dall'accompagnamento alla gravidanza e al parto, i ricoveri per le interruzioni volontarie di gravidanza hanno subito una riduzione del 15,6% (ISTAT 2022). Nessuna alternativa è stata offerta alle donne e questo nonostante le richieste da parte di associazioni femministe e *pro choice* di introdurre in Italia percorsi di assistenza in telemedicina come al contrario avvenuto in altri paesi d'Europa e del mondo (cfr. BRIGO, MARTINO, ZANINI in questo numero). L'opposizione tra il caso della gravidanza e il parto e quanto deciso per l'interruzione di gravidanza evidenzia come le scelte di salute pubblica realizzate in periodo pandemico rispondano a una "gerarchizzazione politica" dei bisogni sanitari, informata da valori socio-culturali e principi etico-morali preesistenti alla pandemia (QUAGLIARIELLO, ZANINI 2021).

L'ineguale gestione dei ricoveri ospedalieri e dei percorsi di cura trova un ulteriore esempio nella reiterazione di una supposta opposizione tra corpo e mente, salute fisica e salute mentale, dove la prima si è vista riconosciuta un maggiore grado di emergenzialità rispetto alla seconda. L'inestricabile intreccio tra questi due campi che costituiscono aspetti complementari del benessere/malessere individuale e collettivo non ha trovato sufficientemente spazio nelle scelte di salute pubblica (MINELLI 2020). Eppure, molteplici appaiono gli esempi di processi di produzione e di rafforzamento di forme di disagio psichico dovute alle eccezionali condizioni di vita esperite durante la pandemia (cfr. CHECCHIA in questo numero). La rappresentazione della sola salute fisica come "bene comune" da difendere collettivamente ha di fatto posto in secondo piano i rischi psicologici, attuali e futuri, legati

alla radicale trasformazione delle forme di socialità, la prolungata sedentarietà, le limitate possibilità di occupazione del tempo libero, gli ostacoli all'esplorazione della sessualità per le generazioni più giovani, etc. È così che la pandemia si è trasformata in un fattore di incremento di divisioni e gerarchizzazioni sanitarie preesistenti tra trattamento dell'urgenza *versus* trattamento della cronicità (cfr. ZITO in questo numero), ancora trattamento del benessere fisico *versus* trattamento del benessere mentale.

Difesa della salute pubblica o primato delle logiche di mercato?

La disomogenea riorganizzazione dei reparti e l'incapacità di rispondere ai molteplici bisogni di salute della popolazione si inseriscono all'interno di uno scenario più ampio di crisi della sanità pubblica. Se è vero che a livello planetario il virus ci ha trovati impreparati, nel contesto nazionale italiano tale impreparazione va letta alla luce di processi che hanno nel tempo negativamente impattato il tessuto sociale nazionale e l'organizzazione delle attività "economiche fondamentali" (DAGNES, SALENTO 2022); in altre parole tutte quelle attività in cui «sono prodotti e distribuiti i beni e i servizi essenziali per il benessere individuale e collettivo, che costituiscono l'infrastruttura della vita quotidiana, la base materiale della cittadinanza e della coesione sociale» (*ivi*: 9-10), tra cui quelle connesse all'istruzione, al funzionamento dei sistemi di welfare, della sanità e dei servizi di cura.

Come già affermato in più occasioni (BODINI, QUARANTA 2021; BIFULCO, NERI, POLIZZI 2022), durante la pandemia l'applicazione di politiche sanitarie improvvisate alla luce di una evidente carenza di mezzi, è stata in Italia strettamente causata da una diminuzione cronica delle capacità dei sistemi socio-sanitari di rispondere ai bisogni di salute. Tale tendenza – già avviata negli anni Novanta del secolo scorso con la regionalizzazione dell'assistenza sanitaria e attraverso riforme, tagli al bilancio e alla spesa pubblica – ha determinato decenni di smantellamento e de-finanziamento del servizio pubblico, l'introduzione di logiche privatistiche, aziendali e manageriali, l'accelerazione di forme di concorrenza tra organizzazioni sanitarie seguendo precise logiche di *market-making* (BIFULCO, NERI, POLIZZI 2022). L'insieme di questi fenomeni ha, tra le altre cose, generato processi di riorganizzazione ospedaliera causando una concentrazione di unità strutturali all'interno di grandi nosocomi, una riduzione di servizi, la contrazione nel numero di posti letto, già tra i più bassi in Europa (*ibid.*), e la carenza stessa di personale sanitario ridotto da anni di tagli

e dall'introduzione di limitazioni nelle assunzioni. Gli stessi processi, nutrendo fortemente l'ospedale-centrismo, hanno al contempo ridotto l'efficienza della medicina di prossimità limitando la capacità dei territori di offrire una ramificazione di servizi efficaci e promuovendo, così, indirettamente una logica mirata a garantire interventi sulle malattie senza tuttavia riuscire ad agire efficacemente sui piani di prevenzione.

D'altra parte la crisi della sanità in Italia va compresa alla luce di processi globali quali la concentrazione di capitali in un numero ristretto di grandi imprese, la finanziarizzazione dell'economia anche in campo sanitario, la mancanza di istituzioni politiche stabili in grado di incidere globalmente e localmente, il condizionamento dell'economia internazionale sui singoli stati e sulle rispettive misure di contenimento della spesa pubblica (VINEIS 2020). L'insieme di tali fenomeni testimonia dunque l'ascesa del neoliberismo inteso come cornice ideologica in cui si declinano le strategie di salute pubblica nei molteplici contesti locali e globali (MINELLI 2014; QUARANTA 2014). In questo senso, l'evento pandemico è stato capace di fare emergere gli effetti di processi geograficamente ampi e di produrre un "effetto-verità" rispetto a questioni da tempo e per anni rimosse dal dibattito nazionale e internazionale (DAGNES, SALENTO 2022).

Nel contesto italiano tale "effetto-verità" ha condotto, concretamente, a immaginare nuove politiche mirate al rafforzamento della sanità da attuare per mezzo del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) che prevede, tra le varie misure, lo stanziamento di due miliardi di euro per la creazione di nuove strutture destinate alle cure primarie, alla medicina generale e ai servizi territoriali. Se, da una parte, tali politiche si configurano come un segnale importante che mostra la volontà di cambiare direzione, dall'altra è necessario che l'ammontare della spesa pubblica si accompagni a una modifica nelle modalità attraverso cui le risorse sono e/o verranno regolate e gestite. Necessario sarebbe, in altre parole, che esse venissero pensate al di fuori di una logica di calcolo economico e di profitto, e impiegate dunque all'interno di una cornice ideologica nuova attraverso cui pensare la salute come bene comune (SEPPILLI 2010) globale (BODINI, QUARANTA 2021) in cui esperienze di cittadinanza sociale e processi di partecipazione/gestione comunitaria della salute guadagnerebbero centralità.

Per un ripensamento del concetto di “cura”

Molteplici sono i piani su cui riflettere rispetto al nesso tra evento pandemico e azioni/relazioni di cura.

Su un piano dei rapporti di cura intesi in senso stretto, uno dei meriti della pandemia è stata la messa in valore del lavoro invisibile di professionisti sanitari impiegati con forme contrattuali precarie e remunerazioni sottopagate all'interno degli ospedali o di altre strutture assistenziali come le RSA (residenze sanitarie assistenziali). Improvvisamente, professionisti impegnati nella parte “meno nobile” del lavoro di cura sono stati percepiti come figure-chiave nel far fronte all'emergenza sanitaria. Il caso degli infermieri e quello degli operatori socio-sanitari, inizialmente descritti a livello mediatico come “angeli della cura” ed “eroi della pandemia”, sottolineano come professionalità scarsamente valorizzate in tempi ordinari siano state riconosciute come essenziali, ribaltando simbolicamente la gerarchia professionale che vede solitamente il personale medico ai vertici. L'enfasi posta sul lavoro di prossimità realizzato al fianco di soggetti fragili è passata ugualmente attraverso la retorica del “sacrificio” e della “solidarietà umana” nel caso dei lavoratori impegnati (cfr. nota 2) nello svolgimento di mansioni assistenziali all'interno dello spazio domestico. Descritte come “coraggiose” o “salvifiche” tali figure sono uscite da una condizione di invisibilità senza tuttavia riscontrare un miglioramento effettivo delle proprie condizioni lavorative. Crediamo che le politiche sanitarie future non potranno limitarsi a un ripensamento esclusivamente simbolico del lavoro svolto a supporto di soggetti di cui non ci si prende sufficientemente cura a livello comunitario; a tale ripensamento andrebbe affiancato un investimento capace di condurre a cambiamenti concreti nel campo dell'assistenza domiciliare e ospedaliera.

Se analizzata alla luce del lavoro di cura, la pandemia appare inoltre come un fenomeno non neutro da un punto di vista di genere. Seppure il virus abbia colpito prevalentemente persone di sesso maschile (ISTAT 2022), la maggior parte delle soggettività coinvolte nelle pratiche di affiancamento a persone anziane, disabili o vulnerabili, corrisponde a rappresentanti del genere femminile, dato che riflette una tendenza strutturata e strutturante del lavoro di cura in Italia (SACCHI, VIAZZO 2018). Allo stesso tempo la pandemia ha condotto a un rafforzamento della divisione sessuale del lavoro domestico determinando un'involuzione del nesso tra lavoro di cura e rapporti di genere e facendo emergere rinnovate disuguaglianze per ciò che concerne la gestione della casa o, ancora, l'accudimento dei figli.

Il sovraccarico di lavoro vissuto dalle donne ha condotto in alcuni casi all'emersione di forme di stress connesse all' "etica della cura" (GIACALONE 2021) in un momento di isolamento, assenza di welfare e immobilità forzata.

La pandemia ha offerto una preziosa occasione per ripensare le azioni, le relazioni, le politiche e le economie della cura anche in un senso più ampio. Come già emerso in letteratura (TROUT, KLEINMAN 2020; FRAGNITO, TOLA 2021; THE CARE COLLECTIVE 2021), con "cura" si può intendere non solo un intervento/trattamento tecnico su un corpo che si ammala ma anche un insieme di saperi, atteggiamenti, azioni e prassi mirati a rispondere a bisogni corporei e ugualmente psicologici, relazionali, affettivi, educativi, sociali, generazionali, ambientali ed ecologici. In altre parole, la cura implica una messa in atto di forme di attenzione, di riguardo e di impegno rispetto a ogni ambito dello stare e del fare in società.

Il dibattito interno all'antropologia medica e culturale attorno al concetto di "antropocene" mostra in particolare quanto sia necessario riflettere sulle connessioni tra il funzionamento delle nostre società a capitalismo avanzato, il progressivo deterioramento dell'equilibrio del pianeta e l'impatto di tali fenomeni sullo stato di salute delle popolazioni (DALL'Ò 2021; RAVENDA 2021). In linea con questo approccio, l'epidemia da Covid-19 ci ha trovati impreparati non solo nel trovare rimedi ma anche nel riflettere criticamente sulle cause di un evento di simile portata. I numerosi appelli di esperti nel campo delle malattie emergenti e infettive – i quali avevano annunciato da tempo che dopo gli allarmi sull'influenza aviaria e suina, e le infezioni legate ai virus Zika ed Ebola si sarebbe prodotta una pandemia di più grande ampiezza – sembrano non essere stati accolti. Eppure, alla luce di quanto avvenuto in tutto il mondo, fattori quali il crescente inquinamento del pianeta, l'aumento dei viaggi e dei trasporti, l'incessante sfruttamento delle risorse, l'invasione umana di habitat naturali non possono più essere ignorati in quanto potenzialmente responsabili dello sviluppo di nuove malattie e di un maggiore rischio di zoonosi. Se dunque le crisi sanitarie e quelle ecologico-ambientali sono fenomeni che vanno di pari passo (PASQUARELLI, RAVENDA 2020), ancora una volta i rimedi e le innovazioni mediche da sole appaiono insufficienti a garantire lo stato di salute delle popolazioni (SCHIRRIPA 2014).

Riflessioni antropologiche, diritti sanitari, sfide politico-culturali

Adottando la prospettiva promossa dall'antropologia medica critica (SCHEPER-HUGHES 1995; DOZON, FASSIN 2001) intesa come forma di sapere e di conoscenza pubblica e al tempo stesso politica (PIZZA, RAVENDA 2016), in questo numero ci proponiamo di analizzare se e in quale misura la pandemia da Covid-19 si sia mostrata, e continui a mostrarsi, come un'occasione per ripensare non solo la salute ma anche le politiche a essa correlate.

I contributi qui presentati si riferiscono soprattutto a quanto accaduto durante il primo e il secondo anno della pandemia, concentrandosi sulle tensioni politico-istituzionali, socio-sanitarie, tecnico-scientifiche ed etico-morali che hanno caratterizzato la situazione epidemiologica e gli sviluppi di questo primo "periodo eccezionale". Aldilà dei cambiamenti repentini che hanno contraddistinto il susseguirsi delle fasi pandemiche, essi mostrano quanto il diritto alla salute e alla cura si leghi sempre con la definizione di altri diritti e si delinei così come una questione politica, che ha bisogno di risposte altrettanto politiche (SCHIRRIPA 2014).

Gli articoli sottolineano numerose questioni tuttora irrisolte innescate e/o amplificate dalla pandemia, prima tra tutte la perseveranza di politiche pubbliche incentrate sulla sopravvivenza del corpo a discapito di un'attenzione al benessere globale delle persone. Una prima declinazione di questo tema è la contrapposizione tra le modalità di gestione sanitaria dell'urgenza, da un lato, e della cronicità, dall'altro. Il saggio di Eugenio Zito, incentrato sull'interpretazione socio-culturale del diabete mellito e l'analisi dei percorsi di cura messi in atto in Marocco prima e durante la pandemia, sottolinea fino a che punto, alla luce delle severe restrizioni imposte dal governo per arginare il dilagare dell'infezione, la vita sociale ed economica delle città marocchine abbia subito profondi cambiamenti. Come sottolineato da Zito, tali trasformazioni hanno avuto effetti disastrosi sulle condizioni di salute di molti malati cronici, quali le persone con diabete. Nonostante questo, la risposta è stata una riduzione delle visite di controllo nei confronti di questa tipologia di pazienti per ragioni di sicurezza degli ospedali. Questa situazione ha contribuito a danneggiare le condizioni di salute di molte persone, le quali si sono viste negare i propri diritti di cura in nome della necessità di gestione dell'emergenza sanitaria in corso.

La gerarchizzazione tra bisogni sanitari all'interno delle politiche di salute pubblica ha trovato ugualmente espressione nello scarso investimento sui percorsi di accompagnamento e cura incentrati sulla salute mentale.

Il tema delle conseguenze psico-fisiche correlate alla pandemia è affrontato in due contributi. Nel suo saggio Alice Checchia, servendosi del concetto di “psicopandemia”, sottolinea l’importanza di riflettere sui rischi psicosociali, psico-fisici e psico-emotivi rafforzati ed emersi durante i primi mesi dell’emergenza sanitaria. Allo stesso tempo il contributo si concentra sul ruolo marginale assegnato alle professioni “psy” (psicologi e psicoterapeuti) nonostante la presenza di rischi psicologici collettivi sul lungo corso. Il saggio di Valentina Mutti analizza invece le difficoltà di accesso ai servizi di salute mentale da parte di minori stranieri non accompagnati e giovani migranti residenti presso centri di accoglienza durante il periodo della pandemia. Le riflessioni dell’autrice si interessano in particolare alle conseguenze psico-fisiche legate all’assenza di continuità dei percorsi di supporto psicoterapeutici non più offerti, o esclusivamente offerti a distanza.

La riarticolazione delle modalità di relazione tra operatori sanitari e pazienti ha visto un’accelerazione del ricorso a consultazioni digitali non soltanto nel campo della salute mentale. Tali forme di accompagnamento a distanza hanno conosciuto sviluppi diversi – assumendo talvolta un carattere fortemente istituzionale e altre volte una dimensione più informale o di comunità – a seconda degli ambiti sanitari coinvolti, e in base ai contesti nazionali. Come evidenziato nel saggio di Alessandra Brigo, Anastasia Martino e Giulia Zanini, la possibilità per le donne di accedere a consultazioni medico-ostetriche a distanza, o ancora l’opportunità di usufruire di percorsi di aborto farmacologico autogestito e/o in telemedicina, ha assunto caratteristiche fortemente eterogenee nelle varie realtà del mondo. Attraverso uno studio comparativo di quanto avvenuto parallelamente in Brasile, nel Regno Unito e in Italia – dove l’interruzione di gravidanza autogestita e/o in telemedicina è stata rispettivamente promossa dal basso, accolta e introdotta a livello istituzionale, e negata nonostante le richieste provenienti da alcuni rappresentanti delle società scientifiche e dal mondo dell’attivismo femminista e *pro-choice* – le autrici sottolineano fino a che punto tale variabilità di politiche e pratiche sia strettamente legata alla presenza di diverse culture sanitarie, più o meno attente al rispetto dei diritti riproduttivi già prima della pandemia.

Se la questione della gerarchizzazione dei bisogni sanitari e delle differenti risposte ai bisogni di cura emerge nei precedenti contributi finora introdotti, i saggi di Elena Zapponi, Marco Simonelli e di Corinna Santullo richiamano invece il tema della prevenzione analizzando, da prospettive diverse, il dibattito generato attorno ai vaccini. Il confronto tra la situazione italiana e quella cubana permette di osservare quanto, in contesti del

tutto differenti, gli immaginari e i comportamenti messi in atto da cittadini nei confronti dei vaccini siano stati anche informati dalla messa in atto di misure e di politiche caratterizzate da retoriche e rappresentazioni capaci di indebolire, da un lato, o di rafforzare, dall'altro, la fiducia verso le azioni nazionali di prevenzione. In questo senso, il caso cubano analizzato da Elena Zapponi e Marco Simonelli mostra come nonostante il crescente clima di sfiducia verso lo Stato – causato dalla crisi economica determinata da una presenza intermittente dei turisti e dalle riorganizzazioni del sistema monetario nazionale che alimenta vecchie e nuove forme di disuguaglianza sociale –, la creazione e la successiva distribuzione di vaccini siano state informate da inedite forme di narrazione della Rivoluzione socialista, presentandosi come «l'occasione per rimarcare una differenza tra un “noi” cubano reattivo e preparato a rispondere al rischio attraverso un sistema di salute pubblica efficiente e gli “altri”» (*infra*). Una narrazione questa che si radica nella fiducia fra cittadino e Stato, che si rende possibile anche alla luce delle caratteristiche del sistema di salute pubblico dell'isola, e che ha nei fatti contribuito a rendere Cuba uno fra i paesi maggiormente vaccinati al mondo. Diverso appare il contesto nazionale italiano analizzato nel contributo di Corinna Santullo; sebbene la campagna vaccinale abbia visto anche qui un'ampia diffusione, le opinioni contrastanti sull'efficacia o sulla pericolosità stesse dei vaccini hanno nutrito un “dubbio” a sua volta alimentato, soprattutto durante le prime ondate pandemiche, da un profondo senso di spaesamento e di abbandono da parte delle istituzioni percepito dai cittadini. Sono elementi questi che, se da un lato, hanno rafforzato teorie del complotto e radicalizzato posizioni critiche di gruppi “No-vax” e “Free-vax” che si presentavano come ristretti e minoritari prima della diffusione del Covid-19, dall'altro, hanno facilitato lo sviluppo di un movimento di esitanti “no-Covid-vax” e “No-green pass” capace di mettere in atto pratiche inedite di resistenza presentandosi, inoltre, come estremamente eterogeneo al suo interno. Ciò che tuttavia pare tenere unite nuove e vecchie forme di dissenso è la messa in discussione della funzione salvifica della medicina, se non una forma di “disincanto” – come etnograficamente descritto da Santullo – verso le istituzioni e la scienza che è ancora tutta da indagare, poiché non perfettamente incasellabile in categorie ontologiche che rischiano, inoltre, di depoliticizzare i significati stessi del “dubbio”.

Per concludere, il numero monografico intende riflettere sui modi in cui, per via del suo carattere “ibrido” (PALUMBO 2020), la diffusione del Covid-19 si è mostrata, e continua a mostrarsi, come un evento capace di mettere in luce diverse connessioni: quelle tra corpo, salute e società, bio-

logia ed economia, politica ed ecologia evidenziando quanto la relazione tra salute e malattia sia contraddistinta da più fattori, quelli certamente biologici ma anche quelli storici, sociali, economici e politici (*ibid.*). Forse, più di altri eventi recenti, la pandemia ha richiamato alla memoria quella definizione del 1948 del Preambolo alla Costituzione dell'Organizzazione mondiale della sanità che vede la salute come uno «stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la mera assenza di malattia o infermità»; uno stato quindi da difendere attraverso la promozione di politiche capaci di garantire le condizioni e le risorse fondamentali per il benessere individuale e collettivo.

Note

⁽¹⁾ L'ordine dei nomi delle autrici riflette l'ordine alfabetico. Entrambe hanno contribuito in maniera paritaria al coordinamento del numero monografico e alla concettualizzazione, scrittura e revisione di questa introduzione.

⁽²⁾ In questo come in altri passaggi l'impiego del maschile plurale, al posto di una sistematica declinazione delle varianti di genere, corrisponde a una scelta volta a una più snella lettura del testo.

Bibliografia

ABUBAKAR I., GRAM L., LASOYE S. *et al.* (2022), *Confronting the Consequences of Racism, Xenophobia, and Discrimination on Health and Health-care Systems*, "The Lancet", Vol. 400(10368): 2137-2146.

DEVAKUMAR D., SELVARAJAH S., ABUBAKAR I. *et al.* (2022), *Racism, Xenophobia, Discrimination, and the Determination of Health*, "The Lancet", Vol. 400(10368): 2097-2108.

BENAGLIA B., CANZINI D. (2021), *They Would Have Stopped Births, if They Only Could Have*: Short- and Long-Term Impacts of the COVID-19 Pandemic-a Case Study From Bologna, Italy, "Frontiers in Sociology", Vol. 6: 614271.

BIFULCO L., NERI S., POLIZZI E. (2022), *Sanità. Diritti fondamentali, aziendalizzazione e decline del territorio*, pp. 108-164, in DAGNES J., SALENTO A. (a cura di), *Prima i fondamentali. Economia della vita quotidiana tra profitto e benessere*, Feltrinelli, Milano.

BODINI C., QUARANTA I. (2021), *COVID-19 in Italy. A New Culture of Healthcare for Future Preparedness*, pp. 443-455, in MANDERSON L., BURKE N.J., WAHLBERG A. (a cura di), *Viral Loads. Anthropologies of Urgency in the Time of COVID-19*, UCL Press, London.

BRAVEMAN P. (2003), *Defining Equity in Health*, "Journal of Epidemiology & Community Health", Vol. 57(4): 254-258.

DALL'Ó E. (2021), *Cambiamenti climatici, ghiacciai, pandemie. L'importanza di uno sguardo multidisciplinare tra dati climatici, zoonosi e pandemie*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", 51: 151-174.

DAGNES J., SALENTO A. (2022), *Economia fondamentale: come studiarla, come promuoverla. Un'introduzione*, pp. 6-55, in DAGNES J., SALENTO A. (a cura di), *Prima i fondamentali. L'economia della vita quotidiana tra profitto e benessere*, Feltrinelli, Milano.

DI GIROLAMO C., MARTINO A. (2015), *Le disuguaglianze in salute: spunti per una riflessione teorica*, pp. 15-34, in EMERSON E. MERHY, STEFANINI A., ARDIGÒ M. (a cura di), *Problematizzando epistemologie in salute collettiva: saperi dalla cooperazione Brasile e Italia*, Rede Unida, Porto Alegre-Bologna.

DOZON J.P., FASSIN D. (2001), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Balland, Paris.

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. (2014), *Ripoliticizzare 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.

FRAGNITO M., TOLA M. (a cura di) (2021), *Ecologie della cura. Prospettive transfemministe*, Orthotes Editrice, Salerno.

GIACALONE F. (2021), *Letica della cura al tempo del Covid: una riflessione sul welfare e sulle disuguaglianze di genere*, "EtnoAntropologia", Vol. 9(1): 137-156.

GROTTI V., QUAGLIARIELLO C. (2020), *Birthing Alone: Pregnancy and Maternity Care in the Shadow of COVID-19 in Italy*, "Medical Anthropology Quarterly", <https://medanthroquarterly.org/rapid-response/2020/06/birthing-alone-pregnancy-and-maternity-care-in-the-shadow-of/> (consultato il 20 novembre 2022).

HORTON R. (2020), *Offline: COVID-19 Is Not a Pandemic*, "The Lancet", Vol. 396(10255): 874.

ISTAT (2022), *Impatto dell'epidemia Covid-19 sul sistema ospedaliero italiano*, Roma. https://www.agenas.gov.it/images/agenas/ISTAT/REPORT_IMPATTO_COVID_SU_RICOVERI_OSPEDALIERI_ISTAT_AGENAS.pdf (consultato il 4 gennaio 2023).

KLEINMAN A., DAS V., MARGARET L. (a cura di) (1997), *Social Suffering*, University of California Press, Berkeley.

MARMOT M., WILKINSON R. (1999), *Social Determinants of Health*, Oxford University Press, New York.

MINELLI M. (2014), *Leggere la salute globale nell'epoca della grande crisi*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", 38: 637-647.

MINELLI M. (2020), *Salute mentale e territorio*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", 40: 129-162.

MINELLI M. (2021), *Rischio, vulnerabilità, partecipazione*, "ANUAC", Vol. 10(1): 241-246.

MINISTERO DELLA SALUTE (2020), *Circolare 11257. COVID-19: indicazioni per gravida-partorienti, puerpera, neonato allattamento*, https://olympus.uniurb.it/index.php?option=com_content&view=article&id=22138:sa11257_20cov&catid=6&Itemid=137 (consultato il 12/11/2022).

PALUMBO B. (2020), *Storie Virali. Ibridi*, https://www.treccani.it/magazine/atlante/cultura/Storie_virali_Ibridi.html (consultato il 5 gennaio 2023).

- PASQUARELLI E., RAVENDA A. (2020), *Antropologia medica nella crisi ambientale. Determinanti biosociali, politica e campi di causazione*, "Archivio antropologico mediterraneo", Vol. 23 (22), DOI: <https://doi.org/10.4000/aam.2507>.
- PIZZA G., RAVENDA A. (2016), *Esperienza dell'attesa e retoriche del tempo. L'impegno dell'antropologia nel campo sanitario*, "Antropologia Pubblica", Vol. 2(1): 29-45.
- QUAGLIARIELLO C. (2020), *Generazione C: Gravidanza e parto ai tempi della pandemia*, "Illuminazioni", 53: 137-163.
- QUAGLIARIELLO C., ZANINI G. (2022), *Preservare le nascite durante la pandemia: analisi delle contraddizioni inerenti la gestione della salute riproduttiva durante l'emergenza da Covid-19*, pp. 25-53, in GENTILE L., QUAGLIARIELLO C., SESTITO, R. (a cura di), *Coronial. Antropologia della riproduzione e delle sessualità al tempo del Covid-19*, Franco Angeli, Milano.
- QUARANTA I. (2014), *Antropologia medica e salute globale*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", 37: 127-146.
- RAVENDA A. (2021), *La salute al tempo della crisi ambientale. Contaminazioni, causalità, rischio*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", 51: 131-150.
- SACCHI P., VIAZZO P.P. (2018), *Families and the Elderly Along the Shores of the Mediterranean: Old and New Form of Relatedness*, "Ethnologie française", 3: 427-438.
- SCHEPER-HUGHES N. (1995), *The Primacy of the Ethical: Propositions for a Militant Anthropology*, "Current Anthropology", Vol. 36(3): 409-440.
- SCHIRRIPA P. (2014), *Ineguaglianza in salute e forme di cittadinanza*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", 37: 59-80.
- SENGUPTA A., BODINI C., FRANCO S. (2018), *Struggles for Health: An Emancipatory Approach in the Era of Neoliberal Globalization*, "Development", 61: 101-107.
- SEPPILLI T. (2010), *Salute e sanità come beni comuni: per un nuovo sistema sanitario*, "La Salute Umana. Rivista bimestrale di promozione ed educazione alla salute", Vol. 33(4): 369-381.
- SINGER M. et al. (2017), *Syndemics and the Biosocial Conception of Health*, "The Lancet", Vol. 389 (10072): 941-950.
- SINGER M., SCOTT C. (2003), *Syndemics and Public Health: Reconceptualizing Disease in Bio-Social Context*, "Medical Anthropology Quarterly", Vol. 17(4): 423-441.
- THE CARE COLLECTIVE (2021), *Manifesto della cura. Per una politica dell'interdipendenza*, Edizioni Alegre, Roma.
- TROUT L. J., KLEINMAN A. (2020), *Covid-19 Requires a Social Medicine Response*, "Frontiers in sociology", Vol. 5, <https://doi.org/10.3389/fsoc.2020.579991>.
- VINEIS P. (2020), *Salute senza confini. Le epidemie nella globalizzazione*, Codice edizioni, Torino.
- YUILL C. (2020), *Reproductive Rights in the Time of COVID-19*, "Somatosphere", <http://somatosphere.net/2020/reproductive-rights-in-the-time-of-covid-19.html/> (consultato il 5 gennaio 2023).

Scheda sulle Autrici

Chiara Moretti è nata a Atessa (CH) nel 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 Demoetnoantropologiche 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 socio-sanitari e promozione della salute.

Chiara Quagliariello è nata ad Atripalda (AV) nel 1984. Nel 2013 ha conseguito il dottorato di ricerca in Antropologia presso l'Università degli studi di Siena, in co-tutela con l'Università Parigi VIII. È titolare della borsa di ricerca Marie Curie Global finanziata dalla Commissione Europea e svolta in partenariato tra l'École des Hautes Études en Sciences Sociales di Parigi e la City University di New York, e docente a contratto presso il corso di laurea in Storia, Società e Culture del Mediterraneo dell'Università di Bologna. I suoi studi si concentrano sulle migrazioni femminili dal continente africano, la salute materna, le disparità riproduttive connesse ai rapporti di genere, classe ed etnia, le forme di razzismo ostetrico e altre forme di discriminazione vissute dalle popolazioni Afrodiscendenti e dalle popolazioni migranti di origine subsahariana in Europa e negli Stati Uniti. Tra le sue pubblicazioni: *L'isola dove non si nasce. Lampedusa tra esperienze procreative, genere e migrazioni* (2021).

Riassunto

Esperienze e pratiche di salute ai tempi della pandemia. Tensioni, contraddizioni e possibili scenari per un futuro delle politiche sanitarie

Questa parte monografica è esito di una riflessione avviata in occasione del panel "Esperienze e pratiche di salute ai tempi della pandemia. Tensioni, contraddizioni e possibili scenari per un futuro delle politiche sanitarie" da noi coordinato nell'ambito del III Convegno Nazionale della Società italiana di antropologia culturale (SIAC). L'obiettivo è stato quello di rintracciare le tensioni politico-istituzionali, socio-sanitarie, tecno-scientifiche ed etico-morali connesse al periodo pandemico e post-pandemico a partire da contributi inerenti all'ambito dell'antropologia medica, della salute e della cura. I saggi propongono analisi ed elaborazioni teoriche basate su esperienze di ricerca esplorando se e fino a che punto la pandemia possa rivelarsi un'occasione per riflettere sulla multidimensionalità dei processi salute/malattia, e per ripensare il futuro delle politiche sanitarie.

Parole chiave: pandemia, sindemia, politiche sanitarie, disparità in salute, cura

Resumen

Experiencias y prácticas sanitarias en tiempos de pandemia. Tensiones, contradicciones y posibles escenarios para una futura política sanitaria

Este número monográfico es el resultado de una reflexión iniciada con ocasión del panel “Experiencias y prácticas sanitarias en tiempos de pandemia. Tensiones, contradicciones y posibles escenarios para una futura política sanitaria”, que coordinamos en el marco del III Congreso Nacional de la Sociedad italiana de antropología cultural (SIAC). El objetivo era rastrear las tensiones político-institucionales, socio-sanitarias, tecno-científicas y ético-morales relacionadas con el periodo pandémico y post-pandémico a partir de aportaciones inherentes al campo de la antropología médica, de la salud, de los cuidados. Los ensayos proponen análisis y elaboraciones teóricas basadas en experiencias de investigación, explorando si y hasta qué punto la pandemia puede resultar una oportunidad para reflexionar sobre la multidimensionalidad de los procesos salud/enfermedad, y para repensar el futuro de las políticas sanitarias.

Palabras clave: pandémica, sindemia, políticas sanitarias, disparidades sanitarias, curación

Résumé

Expériences et pratiques de santé lors de la pandémie. Tensions, contradictions et scénarios possibles pour un futur des politiques de santé

Ce numéro monographique est le résultat d’une réflexion initiée à l’occasion du panel «Expériences et pratiques de santé à l’heure de la pandémie. Tensions, contradictions et scénarios possibles pour un futur des politiques de santé» que nous avons coordonné dans le cadre de la 3^{ème} Conférence Nationale de la Société italienne d’anthropologie culturelle (SIAC). L’objectif était de retracer les tensions politico-institutionnelles, socio-sanitaires, techno-scientifiques et éthico-morales liées à la période pandémique et post-pandémique à partir de contributions inhérentes au domaine de l’anthropologie médicale, de la santé et des soins. Les essais proposent des analyses et des élaborations théoriques basées sur des expériences de recherche, examinant si et dans quelle mesure la pandémie peut s’avérer être une occasion de réfléchir à la multidimensionalité des processus de santé/maladie, et de repenser l’avenir des politiques de santé.

Mots-clés: pandémie, syndémie, politiques de santé, inégalités de santé, soin

*L'impatto della pandemia di Covid-19
sull'interruzione di gravidanza
L'aborto farmacologico in tre diverse realtà nazionali*

Giulia Zanini

Università Ca' Foscari di Venezia
[Giulia.Zanini@alumni.eui.eu]

Alessandra Brigo

Centro Latinoamericano em Sexualidade e Direitos Humanos
[alessandrafbrigo@gmail.com]

Anastasia Martino

[anastasiamartino@hotmail.com]

Abstract

The Impact of the Covid-19 Pandemic on Pregnancy Termination. Medical Abortion in Three Different National Contexts

During the Covid-19 pandemic medical abortion has been at the centre of a public debate about the possibility of continuing to grant abortion access in different countries. Through a comparative analysis of the British, Brazilian and Italian national contexts, this paper will examine emergent claims by feminist pro-choice movements and scientific societies and the multiple policies and practices developed around this practice. Such an investigation will shed lights on the cultural, political and social components characterising the use of medical abortion before and during the pandemic and the emergent process of (de)medicalisation.

Key-words: abortion, Covid-19, comparative analysis, healthcare policies

Introduzione¹

Durante il mese di febbraio 2020 quella che sarebbe stata definita più tardi una pandemia da virus SARS-CoV-2 ha iniziato a circolare in Europa. Nel giro di poche settimane numerosi paesi hanno introdotto una serie di misure eccezionali allo scopo di rallentare la diffusione del virus e ge-

stire il trattamento di un numero sempre crescente di persone affette da Covid-19, l'infezione provocata dal virus. Le misure introdotte, simili in molti i paesi d'Europa (HIRSCH 2020; ECDC 2022), hanno presto diminuito la mobilità della popolazione attraverso l'implementazione di obblighi più o meno severi: lasciare il proprio domicilio solo per motivi strettamente necessari, lavorare da remoto, ove possibile, fino alla chiusura delle scuole e di qualsiasi attività commerciale e produttiva considerata non essenziale, nella primavera del 2020. In questo periodo, le restrizioni alla mobilità, la chiusura di alcuni reparti ospedalieri, la riduzione dei servizi sanitari hanno influito negativamente sulla disponibilità dell'assistenza medica in molti settori di cura. I sistemi sanitari nazionali sono stati riorganizzati per permettere il ricollocamento del personale sanitario allo scopo di assistere i pazienti affetti da Covid-19, gli interventi non urgenti sono stati sospesi, mentre le prestazioni considerate non differibili sono state mantenute con l'introduzione di specifici protocolli individuati allo scopo. Nella fase dell'emergenza, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) includeva esplicitamente l'aborto tra le prestazioni sanitarie essenziali, provocando intensi dibattiti politici a livello nazionale. In diversi paesi del mondo i movimenti a favore del diritto all'aborto (anche noti con il termine *pro-choice*), più o meno formalizzati, chiedevano la garanzia che l'accesso all'aborto fosse facilmente accessibile nonostante la pandemia in corso, anche attraverso la promozione dell'aborto farmacologico nel primo trimestre e la riduzione delle visite di persona, sostituite da consulenze da remoto o in telemedicina (AA.VV. 2020). L'accesso all'aborto in telemedicina è stato descritto come l'accesso ad una consulenza sanitaria da remoto (al telefono o tramite videochat), cioè senza che la paziente si rechi in ospedale o ambulatorio, e la possibilità di assumere i due farmaci previsti per l'interruzione della gravidanza (mifepristone e misoprostolo, vedi in seguito per chiarimenti su ciascuno dei due farmaci) a casa ed in autonomia. In alcuni paesi, i governi e le autorità sanitarie hanno risposto rapidamente assecondando queste richieste, in altri invece le risposte sono state lente, evasive, inconcludenti o opposte.

Questo saggio si propone di analizzare i discorsi e le narrazioni emersi nel periodo pandemico riguardo all'aborto farmacologico nel primo trimestre di gravidanza. A questo scopo si esaminano le richieste da parte dei movimenti *pro-choice*, delle prese di posizione di organi internazionali di salute pubblica, delle società medico-scientifiche nazionali di ostetricia e ginecologia, delle risposte istituzionali, e delle politiche messe in atto durante la pandemia riguardo all'accesso all'interruzione di gravidanza. Focalizzare

la nostra attenzione sull'aborto farmacologico nella fase pandemica ci sembra particolarmente interessante, dal momento che la procedura è storicamente emersa all'esterno del settore formalizzato dell'assistenza sanitaria abortiva, ovvero in luoghi e in presenza di attori non legati all'ambiente ospedaliero o clinico, e che il suo uso in un regime di telemedicina o di somministrazione autogestita dei farmaci si è consolidato inizialmente al di fuori del contesto formale dell'assistenza sanitaria. Vogliamo qui indagare se e come tale metodo abortivo sia stato formalmente facilitato, implementato o ostacolato, secondo un regime di supporto da remoto e/o di autogestione o in presenza, proprio in un periodo in cui la struttura sanitaria ospedaliera è stata messa a dura prova dalla pandemia.

A tale scopo ci dedichiamo all'esame di tre diverse realtà nazionali: quella inglese, quella brasiliana e quella italiana, prendendo in considerazione il periodo pre-pandemico e quello decorso da marzo 2020 a giugno 2021. Di queste esperienze nazionali vogliamo mettere in luce come nel periodo pandemico si siano generati o consolidati processi discorsivi e pratici di medicalizzazione e/o demedicalizzazione (HALFMANN 2012) dell'aborto dentro o fuori dai confini istituzionali e come una mobilitazione a favore o meno dell'aborto farmacologico abbia rappresentato l'uno o l'altro fenomeno. Vogliamo analizzare le narrazioni e i significati che hanno supportato tali processi ed esplorare come la situazione pregressa alla pandemia abbia agevolato o ostacolato determinati interventi da parte dei diversi attori presi in esame. Attraverso quest'esame comparativo, vogliamo studiare, in ultima analisi, in che modo lo Stato, che durante la pandemia si è reso protagonista di interventi socio-sanitari importanti per la gestione dell'infezione, sia stato più o meno coinvolto nel dibattito sollevato dai movimenti *pro-choice* sul tema dell'aborto farmacologico, quale ruolo sia stato giocato al suo interno dalle società medico-scientifiche dei professionisti della salute, e quali spazi si siano negoziati per una nuova configurazione dell'accesso all'aborto.

Per prima cosa analizzeremo il caso del Regno Unito, dove l'aborto farmacologico gestito in regime di telemedicina è stato introdotto a livello istituzionale proprio all'inizio della pandemia attraverso una modifica nell'interpretazione della legge ed una pronta riorganizzazione dei servizi abortivi. Mostreremo come questo cambiamento, apparso come tempestivo, sia stato generato dalla convergenza di lunga data tra le richieste dei movimenti *pro-choice* e le posizioni delle società scientifiche e *provider* nazionali, che da tempo erano allineati nella sua promozione. Ci sposteremo poi in Brasile, dove invece le restrizioni relative all'accesso all'aborto non

sono state rese meno severe nel periodo della pandemia. In questo contesto mostreremo come i movimenti femministi si siano dedicati a garantire, per quanto possibile, l'accesso sia ai servizi sia all'aborto attraverso l'assunzione illegale di farmaci. Concluderemo con l'esperienza italiana, sottolineando come un approccio esitante, e inegualmente distribuito sul territorio nazionale, alla procedura farmacologica nel contesto dei servizi abortivi in periodo pre-pandemico ed una certa immobilità del governo a riguardo abbiano portato le società medico-scientifiche in campo ginecologico ad allinearsi con i movimenti nazionali nella richiesta pubblica di una modifica dei protocolli in favore di un regime che privilegiasse la demedicalizzazione dei luoghi e modi preposti all'evento abortivo.

Antropologia dell'aborto

L'impostazione di regole che istituiscono una specifica definizione di aborto e lo inseriscono all'interno di un sistema di norme sia giuridiche sia socio-culturali sono oggetto di accurata riflessione critica da parte di studiose impegnate nell'analisi giuridica femminista (CARUSO 2020; ENRIGHT, McNEILLY, DE LONDRAS 2020; FLETCHER 2018; KRAJEWSKA 2021; SHELDON 1997).

Nel loro celebre intervento *The Politics of Reproduction* Faye Ginsburg e Rayna Rapp (1991) hanno osservato per la prima volta come il fenomeno biologico di riproduzione dei corpi sia strettamente intrecciato con quello della riproduzione sociale. In questa prospettiva, hanno sottolineato come le sfide e i dibattiti socio-politici legati al processo riproduttivo siano da considerarsi come conflitti e riflessioni riguardo alla riproduzione delle comunità e al futuro politico e socio-culturale delle stesse. Proponendo questo nuovo approccio teorico, le studiose hanno di fatto aperto la strada ad un fiorire di studi che hanno situato l'analisi dei processi riproduttivi all'interno di un più ampio campo di ricerca che analizza le norme di genere, la nozione di persona e le relazioni di potere basate sulla normazione dei corpi riproduttivi, in base a specifiche definizioni localizzate di moralità, normalità e modernità. Un numero sempre crescente di studiose si è dedicato all'analisi del fenomeno dell'aborto in contesti socio-culturali molto diversi, definendo quello che oggi si configura come un vero e proprio corpus di studi che chiamiamo di antropologia dell'aborto.

L'antropologia dell'aborto guarda a fenomeni di intersezione e combinazione di tecniche, retoriche, esperienze, strumenti, valori e conoscenze a

livello globale e locale. Lo sguardo si focalizza sulle esperienze incorporate delle persone gestanti, sulle relazioni di potere che caratterizzano la disponibilità, la reperibilità o l'assenza di strumenti, competenze, materiali e assistenza relativi alla pratica di interruzione di una gravidanza. Indaga i significati attribuiti alla gravidanza e alla sua interruzione da parte dei soggetti coinvolti (MATTALUCCI 2018; HAN *et al.* 2017; RAPP 1999) e quali concetti ed emozioni, anche di matrice religiosa, si leghino a queste definizioni, da una parte, e alle pratiche attraverso cui queste si realizzano, dall'altra (MATTALUCCI 2018; WHITTAKER 2010). Adottando questo punto di vista epistemologico, diverse studiose si sono dedicate all'analisi della regolamentazione della pratica dell'aborto con le relative definizioni, restrizioni e punizioni (BLYSTAD *et al.* 2019; SINGER 2016; WHITTAKER 2010), dell'organizzazione più o meno formale dei servizi e delle pratiche di assistenza (CAPELLI 2019; DE ZORDO 2018; GINSBURG 1989; MAFFI 2020; MISHTAL 2015; QUAGLIARIELLO 2018), delle reti e movimenti che si oppongono alla disponibilità di servizi abortivi (AVANZA 2020; MATTALUCCI 2012), di retoriche e pratiche da parte dei soggetti coinvolti (KASSTAN, UNNITHAN 2020; PATEL 2007; PUREWAL 2010) e dei movimenti sociali (DE ZORDO, MISTHAL, ANTON 2017; MATTALUCCI, MISHTAL, DE ZORDO 2018), e dell'emersione di reti e pratiche resistenti alla norma (BARBOSA, ARILHA 1993; DE ZORDO *et al.* 2021; MISHTAL 2015; ZANINI *et al.* 2021). Questi lavori ragionano, più in generale, sulla percezione dei corpi, dei saperi e dei ruoli sociali che ciascun soggetto pratica o respinge, delle relazioni di potere e di genere in atto, e di come la riproduzione dei corpi in un determinato contesto sia terreno di dibattito e di controllo rispetto alla riproduzione sociale.

Assumendo questa prospettiva, il presente saggio si propone di individuare nella pandemia di Covid-19 un caso di studio attraverso il quale indagare in che modo una crisi dei sistemi sanitari nazionali abbia creato le condizioni affinché un dibattito sulla gestione dei corpi e delle loro funzioni riproduttive emergesse e si risolvesse in maniera diversa in contesti nazionali differenti. La pandemia di Covid-19, caratterizzata da un alto tasso di infezioni, da una pressione improvvisa sui servizi di emergenza sanitaria e dall'introduzione di misure drastiche di repressione e rallentamento della diffusione del virus, ha mostrato come i diversi sistemi sanitari e le istituzioni nazionali si siano dovuti velocemente adattare alla necessità di offrire assistenza alla salute riproduttiva in modo efficace in un contesto definito emergenziale. Se quella di Covid-19 è da considerarsi, come suggeriscono le colleghe Chiara Moretti e Chiara Quagliariello, che ospitano questo numero monografico, una sindemia, così come invocato anche

da Richard Horton in *The Lancet* nel settembre 2020, allora è necessario guardare alle circostanze che prima e durante la diffusione dell'infezione da Covid-19 hanno caratterizzato le possibilità o le difficoltà di accesso a determinati servizi di salute e di espressione della giustizia sociale, tra i quali l'aborto. In questo saggio useremo il termine "aborto" per indicare l'interruzione di una gravidanza attraverso delle pratiche volte a questo scopo. Mentre il termine italiano aborto può includere diverse situazioni, come quello di un'interruzione della gravidanza non intenzionale o quella di un'interruzione giustificata da certificate malformazioni fetali, non intendiamo entrare, in questa sede, nell'analisi specifica di queste altre circostanze né della terminologia che le distingue dalla pratica in esame. Allo stesso modo, non vogliamo qualificare il fenomeno al centro di questo saggio come aborto volontario, poiché la sola volontà di interrompere una gravidanza non è sufficiente a coprire la diversità di esperienze che caratterizzano le persone che agiscono al fine di interrompere la propria gravidanza (CHAE *et al.* 2017).

Politiche sanitarie riproduttive, medicalizzazione e demedicalizzazione

Per questo saggio, proponiamo un approccio ispirato all'antropologia delle politiche (*anthropology of policy*), che emerge da una concettualizzazione delle politiche come luogo di produzione e riproduzione culturale, grazie alla loro capacità di essere informate da significati, norme e identità e di generarne a loro volta (TATE 2020). Per politiche si intende «le forme simboliche e le pratiche istituzionali attraverso cui governi locali, agenzie internazionali, organizzazioni pubbliche e del Terzo settore strutturano e naturalizzano precisi modi di pensare e di agire, classificano i soggetti [...], e codificano norme sociali che plasmano diverse sfere della vita individuale e collettiva» (TARABUSI, ZINN 2023). Le politiche, anche quelle sanitarie, interpretate come il risultato di continue interazioni tra attori sociali diversi, permettono di analizzare le relazioni di potere che si creano tra questi in determinati momenti storici e i concetti e le narrazioni che vengono mobilitati allo scopo di occupare lo spazio politico e determinarne la normalizzazione di pratiche specifiche (TATE 2020).

Seguendo quest'approccio, per la stesura di questo saggio ci basiamo principalmente sull'analisi di documentazione legale, comunicati stampa, comunicazioni ufficiali, siti internet di istituzioni, *abortion providers* e movimenti

sociali a sostegno dell'accesso all'interruzione di gravidanza in Gran Bretagna, Brasile e Italia nel periodo preso in esame. Di fronte alle numerose difficoltà di condurre un lavoro di campo, fatto di frequentazione assidua di attori e luoghi sociali, dovute alle restrizioni legali e socio-sanitarie implementate durante la pandemia, ci è sembrato importante non abbandonare l'opportunità di analizzare i termini del confronto che si è creato in questo periodo nell'ambito della salute riproduttiva e come questo sia risultato o meno nell'emanazione di politiche sanitarie specifiche. Abbiamo voluto, in questa sede, esaminare quali significati si sono dati ad attori, pratiche e narrazioni riproduttive all'interno di interventi pubblici, da parte di diversi soggetti. Come premesso, abbiamo voluto focalizzare la nostra attenzione sulla pratica di aborto farmacologico e sull'offerta sanitaria di questa pratica in ambito ospedaliero, ambulatoriale, in telemedicina o di autogestione. Recenti studi sono concordi nell'affermare come questa pratica abbia il potenziale di rendere porosi i confini tra sicurezza per la salute e medicalizzazione dell'aborto (BERCU *et al.* 2022; MOSESON *et al.* 2022), data la versatilità di attori e luoghi potenzialmente coinvolti e i bassi rischi per la salute ad essa associati (vedi paragrafo sull'aborto farmacologico per maggiori dettagli).

L'analisi dei fenomeni di medicalizzazione di determinate esperienze di salute e di vita, incluse quelle riproduttive, è stata oggetto di innumerevoli studi socio-antropologici a partire dall'inizio degli anni Settanta. In un tentativo di caratterizzare questo processo, Conrad ha sottolineato come esso derivi da un processo socioculturale di definizione in termini medici di un determinato problema e delle sue possibili soluzioni, che può coinvolgere o meno il personale medico (CONRAD 1992). Più tardi, numerosi studiosi si sono dedicati all'analisi del fenomeno della de-medicalizzazione di alcune circostanze, problemi o pratiche, intendendolo come l'inverso del processo sopra descritto. Alcuni hanno invece focalizzato l'attenzione su come nessuno di questi due fenomeni fosse presente o assente ma come questi fossero piuttosto da ritenersi parte di un'unica dinamica che si esplicita attraverso momenti di medicalizzazione e de-medicalizzazione in riferimento ad aspetti specifici del processo analizzato (HALFMANN 2012). La salute riproduttiva si presta all'osservazione di questo andamento in maniera particolarmente appropriata, giacché, a partire dagli anni Sessanta, la sua gestione è stata trasferita in maniera massiccia dalla dimensione privata o a carico di gruppi di mutuo aiuto o di assistenti informali e comunitarie alle competenze del personale medico, soprattutto in contesti cosiddetti Occidentali (DAVIS-FLOYD 1992; DUDEN 1993; FREIDENFELDS 2020; HALFMANN 2012; QUAGLIARIELLO 2021).

L'assistenza in gravidanza e durante il parto ha visto, sempre a partire dagli anni 60, lo sviluppo e il crescente utilizzo di tecnologie di diagnosi fetale, l'incremento degli interventi clinici durante il travaglio e parto, lo spostamento quasi completo del processo di cura alla struttura ospedaliera, e la progressiva sostituzione di figure di supporto formatesi nel seno della comunità, come le levatrici, con personale qualificatosi nell'ambito di istituzioni universitarie o parauniversitarie (medici e ostetriche) (DAVIS-FLOYD 1992; QUAGLIARIELLO 2021). Questi eventi hanno accompagnato la diffusione di una nuova percezione dell'esperienza riproduttiva come richiosa per la donna e/o per il feto o neonato (LANE 2008), e quindi l'incremento massiccio di processi clinici e tecnologici di monitoraggio e controllo della sfera riproduttiva femminile (DUDEN 1994). Nel frattempo si è affermato un processo progressivo di rivendicazione di autonomia durante la gravidanza e il parto, soprattutto da parte della classe media, che ha portato al progressivo aumento della ricerca di esperienze di parto cosiddette alternative a quella altamente medicalizzata (QUAGLIARIELLO 2017; ZADOROZNYJ 1999), a riprova del fatto che i due processi di medicalizzazione e demedicalizzazione rappresentano uno spettro ampio di approccio alla salute riproduttiva, dentro il quale discorsi, organizzazioni e attori si muovono in contemporanea rivendicando spazi di potere ed azione.

La storia dell'aborto, inteso come interruzione intenzionale della gravidanza, non è estranea a questa stessa dinamica. Nella maggior parte dei paesi europei, l'aborto è stato reso legale durante gli anni Sessanta e Settanta attraverso la delega al personale medico non solo del processo clinico, ma anche del ruolo di garanti dell'idoneità delle interessate ad accedere al trattamento, sia in termini clinici che sociali. In alcuni casi, come quello del Regno Unito e dell'Italia che descriveremo più sotto, il massiccio coinvolgimento del personale medico a scrutinio delle circostanze ideali e legali per l'ottenimento dell'assistenza all'aborto ha portato alcune studiose ad osservare come tutte le interruzioni siano di fatto qualificate come "terapeutiche" (CARUSO 2020; SHELDON 1997).

Nel frattempo, come osservato nella sezione sull'aborto farmacologico, e come mostreremo nella sezione sul Brasile, non sono mancati esempi contemporanei di gestione della pratica abortiva al di fuori della sfera istituzionale e medica, specialmente da parte di soggetti immersi in realtà in cui l'accesso legale all'aborto veniva o viene ostacolato.

L'aborto farmacologico

Per aborto farmacologico si intende l'interruzione di una gravidanza attraverso l'assunzione di uno o due farmaci, il mifepristone (ormone steroideo anti-progestinico) e il misoprostolo (prostaglandina). La combinazione dei due farmaci è considerata il metodo più efficace per interrompere una gravidanza (OMS 2022), con una percentuale di successo del 95% dei casi (RAYMOND, HARRISON, WEAVER 2019). In caso di mancanza di disponibilità di mifepristone, il solo misoprostolo, se assunto in dose più elevata e utilizzato entro la dodicesima settimana di gravidanza, raggiunge un'efficacia abortiva dell'85% dei casi (MORENO-RUIZ *et al.* 2007). Le ultime linee guida dell'OMS, indicano esplicitamente che questi farmaci possono essere autosomministrati (OMS 2022).

I due farmaci hanno una storia molto diversa. Il mifepristone, sviluppato in un laboratorio francese negli anni Settanta, è stato commercializzato dal 1978 con lo scopo principale di inibire lo sviluppo embrionale e oggi continua ad essere di difficile reperibilità al di fuori delle strutture ospedaliere o degli ambulatori medici dedicati alla gravidanza (ZAMBERLIN *et al.* 2012).

Il misoprostolo invece è stato inizialmente prodotto e commercializzato per il trattamento e la prevenzione delle ulcere gastroduodenali. Alla fine degli anni Ottanta la potenzialità abortiva del farmaco (basata sulla capacità del principio attivo di provocare delle contrazioni uterine) è stata riconosciuta per la prima volta in Brasile, dove l'aborto era e continua ad essere severamente vietato in quasi tutte le circostanze. Data la sua efficacia, con il tempo il misoprostolo è stato adottato in maniera informale prima dalle donne, e poi dal personale sanitario, anche in molti altri paesi del mondo dove l'interruzione della gravidanza è illegale (BARBOSA, ARILHA 1993; COÊLHO, TEIXEIRA *et al.* 1994).

A partire dalla fine degli anni Ottanta l'utilizzo combinato di mifepristone e misoprostolo è entrato nei protocolli standard dei servizi abortivi in molti contesti in cui l'aborto è legale – i primi Paesi ad introdurre legalmente l'aborto farmacologico sono stati Francia e Cina nel 1988, il Regno Unito nel 1991 e la Svezia nel 1992 (JONES, HENSHAW 2002).

Nel 2012 l'OMS ha dichiarato l'utilizzo dei farmaci un metodo sicuro, mentre nel 2015 li ha inseriti nella lista dei medicinali essenziali. Nel frattempo, questi farmaci (soprattutto il misoprostolo, di più facile reperibilità) sono stati protagonisti di numerose campagne e iniziative da parte di gruppi femministi in diverse parti del mondo, che li hanno utilizzati per garantire

accesso all'aborto in situazioni di locale illegalità. È proprio nell'ambito di alcune di queste iniziative che si sono sviluppati protocolli di somministrazione e gestione dell'evento abortivo che nel corso del tempo sono stati confermati dall'OMS. Tra questi ci sono l'aborto in telemedicina e autogestito.

Dal 2005 è attiva la piattaforma internazionale *Women on Web* (WoW), che offre assistenza all'aborto in telemedicina, condividendo protocolli e linee guida, supporto in chat online e inviando farmaci laddove possibile. Da allora numerose altri gruppi si sono impegnati nel sostegno all'aborto farmacologico da remoto, impiegando strategie analoghe, mettendo a disposizione linee telefoniche di supporto e producendo materiale utile all'auto-somministrazione dei farmaci, anche in situazioni di illegalità dell'aborto. Il *Colectivo Salud de la Mujeres*² in Ecuador e il collettivo *Lesbianas y Feministas* e la rete *Socorristas en Red* presenti in Argentina, sono tra questi. Linee telefoniche e manuali di supporto all'aborto autogestito sono stati replicati in numerosi altri Paesi dell'America Latina, come Cile, Repubblica Dominicana, Messico, Uruguay, Honduras, Venezuela e Perù (BRIGO, SOUZA 2022).

La metodologia farmacologica non è la prima ad essere utilizzata in sicurezza da collettivi femministi per assistere l'aborto in situazioni di illegalità³, ma certamente rappresenta, nell'epoca contemporanea, lo strumento attraverso il quale il processo abortivo sta subendo, in alcuni contesti, una traiettoria di riappropriazione di conoscenze, esperienze, narrative e condivisione da parte delle persone gestanti. Forti delle esperienze di autogestione della pratica abortiva all'inizio della diffusione del misoprostolo, le articolazioni femministe latino americane, soprattutto argentine, hanno agito negli ultimi anni, su due fronti: da un lato, presentando vari progetti di legge per legalizzare l'aborto; dall'altro, creando reti di accompagnamento all'interruzione di gravidanza. Secondo i dati resi pubblici dalle *Socorristas en Red* (2020), queste hanno monitorato, tra gennaio e ottobre 2020, 13.408 aborti autogestiti (attraverso l'utilizzo dei farmaci). Delle donne accompagnate durante la procedura, nove su dieci non hanno avuto bisogno di accedere ai servizi sanitari dopo l'aborto.

I dati raccolti da questi gruppi vengono utilizzati e diffusi al triplice scopo di dimostrare come la pratica abortiva sia normalizzata tra le persone potenzialmente gestanti, di fare pressione per il riconoscimento legale dell'aborto e di produrre evidenze scientifiche sulla sicurezza dei protocolli abortivi adottati in questi contesti. In effetti, le pubblicazioni scientifiche realizzate sulla base dell'operato di tali gruppi hanno portato l'OMS a isti-

tuzionalizzare l'aborto farmacologico come pratica sanitaria sicura e raccomandata, incluso al di fuori del contesto ospedaliero o ambulatoriale (OMS 2022) con l'assistenza di personale non-medico se adeguatamente formato. Ciononostante, nei contesti nazionali in cui viene utilizzata in maniera legale formale, la pratica di aborto farmacologico continua ad essere affidata esclusivamente al personale medico (principalmente medici in ostetricia e ginecologia) e, in rari casi, ad altri operatori, come il personale ostetrico.

Anche chi vive in paesi dove l'aborto è legalizzato, incluso in Europa, richiede il supporto delle organizzazioni internazionali di supporto all'aborto autogestito (AIKEN *et al.* 2018; BRANDELL *et al.* 2021), a dimostrazione che l'accesso all'interruzione di gravidanza in una struttura sanitaria può essere reso difficile da una serie di barriere, tra cui, per esempio, la difficoltà di organizzarsi con il lavoro o i figli, la distanza dei servizi rispetto alla residenza, la disponibilità limitata di appuntamenti, ed eventuali costi (AIKEN *et al.* 2018). Inoltre spesso le donne hanno paura dei giudizi del personale sanitario oppure preferiscono preservare la loro privacy o vivono in situazioni di abuso domestico o di lavoro di cura particolarmente intenso, cosa che rende la visita alla struttura sanitaria particolarmente problematica (AIKEN *et al.* 2018). Diversi studi (BARBOSA, ARILHA 1993; DROVETTA 2016; AIKEN *et al.* 2018) dimostrano anche come la disponibilità di assistenza all'aborto limitato alle strutture sanitarie possa ostacolare un accesso tempestivo al servizio, proprio per la natura dell'organizzazione dei servizi e la delega al personale e alla struttura sanitaria della supervisione del processo abortivo.

Gran Bretagna

Nel Regno Unito, l'aborto è regolato da diverse fonti nei diversi stati. L'*Abortion Act*, introdotto nel 1967 e valido in Gran Bretagna (Inghilterra, Galles e Scozia), non ne cancella la natura di reato in assoluto, ma dispone delle eccezioni entro le quali la legalità dell'intervento è stabilita a condizione che questo venga realizzato nei luoghi e secondo i modi previsti dalla legge (SHELDON, WELLINGS 2020). L'Irlanda del Nord costituisce un caso a parte. Qui l'aborto è stato legalizzato secondo dei criteri diversi da quelli previsti dall'*Abortion Act* solo dopo che il governo del Regno Unito è subentrato a quello locale nella giurisdizione della procedura nell'ottobre 2019, in seguito all'applicazione di uno specifico articolo di legge che prevedeva

l'entrata in vigore di una serie di misure (tra cui la legalizzazione dell'aborto) nel caso in cui i lavori di governo fossero stati rallentati dalla mancata formazione dell'esecutivo locale.

L'Abortion Act ammette l'interruzione di gravidanza entro le prime 24 settimane nel caso in cui esistano situazioni di rischio per la salute fisica o psichica della gestante o di qualsiasi bambino già nato nella sua famiglia. In caso di grave rischio per la vita o la salute della gestante o di grave malformazione fetale, il limite delle 24 settimane decade. La legge prevede che due medici certifichino che le condizioni legali per l'accesso all'interruzione siano soddisfatte.

La situazione della Gran Bretagna è particolarmente interessante nella misura in cui, nonostante la legge non sia cambiata dal 1967, l'interpretazione e le procedure di applicazione della stessa e quindi anche di interruzione della gravidanza, hanno subito modifiche sostanziali nel corso degli anni (SHELDON, WELLINGS 2020), favorendo un rapido cambiamento anche durante le prime settimane di pandemia.

In Gran Bretagna, le prime misure di confinamento casalingo (*lockdown*) sono state introdotte a livello nazionale tra il 23 e il 26 marzo 2020. Tra il 23 e il 24 marzo, un insieme di società medico-scientifiche nel campo della salute riproduttiva, tra cui il *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (RCOG), il *Royal College of Midwives* (RCM) e la *British Society of Abortion Care Providers* (BSACP), hanno lanciato, in collaborazione con la *Faculty of Sexual and Reproductive Health* (FSRH), le nuove linee guida per l'assistenza all'aborto in maniera sicura durante la pandemia di Covid-19 (FSRH *et al.* 2020a; RCOG 2020). Con la partecipazione di altri *abortion provider*, hanno anche inviato una lettera rivolta al Ministero della salute con la richiesta di emendare *l'Abortion Act* come misura emergenziale (FSRH *et al.* 2020b). In questi documenti si chiedevano, in particolare: la possibilità, per le persone in gravidanza, di assumere mifepristone e misoprostolo in un luogo di propria elezione, anche nel proprio domicilio, la possibilità di un consulto da remoto, invece che in presenza, prima di ricevere i farmaci, e la possibilità di soprassedere sulla necessità di firma da parte di due medici per accedere alla procedura.

Queste richieste, riprese immediatamente dai movimenti sociali a favore dell'aborto, andavano nella direzione di un approccio meno medicalizzato alla procedura abortiva attraverso il riconoscimento di luoghi e persone nuove da coinvolgere nell'assistenza abortiva. Facendo leva sull'esistenza di protocolli di assistenza elaborati in contesti non-clinici ma validati

attraverso canali istituzionali di salute pubblica, e sulla propria posizione di “esperti” nel campo, questi professionisti della salute, incluse alcune organizzazioni di medici, hanno legittimato agli occhi del governo una gestione dell'aborto in cui il proprio coinvolgimento si modificava, riducendo proprio l'intervento dei medici a favore di altre figure assistenziali.

Quattro giorni più tardi, il 30 marzo 2020, le loro richieste hanno visto parziale accoglimento. Gli *abortion provider* inglesi hanno ottenuto di poter introdurre un protocollo di aborto farmacologico fino a dieci settimane di gravidanza che prevedesse, nella maggior parte dei casi, una consulenza telefonica e l'autosomministrazione di entrambi i farmaci abortivi in ambito domestico o non clinico, dopo averli ricevuti per posta o ritirati personalmente in clinica o farmacia (PORTER ERLANK, LORD, CHURCH 2021). In termini tecnici, la modifica è intervenuta su una nuova interpretazione di quali luoghi fossero adibiti all'espletamento della pratica abortiva. La casa, *home* o “luogo di dimora”, sono stati riconosciuti come luoghi legali in cui espletare la procedura abortiva, dopo l'avvenuta consultazione, anche da remoto, con un'operatrice sanitaria (ostetrica o medica ginecologa) locata in una struttura adibita alla prescrizione di farmaci.

Ciò che interessa nell'ambito dell'analisi che stiamo avanzando, è il riconoscimento, relativamente rapido, in fase pandemica, della sicurezza della dimora per lo svolgimento di una procedura che fino al giorno precedente era considerata un reato penale, se svolta negli stessi termini nello stesso luogo. Al contrario, la richiesta di esentare le pazienti dalla necessità di ottenere due firme da parte di personale medico non è stata assecondata, a dimostrazione del fatto che un intervento formale di riduzione del coinvolgimento di questa categoria di persone nella supervisione dell'evento abortivo è stato considerato eccessivo.

In ogni caso, l'accettazione relativamente rapida della nuova procedura da parte di un governo conservatore come quello inglese, non deriva unicamente dalle domande mosse in periodo pandemico da parte delle società scientifiche, ma, da un lato, affonda le radici in una storia di campagne e battaglie femministe che hanno continuato a mantenere vive le richieste di riforma, e dall'altro, si fonda su una specifica organizzazione strutturale dei servizi.

Nel tempo, campagne molto frequentate e coordinate da parte di gruppi di attiviste e di associazioni femministe, come *Abortion Rights Campaign*, *Doctors for Choice UK*, e *Abortion Support Network*, e sostenute dalle maggiori associazioni di *abortion providers*, come *Bpas* e *Msi Choice UK*, e appoggiate

dalle società scientifiche nazionali di ostetricia e ginecologia (RCOG) e di ostetricia (RCM) hanno portato ad interpretazioni sempre più liberali del contenuto della legge, e all'attuazione di una serie di pratiche di demedicalizzazione dell'evento abortivo che includevano la firma digitale da remoto da parte dei medici di cartelle cliniche compilate dalle sole ostetriche in fase di consulenza con le pazienti. Da qualche anno, era già possibile, per chi lo desiderasse, accedere ad una consulenza telefonica prima di recarsi in clinica per assumere i farmaci. Dal 2017, prima in Scozia e poi in Inghilterra e Galles, si è reso possibile per chi lo volesse assumere il misoprostolo a casa o in un luogo a scelta (protocollo noto col nome *abortion at home*), onde evitare che il farmaco espulsivo facesse effetto durante il viaggio dalla clinica alla propria abitazione, come avveniva spesso con il regime precedente, che richiedeva due visite ad una struttura sanitaria a distanza di 24-48 ore l'una dall'altra. Questi ripetuti interventi nella gestione del servizio, pur nel rispetto dell'Act del 1967, combinato all'organizzazione dei servizi abortivi in generale aveva portato gli aborti farmacologici a costituire il 73% di tutti gli aborti effettuati in Inghilterra e Galles nel 2019 (DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL CARE 2020).

Benché il 90% degli aborti sia finanziato dal servizio sanitario nazionale, quasi il 90% degli aborti effettuati avvengono in cliniche afferenti a quello che chiamano *independent sector* ovvero gestite da organizzazioni no profit, che hanno uno stampo *pro-choice* molto marcato e che lavorano di concerto con le organizzazioni e associazioni femministe *pro-choice*. Questo sistema ha creato le condizioni affinché molti dei medici afferenti all'ordine nazionale dei ginecologi e molte ostetriche fossero favorevoli nel tempo all'introduzione di tecniche all'avanguardia, sempre meno invasive e dispendiose, e a fare pressione, appena iniziata la pandemia, affinché l'offerta di assistenza abortiva fosse modificata nei termini sopra descritti.

La pandemia ha rappresentato, in questo caso, l'occasione per il compimento, almeno parziale, di un passaggio fondamentale di significato della pratica abortiva: da procedura puramente medicalizzata a pratica semi-autogestita, a livello istituzionale nazionale. Questo cambiamento ha nella pratica autorizzato un processo che risulta in teoria ancora rientrare nella categoria del reato, che è quello dell'autogestione del processo abortivo attraverso l'assunzione di farmaci. La sottile linea che separa i due rimane l'autorità medica che è tutt'ora chiamata ad apporre due firme digitali da remoto prima dell'inizio della procedura.

Dal caso della Gran Bretagna possiamo trarre due osservazioni principali in relazione ai temi in esame in questo saggio. Per prima cosa possiamo notare come, in un contesto giuridico in cui la classe medica ha la responsabilità di concedere o meno un accesso legittimo all'interruzione della gravidanza, questa si è trovata, nel tempo, a sperimentare in maniera proattiva, promuovere e implementare un modello di assistenza che privilegi il coinvolgimento di personale non-medico, come infermiere e ostetriche, e a rifiutare, nella sostanza, la posizione di garanti della decisione stessa di interrompere la gravidanza, prevista invece dalla legge (LEE *et al.* 2018). I termini di legge rimangono a favore di una medicalizzazione della procedura per quanto riguarda l'“eccezionale autorità” (JACKSON 2001: 71) attribuita e mantenuta dalla classe medica in relazione all'accesso all'aborto e in relazione alla definizione mantenuta nel tempo dell'aborto come prestazione sanitaria. Contemporaneamente, quello della Gran Bretagna è un esempio di demedicalizzazione per quanto riguarda l'evoluzione delle procedure, dei luoghi e delle attrici coinvolte nell'assistenza all'aborto. In secondo luogo, il caso descritto evidenzia come l'avvento della pandemia e la conseguente necessità di elaborare in maniera tempestiva politiche di gestione dell'infezione e di trattamento sanitario su scala massiccia degli infetti abbia creato le condizioni politiche per trasformare in procedura istituzionale un protocollo fino ad allora utilizzato principalmente in contesti informali e al di fuori di un contesto di legalità, ancorché legittimato da organi internazionali di salute pubblica.

Brasile

In Brasile l'aborto è illegale, salvo in tre casi estremi, cioè rischio di vita per la gestante, gravidanza in seguito a violenza sessuale e anencefalia fetale. Nel periodo che ha preceduto la pandemia, l'accesso alla procedura non era necessariamente garantito neanche nei casi previsti dalla normativa (ANJOS, PESSOA, CORTÊZ 2014). La prestazione veniva eseguita da personale medico specializzato in ginecologia, ma l'elevato indice di obiezione di coscienza all'interno della categoria, generava una mancanza di personale disponibile al punto che alcuni centri autorizzati a praticare l'interruzione di gravidanza non riuscivano a garantire la prestazione (PEREIRA MADEIRO, DINIZ 2016). Inoltre, negli anni si sono verificati numerosi casi in cui il personale sanitario ha denunciato le pazienti sospette di aborto autoprovocato, al punto che molte persone non si rivolgono agli ospedali

neanche in caso di aborto spontaneo proprio per paura di essere denunciate (GUIMARÃES, VERAS 2018).

La criminalizzazione dell'aborto e l'estrema difficoltà di accesso ai percorsi legali si è sovrapposta allo sviluppo di collettivi femministi di accompagnamento, che aiutano le persone gravide ad abortire attraverso l'assunzione di misoprostolo, e, se reperibile, mifepristone, in situazione di illegalità. Grazie al lavoro di questi collettivi, il numero di decessi in seguito ad aborto illegale e insicuro è drasticamente diminuito negli anni (DROVETTA 2016). A differenza di ciò che accade in altre realtà latinoamericane, le reti brasiliane di accompagnamento all'aborto operano in un contesto particolarmente ostile. Il lavoro che fanno è considerato un reato e l'approvvigionamento di farmaci abortivi risulta particolarmente ostico all'interno del territorio brasiliano. L'utilizzo del misoprostolo al di fuori del contesto clinico, una pratica diffusa nel paese dalla fine degli anni Ottanta, è stato condannato al punto che dal 1998 il farmaco non è più disponibile nelle farmacie del paese e la sua distribuzione è rigorosamente controllata. Attualmente chi commercializza o distribuisce il misoprostolo all'esterno delle strutture sanitarie rischia una pena di 15 anni di carcere.

In questo contesto, il lavoro dei collettivi si concentra sull'aiutare le persone gravide ad accedere ai farmaci e ad usarli correttamente. A questo scopo, le accompagnanti⁴ si formano seguendo le linee guida dell'OMS e apprendendo le pratiche di altri collettivi. Le donne riescono ad entrare in contatto con le accompagnanti soprattutto tramite contatti personali o tramite reti di accompagnamento che hanno una presenza pubblica più marcata, come quelle argentine, le quali, grazie alla loro visibilità internazionale, ricevono richieste anche da altri paesi, come il Brasile. Le accompagnanti offrono informazioni e sostegno prima, durante e dopo l'esperienza abortiva in cambio di un contributo volontario, generalmente impiegato nell'acquisto dei farmaci o per supportare assistenza sanitaria privata (per esempio visite ecografiche) a chi ne abbia bisogno (BRIGO, SOUZA 2022).

La pandemia di Covid-19 ha messo in evidenza come, in questo panorama di difficoltà strutturale d'accesso ai servizi abortivi e di ostilità politica e istituzionale, l'attività di accompagnamento abortivo da parte di collettivi attivisti abbia costituito un supporto particolarmente prezioso per chi avesse necessità di interrompere la gravidanza.

Poco dopo che la pandemia aveva preso piede in Cina e in Europa, nel marzo 2020 il Brasile registrava il suo primo caso di SARS-CoV-2. Il presidente Bolsonaro, agguerrito oppositore dell'aborto, non ha mai condiviso

la posizione dell'Oms sull'essenzialità di mantenere accessibili i servizi di salute sessuale e riproduttiva durante la pandemia, al contrario di quanto avvenuto in altri paesi latinoamericani. Il Ministro della Salute, in alcune note tecniche emanate per la gestione dell'infezione, ha limitato l'obbligo di mantenere attiva l'assistenza sanitaria solamente alla gravidanza e al puerperio, escludendo la contraccezione e l'aborto. In seguito a queste politiche, nel pieno della pandemia, alcune persone vittime di violenza sessuale si sono viste rifiutare l'accesso all'aborto nelle loro città di residenza, nonostante questa fattispecie fosse prevista dalla legge in vigore. Al contrario, nell'agosto 2020 lo stesso ministero ha pubblicato un decreto che rendeva obbligatoria la denuncia alla polizia da parte del personale medico nel caso di aborto per violenza sessuale (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2022), una politica che scoraggia le donne a richiedere la procedura (EVANS *et al.* 2023).

Solamente il 55% degli ospedali che normalmente eseguono l'aborto nell'intero paese (76 complessivamente) ha mantenuto il servizio durante la pandemia, secondo un sondaggio della *Mapa do Aborto Legal*, delle riviste *Articolo 19*, *Revista AzMina* e *Gênero e Número* (vedi <https://mapaabortolegal.org/>). Tra questi, l'ospedale Pérola Byington di São Paulo, aveva, come altri, sospeso il servizio all'inizio della pandemia, ma, grazie alla mobilitazione dei movimenti e all'intervento dell'Ufficio dei Difensori Pubblici e dell'Ufficio del Pubblico Ministero dello Stato di San Paolo, ha riaperto dopo poco solo alle prestazioni in presenza (BERTHO 2020).

Da agosto 2020 nello Stato di Minas Gerais è stato attivato l'unico servizio legale di aborto farmacologico in telemedicina del paese, all'interno del nucleo di assistenza alle vittime di violenza sessuale (Nuavidas) dell'ospedale dell'Università Federale di Uberlandia (AA.VV. 2021; BRANDALISE 2021). Questo servizio ha ricevuto diversi attacchi da parte dei movimenti conservatori, non ha ricevuto l'approvazione del Consiglio Federale di Medicina e dalla direzione della Febrasgo (Federazione Brasiliana delle Associazioni di Ginecologia e Ostetricia). L'implementazione del servizio è costato alla dottoressa Paro, che ne è la responsabile, una investigazione da parte del Comitato Etico del Consiglio Federale di Medicina dello Stato di Minas Gerais, in seguito alla quale lui rischia di perdere l'abilitazione professionale (PROVEZAN 2023).

Mentre l'accesso legale ai servizi abortivi è stato agevolato dalle politiche sanitarie federali e nazionali, i collettivi che operavano nell'illegalità si sono trovati a gestire la richiesta di accompagnamento in un contesto di

crescenti difficoltà di circolazione, di diffusione dell'infezione e di isolamento internazionale (GATTO BOUERI 2020). In questo periodo sono emerse criticità specialmente in relazione alla reperibilità dei farmaci e alla quasi impossibilità di incontrare fisicamente le persone accompagnate per la consegna degli stessi (PLANNING COMMITTEE 2022). Questa situazione ha esposto le persone coinvolte ad un rischio maggiore di essere intercettate dalla polizia postale che, negli ultimi anni, ha aumentato i controlli (BRIGO, SOUZA 2022). Nonostante le difficoltà, queste reti hanno continuato ad agire durante la pandemia.

Il Brasile è stato protagonista di un massiccio processo di demedicalizzazione dell'esperienza abortiva sia in termini spaziali che sociali. L'utilizzo dei farmaci al di fuori del contesto clinico, il supporto da remoto, la nascita di reti di accompagnamento e l'autogestione della procedura abortiva da parte delle persone gestanti hanno portato alla trasformazione dell'ambiente domestico in un luogo idoneo e desiderabile per interrompere una gravidanza, mentre la vicinanza di personale non-medico si è rivelata, in questo contesto, una risorsa cognitiva ed emotiva importante. Nonostante ciò, la pandemia di Covid-19 ha evidenziato ulteriormente come la criminalizzazione della pratica, la mancanza di interventi a sostegno di un accesso più agevole ai servizi formali, e l'introduzione dell'obbligo per il personale sanitario di denuncia nei casi di violenza sessuale abbiano reso particolarmente precario non solo l'accesso all'aborto ma anche l'operato di chi ha cercato di garantire assistenza.

Italia

In Italia, l'interruzione volontaria della gravidanza (IVG) è regolata dalla legge 194 del 22 maggio 1978. Secondo questa legge, l'accesso all'interruzione di gravidanza, è subordinato alla certificazione medica della gravidanza e della necessità di aborto, e, in particolare, alla certificazione del «serio pericolo per la sua salute fisica o psichica, in relazione o al suo stato di salute, o alle sue condizioni economiche, o sociali o familiari, o alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento, o a previsioni di anomalie o malformazioni del concepito» (Legge 194/1978, Art. 4)⁵.

La legge prevede dunque un ruolo centrale della figura del medico non solo nella gestione della procedura, ma anche nel determinare l'accesso al servizio tramite suddetta certificazione. La stessa legge introduce inoltre un periodo di 7 giorni, durante i quali la gestante è invitata a soprassedere

sulla propria decisione, prima di ripresentarsi per l'intervento. Anche in questo caso, è del medico certificante il potere di annullare questo periodo obbligatorio di attesa, attraverso una dichiarazione d'urgenza della procedura.

La legge, inoltre, riconosce il diritto all'obiezione di coscienza, tutelando il ginecologo nella scelta di non effettuare questo tipo di pratica clinica, per motivazioni di ordine etico e morale. L'interpretazione della legge estende questa possibilità ad altre figure professionali coinvolte nell'assistenza abortiva, al punto che nel periodo precedente alla pandemia il tasso di obiezione di coscienza sul territorio nazionale era del 67,0% per i ginecologi, del 43,5% per gli anestesisti e del 37,6% per il personale non medico, secondo dati ministeriali del 2019 (MINISTERO DELLA SALUTE 2021). Il Ministero osservava come questi fossero «valori in leggera diminuzione rispetto a quelli riportati per il 2018 e che presentano ampie variazioni regionali per tutte e tre le categorie» (*ivi*: 7).

La carenza di medici disposti a fornire il servizio dell'interruzione della gravidanza implica, in generale, una carenza di servizi su tutto il territorio nazionale e rende spesso complesso riuscire a trovare servizi disponibili all'interno delle limitazioni temporali all'accesso previste dalla legge (DE ZORDO 2016; LALLI 2011; LALLI, MONTEGIOVE 2022).

A questo si aggiungono altre criticità, tra cui: lunghi periodi di attesa prima di ottenere l'appuntamento per il ricovero, la necessità di doversi recare nelle strutture preposte alla gestione di questo servizio più di una volta (da un minimo di 2 a una media di 3 diverse visite prima dell'intervento), difficoltà e complicazioni nel reperire il certificato medico che attesti la presenza di una gravidanza e la volontà della donna ad interromperla (CAPELLI, MARTINO 2020).

L'insorgenza della pandemia di Covid-19, che ha colpito l'Italia in maniera particolarmente pesante a partire dal febbraio 2020, ha generato la necessità di una riorganizzazione massiccia dei servizi sanitari, inclusi quelli di salute sessuale e riproduttiva (ZANINI, QUAGLIARIELLO 2023). Il 9 marzo 2020, il governo ha introdotto delle misure di confinamento (*lockdown*) valide su tutto il territorio nazionale, proibendo la maggior parte degli spostamenti, mentre il servizio sanitario nazionale si è riorganizzato per la gestione del numero crescente degli infetti, cancellando e postponendo visite ed interventi non urgenti o di natura elettiva. In un primo momento il governo non ha emanato alcuna indicazione riguardo all'accesso ai servizi di IVG, tanto che alcuni sono stati trasferiti in altre

strutture o chiusi. Solo il 30 marzo, il Ministero della salute ha inserito l'aborto tra i servizi non deferibili durante l'emergenza Covid-19, senza però modificare in nessun modo le linee guida allora esistenti in cui si richiedevano ripetute visite a strutture sanitarie, e soprattutto a quelle ospedaliere, per ciascuna fase del trattamento, non facilitando di fatto l'accesso ai servizi, ed esponendo pazienti e operatori sanitari ad ulteriori rischi legati al contagio.

Di fronte a questa situazione, numerosi attori si sono mobilitati per richiedere un cambiamento all'interno delle linee guida ministeriali. Le richieste avanzate si sono concentrate, in particolare, sulla facilitazione all'accesso all'aborto farmacologico nel primo trimestre di gravidanza.

L'aborto farmacologico è accessibile in Italia dal 2009, a seguito dell'immissione in commercio del mifepristone o RU486, con grande ritardo e con grandi restrizioni rispetto ad altri paesi europei. Nel periodo precedente alla pandemia per l'assunzione dei farmaci abortivi era richiesta, in media, una prima visita e due ricoveri in day hospital a distanza di 48h poiché ogni fase del trattamento doveva avvenire sotto controllo medico. L'accesso alla procedura farmacologica era poi stata autorizzata solo entro le prime 7 settimane di gravidanza, nonostante la letteratura clinica internazionale fosse concorde nel promuoverne l'efficacia e la sicurezza fino a 10 settimane. Nonostante ciò, in Italia l'aborto farmacologico continuava ad essere poco utilizzato: solo nel 27,8% delle interruzioni di gravidanza nel 2019. Inoltre, su tutto il territorio nazionale, le strutture in cui era possibile accedere a questa procedura rappresentavano una minoranza, con grandi differenze tra le regioni del Sud e quelle del Centro-Nord (MINISTERO DELLA SALUTE 2021).

Le difficoltà di movimento e i rischi dovuti all'infezione da Covid-19 hanno portato i movimenti femministi *pro-choice* italiani a mettere in discussione i protocolli esistenti e a chiedere attraverso delle iniziative pubbliche, la loro tempestiva modifica. In particolare, si sono avanzate due petizioni (PRO-CHOICE RICA *et al.* 2020; SNOQ 2020) che chiedevano di: promuovere l'accesso all'aborto farmacologico in regime ambulatoriale e in telemedicina, portare il limite della prescrizione farmacologica dalle 7 settimane alle 9 settimane di gravidanza ed eliminare il regime di ricovero previsto dalle linee guida ministeriali del 2010 in materia.

Le società scientifiche nazionali di ostetricia e ginecologia hanno immediatamente fatto proprie queste istanze. In risposta, ad agosto 2020, il Ministero della salute ha emanato nuove linee di indirizzo che prevedono

la possibilità di aborto farmacologico fino 9 settimane, incluso in regime ambulatoriale (ovvero con la possibilità di presa in carica consultoriale) ed eliminano l'obbligo di ricovero su tutto il territorio nazionale.

Nel 2020 gli aborti completati con il metodo farmacologico hanno raggiunto in media il 35,1% del totale degli aborti, ma il numero è aumentato nell'ultimo trimestre dell'anno (42%) rispetto al primo (29,6%). La relazione ministeriale relativa a questo periodo riporta che 24 IVG nella regione Toscana sono state eseguite in regime ambulatoriale (MINISTERO DELLA SALUTE 2022).

Durante il periodo preso in esame, in Italia è risultata evidente la marcata difficoltà politica e istituzionale di modificare la gestione dei servizi al fine di garantire l'interruzione della gravidanza, almeno nel primo trimestre. In particolare, gli interventi istituzionali effettuati non si sono espressi nella direzione di modificare in maniera strutturale la gestione dei servizi medici, e non hanno mai incluso l'espressa possibilità di assistenza in telemedicina né l'assunzione in autonomia di entrambe le pillole abortive al di fuori del contesto ospedaliero, nonostante la chiara presa di posizione delle società scientifiche nazionali a favore della pratica.

La ritenuta centralità di luoghi clinici e di personale medico nella gestione dell'aborto si inserisce in un percorso storico in cui la legalizzazione dell'aborto è passata attraverso una forte medicalizzazione della pratica. Nonostante lo stesso movimento femminista e *pro-choice*, che ha giocato un ruolo centrale nella legalizzazione dell'aborto, fosse partito proprio da un forte coinvolgimento nell'utilizzo di pratiche di auto-gestione del corpo femminile, il portato di questa esperienza si è interrotto e sembra essere quasi scomparso con l'approvazione della Legge 194 (CARUSO 2022).

La pandemia ha rappresentato un'occasione per i movimenti *pro-choice* attuali di revisione dello *status quo* della gestione dell'evento abortivo e di riappropriazione di discorsi e proposte che vanno nella direzione di una maggiore autonomia nell'approccio all'esperienza abortiva. A questo scopo, la richiesta di facilitare l'accesso all'aborto farmacologico attraverso la telemedicina, mutuata da esperienze di altri movimenti internazionali, ha costituito un momento importante di coesione attorno ad una richiesta di demedicalizzazione. Il contesto pandemico ha facilitato, inoltre, l'allineamento tra queste richieste e le istanze portate avanti proprio dalle società scientifiche di ginecologica e ostetricia, che per la prima volta, dalla legalizzazione dell'aborto, si sono espresse ufficialmente e pubblicamente a favore di ampliare la varietà di luoghi atti alla procedura, e soprattutto

hanno legittimato spazi di medicina territoriale, come i consultori, come luoghi idonei all'evento abortivo. La ripresa parziale, da parte del Ministero, di queste richieste va nella direzione di una demedicalizzazione, almeno teorica, dei luoghi dell'aborto, mentre ribadisce la scelta di mantenere invariato il grado di medicalizzazione della pratica per quanto riguarda gli attori responsabili dell'accesso e della gestione del servizio.

Conclusioni

L'aborto farmacologico con supporto da remoto (aborto in telemedicina) o autogestito, rappresenta uno degli esempi di come la pratica abortiva si sia modificata negli ultimi trent'anni. Un insieme di collettivi femministi locali e internazionali hanno espanso le proprie attività di comunicazione, supporto e accompagnamento, elaborando protocolli condivisi di assistenza all'aborto farmacologico al di fuori di contesti clinici formali. Nel frattempo, molto più recentemente, l'aborto in telemedicina è entrato a far parte dell'offerta formale dei servizi abortivi in alcuni contesti nazionali, anche grazie alle politiche introdotte durante la pandemia. Questa dinamica ha visto, da una parte, la progressiva standardizzazione e medicalizzazione di una procedura sviluppatasi e affermata principalmente al di fuori dei sistemi sanitari formali, e dall'altra, una graduale demedicalizzazione del processo per quanto riguarda gli spazi e le attrici e gli attori coinvolti in contesti istituzionali di assistenza abortiva.

L'analisi congiunta del periodo pre pandemico e pandemico nei tre contesti nazionali che abbiamo preso in considerazione ci permette di osservare come la disponibilità e l'utilizzo della metodologia di aborto farmacologico in ciascun contesto sia strettamente legata all'inquadramento giuridico, e agli attori e attrici e agli spazi ritenuti idonei o, al contrario, inadatti all'aborto, in ciascuna circostanza. L'emergenza della pandemia ha messo in discussione quei modelli di assistenza abortiva basati fortemente sul coinvolgimento di personale medico, specialmente in contesto ospedaliero, e sulle ripetute visite al contesto clinico da parte delle pazienti. Alla luce di questo, i movimenti *pro-choice* e le società medico-scientifiche di salute riproduttiva di alcuni contesti nazionali hanno richiesto l'implementazione, a livello formale, proprio di quelle pratiche di aborto farmacologico consolidate e raffinate in contesti di illegalità e poi standardizzate tramite la legittimazione di organismi internazionali di salute pubblica (come l'OMS).

La nostra analisi ha mostrato come queste richieste siano state parzialmente accolte secondo modalità e tempi molto diversi in Gran Bretagna e in Italia, ma come in entrambi i casi, si siano aperti inediti spazi di negoziazione rispetto al significato a livello giuridico e culturale del concetto di spazio idoneo all'aborto. L'introduzione di politiche e linee guida volte all'ammissibilità di luoghi altri rispetto a quello clinico o ospedaliero per l'espletamento della pratica abortiva, ha rappresentato un passo verso il riconoscimento di un'esperienza abortiva meno medicalizzata.

Allo stesso tempo, abbiamo però potuto sottolineare come la transizione verso una modalità di accesso all'aborto caratterizzata da un grado di demedicalizzazione marcato, è stata possibile solo nel contesto della Gran Bretagna, dove movimenti *pro-choice* e femministi avevano condotto numerose campagne in questa direzione nel periodo prepandemico. In questo contesto, infatti, erano già state introdotte negli anni una serie di misure di demedicalizzazione della procedura, come il protocollo *abortion at home*, il coinvolgimento di personale non medico nelle diverse fasi del trattamento, e l'utilizzo della telemedicina per la collezione delle firme dei due medici necessarie all'autorizzazione della procedura. Durante la pandemia, la demedicalizzazione del processo abortivo ha raggiunto in Gran Bretagna livelli inediti per un contesto istituzionale di assistenza, includendo, per esempio la rimozione, in alcuni contesti, dell'ecografia di routine nel caso di aborto farmacologico del primo trimestre.

Nel contesto italiano, invece, nessun intervento istituzionale ha mai incluso la possibilità di assistenza in telemedicina né l'assunzione in totale autonomia delle pillole abortive al di fuori del contesto ospedaliero, a dimostrazione che il rischio pandemico non è risultato sufficiente, agli occhi delle autorità, per implementare una gestione dell'evento abortivo esterna allo spazio sanitario formale (QUAGLIARIELLO, ZANINI 2022). Al contrario, un alto livello di medicalizzazione della pratica abortiva, fortemente basata sul coinvolgimento quasi esclusivo di personale medico in contesti quasi sempre ospedalieri, ha lasciato spazio, durante il periodo emergenziale, solo alla possibilità di estensione della gestione della pratica allo spazio ambulatoriale. In questo contesto, però, la pandemia ha creato le condizioni affinché i movimenti femministi e *pro-choice* trovassero dei nuovi ambiti di rivendicazione per l'accesso ai diritti sessuali e riproduttivi, creando rinnovate alleanze con le società medico-scientifiche locali.

La comparazione di queste due realtà nazionali con quella brasiliana, ha messo in luce come la forte demedicalizzazione dell'aborto, sviluppatasi in

risposta alla situazione di illegalità vigente nel paese da molti anni, abbia preparato i collettivi ad un'assistenza continua anche durante il periodo pandemico. Anche in questo contesto, la pandemia ha provocato una forte mobilitazione per garantire l'accesso all'aborto, che però si è concentrata principalmente sulla richiesta di tenere aperti i pochi servizi già esistenti, sul garantire l'accompagnamento e l'accesso ai farmaci in regime di illegalità e sull'introduzione della telemedicina in un caso isolato.

In conclusione, l'analisi comparativa ha messo in luce come l'emergenza pandemica abbia creato le condizioni affinché sia i movimenti *pro-choice* internazionali e nazionali, sia le società medico-scientifiche nazionali di salute riproduttiva si confrontassero con le modalità d'accesso all'aborto in maniera propositiva. L'aborto farmacologico e la sua somministrazione in regime di telemedicina o assistenza da remoto è stato uno dei protagonisti delle proposte avanzate in ciascun contesto. L'analisi ha anche sottolineato come tali istanze si basassero sul riconoscimento di nuovi attori e luoghi come idonei all'esperienza in una direzione di demedicalizzazione dell'aborto. Come visto nei diversi contesti, laddove delle modifiche alle politiche pre-pandemiche sono state accolte, queste si sono concentrate principalmente sull'ammissione di spazi inediti per la gestione della procedura abortiva, lasciando invariati gli attori ritenuti responsabili e garanti della legittimità della pratica. In nessuno dei contesti analizzati si è concessa alcuna deroga al principio di "eccezionale autorità" (JACKSON 2001: 71) di cui è rivestito il personale medico, seppur in maniera diversa, nei contesti inglesi e italiano di aborto legalizzato. Il confronto con il Brasile è servito a sottolineare come, anche in un contesto di difficile accesso all'aborto, gli sforzi dei movimenti e di una parte del personale sanitario si siano concentrati sulla necessità di mantenere un accesso ai farmaci abortivi e di mettere in piedi protocolli di assistenza formali che legittimassero, ancora una volta, spazi domestici e non-clinici come adatti all'esperienza abortiva.

In un momento in cui lo spazio clinico è stato occupato da preoccupazioni e pressioni strutturali dovuti alla rapida diffusione dell'infezione da Covid-19, si sono verificate le condizioni per una diffusa, seppur di grado variabile, demedicalizzazione degli spazi abortivi. Rimane da indagare in che modo le persone gravide, gli operatori, e le accompagnanti abbiano vissuto questa dinamica, durante e dopo il periodo pandemico.

Note

⁽¹⁾ L'idea per questo saggio, le correzioni e la rilettura sono di tutte le autrici. GZ ha scritto l'introduzione e le sezioni "Antropologia dell'aborto" e "Politiche sanitarie riproduttive, medicalizzazione e demedicalizzazione", "Gran Bretagna" e "Conclusioni", AB ha scritto "l'aborto farmacologico" e "Brasile", AM ha scritto "Italia".

⁽²⁾ Per maggiori informazioni su questa prima esperienza di linea telefonica attiva in America Latina, si veda <https://www.womenonwaves.org/es/page/2244/at-the-same-time-in-ecuador> (consultato il 30 maggio 2023).

⁽³⁾ Si veda il metodo Karman utilizzato dai collettivi femministi italiani negli anni Settanta prima della legalizzazione dell'aborto in questo contesto. Ringraziamo Elena Caruso per il suo lavoro e l'ininterrotto scambio di idee su questo tema.

⁽⁴⁾ Nel testo utilizziamo "accompagnanti" come traduzione dello spagnolo "acompañantes" e del portoghese "acompanhantes". L'introduzione di questo termine nel linguaggio italiano ci permette di identificare in maniera specifica questa figura rispetto ai più generici "accompagnatrici" o "assistenti", esistenti nel vocabolario italiano per qualificare altri soggetti.

⁽⁵⁾ Dopo il primo trimestre, l'aborto è consentito solo nei casi in cui un medico rilevi e certifichi che la gravidanza costituisce un grave pericolo per la vita della donna o per la sua salute fisica o psichica (ad esempio: a causa di gravi anomalie genetiche e/o di malformazioni dell'embrione o del feto, o a causa di gravi patologie materne come tumori o patologie psichiatriche). Viene definito terapeutico l'aborto praticato oltre il novantesimo giorno di gestazione. La legge 194 non definisce un limite di epoca gestazionale per l'aborto terapeutico ma raccomanda che, nel caso in cui il feto abbia raggiunto uno stadio di sviluppo che ne permette la sopravvivenza al di fuori dell'utero, il medico metta in atto tutti gli interventi per salvaguardarne la vita.

Bibliografia

Aa.Vv. (2020), *Joint Civil Society Statement: European Governments Must Ensure Safe and Timely Access to Abortion Care During the COVID-19 Pandemic*, <https://www.hrw.org/news/2020/04/08/joint-civil-society-statement-european-governments-must-ensure-safe-and-timely> (consultato il 20 maggio 2022).

Aa.Vv. (2021), *Aborto legal via telessaúde: orientações para serviços de saúde*. LetrasLivres, Brasília.

Abortion Act (1967), *CHAPTER 87. An Act to Amend and Clarify the Law Relating to Termination of Pregnancy by Registered Medical Practitioners*, <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1967/87> (consultato il 30 maggio 2023).

AIKEN A.R.A., GUTHRIEC K.A., SCHELLEKENS M., TRUSSELL J., GOMPERT R. (2018), *Barriers to Accessing Abortion Services and Perspectives on Using Mifepristone and Misoprostol at home in Great Britain*, "Contraception", Vol. 97(2): 139-148.

ANJOS A.B., PESSOA G.S., CORTÉZ N. (2014), *Dor em dobro*, "Publica", <https://apublica.org/2014/05/dor-em-dobro-2/> (consultato il 30 maggio 2023).

- AVANZA M. (2020), *Using a Feminist Paradigm (Intersectionality) to Study Conservative Women: The Case of Pro-life Activists in Italy*, "Politics & Gender", Vol. 16(2): 552-580.
- BARBOSA R. M., ARIILHA M. (1993), *A experiência brasileira com o Cytotec*, "Revista Estudos Feministas", Vol. 2: 408-517.
- BERCU C, MOSESON H, McREYNOLDS-PÉREZ J, WILKINSON SALAMEA E, GROSSO B, TRPIN M, ZURBRIGGEN R, CISTERNAS C, MEZA M, DÍAZ V, AND KIMPORT K. (2022), *In-Person Later Abortion Accompaniment: A Feminist Collective-Facilitated Self-Care Practice in Latin America*, "Sexual and Reproductive Health Matters", Vol. 29(3): 2009103.
- BERTHO H. (2020), *Principal hospital de aborto legal de SP interrompe o serviço na crise do coronavírus*, "Revista Azmina" <https://azmina.com.br/reportagens/aborto-legal-sao-paulo-interrompe-servico-crise-coronavirus/> (consultato il 30 maggio 2023).
- BLYSTAD A., HALDIS H., GETNET T., HAALAND M.E.S., SAMBAIGA R., MUMBA ZULU J., MOLLAND M.K. (2019), *The Access Paradox: Abortion Law, Policy and Practice in Ethiopia, Tanzania and Zambia*, "International Journal for Equity in Health", Vol. 18: 1-126.
- BRANDALISE C. (2021), *Médica de MG cria primeiro serviço de aborto legal por telemedicina do país*, in *Universa*, <https://www.uol.com.br/universa/noticias/redacao/2021/04/07/teleaborto.htm> (consultato il 30 maggio 2023).
- BRANDELL H., VANBENSCHOTEN H., PARACHINI M., GOMPERS R., GEMZELL-DANIELSSON K. (2021), *Telemedicine as an Alternative Way to Access Abortion in Italy and Characteristics of Requests During the COVID-19 Pandemic*, "BMJ Sexual & Reproductive Health", Vol. 48: 252-258.
- BRIGO A., SOUZA M.C. DE (2022), *Legalizzazione e depenalizzazione sociale dell'aborto in America Latina: un'analisi comparata tra Brasile e Argentina*, "Nomos", Vol. 2: 1-21.
- CAPELLI I. (2019), *Non-Marital Pregnancies and Unmarried Women's Search for Illegal Abortion in Morocco*, "Health Hum Rights", Vol. 21(2): 33-45.
- CAPELLI I., MARTINO A. (2020), *I tempi dell'interruzione di gravidanza in Italia: legge, servizi ed esperienze*, VIII Convegno Nazionale Società Italiana di Antropologia Applicata (SIAA), *Fare (in) tempo. Cosa dicono gli antropologi sulle società dell'incertezza*, Università di Parma (Italia), conferenza online.
- CARUSO E. (2021), *«It Was Like a Knockout Blow» The Implementation of the Italian Abortion Law 194 and the Collapse of the Feminist Movement (1978-1981)*, Institute for Feminist Legal Studies, Osgoode Law School, University of York, Ontario, Canada.
- CARUSO E. (2020), *The Ambivalence of Law: Some Observations on the Denial of Access to Abortion Services in Italy*, "Feminist Review", Vol. 124(1): 183-191.
- CARUSO E. (2022) *Sull'aborto farmacologico in telemedicina: spunti di riflessione per un dibattito in Italia*, "Annali dell'Istituto storico italo-germanico in Trento - Jahrbuch des italienisch-deutschen historischen Institut in Trient", Vol. 2: 169-188.
- CHAE S., DESAI S., CROWELL M., SEDGH G. (2017), *Reasons Why Women Have Induced Abortions: A Synthesis of Findings From 14 Countries*, "Contraception", Vol. 96(4): 233-241.
- COELHO H. L., TEIXEIRA A. C., DE FÁTIMA CRUZ M., GONZAGA S. L., ARRAIS P. S., LUCHINI L., LA VECCHIA C., TOGNONI G. (1994), *Misoprostol: The experience of women in Fortaleza, Brazil*, "Contraception", Vol. 49(2): 101-110.
- CONRAD P. (1992), *Medicalization and Social Control*, "Annual Review of Sociology", Vol. 18: 209-232.
- DAVIS J.E. (2006), *How Medicalization Lost Its Way*, "Society", Vol. 43(6): 51-56.

- DAVIS-FLOYD R. (1992), *Birth as an American Rite of Passage*, University of California Press, Berkeley.
- DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL CARE (2020), *Abortion Statistics England and Wales: 2019*, https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/891405/abortion-statistics-commentary-2019.pdf (consultato il 25 maggio 2022).
- DE ZORDO S. (2016), *Lo stigma dell'aborto e l'obiezione di coscienza: l'esperienza e le opinioni dei ginecologi in Italia e in Catalogna (Spagna)*, pp. 195-248, in LALLI C. (a cura di), *Aborto: stigma, senso di colpa, silenzio. Si può parlare di aborto?*, "Medicina nei Secoli", Vol. 28.
- DE ZORDO S. (2018), *From Women's "Irresponsibility" to Foetal "Patience"*: *Obstetricians-Gynaecologists' Perspectives on Abortion and Its Stigmatisation in Italy and Cataluña*, "Global Public Health", Vol. 13(6): 711-723.
- DE ZORDO S., ZANINI G., MISHTAL J. et al. (2021), *Gestational Age Limits for Abortion and Cross-Border Reproductive Care in Europe: A Mixed Methods Study*, "BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology", Vol. 128(5): 838-845.
- DE ZORDO S., MISHTAL J., ANTON L. (2017), *A Fragmented Landscape Abortion Governance and Protest Logics in Europe*, Berghahn Books, New York-Oxford.
- DINIZ D., BRITO L., RONDON G. (2022), *Comment Maternal Mortality and the Lack of Women-Centered Care in Brazil During COVID-19: Preliminary Findings of a Qualitative Study*, "The Lancet Regional Health – Americas", Vol. 10(100239): 100-239.
- DO CARMO LEAL M., DA SILVA A.A.M., DIAS, M.A.B. et al. (2012), *Birth in Brazil: National Survey into Labour and Birth*, "Reproductive Health", Vol. 9(15): 1-8.
- DROVETTA R.I. (2016), *Líneas telefónicas de información sobre aborto seguro: una estrategia efectiva para incrementar el acceso de las mujeres a los abortos seguros en América Latina*, "Temas de Salud Reproductiva", 9: 124-135.
- DROVETTA R.I. (2021), *The Practice of Abortion in the Hands of Feminists in the 70s*, "Revista Estudos Feministas", Vol. 29(2): 1-15.
- DUDEN B. (1993), *Disembodying Women. Perspectives on Pregnancy and the Unborn*, Harvard University Press, Cambridge (MA).
- DUDEN, B. (1994), *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull'abuso del concetto di vita*, Torino, Bollati Boringhieri.
- ECDC (2022), *Data on country response measures to COVID-19*, <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/download-data-response-measures-covid-19> (consultato il 20 maggio 2022).
- ENRIGHT M., MCNEILLY K., DE LONDRAS F. (2020), *Abortion Activism, Legal Change, and Taking Feminist Law Work Seriously*, "Northern Ireland Legal Quarterly", Vol. 71(3): 1-38.
- EVANS DP, SCHNABEL L, WYCKOFF K, NARASIMHAN S. (2023), "A Daily Reminder of an Ugly Incident...": *Analysis of Debate on Rape and Incest Exceptions in Early Abortion Ban Legislation in Six States in the Southern US*, "Sexual and Reproductive Health Matters", Vol. 31(1): 2198283.
- FERRERO L., PULICE E. (2021), *Pluralismo etico e conflitti di coscienza nell'attività ospedaliera. Volume I. Scelte riproduttive e dibattiti sulla genitorialità*, Il Mulino, Bologna.
- FLETCHER R. (2018), *#RepealedThe8th: Translating Travesty, Global Conversation, and the Irish Abortion Referendum*, "Feminist Legal Studies", 26(3): 233-259.
- FREIDENFELDS L. (2020), *The Myth of the Perfect Pregnancy. A History of Miscarriage in America*, Oxford University Press, Oxford.

- FSRH, RCOG, RCM, BSACP (2020a), *FSRH, RCOG, RCM and BSACP Launch Joint Guidance on COVID-19 and Abortion Care*, <https://www.fsrh.org/news/fsrh-rco-and-bsacp-guidance-on-covid-19-abortion/> (consultato il 30 maggio 2023).
- FSRH, RCOG, RCM, Ms, NUPAS, BPAS, BSACP (2020b), *Appeal to Legalise the Certification of Abortion with One Signature During COVID-19 Outbreak*. <https://www.fsrh.org/news/amend-abortion-act-1967-covid19-coronavirus/> (consultato il 30 maggio 2023).
- GATTO BOUERI A. (2020), *Na pandemia, redes feministas se tornam ainda mais fundamentais para as mulheres que abortam na América Latina*, “GN”, <https://www.generonumero.media/pandemia-redes-feministas-aborto-america-latina/> (consultato il 30 maggio 2023).
- GINSBURG F. (1989), *Contested Lives: The Abortion Debate in an American Community*, University of California Press, Berkeley.
- GINSBURG F., RAPP R. (1991), *The Politics of Reproduction*, “Annual Review of Anthropology”, Vol. 20: 311-343.
- GUIMARÃES V. (2018), *Brasil registra um processo por autoaborto todo dia*, “Caterinas”, <https://catarinas.info/brasil-registra-um-processo-por-autoaborto-todo-dia/> (consultato il 30 maggio 2023).
- GOES E.F., RAMOS DE OLIVEIRA D., FERREIRA FORTES A.J. (2020), *Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19*, “Trabalho, Educação e Saúde”, Vol. 18(3): 1-7.
- HALFMANN D. (2012), *Recognizing Medicalization and Demedicalization: Discourses, Practices, and Identities*, “Health”, Vol. 16(2): 186-207.
- HAN S., BETSINGER T., SCOTT A. (2017), *The Anthropology of the Fetus: Biology, Culture and Society*, Berghahn, New York.
- HIRSCH C. (2020), *Europe’s Coronavirus Lockdown Measures Compared. Ways of Enforcing Social Distancing Differ from Country to Country*, <https://www.politico.eu/article/europes-coronavirus-lockdown-measures-compared/> (consultato il 20 maggio 2022).
- KASSTAN B., UNNITHAN M. (2020), *Arbitrating Abortion: Sex-selection and Care Work among Abortion Providers in England*, “Medical Anthropology”, Vol. 39(6): 491-505.
- KRAJEWSKA A. (2021), *Rupture and Continuity: Abortion, the Medical Profession, and the Transitional State—A Polish Case Study*, “Feminist Legal Studies”, <https://research.birmingham.ac.uk/en/publications/rupture-and-continuity-abortion-the-medical-profession-and-the-tr> (consultato il 25 maggio 2022).
- JACKSON E. (2001), *Regulating Reproduction, Law, Technology and Reproduction*, Hart Publishing, Oxford.
- JONES R., HENSHAW K. (2002), *Mifepristone for Early Medical Abortion: Experiences in France, Great Britain and Sweden*, “Perspectives on Sexual and Reproductive Health”, Vol. 34(3): 154-161.
- LALLI C. (2011), *C’è chi dice no. Dalla leva all’aborto come cambia l’obiezione di coscienza*, Il Saggiatore, Milano.
- LALLI C., MONTEGIOVE S. (2022), *Mai dati. Dati aperti (sulla 194). Perché sono nostri e perché ci servono per scegliere*, Fandango Libri, Roma.
- LANE, K. (2008), *The Medical Model of the Body as Site of Risk: A Case Study of Childbirth*, pp. 157-164, in MALACRIDA C., LOW J. (a cura di), *Sociology of the Body: A Reader*, Oxford, Oxford University Press.
- LEE E., SHELDON S. MACVARISH J. (2018), *The 1967 Abortion Act Fifty Years on: Abortion, Medical Authority and the Law Revisited*, “Social Science & Medicine”, Vol. 212: 26-32.

Legge 22 maggio 1978, n. 194, *Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza*, <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=22302&completo=true> (consultato il 30 maggio 2023).

LEITE T.H., SOUZA MARQUES E., ESTEVES-PEREIRA A.P., FISHER NUCCI M., PORTELLA Y., LEAL M.D.C. (2022), *Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil*, "Ciência & Saúde Coletiva", Vol. 27(2): 483-491.

LUTÉSCIA COÊLHO H., TEIXEIRA A.C., CRUZ M.D.F., GONZAGA S.L., ARRAIS P.S., LUCHINI L., LA VECCHIA C., TOGNONI G. (1994), *Misoprostol: The experience of women in Fortaleza, Brazil*, "Contraception", Vol. 49(2): 101-110.

MAFFI I. (2020), *Abortion in Post-Revolutionary Tunisia, Politics, Medicine and Morality*, Berghahn Books, Oxford-New York.

MATTALUCCI C. (2012), *Pro-Life Activism, Abortion and Subjectivity Before Birth: Discursive Practices and Anthropological Perspectives*, "Mediterranean Journal of Social Sciences", Vol. 3(10): 109-118.

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): 75-96.

MATTALUCCI C., MISHTAL, J., DE ZORDO, S. (2018), *Emerging Contestations of Abortion Rights: New Discourses and Political Strategies at the Intersection of Rights, Health and Law*, "Antropologia", Vol. 5(2): 7-12.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2020), *Portaria no 2.282, de 27 de agosto de 2020. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS*, Diário Oficial da União 2020, 28 agosto.

MINISTERO DELLA SALUTE (2021), *Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/78). Dati definitivi 2019*.

MINISTERO DELLA SALUTE (2022), *Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/78), Dati definitivi 2020*.

MISHTAL J. (2015), *The Politics of Morality the Church, the State, and Reproductive Rights in Postsocialist Poland*, Ohio University Press.

MORENO-RUIZ N.L., BORGATTA L., YANOW S., KAPP N., WIEBE E.R., WINIKOFF B. (2007), *Alternatives to Mifepristone for Early Medical Abortion*, "International Journal of Gynecology and Obstetrics", Vol. 96: 212-218.

MOSESON H., BULLARD K.A., CISTERNAS C., GROSSO B., VERA V., GERDTS C. (2020), *Effectiveness of Self-Managed Medication Abortion Between 13 And 24 Weeks Gestation: A Retrospective Review of Case Records from Accompaniment Groups in Argentina, Chile, and Ecuador*, "Contraception", Vol. 102(2): 91-98.

MOSESON H., JAYAWEEERA R., EGWUATU I., GROSSO B., KRISTIANINGRUM IA., NMEZI S., ZURBRIGGEN R., MOTANA R., BERCU C., CARBONE S., GERDTS C. (2022), *Effectiveness of Self-Managed Medication Abortion with Accompaniment Support in Argentina and Nigeria (SAFE): A Prospective, Observational Cohort Study and Non-Inferiority Analysis with Historical Controls*, "The Lancet Global Health", Vol. 10(1): e105-113.

ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ (2022), *Abortion Care Guideline*, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349316> (consultato il 25 maggio 2023).

PATEL T. (2007), *Sex-Selective Abortion in India: Gender, Society and New Reproductive Technologies*, Sage, New Delhi-London.

- PEREIRA MADEIRO A., DINIZ D. (2016), *Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional*, “Ciência & Saúde Coletiva”, Vol. 21(2): 563-572.
- PIOVEZAN S. (2023), *Aborto legal com auxílio de telemedicina tem uso restrito no Brasil apesar de recomendação da OMS. Hospital de Uberlândia adotou o método devido à falta de leito para o procedimento; CFM é contra*, Folha de Sao Paulo, <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2023/04/uso-de-telemedicina-para-auxiliar-aborto-gera-debate-no-brasil.shtml> (consultato il 30 maggio 2023).
- PLANNING COMMITTEE (2022), *Exploring Safe Abortion Activism through the Experiences and Stories of Feminist Members of Latin American Accompaniment Networks (2020-2021)*, Report, maggio 2022.
- PORTER ERLANK C., LORD J., CHURCH K. (2021), *Acceptability of No-Test Medical Abortion Provided Via Telemedicine During Covid-19: Analysis of Patient-Reported Outcomes*, “BMJ Sexual & Reproductive Health”, Vol. 47: 261-268.
- PROCHOICE-RICA *et al.* (2020), *Firmiamo per l'aborto farmacologico durante l'emergenza COVID-19! Petizione Online lanciata il 4 Aprile 2020*, https://secure.avaaz.org/community_petitions/it/presidente_del_consiglio_dei_ministri_ministero_de_aborto_farmacologico_durante_emergenza_covid19/ (consultato il 30 maggio 2023).
- PUREWAL NAVTEJ K. (2010), *Son Preference: Sex Selection, Gender and Culture in South Asia*, Berg, Oxford-New York.
- QUAGLIARIELLO C. (2017), *L'accouchement naturel contre l'hôpital moderne? Une étude de cas en Italie*, “Anthropologie & Santé”, Vol. 15: 1-18.
- QUAGLIARIELLO C. (2018), *Beyond Medical Bureaucracy: An Inquiry into Women's Right to Abortion in Italy*, “Antropologia”, Vol. 5(2): 95-111.
- QUAGLIARIELLO C. (2021), *L'isola dove non si nasce. Lampedusa tra esperienze procreative, genere e migrazioni*, Unicopli, Milano.
- QUAGLIARIELLO C., ZANINI G. (2022), *Preservare le nascite durante la pandemia: analisi delle contraddizioni inerenti la gestione della salute riproduttiva durante l'emergenza da Covid-19*, pp. 25-53, in GENTILE L., QUAGLIARIELLO C. SESTITO R. (a cura di), *Coronial. Antropologia della riproduzione e delle sessualità al tempo del Covid-19*, Franco Angeli, Milano.
- RAYMOND E.G., HARRISON M.S., WEAVER M.A. (2019), *Efficacy of Misoprostol Alone for First-Trimester Medical Abortion: A Systematic Review*, “Obstetrics and Gynecology”, Vol. 133(1): 137-147.
- RAPP R. (1999), *Testing Women, Testing the Fetus. The Social Impact of Amniocentesis in America*, Routledge, London.
- RCOG (2020), *Coronavirus (COVID-19) Infection and Abortion Care. Information for Health Professionals*, <https://www.rcog.org.uk/media/bbhpl2qa/2020-07-31-coronavirus-covid-19-infection-and-abortion-care.pdf> (consultato il 30 maggio 2023).
- SANTOS PEREIRA DOS ALVES, M., SILVA NERY J., GOES FREITAS E., DA SILVA A., SILVA DOS SANTOS A.B., BATISTA L.E., DE ARAÚJO E.M. (2020), *População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde*, “Estudos Avançados”, Vol. 34(99): 225-243.
- SENONORAQUANDO? COORDINAMENTO NAZIONALE COMITATI *et al.* (2020), *Misure urgenti per l'interruzione volontaria di gravidanza al tempo del coronavirus. Petizione online lanciata ad aprile 2020*, <https://www.change.org/p/ministro-della-salute-roberto-speranza-misure-urgenti-per-l-interruzione-volontaria-di-gravidanza-al-tempo-del-coronavirus> (consultato il 30 maggio 2023).
- SHELDON S. (1997), *Beyond Control: Medical Power and Abortion Law*, Pluto Press, London.
- SHELDON S., WELLINGS K. (2020), *Decriminalising Abortion in the UK: What Would It Mean?*, Bristol University Press, Bristol.

- SINGER E. (2016), *From Reproductive Rights to Responsibilization: Fashioning Liberal Subjects in Mexico City's New Public Abortion Program*, "Medical Anthropology Quarterly", Vol. 31(4): 445-463.
- SOUZA M.C. DE (2012), *'No estás sola': Aborto seguro e acompanhado como estratégia feminista para a descriminalização social na América Latina*, Programa de Pós-Graduação em Integração da América Latina, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- TARABUSI F., ZINN D. (2023), *Antropologia e politiche pubbliche: ricerche e prospettive*, "Rivista di Antropologia Contemporanea", https://www.siacantropologia.it/wp-content/uploads/2022/11/Antropologia-e-Politiche_TarabusiZinn-RAC.pdf (consultato il 30 maggio 2023).
- TATE W. (2020), *Anthropology of Policy: Tensions, Temporalities, Possibilities*, "Annual Review of Anthropology", Vol. 49: 83-99.
- WHITTAKER A. (2010), *Abortion in Asia: Local dilemmas, global politics. Fertility, Reproduction, and Sexuality*, Berghahn Books, Oxford-New York.
- ZADOROZNYJ M. (1999), *Social Class, Social Selves and Social Control in Childbirth*, "Sociology of Health & Illness", Vol. 21(3): 267-289.
- ZAMBERLIN N., ROMERO M., RAMOS S. (2012), *Latin American Women's Experiences with Medical Abortion in Settings Where Abortion Is Legally Restricted*, "Reproductive Health", Vol. 9(34): 1-11.
- ZANINI G., MISHTAL J., DE ZORDO S., ZIEGLER A.K., GERDTS C. (2021), *Abortion Information Governance and Women's Travels across European Borders*, "Women's Studies International Forum", Vol. 87, 102496: 1-8.
- ZANINI G., QUAGLIARIELLO C. (2023), *Reproductive Healthcare During the Covid-19 Outbreak in Italy*, "Etnografia e Ricerca Qualitativa", Vol. 16(1): 153-173.
- ZURBIGGEN R., VACAREZZA N. L., ALONSO G., GROSSO B., TRPIN M. (2018), *El aborto con medicamentos en el segundo trimestre de embarazo. Una investigación socorrista feminista*, La Parte Maldita, Buenos Aires.

Scheda sulle Autrici

Giulia Zanini è un'antropologa interessata alle pratiche e politiche riproduttive. Ha condotto ricerche sull'aborto, sulla donazione di gameti, e sull'infertilità permanente, e, in particolare, sulle pratiche transnazionali di accesso alla salute riproduttiva. Dopo il dottorato ha lavorato in diverse Università europee.

Alessandra Brigo si occupa di salute e diritti sessuali e riproduttivi, in particolare di aborto e movimento transfemministi. Ha conseguito un dottorato in Antropologia Sociale e Culturale presso l'Università di Milano-Bicocca e in Saúde Coletiva presso l'Istituto de medicina social (UERJ), ed è ricercatrice associata del Centro Latino-americano em Sexualidade e Direitos Humanos.

Anastasia Martino ha conseguito il dottorato di ricerca in Antropologia Sociale e Culturale presso l'Università di Milano-Bicocca. Ha condotto ricerche in Messico e in Italia sulle politiche statali di controllo demografico, sulle esperienze delle donne in relazione alla contraccezione, alla gravidanza e all'aborto, e sulle difficoltà di accesso a questo servizio medico.

Riassunto

L'impatto della pandemia di Covid-19 sull'interruzione di gravidanza. L'aborto farmacologico in tre diverse realtà nazionali

Durante la pandemia di Covid-19, l'aborto farmacologico è stato al centro di un dibattito pubblico rispetto alla possibilità di garantire l'accesso ai servizi di interruzione della gravidanza in diverse realtà nazionali. Attraverso la comparazione tra i contesti nazionali inglese, brasiliano e italiano, in questo saggio si mettono in evidenza le mobilitazioni da parte di movimenti femministi *pro-choice* e/o società medico-scientifiche e le diverse politiche e pratiche di implementazione di questa procedura abortiva. L'analisi sottolinea le componenti culturali, politiche e sociali che hanno caratterizzato l'utilizzo dell'aborto farmacologico prima e durante la pandemia e le dinamiche di (de)medicalizzazione ad esse associate.

Parole chiave: aborto, Covid-19, analisi comparativa, politiche sanitarie

Resumen

El impacto de la pandemia de Covid-19 en la interrupción del embarazo. Aborto farmacológico en tres realidades nacionales diferentes

Durante la pandemia de Covid-19, el aborto farmacológico estuvo en el centro de un debate público sobre la posibilidad de garantizar el acceso a los servicios de interrupción del embarazo en diferentes realidades nacionales. A través de la comparación entre los contextos nacionales inglés, brasileño e italiano, este ensayo destaca las movilizaciones de los movimientos feministas a favor del aborto y/o de las sociedades médico-científicas y las diferentes políticas y prácticas de implementación de este procedimiento abortivo. El análisis se enfoca en las componentes culturales, políticos y sociales que caracterizaron el uso del aborto farmacológico antes y durante la pandemia y las dinámicas de (des)medicalización asociadas.

Palabras claves: aborto, Covid-19, análisis comparativo, políticas sanitarias

Resumé

L'impact de la pandémie de Covid-19 sur l'interruption de grossesse. L'avortement pharmacologique dans trois réalités nationales différentes

Pendant l'émergence de la pandémie de Covid-19, l'avortement médicamenteux a été au centre du débat public autour de la possibilité de garantir l'accès à l'interruption de grossesse dans des contextes nationaux différents. A travers l'analyse comparative des contextes Anglais, Brésilien et Italien, cette éssai met en lumière les revendications des mouvements féministes *pro-choice* et des sociétés scientifiques et le politiques et pratiques multiples qui se sont développées autour de cette méthode. Il examine les composants culturelles, politiques et sociales qui caractérise l'usage de cette méthode d'avortement et le processus de (de)médicalisation y associé.

Mots-clés: avortement, Covid-19, analyse comparative, politique de santé

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

Eugenio Zito

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

Abstract

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Incroci culturali, curare plurale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Figura n. 1

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conclusioni

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

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

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

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

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

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

Note

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

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

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

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

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

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

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

Bibliografia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Scheda sull'Autore

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

Riassunto

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

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

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

Resumen

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

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

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

Résumé

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

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

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

Minori stranieri non accompagnati in tempo di crisi

*Benessere psicosociale, risorse e servizi durante
e oltre la pandemia*

Valentina Alice Mutti

Università degli studi di Milano
[valentina.mutti@unimi.it]

Abstract

Unaccompanied and Separated Children in Time of Crisis. Psychosocial Well-Being, Resources, and Services During and Beyond the Pandemic

The article discusses the impact of Covid-19 on the wellbeing of UASCs and young migrants in Italy and their access to mental health and psychosocial support services. Through the voices and experiences of UASCs and young migrants, reception center operators and mental health professionals, the main challenges, protective factors, resistance strategies and ways of adapting of psychological and ethno-psychiatric services during the pandemic are discussed. On the one hand, Covid-19 becomes a process that makes the deficiencies and fragility of the reception system and the services provided to young migrants more visible; at the same time, this period highlights the responsiveness of UASCs and youth with migrant background and can contribute to a different narrative of adolescents in times of crisis.

Keywords: UASC, psychosocial support, Covid-19, ethno-psychiatry, services

Introduzione

Durante le conversazioni con minori stranieri non accompagnati (MSNA)¹ incontrati nel sistema di accoglienza in Italia nell'arco del 2021² è subito stato chiaro che la pandemia aveva un significato che andava ben oltre quello dell'emergenza sanitaria:

Prima del coronavirus io lavoravo in Libia, ora sono da nove mesi senza lavorare e senza mandare soldi a casa. Come aiuto la mia famiglia? L'educatrice mi ha promesso un lavoro dopo i miei 18 anni ma non sanno come darmi

lavoro se continua il corona. Il corona fa sentire tristi, io sono stressato perché ho bisogno di lavorare e di soldi. (S., 17, Bangladesh, Sicilia)

Come espresso chiaramente da S., diciassettenne ospitato in un centro minori nella provincia di Trapani, l'interruzione delle opportunità lavorative e la riduzione dell'invio di rimesse sono state tra le conseguenze percepite come più gravi del Covid-19. Nell'estratto dal suo discorso sono inoltre contenuti altri elementi che caratterizzano l'esperienza di molti ragazzi e ragazze arrivati in Italia da minori, anche prima della pandemia: il forte mandato familiare che orienta il progetto migratorio, con la conseguente necessità di restituire l'investimento sul viaggio e inviare denaro a casa, il cambio di status al compimento della maggiore età e le emozioni negative (tristezza, stress) che tali tensioni comportano.

Indagare le conseguenze della pandemia sul benessere di ragazzi e ragazze migranti giunti in Italia soli porta, dunque, a prendere in considerazione diversi livelli di analisi: da un lato, i principali cambiamenti nella vita delle strutture di accoglienza e dei servizi di supporto psicosociale e di salute mentale (MHPSS)³ rivolti a questa utenza, dall'altro le strategie messe in campo da utenti e servizi per gestire il periodo di distanziamento e di incertezza. Infine, significa considerare la dimensione socioculturale dell'epidemia (BENTON 2017), cogliendo l'interpretazione emica degli interlocutori e le relazioni con i Paesi di origine, coinvolti in una dinamica di reciproche proiezioni e preoccupazioni. Come messo in luce da Adams e Nading (2020), l'emergenza Covid-19 ha esemplificato quanto gli aspetti culturali siano interrelati a quelli sanitari, sia nella percezione e gestione dell'epidemia, sia nel disegno delle politiche locali e internazionali che ne sono scaturite (ADAMS, NADING 2020).

L'articolo si propone dunque di ricostruire, attraverso la voce dei ragazzi e delle ragazze⁴ migranti, degli operatori delle strutture di accoglienza e dei professionisti della salute mentale e del supporto psicosociale (psicologi, psicoterapeuti, assistenti sociali, neuro-psichiatri infantili e psichiatri), il quadro delle principali sfide affrontate in questo frangente storico, le modalità di adattamento da parte dei servizi, le risorse individuali e collettive a cui ciascun soggetto ha attinto.

La ricerca è stata condotta da dicembre 2020 a settembre 2021 in quattro regioni italiane (Lazio, Lombardia, Calabria e Sicilia)⁵ e ha coinvolto 91 soggetti, di cui 36 ragazzi e ragazze migranti dai 15 ai 24 anni, 29 esperti di salute mentale del servizio pubblico e del privato sociale e 26 operatori di strutture di accoglienza. Tutti i momenti di incontro con i minori e

giovani migranti sono avvenuti in presenza, nel rispetto delle norme di contenimento del virus e in caso di necessità alla presenza di mediatori culturali, che erano stati precedentemente formati circa gli obiettivi della ricerca e la delicatezza dei temi da affrontare. A tutti i partecipanti è stato fatto leggere e firmare il consenso informato (tradotto in diverse lingue) perché acconsentissero alla partecipazione, oltre che ai loro tutori legali quando minorenni. Le conversazioni con i giovani migranti sono avvenute quasi sempre dopo o durante una visita della struttura, spesso nel cortile o nel giardino, oppure nella sala comune o in cucina. Le visite ai centri sono state precedute da contatti con lo staff e la direzione dell'ente gestore, volti a condividere gli obiettivi della ricerca e a stabilire il processo di identificazione dei ragazzi e delle ragazze da coinvolgere, tenendo presente interesse e volontà a partecipare, ma anche la data di arrivo nei centri precedente all'inizio della pandemia ed eventuali importanti fragilità che potessero comportare rischi per i ragazzi stessi. I dialoghi con lo staff dell'accoglienza e con i professionisti della salute mentale sono avvenuti invece in circa la metà dei casi attraverso incontri su piattaforme online. Il campo di ricerca è stato condotto in strutture di seconda accoglienza, sia del circuito SAI – Sistema accoglienza integrazione per minori che in quelle municipali⁶.

“La notte era giorno, il giorno era notte”

A partire da marzo 2020 anche il sistema di accoglienza per minori e adulti è stato investito dai cambiamenti introdotti dall'emergenza sanitaria, che hanno comportato una ristrutturazione dei servizi e della routine delle strutture: nelle parole degli educatori e coordinatori degli enti gestori, le prassi messe in campo e le indicazioni ricevute nei primi mesi dell'emergenza, sia per quanto riguarda le norme di sicurezza da osservare all'interno delle strutture e la gestione dei casi sospetti e positivi (TAVOLO NAZIONALE ASILO, TAVOLO IMMIGRAZIONE E SALUTE 2020), sia per le procedure di ingresso e trasferimento di ospiti da altre strutture o dagli sbarchi, sono state eterogenee e a volte confuse.

Con la chiusura nazionale, i minori migranti hanno sofferto della mancanza di socializzazione con altri coetanei fuori dai centri di accoglienza, sono stati penalizzati nel frequentare la scuola o i corsi di italiano come L2 e di orientamento al lavoro attraverso la didattica a distanza non avendo la padronanza dell'italiano come le persone madrelingua, e non disponendo

sempre di un luogo adeguato da dove seguire le lezioni né di un computer o tablet personale.

Nelle fasi di maggiori restrizioni, hanno raccontato di provare rabbia, frustrazione e difficoltà a aderire alle nuove norme, tra cui l'uso della mascherina e la limitazione delle uscite che, sia secondo gli interlocutori adolescenti che gli operatori, hanno costituito un nuovo terreno di negoziazione, sommato o sovrapposto a quello su altre norme dei centri (uso del telefono, orario di rientro, modalità di preparazione e consumo del cibo, ecc.).

Come altri coetanei, i giovani migranti hanno dovuto gestire le difficoltà legate a una quotidianità monotona, dove il ritmo veglia-sonno si è modificato, o addirittura invertito, e dove la propria stanza all'interno della struttura di accoglienza è diventato l'unico luogo dove passare il tempo. Questo elemento ha rappresentato una forte discontinuità rispetto alle abitudini precedenti che – in linea con gli obiettivi di integrazione dichiarati del percorso di accoglienza – promuovono la frequentazione di ambienti esterni e servizi del territorio:

A me piace andare in giro o anche al lavoro, quando c'era la zona rossa e non potevo uscire io mi arrabbiavo, non mi piace stare nella stanza... mi mancano i miei amici quando mangiamo insieme, uscire fuori e vedere la vita normale come prima, ora non la vedo. (A., 19, Egitto, Lombardia)

Nei vissuti raccontati si delinea una differenza tra la prima ondata (marzo-giugno 2020) e successive fasi di restrizioni, che sono state accompagnate da maggiore stanchezza, minor capacità di gestire la sofferenza, soprattutto per coloro che hanno vissuto un susseguirsi di isolamenti fiduciari da contatti, e cambi di restrizioni regionali che rendevano difficile pianificare le proprie attività, o lasciavano in una condizione di maggior incertezza. In particolare, i centri nel territorio lombardo hanno vissuto con maggior apprensione sia la situazione sanitaria di prossimità, sia il primo confinamento iniziato prima delle altre regioni e con controlli riportati dagli interlocutori come più severi e capillari.

Alle difficoltà sono tuttavia corrisposte anche diverse strategie di adattamento che i giovani migranti hanno saputo introdurre, come evocato da T., una ragazza residente in una struttura di accoglienza nella periferia di Roma, che racconta come «abbiamo usato tanto Internet, tipo chiamare cinque persone al giorno: parliamo di cose vecchie, cantiamo, così non pensi a qui» (T., 19, Repubblica democratica del Congo, Lazio).

Tra queste, la possibilità di restare in contatto tramite il telefono e Internet

con il Paese di origine, con amici conosciuti nei Paesi di transito, o ancora con connazionali in Italia, è stata cruciale. Il telefono, che da sempre permette ai migranti il mantenimento dei legami e la costruzione di uno spazio transnazionale, e che con le potenzialità digitali è stato studiato anche come mezzo per la costruzione di strategie di resilienza (NETTO *et al.* 2022), pratiche di solidarietà e *media literacy* (EIDE 2020), è stato un grande protagonista di questo periodo storico. Ragazzi e ragazze lo descrivono come la principale risorsa per mantenere le proprie relazioni familiari e amicali, strumento per conoscere e approfondire nuovi argomenti – tra cui la lingua italiana –, per passare il tempo sospeso vedendo videoclip o profili social, ma anche come ostacolo alla ripresa di una routine e oggetto di molteplici negoziazioni con gli educatori.

Da un lato, la limitazione dei movimenti è stata sofferta, soprattutto per coloro che erano abituati ad «andare dove i piedi mi portavano» (A., 17, Albania, Lazio); dall'altro, vivere con coetanei ha rappresentato anche un fattore di protezione ed è stato raccontato da operatori, terapeuti e da alcuni ragazzi e ragazze come un elemento positivo, contrariamente alle aspettative e ai timori delle équipes dei centri di accoglienza che vedevano nei ripetuti lockdown possibili fonti di conflitti tra ragazzi e tra utenti e operatori. In alcuni casi, la vicinanza forzata è stata raccontata come un momento per conoscersi meglio o, nelle parole di una mediatrice culturale di una struttura a Palermo, come la prima occasione per «raccontare la mia storia, che in fondo è simile alla loro, una sera, sul balcone» (F., mediatrice, Sicilia) e, più in generale, un avvicinamento allo staff delle strutture:

C'è stata una maggiore identificazione di noi operatori come loro figure di riferimento; quindi, si rivolgevano a noi non solo per i servizi ma per qualsiasi cosa, per rassicurare la famiglia d'origine... c'è stata sicuramente una maggiore intensità di rapporto. (M., coordinatore, Calabria)

Seppur una certa misura di passività, inerzia e attesa sia parzialmente un tratto della vita nelle strutture di accoglienza (ALTIN 2019), soprattutto nelle meno virtuose, i MSNA e giovani coinvolti nella ricerca hanno espresso una opinione positiva rispetto alle relazioni con i compagni con cui «ci siamo supportati, giocavamo a carte e passavamo tempo insieme, a scherzare» (M., 19, Egitto, Sicilia), e hanno riconosciuto nel centro un luogo sicuro, dove si sono sentiti protetti:

Sono riuscito a studiare in questi mesi, ho imparato anche un po' di italiano, è stato utile stare al centro, poi i ragazzi qua scendono e giocano (indica il campo da calcio, NdA), siamo insieme, non ci sentiamo come se siamo in corona. (D., 17, Afghanistan, Lazio)

L'emergenza ha dunque portato alla luce una serie di meccanismi di supporto tra pari: la condivisione del tempo con un gruppo ristretto di coetanei, come accade nelle strutture minorili, è stato raccontato da ragazzi e ragazze come punto di forza e, pur nei possibili conflitti e liti che accadono, gli amici fuori e dentro le comunità residenziali sono riportati come le figure di riferimento a cui ci si rivolge in caso di bisogno. Rappresentano la strategia più immediata per ristabilire una situazione di benessere o di maggior equilibrio: la rete di coetanei si configura, in altre parole, come lo spazio privilegiato dove poter cercare consigli, confrontarsi o superare un problema, senza ricorrere all'intermediazione di adulti, come esemplificato dal caso di un gruppo di neomaggiorenni ospitati in un appartamento "di avvicinamento all'autonomia" di Reggio Calabria:

Un nostro amico, che è più grande di noi, ha sofferto molto in questo periodo, noi cercavamo di stare con lui: parlavamo, ridevamo, ci allenavamo [...] Lui era abituato ad andare in palestra con tanta gente prima, così abbiamo fatto una specie di piccola palestra anche qui. (S., 19, Senegal, Calabria)

Altri fattori protettivi che hanno ridotto il potenziale rischio di una situazione che presentava restrizioni nuove e importanti sono rappresentati dalle competenze che ragazzi e ragazze hanno acquisito nella loro storia migratoria. La capacità di mantenere relazioni intime a distanza, attraverso per esempio le video-chiamate con i membri della propria famiglia, è una pratica a cui minori e giovani migranti erano già abituati durante il percorso verso l'Italia, così come costruire una rete di mutuo aiuto tra coetanei, connazionali e non, incontrati nel viaggio. O ancora, affidarsi ad altri elementi di sostegno, come la religione, soprattutto per coloro che seguono alcune Chiese evangeliche i cui predicatori inviavano materiali video durante la pandemia o per i ragazzi musulmani, che hanno affrontato due Ramadan nel periodo pandemico (aprile-maggio 2020 e aprile-maggio 2021): pur tenendo presente le differenze individuali, i ragazzi raccontano dei momenti in cui «parlo solo con Dio, è lui che ci può aiutare in questo periodo», o «io prego Dio che guarisca tutti, sia musulmani che cristiani, e che ci faccia tornare come eravamo prima».

Come sottolineato da S, una psicologa che lavora all'interno di una struttura per minori, la fede è stata per alcuni dei ragazzi e delle ragazze una fonte di distrazione e conforto dalle preoccupazioni e la preghiera è stata evocata come pratica che ha alleviato per esempio i periodi di quarantena e isolamento:

La fede li ha aiutati molto, a rimanere concentrati, a stare meglio, a mantenere un legame con il Paese di origine e a pensare ad una sorta di

prospettiva, prima o poi ne saremmo usciti e sarebbe andato tutto meglio.
(S., psicologa, Calabria)

La citazione fa riferimento anche al rapporto con i paesi di origine, con i quali durante questa fase la relazione si è nutrita di nuovi argomenti e reciproche preoccupazioni: in un primo momento, quando l'Italia era tra i primi paesi per contagi, i familiari chiamavano i figli più spesso chiedendo rassicurazioni e raccomandando loro di seguire le norme di prevenzione, quindi – come sottolineato da un'etnopsicologa – «più che seguire quello che dicevano gli educatori rispondevano ai mandati familiari che diventavano centrali» (G., psicologa, Sicilia). Questo ha prodotto una sorta di rovesciamento della dinamica familiare, dove i ragazzi – che sono spesso pensati come coloro che hanno la responsabilità del sostentamento delle famiglie – in questo frangente sono tornati ad essere “figli”, ristabilendo l'ordine delle generazioni (MONACELLI, FRUGGERI 2012).

Al contempo, seppur in generale i paesi di provenienza della maggior parte dei minori siano stati colpiti dal virus in misura più contenuta, alcuni degli interlocutori hanno mostrato preoccupazioni sia per la salute di genitori e familiari che per i sistemi sanitari locali ritenuti fragili.

Inoltre, per alcune famiglie l'interruzione o diminuzione delle rimesse dovuta allo scarso lavoro ha rappresentato una preoccupazione parallela e prodotto un ulteriore carico sui ragazzi: alcuni operatori riportano di richieste di spiegazione da parte delle famiglie che faticavano a credere alla versione dei figli sul contesto italiano, e di conseguenti telefonate di delucidazioni. Per un certo periodo le conversazioni transnazionali si sono dunque orientate anche sul tema del Covid-19, sulle restrizioni a esso legate e sui progetti individuali sospesi. I ragazzi e le ragazze confrontavano misure di contenimento e contagi di vari paesi o in alcuni casi erano loro stessi il canale di informazione per le loro famiglie o gli amici in viaggio:

Io sono di un piccolo villaggio, quindi, non è stato facile far capire loro che era una cosa vera, che morivano davvero 500 persone al giorno e che anche loro dovevano stare attenti; noi guardavamo sempre la Tv e il telefono per vedere cosa stava succedendo, anche troppo, parlavano solo di questo.
(R., 18, Gambia, Calabria)

Nonostante le diverse difficoltà che sono emerse in questa fase, il bagaglio di esperienze acquisito durante il viaggio e l'eventuale residenza nei paesi di transito ha rafforzato la capacità di relativizzarne il carico: la pandemia, nelle parole della maggior parte dei ragazzi e delle ragazze incontrati, si configura sì come un ostacolo, ma non peggiore di tanti altri già attraversati.

Per alcuni operatori e professionisti della salute mentale, i minori stranieri si sono rivelati maggiormente attrezzati rispetto ai loro coetanei italiani, non solo nell'affrontare un momento di incertezza e cambiamento di routine così dirompente, ma anche «nell'accettare la morte come evento in sé e a maggior ragione la morte senza lutto» (G., psicologa, Sicilia) – in riferimento alla prima fase dell'emergenza in cui non era possibile celebrare i funerali – come accaduto a tanti migranti dispersi durante le traversate nel Mediterraneo centrale. L'esperienza della migrazione, in altre parole, risulta un percorso trasformativo e di acquisizione di competenze, poi spendibili anche nel contesto di approdo, che in questo frangente diventa un contesto di emergenza: per ragazzi e ragazze in una fascia di età di trasformazione può produrre, come già accennato, anche un rovesciamento degli equilibri tra generazioni e un momento peculiare in cui mettere alla prova le proprie risorse culturali.

I MSNA sembrano dunque avere una direzione molto chiara e seppure con la pandemia abbiano subito un forte rallentamento, tale direzione è rimasta un motore, una motivazione sempre rilevante: nell'espressione di uno psicologo che lavora nel sistema di accoglienza, «sono arrivati fin qui e non sarà un virus a fermarli!». Tuttavia, la sospensione dei propri percorsi formativi e di avviamento al lavoro diventa più angosciante per coloro che sono già nell'orizzonte temporale di una scadenza pendente, quella del passaggio alla maggiore età, e quindi alla fase di uscita dal sistema di accoglienza dei minorenni e di costruzione dell'autonomia lavorativa e abitativa.

L'emergenza Covid-19 ha in qualche modo rappresentato un acceleratore di vari processi connessi alla figura dei MSNA, rendendo più critico e fragile il sistema di tutela che distingue minorenni da maggiorenni, e che porta con sé un possibile cambiamento nei servizi offerti e nella condizione di accoglienza stessa⁷: è stata una sorta di lente di ingrandimento, che ci permette di guardare anche ai servizi di salute mentale e supporto psicosociale con una nuova prospettiva.

“Manca il corpo, manca il tragitto”

Parlare di salute mentale di minori e giovani migranti significa considerare sia la sfera del benessere e malessere psicosociale di cui i ragazzi e le ragazze sono portatori, che l'eventuale insorgenza di psicopatologie. Ricerche condotte in diversi Paesi di approdo mettono in luce la molteplicità

dei fattori di rischio e potenzialmente traumatici che MSNA e giovani migranti si trovano ad affrontare, spesso rappresentati come un “triangolo”: la separazione dalle figure di riferimento rimaste nel contesto d’origine, le ragioni stesse della partenza (persecuzioni politiche, guerra, povertà, violenza, tra loro spesso interconnessi), le minacce all’incolumità a cui sono esposti durante il viaggio (tra gli altri, reclusione in centri di detenzione, sfruttamento) e le esperienze faticose a cui vanno incontro nel Paese di arrivo (adattamento a nuovi codici culturali, xenofobia, separazione da amici, accertamenti, talvolta detenzioni) (SILOVE, VENTEVOGEL, REES 2017; DRAPER, MARCELLINO 2020; ZANONI 2020).

Anche sulla scorta di questi elementi, il sistema di accoglienza prevede, oltre alle erogazioni di servizi di integrazione (mediazione linguistico-culturale, insegnamento della lingua italiana, inserimento scolastico o nella formazione professionale, orientamento e accompagnamento all’inserimento lavorativo, abitativo e sociale e ai servizi del territorio, orientamento legale) anche ciò che viene definita la tutela psico-socio-sanitaria⁸.

Con lo scoppio della pandemia, i servizi di salute mentale sia pubblici che del privato sociale, che prevedevano un *setting* psicologico o psicoterapeutico all’interno di ambulatori o sportelli, oppure interventi interni ai centri di accoglienza, si sono ripensati attivando colloqui da remoto, e hanno proposto incontri online per garantire una continuità della presa in carico.

Questo ha permesso di tenere un legame con i pazienti ma, nelle parole della maggior parte dei soggetti coinvolti, la seduta online ha presentato molti limiti, che si ritrovano anche nella recente letteratura sul tema dei servizi da remoto rivolti a giovani migranti e rifugiati (ENDALE, ST JEAN, BIRMAN 2020; BENJAMIN *et al.* 2021), inclusa la scuola e la formazione (MAGAN, PATANKAR, AHMED 2022), il cui successo dipende da diversi fattori, tra cui la qualità della connessione Internet, la familiarità con il mezzo tecnologico e la possibilità di avere uno spazio con la necessaria *privacy*. Per un’utenza che spesso non condivide la stessa lingua dei terapeuti significa inoltre che il video-colloquio si realizza tra utente, terapeuta e mediatore o mediatrice, triplicando i possibili problemi di connessione e adeguatezza del luogo da cui accedere.

Oltre alla mancanza del corpo e delle sue espressioni nella sua interezza, dato che nell’incontro online si vede quasi sempre soltanto il volto, manca anche il tragitto verso il luogo dell’incontro:

È un momento in cui loro fanno una sorta di pulizia mentale, per cui si infilano un po’ nel pensiero di quello che diranno a noi, e anche nel viaggio

di ritorno ripensano ancora a quello che ci siamo detti, mentre su Zoom o su Whatsapp loro si trovano istantaneamente davanti al terapeuta. (G., psicologo, Lombardia)

Alcuni psicologi e psicoterapeuti sottolineano, inoltre, come la dimensione online possa portare a strutturare diversamente il colloquio e, per paura di non riuscire a gestire le reazioni emotive degli utenti a distanza, costruire un percorso di minor profondità. Il timore di non poter contenere eventuali reazioni nella relazione da remoto, in altre parole, rischia di orientare il supporto verso una dimensione più circoscritta e di minor impatto. Altri valutano positivamente l'aggancio e l'alleanza che un appuntamento online può garantire, sia per la maggior accessibilità sia per l'immediata collaborazione degli operatori dei centri di accoglienza che possono essere contattati se il ragazzo o la ragazza non si connette. In alcuni casi, anche se minoritari, il trasferimento del percorso di supporto psicologico o psicoterapeutico online ha provocato un allontanamento e un rifiuto, o ha rappresentato l'occasione per interrompere le sedute.

Per i ragazzi e le ragazze migranti, l'accesso ai servizi di salute mentale e supporto psicosociale presenta alcuni ostacoli che erano identificabili anche prima della pandemia, ai quali se ne sono aggiunti di nuovi: se il nuovo assetto prodotto da Covid-19 non ha infatti interrotto sensibilmente i percorsi terapeutici, è certo che ne abbia allungato i tempi di attesa e trasformato in parte le modalità di presa in carico, almeno nel primo periodo, e soprattutto ha reso ancor più difficile l'individuazione di nuovi casi e nuovi bisogni.

Tra i principali ostacoli pregressi, si ritrovano l'individuazione del bisogno di sostegno e conseguentemente l'invio – quando necessario – a servizi specializzati da parte degli operatori dell'accoglienza, la tipologia di interventi offerti e lo stigma rispetto alla salute mentale presente in molti dei contesti di origine dei giovani migranti.

Per coloro che vivono nel sistema di accoglienza sembra infatti cruciale il processo che porta all'eventuale invio a un servizio specializzato (presso la neuro-psichiatria infantile, o un servizio di psicologia o psicoterapia), frutto di una serie di valutazioni fatte dal personale delle strutture: i rischi principali in cui si incorre sono, da un lato, la medicalizzazione del bisogno, per cui operatori poco formati potrebbero associare a espressioni di disagio mentale comportamenti di differente natura, come per esempio forme di resistenza o opposizione alle norme della struttura, o agiti che non corrispondono ai codici culturali del contesto di accoglienza

(SAGLIETTI 2012). Dall'altro lato, invece, il rischio è quello di sottovalutare stati di disagio profondi che siano poco visibili o meno riconoscibili perché meno disturbanti l'ordine e le norme delle strutture.

Ma la sfida più grande riguarda la sensibilità culturale con cui i servizi sono pensati e costruiti e, di conseguenza, le modalità con cui il servizio viene erogato: come la letteratura etnopsichiatrica e etnopsicologica hanno messo in luce, diversi modi di ascoltare e curare sono necessari per soggetti con un portato culturale differente (GIORDANO 2011; BENEDEUCE 2019) così come la tipologia di interventi rivolti a questa utenza.

Connesso a questo, emerge il tema dell'adesione al servizio da parte dei ragazzi e delle ragazze, per i quali non è sempre chiaro l'obiettivo e l'utilità del percorso stesso:

Se un ragazzo lascia il suo Paese e la sua famiglia per venire in un Paese da solo i suoi problemi li sa affrontare da solo: viviamo in centri per ragazzi che sono arrivati da soli e basta, mica siamo ragazzi che hanno bisogno dello psicologo! (C., 18, Albania, Lombardia)

Come espresso da C. e da molti altri ragazzi incontrati, il ricorso al supporto di tipo psicologico o psicosociale è di difficile comprensione perché non sempre trova un corrispettivo nei paesi di origine, dove peraltro può essere ancora molto forte lo stigma nei confronti del disagio mentale.

Un altro motivo può rintracciarsi nel fatto che il servizio è principalmente costruito attorno ad un dispositivo, quello del colloquio individuale, che ha forti connotazioni culturali (OCAMPO *et al.* 2021). Trovarsi in una stanza davanti ad un adulto sconosciuto e affrontare questioni intime, come il paradigma di presa in carico "classico" prevedrebbe, rischia di aumentare la frattura tra l'espressione del bisogno e la capacità di offrire il supporto necessario, costituendo così un'ulteriore barriera all'accesso.

Secondo una ricerca condotta tra MsNA in Gran Bretagna le difficoltà di accesso e una valutazione negativa dei servizi di salute mentale sono infatti riconducibili alle terapie "che si basano sulla parola" (*talking therapies*), che prevedono una relazione di fiducia difficilmente instaurabile con professionisti sconosciuti, oltre che ostacoli linguistici, anche qualora un interprete sia presente. Gli autori mostrano inoltre come una differente lettura di ciò che è il benessere psicologico e una difficoltà per gli adolescenti a ricondurre il malessere alla sfera della salute mentale siano inoltre alla base dello scarso successo dei servizi (MAJUMBER *et al.* 2014). Altri studi sottolineano come rifugiati con diversi *background* culturali abbiano difficoltà di accesso ai servizi legati a problemi linguistici, alla scarsa conoscenza dei

servizi, allo stigma associato alla sfera della salute mentale, ma anche una poca corrispondenza tra l'offerta del servizio sanitario e i bisogni percepiti dall'utenza, come nel caso di un'etnografia di rifugiati siriani in Svizzera (KISLEV *et al.* 2020).

Nel caso dei giovani migranti nel sistema di accoglienza italiano, tali difficoltà potrebbero essere in parte superate da un meccanismo di coordinamento tra mondo dell'accoglienza e servizi specializzati, ma anche dall'accento su tutte quelle attività di prevenzione e supporto realizzabili dall'équipe delle strutture educative a livello individuale ma anche di gruppo, meno riconoscibili come servizi e maggiormente legate alla vita quotidiana delle strutture. In alcuni contesti osservati durante la ricerca, si opera una distinzione tra una figura di psicologo più "classica" che opera in un *setting* predeterminato, e una di psicologo "da comunità" il cui supporto è inserito all'interno di attività ordinarie del centro di accoglienza. Questo secondo tipo di approccio sembra essere supportato dall'idea che un colloquio più tradizionale potrebbe provocare delle resistenze, mentre una conoscenza informale e indiretta, con una componente di osservazione nell'ambiente, possa essere più efficace.

Voci in lockdown

Non conosco molto il lavoro dello psicologo ma ho sentito che se hai pensieri o problemi e ne parli con loro magari trovano una soluzione, ma non ci ho mai tentato [...] se i ragazzi africani ci vogliono andare è gratis ma io non ci vado, non mi interessa [...] Solo il lavoro ti può dare la possibilità di fare qualcosa ed essere te stesso. (A., 20, Guinea, Sicilia)

Mi piace che viene un mediatore perché qui si sente meglio e si capisce meglio, al telefono non si sente bene [...] Ho condiviso con loro [mediatore e psicologo] la mia storia, mi hanno fatto tante domande sul viaggio e ho raccontato che il viaggio è difficile. (D., 17, Afghanistan, Lazio)

Dai due stralci di conversazione riportati sopra si evidenziano alcuni temi importanti per l'analisi della relazione tra la sfera della salute mentale, i servizi offerti e il fenomeno della migrazione in età evolutiva. Innanzitutto, emerge come la costruzione del proprio benessere e la possibilità di accedere ai servizi siano profondamente legati al coinvolgimento dei ragazzi e delle ragazze ai processi di cura e alle decisioni che li riguardano. Una serie di pregiudizi e stigma rispetto alla salute mentale – legati anche a stereotipi acquisiti nel Paese di origine sul tema, o tra pari nel sistema di accoglienza italiano – possono allontanare i giovani migranti dalla pos-

sibilità di accedere a un supporto psicologico, anche quando necessario, mentre viceversa un servizio che tenga in considerazione diversi aspetti del benessere psicosociale (incluso il lavoro, citato spesso come la “soluzione”) e che sia dunque capace di arrivare vicino agli utenti con gli strumenti giusti può favorirne il successo. Inoltre, come messo a fuoco da D., un minore afghano residente a Roma, il trasferimento dei colloqui online ha reso la distanza dai servizi ancora maggiore e meno intellegibile, a causa del rischio di incomprensioni che può amplificarsi con la distanza.

Le conseguenze della pandemia sulla popolazione migrante e rifugiata⁹ sono state studiate soprattutto in riferimento alle condizioni di marginalità, acuite dall'emergenza: poca attenzione è stata prestata agli adolescenti di origine straniera o rifugiati in questa recente letteratura, mentre alcune ricerche hanno focalizzato l'attenzione sulla popolazione migrante adulta, seguendo la tradizione degli studi sui determinanti sociali della malattia e quindi l'interazione con la vulnerabilità strutturale (RICUCCI 2021), e la conseguente necessità di avanzare istanze di protezione. Studiando invece i giovani rifugiati in Australia durante la pandemia, nell'articolo *Our Voices Are Not in Lockdown* (COUCH, LIDDY, MCDUGAL 2021) gli autori hanno sottolineato, nonostante gli svantaggi pregressi, la capacità di questi soggetti di affrontare il periodo di incertezza prodotto dal contesto e impegnarsi per esempio sul piano della solidarietà e del volontariato nelle loro comunità di residenza.

L'emergenza determinata dalla pandemia permette dunque di riguardare ai minori migranti come soggetti che rappresentano una sfida: in primis, alle nostre categorie analitiche, ma anche al sistema “classico” di presa in carico dei minori che deve ripensarsi, presentarsi a loro e mettersi in discussione in virtù di specifiche caratteristiche di genere, età e *background* culturale. Pur nelle diversità di traiettorie migratorie e di esperienze vissute in Italia, i MsNA sono situati all'intersezione tra il mondo dell'infanzia e quello adulto per come sono configurati storicamente nel mondo occidentale; occupano una posizione sociale ambigua, che in una certa misura personifica la crisi (LEMS, OESTER, STRASSER 2019), trovandosi a cavallo tra minore età e *agency* adulta. La rappresentazione dei minori e giovani migranti può oscillare tra quella di persone vulnerabili “a rischio” a quella di individui portatori essi stessi di “rischio” (HEIDBRINK 2016). O ancora, come nel caso di alcuni giovani richiedenti asilo studiati negli Stati Uniti (GALLI 2017), si tratta di soggetti che attraverso la migrazione effettuano un “rito di passaggio all'inverso”, in cui per soddisfare le aspettative nel percorso di richiesta di protezione internazionale costruiscono narrazioni

dove ri-diventano bambini, in un gioco retorico di criminalizzazione degli adulti e vittimizzazione dei minori.

Come mostrano le voci dei minori, degli operatori e dei professionisti che lavorano con loro, questo specifico gruppo di ragazzi e ragazze, abituati agli imprevisti, che per età anagrafica rientrano nella categoria di adolescenti ma la cui età sociale nei termini occidentali è maggiore, ha saputo attivare una serie di risorse nell'emergenza (SLEIJPEN *et al.* 2017), derivanti da competenze acquisite nel viaggio migratorio e nella residenza in un nuovo contesto, e mettere in campo strategie di adattamento importanti. Il loro caso può contribuire a costruire una narrazione differente degli adolescenti in tempo di crisi, rispetto a una vasta letteratura che ha soprattutto presentato evidenze sul disagio e le conseguenze negative della pandemia su tale fascia di età¹⁰.

Nonostante la buona capacità di adattamento, tuttavia, non si può oscurare il fatto che – nel suo provocare una situazione “in sospeso” – la pandemia ha avuto comunque un forte impatto sull'interruzione di tutte quelle attività volte all'inclusione sociale e in particolare alla costruzione dell'autonomia economica, occupazionale e abitativa che è centrale per il percorso di uscita dal mondo dell'accoglienza. Il quadro di potenziali vulnerabilità di cui questo gruppo di soggetti può essere portatore, anche in conseguenza di una triplice transizione che attraversano, quella dall'infanzia all'età adulta, dal Paese di provenienza al nuovo contesto di residenza e quella legata al superamento delle esperienze potenzialmente traumatiche del viaggio migratorio (FONDAZIONE ISMU 2019), può infatti essere amplificato dalle ripercussioni che tale interruzione agisce sul loro benessere psicologico, sociale e sulla salute mentale.

In sintesi, indagando il ruolo ricoperto dalle misure di contenimento applicate per fare fronte alla pandemia Covid-19, tra cui l'isolamento, le limitazioni sul piano sociale e relazionale, e la battuta di arresto ai percorsi di formazione e lavoro, risulta come l'emergenza sanitaria si sia sommata ed abbia acuitizzato alcune criticità preesistenti del sistema di accoglienza e di quello dei servizi di salute mentale e supporto psicosociale.

Oltre la pandemia

La ricerca presentata è stata costruita su alcune premesse e cioè che minori migranti e giovani adulti che sono stati esposti a esperienze complesse e a rischi di violenza nel loro recente passato, siano portatori di specifiche

esigenze, potenzialmente aggravate dalla pandemia e conseguentemente necessitano di una presa in carico integrata. I dati raccolti, seppur non dipingano un quadro di peggioramento in sé della salute mentale di questo gruppo, ci invitano a riflettere intorno a questo fenomeno ponendo l'attenzione su alcuni specifici elementi: innanzitutto, l'eterogeneità sia del gruppo di ragazzi e ragazze che includiamo in questa categoria, sia delle esperienze vissute nell'arrivo in Italia. I MSNA sono una categoria "fittizia", un gruppo discontinuo per profili, esperienze pregresse, paesi di provenienza e di transito, e a seconda del territorio di arrivo e della struttura a cui vengono attribuiti sperimentano attività, accesso ai servizi e riconoscimenti piuttosto diversi.

Nel caso studiato, il tema della disuguaglianza nell'accesso ai diritti, incluso il diritto alla salute, e della sofferenza in un contesto globale (FARMER 2006) si intreccia in particolare con tre variabili: quella del genere, del territorio e della temporalità che, come già emerso, è una dimensione fondamentale per i MSNA, prima e oltre le specificità della pandemia.

Per quanto riguarda le giovani ragazze e le minori, nonostante siano numericamente molto meno rappresentate dei coetanei, sono state coinvolte nella ricerca per dare voce a eventuali specificità delle loro esperienze e bisogni durante la pandemia. I professionisti della salute mentale e gli operatori dell'accoglienza sollecitati su questo tema non trovano particolari differenze nelle strategie che le ragazze hanno elaborato rispetto ai ragazzi, elemento che può essere in parte legato al fatto che sono abituati a lavorare più con l'utenza maschile o poco abituati ad adottare una prospettiva di genere: secondo la loro opinione, le ragazze mettono al centro del proprio progetto la formazione e il lavoro, come i ragazzi, seppur emergano bisogni diversi, soprattutto nella sfera della salute sessuale e riproduttiva (il desiderio di informazione sulla contraccezione, per esempio). Anche nei dialoghi con le ragazze coinvolte nella ricerca si ritrova il tema della presente o futura maternità, sia come condizione che è stata difficile da affrontare durante la pandemia, per chi era in gravidanza, per esempio, sia come aspettativa sul futuro. Nel caso di alcune giovani donne che abbiano bambini lasciati a casa presso altri *caregiver*, la preoccupazione è quella di mandare sostegno economico e il non trovare lavoro amplifica le paure di non rispondere al proprio senso di responsabilità e cura. L'accesso ai servizi di supporto psicosociale, proprio per il mandato e il conseguente sistema organizzativo delle strutture di accoglienza per l'utenza femminile che presta un'attenzione maggiore a questa componente, sembra più alto: le ragazze coinvolte nella ricerca riconoscono infatti le figure del supporto

psicosociale (assistenti sociali, psicologhe) e hanno seguito incontri organizzati da ginecologhe e ostetriche.

Il territorio di residenza ha inoltre avuto un ruolo nel marcare l'esperienza di accoglienza, durante e dopo i confinamenti: le problematiche strutturali della regione Calabria, per esempio, sia per quanto riguarda l'accesso alle strutture sanitarie che al reperimento nell'area di mediatori e mediatrici culturali, ha fatto sì che l'offerta di supporto psicosociale non fosse sempre presente. Lombardia e Lazio, pur avendo una rete di opportunità di formazione-lavoro piuttosto capillare, presentano – nelle parole degli operatori – lunghe liste di attesa per la presa in carico nel sistema pubblico e quindi ricorso ai servizi erogati dal terzo settore. Nelle regioni del sud sembra inoltre essere più presente la possibilità di impiego nel mercato del lavoro sommerso, soprattutto stagionale, con assenza di tutele e riconoscimenti.

Gli elementi rintracciati dal campo si possono infine leggere attraverso una lente temporale, che distingua i bisogni e le sfide sul breve periodo, dove i fattori di protezione per il benessere psicosociale di ragazzi e ragazze e le capacità di adattamento sono risultati maggiori, anche in un'ottica comparativa nei confronti dei coetanei non migranti, rispetto ai potenziali effetti a lungo termine. Questi ultimi rappresenterebbero una sorta di "onda lunga" della pandemia che può colpire in modo più significativo alcune categorie a rischio di esclusione sociale, come coloro che sono in una fase di transizione verso la maggiore età o i neomaggiorenni che hanno avuto poche opportunità di rinforzare il proprio progetto di autonomia, e che non hanno potuto beneficiare a pieno del supporto solitamente fruito nel sistema di accoglienza per MSNA. Se il progetto di inclusione e altri elementi connessi a prospettive e sogni futuri sono un motore potente che aiuta ragazzi e ragazze a superare le difficoltà, tale sospensione, così come la frustrazione rispetto alla propria autodeterminazione, potrebbero minarne la solidità. La dimensione temporale è infatti già assolutamente centrale per i minori che vivono la transizione dopo i diciotto anni o alla fine del periodo di affidamento ai servizi sociali (il cosiddetto "proseguo amministrativo") come una scadenza preoccupante: nelle parole di un'educatrice, «a questi ragazzi insieme alla torta dei 18 anni serviamo l'angoscia della fine della tutela». Il rallentamento dei percorsi e delle prassi burocratiche può quindi ampliare tale preoccupazione e il conseguente rischio di marginalizzazione una volta usciti dal mondo dell'accoglienza.

Seppure le indicazioni fornite dal campo di ricerca ci orientino a non dare per scontata la vulnerabilità dei giovani migranti, allo stesso tempo sembra

mancare loro una piena informazione riguardo alle figure professionali disponibili, ai possibili servizi e ai canali per accedervi: in assenza di una consapevolezza delle risorse possibili e di un ascolto delle esigenze ed aspettative di minori e giovani, il rischio è che l'accesso ai servizi sia soprattutto influenzato da pre-comprensioni e stigma.

In altre parole, il coinvolgimento di ragazzi e ragazze nelle scelte che determinano i loro percorsi di vita e di eventuale presa in carico, non sembrano essere al centro del dialogo tra le istituzioni e i servizi sanitari che si occupano di loro. Allo stesso modo, non si trova ovunque un meccanismo strutturato di identificazione del disagio psicologico e di invio ai servizi specializzati e la scarsa pianificazione di attività quotidiane con finalità psicosociali all'interno delle strutture di accoglienza indebolisce sia le forme di prevenzione che quelle di supporto vere e proprie.

Infine, nonostante l'attenzione alle specificità culturali dell'utenza di minori e giovani migranti, che necessita di strumenti, dispositivi e percorsi di cura adeguati al *background* migratorio, sia riconosciuta da tutti gli interlocutori come fondamentale per la buona riuscita della presa in carico, sia nei servizi interni al mondo dell'accoglienza che in quelli territoriali è raramente presente. Come è emerso nelle opinioni dei professionisti della salute mentale, una tipologia di servizio che si rivolga ai minori migranti, per favorirne l'accesso e l'efficacia, dovrebbe avere al suo interno mediatori linguistico-culturali formati, conoscenze rispetto ai Paesi di origine e competenze e strumenti nel decodificare i loro vissuti.

Dovrebbe infine pensare nella logica di un servizio integrato, dove figure professionali diverse (assistenti sociali, psicologi, neuropsichiatri) possano interagire per raggiungere un potenziale percorso comune, che tenga presente bisogni di natura sociale e relazionale, ma anche materiale:

A me è sempre piaciuto andare a scuola, imparare, ascoltare e parlare. Voglio lavorare e imparare l'italiano. Da quando le cose sono migliorate e sono tornato a scuola sono felice. Il lavoro di meccanico che sto facendo mi piace. Ho vissuto anche in Turchia e in Grecia e là ho lavorato come sarto. In Grecia ho lavorato anche con i cavalli da corsa, ho fatto la raccolta delle olive e delle arance. (F., 16, Pakistan, Lombardia)

Le voci dei giovani migranti in Italia durante la pandemia sono state poco studiate, ma se ascoltate possono aiutare a ridefinire il concetto stesso di benessere psicosociale, riportando al centro quello che è vissuto da ragazzi e ragazze migranti come urgenza, interesse, priorità, e che la pandemia stessa ha contribuito ad amplificare, connesso in ultimo ai diritti fonda-

mentali: nella sintesi di F., un ragazzo pakistano incontrato nell'*hinterland* di Milano, il lavoro, l'apprendimento, il sostegno alla famiglia, la casa.

Note

⁽¹⁾ Con il termine MSNA si intende giuridicamente – secondo l'art. 2 della legge 47/2017 – il minorenne non avente cittadinanza italiana, o dell'Unione Europea, che si trova per qualsiasi motivo nel territorio dello Stato o che è altrimenti sottoposto alla giurisdizione italiana, privo di assistenza e di rappresentanza da parte dei genitori o di altri adulti per lui legalmente responsabili in base alle leggi vigenti nell'ordinamento italiano.

⁽²⁾ La ricerca è stata ideata e promossa da UNICEF ECARO – National Response in Italy nel 2020 e i principali risultati sono presentati nel Report "Percorsi sospesi. Il benessere psicosociale dei minori stranieri non accompagnati e giovani migranti ai tempi di COVID-19 in Italia" (UNICEF ECARO 2021). Ringrazio Ivan Mei, Roberta Petrillo e Silvia Li Quadri Finaurini del gruppo di ricerca per la preziosa collaborazione in fase di analisi e stesura, i membri del Comitato scientifico Francesco Vacchiano, Francesca Viola, Mario Biggeri e Laura Serri per la supervisione e tutti i ragazzi e le ragazze, gli operatori degli enti gestori e dei servizi coinvolti. Desidero inoltre ringraziare i due revisori anonimi che hanno letto la prima versione di questo testo per i suggerimenti costruttivi proposti. Le opinioni espresse e le eventuali omissioni sono di sola responsabilità dell'autrice.

⁽³⁾ Con servizi di salute mentale e supporto psicosociale si intendono una serie di servizi, riassunti nell'acronimo MHPSS – *Mental Health and Psychosocial Support*, che includono "ogni tipologia di supporto locale o esterno volto a tutelare o promuovere il benessere psicosociale e/o a prevenire o trattare disagio mentale" (IASC 2007), ovvero interventi di tipo psico-educativo condotti da personale non specializzato (educatori, assistenti sociali) e percorsi terapeutici di tipo psicologico, psicoterapico o psichiatrico promossi invece da servizi e operatori specializzati (psicologi, psicoterapeuti, neuro-psichiatri infantili e psichiatri). Il paradigma che sta alla base di questo tipo di interventi e della rappresentazione in forma di piramide dei servizi è stato elaborato attraverso le Linee Guida IASC (2007) e ripreso dalle principali organizzazioni umanitarie internazionali.

⁽⁴⁾ La componente femminile di questo gruppo di migranti minori rappresenta una assoluta minoranza: secondo i dati più recenti disponibili al momento della redazione dell'articolo dai report del Ministero del lavoro e delle politiche sociali – 30 settembre 2022 – le ragazze rappresentano il 16,35 % ma questi dati conteggiano anche i minori ucraini, non presenti nella fase di ricerca: prima della guerra, le minori erano stimate intorno al 2,7% (gennaio 2022). Le ragazze hanno solitamente profili e paesi di provenienza diversi dai coetanei maschi, hanno affrontato un viaggio solitamente molto pericoloso e sono ad alto rischio di tratta (UNICEF 2019). Nonostante sia verosimile pensare che siano sottostimate perché di più difficile riconoscimento (a volte le minori si dichiarano maggiorenni, o viaggiano con altri adulti che, seppur non siano parenti,

vengono dichiarati come tali), rimangono una componente minoritaria della popolazione minore non accompagnata in Italia.

⁽⁵⁾ Le regioni sono state scelte in base ai seguenti criteri: alto numero di presenze di MSNA e giovani migranti nel sistema di accoglienza; rappresentatività rispetto a macro-aree geografiche italiane (Nord, Centro, Sud); territori colpiti dalla pandemia in misura differente, almeno nella prima fase, e quindi con restrizioni di natura diversa; territori che avessero modelli di accoglienza e di intervento nell'ambito del supporto psicosociale differenti, oltre che opportunità di inclusione formativa e lavorativa per MSNA e giovani diffuse a gradi diversi.

⁽⁶⁾ Il sistema di accoglienza dei MSNA è definito dal decreto legislativo n. 142/2015 art. 19 e prevede una prima accoglienza in strutture governative (non superiore ai 30 giorni) e una di secondo livello nell'ambito della Rete SAI – Sistema accoglienza e integrazione. La seconda accoglienza, finanziata con il Fondo nazionale per le politiche e i servizi dell'asilo, ha l'obiettivo di fornire ai minori, richiedenti asilo o non, gli strumenti per raggiungere un'autonomia lavorativa e sociale, attraverso percorsi di formazione e lavoro. In caso di indisponibilità nei centri di prima accoglienza, o nei centri di seconda accoglienza, l'intervento è assicurato dal Comune (art. 19, comma 3) attraverso strutture idonee, che non sono sottoposte alle stesse indicazioni in riferimento ai requisiti minimi di accoglienza, ma disciplinate dal DM 308/2001, attraverso i Regolamenti regionali e comunali.

⁽⁷⁾ Secondo i dati più recenti disponibili al momento della redazione dell'articolo dai Report del Ministero del lavoro e delle politiche sociali (30 settembre 2022), i MSNA censiti in Italia hanno 17 anni (43,8%), 16 anni (22,3%) e 15 anni (11,2%): questi dati, come già indicato nella nota 4, conteggiano anche i minori ucraini che non erano presenti durante la fase di ricerca su cui questo articolo si basa e che presentano caratteristiche molto differenti rispetto al flusso minorile che ha normalmente interessato l'Italia. Prima del conflitto, i MSNA erano al 87% over 16 (dati report gennaio 2022). Esiste lo strumento del prosieguo amministrativo che può essere disposto in tutti i casi in cui un MSNA, al compimento della maggiore età, pur avendo intrapreso un percorso di inserimento sociale, necessita di un supporto prolungato volto al buon esito di tale percorso finalizzato all'autonomia (L. n. 47/2017, art. 13, co. 2.). La richiesta di prosieguo amministrativo deve essere presentata alla Procura presso il Tribunale per i minorenni o al Tribunale per i minorenni, prima del compimento dei 18 anni.

⁽⁸⁾ Secondo il Decreto ministeriale del 18 novembre 2019 che regola la concessione delle strutture di accoglienza per minori, tra le attività previste è presente la tutela psico-socio-sanitaria che prevede per beneficiari con disagio mentale l'attivazione di «programmi di supporto e di riabilitazione in maniera concordata e continuativa con la struttura sanitaria locale preposta; programmare la presa in carico diretta da parte dei dipartimenti di salute mentale presso le proprie strutture residenziali là dove la situazione clinica lo richieda; garantire un raccordo con il servizio di salute mentale del territorio tramite protocolli di intesa che esplicitino i livelli di collaborazione operativa atti a sostenere gli specifici interventi; prevedere la presenza di una rete territoriale atta a rendere sostenibile la presa in carico in termini di prossimità e accesso ai servizi specialistici e strutturati».

⁽⁹⁾ Tra i progetti di ricerca dedicati a questo tema, *The Project – COVID-19 Chronicles From the Margins*, promosso da ricercatori e artisti basati a Swansea, nel South Wales, permette di esplorare come migranti, richiedenti asilo, rifugiati e irregolari fanno esperienza dell'emergenza sanitaria, anche attraverso l'uso dei social media e la raccolta di immagini e altre produzioni artistiche.

⁽¹⁰⁾ Questo vasto corpus di studi multidisciplinare sugli adolescenti durante il Covid-19, pubblicato a partire da metà 2020, presenta risultati piuttosto allarmanti, come messo in risalto anche dalla stampa italiana ed europea: emersione di nuove sintomatologie e acutizzazione di disagi, abbandono scolastico, incremento nell'uso di sostanze, ritiro sociale.

Bibliografia

ADAMS V., NADING A. (2020), *Medical Anthropology in the Time of COVID-19*, "Medical Anthropological Quarterly", Vol. 34(4): 461-466.

BENEDEUCE R. (2019), *Archeologie del trauma. Un'antropologia del sottosuolo*, Laterza, Roma-Bari.

BENJAMIN J., GIRARD V., SHABANA J., MAGWOOD O., HOLLAND T., SHARFUDDIN N., POTTIE K. (2021), *Access to Refugee and Migrant Mental Health Care Services During the First Six Months of the COVID-19 Pandemic: A Canadian Refugee Clinician Survey*, "International Journal of Environmental Research and Public Health", Vol. 18(10): 5266.

BENTON A. (2016), *Ebola at a Distance: A Pathographic Account of Anthropology's Relevance*, "Anthropological Quarterly", Vol. 90(2): 501-30.

COUCH J., LIDDY N., MCDUGALL J. (2021), *'Our Voices Aren't in Lockdown' – Refugee Young People, Challenges, and Innovation During COVID-19*, "Journal of Applied Youth Studies", Vol. 4: 239-259.

DRAPER A., MARCELLINO E. (2020), *An Early Intervention Framework for the Emotional Health and Wellbeing of Unaccompanied Minors*, pp. 589-596, in BHUGRA D. (a cura di), *Oxford Textbook of Migrant Psychiatry*, Oxford University Press, Oxford.

EIDE E. (2020), *Mobile Flight: Refugees and the Importance of Cell Phones*, "Nordic Journal of Migration Research", Vol. 10(2): 67-81.

ENDALE T., ST JEAN N., BIRMAN D. (2020), *COVID-19 and Refugee and Immigrant Youth: A Community-Based Mental Health Perspective*, "Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy", Vol. 12(S1): S225-S227.

FARMER P. (2006), *Sofferenza e violenza strutturale. Diritti sociali ed economici nell'era globale*, pp. 265-302, in QUARANTA I. (a cura di), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina, Milano.

FONDAZIONE ISMU (2019), *A un bivio. La transizione all'età adulta dei minori stranieri non accompagnati in Italia*, UNICEF-UNHCR-OIM, Roma.

GALLI C. (2018), *A Rite of Reverse Passage: the Construction of Youth Migration in the US Asylum Process*, "Ethnic and Racial Studies", Vol. 41(9): 1651-1671.

GIORDANO C. (2011), *Translating Fanon in the Italian Context: Rethinking the Ethics of Treatment in Psychiatry*, "Transcultural Psychiatric", Vol. 48(3): 228-256.

HEIDBRINK L. (2016), *Migrant Youth, Transnational Families, and the State. Care and Contested Interests*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia.

IASC (2007), *Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*, OCHA, New York.

KISELEV N., PFALTZ M., HAAS F., SCHICK M., KAPPEN M. (2020), *Structural and Socio-cultural Barriers to Accessing Mental Healthcare among Syrian Refugees and Asylum Seekers in Switzerland*, "European Journal of Psychotraumatology", Vol. 11(1): 1717825.

LEMS A., OESTER K., STRASSER S. (2020), *Children of the Crisis: Ethnographic Perspectives on Unaccompanied Refugee Youth in and en Route to Europe*, "Journal of Ethnic and Migration Studies", Vol. 46(2): 315-335.

MAGAN I., PATANKAR K., AHMED R. (2022), *The Educational, Social, and Emotional Impact of COVID19 on Rohingya Refugee Youth: Implications for Educators and Policymakers*, "Children and Youth Services Review", Vol. 142: 106619.

MAJUMDER P., O'REILLY M., KARIM K., VOSTANIS P. (2014), *'This Doctor, I Not Trust Him, I'm Not Safe': The Perceptions of Mental Health and Services by Unaccompanied Refugee Adolescents*, "International Journal of Social psychiatric", Vol. 61(2): 129-136.

MELONI F. (2020), *The Limits of Freedom: Migration as a Space of Freedom and Loneliness among Afghan Unaccompanied Migrant Youth*, "Journal of Ethnic and Migration Studies", Vol. 46(2): 423-438.

MONACELLI N., FRUGGERI L. (2012), *Soli ma non isolati: rete connettiva e fattori di resilienza nei vissuti dei minori stranieri non accompagnati*, "Rassegna di Psicologia", Vol. 29(1): 29-48.

NETTO G., BAILLIE L., GEORGIU T., TENG L., ENDUT N., STRANI K., O'ROURKE B. (2022), *Resilience, Smartphone Use and Language among Urban Refugees in the Global South*, "Journal of Ethnic and Migration Studies", Vol. 48(3): 542-559.

OCAMPO J., AUDI M., WESSELLS M. (2021), *Culture Bias and MHPSS*, "Forced Migration Review", Vol. 66, marzo 2021: 15-17.

RICUCCI R. (2021), *Migrazioni, migranti e non cittadini ai tempi del Covid-19*, pp. 43-48, in CUONO M., BARBERA M., CERETTA M. (a cura di), *L'emergenza Covid-19. Un laboratorio per le scienze sociali*. Carocci, Roma.

SAGLIETTI M. (2012), *Il problema è contenerli: minori stranieri non accompagnati e operatori delle comunità per minori*, "Rassegna di Psicologia", Vol. 29(1): 49-62.

SILOVE D., VENTEOGEL P., REES S. (2017), *The Contemporary Refugee Crisis: An Overview of Mental Health Challenges*, "World Psychiatry", Vol. 16(2): 130-139.

SLEIJPEN M., MOOREN T., KLEBER R., BOEIJJE H. (2017), *Lives on Hold: A Qualitative Study of Young Refugees' Resilience Strategies*, "Childhood", Vol. 24(3): 348-365.

TAVOLO NAZIONALE ASILO, TAVOLO IMMIGRAZIONE E SALUTE (2020), *Dossier Covid-19. Procedure, condizioni di sicurezza, criticità nei sistemi di accoglienza in Italia*, Roma.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND, (2019), *Come rendere visibile l'invisibile. L'identificazione delle minori straniere non accompagnate in Bulgaria, Grecia, Italia e Serbia*, UNICEF, New York-Roma.

ZANONI F. (2020), *Adolescenti immigrati e vulnerabilità: fragilità, patologie e comportamenti a rischio prima, durante e dopo la migrazione*, "Journal of Health Care Education in Practice", Vol. 2(1): 25-34.

Scheda sull'Autrice

Valentina Alice Mutti, nata nel 1979 a Milano, si è laureata in Sociologia ad indirizzo socio-antropologico e dello sviluppo nel 2003 e ha ottenuto il Dottorato di ricerca in Antropologia della contemporaneità nel 2008, presso l'Università di Milano Bicocca. Lavora come ricercatrice qualitativa per diversi istituti di ricerca, ONG e organizzazioni internazionali. I suoi principali interessi sono l'area del Madagascar, le migrazioni forzate, le comunità diasporiche africane in Italia e l'istruzione superiore in Africa. Nel 2020-2022 ha lavorato come ricercatrice sociale presso UNICEF ECARO – *Migration and Refugees Response in Italy* e successivamente ha ricoperto lo stesso ruolo presso UNICEF Innocenti – *Office of Research*. Dal 2022 è docente a contratto di Antropologia culturale presso il CdL in Scienze riabilitative delle professioni sanitarie dell'Università degli studi di Milano.

Riassunto

Minori stranieri non accompagnati in tempi di crisi. Benessere psicosociale, risorse e servizi durante e oltre la pandemia

Il contributo discute l'impatto del Covid-19 sul benessere dei MSNA e giovani migranti in Italia e il loro accesso ai servizi di salute mentale e supporto psicosociale. Attraverso le voci e le esperienze di MSNA e giovani, operatori dei centri di accoglienza e professionisti della salute mentale, si presentano le principali sfide, fattori protettivi, strategie di resistenza e le modalità di adattamento dei servizi di area psicologica ed etnopsichiatrica durante la pandemia. Da un lato, il Covid-19 diventa un acceleratore di processo che rende più visibili carenze e fragilità del sistema di accoglienza e dei servizi erogati ai giovani migranti; allo stesso tempo, tale periodo mette in risalto le capacità di risposta dei MSNA e giovani con *background* migratorio e può contribuire a costruire una narrazione differente degli adolescenti in tempo di crisi.

Parole-chiave: minori stranieri non accompagnati, supporto psicosociale, Covid-19, etnopsichiatria, servizi

Resumen

Menores extranjeros no acompañados en tiempos de crisis. Bienestar psicosocial, recursos y servicios durante y después de la pandemia

La contribución analiza el impacto de Covid-19 en el bienestar de los MENAs y de los jóvenes migrantes en Italia, su acceso a los servicios de salud mental y apoyo psicosocial. A través de las voces y de las experiencias de MENAs y jóvenes, de operadores de centros de acogida y de profesionales de la salud mental, se presentan los principales desafíos, factores de protección, estrategias de resistencia y formas de adecuación de los servicios psicológicos y etnopsiquiátricos durante la pandemia. Por un lado, el Covid-19 se convierte en un acelerador de procesos que hacen más visibles las carencias

y debilidades del sistema de acogida y de los servicios volcados a los jóvenes migrantes; al mismo tiempo, este período destaca la capacidad de respuesta de los MENAs y de los jóvenes con trasfondo migratorio, contribuyendo a construir una narrativa diferente de los adolescentes en tiempos de crisis.

Palabras clave: menores extranjeros no acompañados, apoyo psicosocial, Covid-19, etnopsiquiatría, servicios

Résumé

Mineurs étrangers non accompagnés en temps de crise. Bien-être psychosocial, ressources et services pendant et au-delà de la pandémie

L'article traite de l'impact du Covid-19 sur le bien-être des MENA et des jeunes migrants en Italie et de leur accès aux services de santé mentale et de soutien psychosocial. Les principaux défis, les facteurs de protection, les stratégies de résistance et les façons d'adapter les services psychologiques et ethnopsychiatriques pendant la pandémie sont présentés à travers les voix et les expériences des MENA et des jeunes, des opérateurs de centres d'accueil et des professionnels de la santé mentale. D'une part, le Covid-19 devient un accélérateur du processus qui rend plus visibles les carences et la fragilité du système d'accueil et des services offerts aux jeunes migrants ; d'autre part, cette période met en lumière la réactivité des MENA et des jeunes issus de l'immigration et peut aider à construire un récit différent des adolescents en temps de crise.

Mot-clés: mineurs étrangers non accompagnés, soutien psychosocial, Covid-19, ethnopsychiatrie, services

Oltre l'emergenza: Covid-19 e psicopandemia in una prospettiva antropologica

Alice Checchia

Università degli studi di Bologna
[alice.checchia@studio.unibo.it]

Abstract

Beyond the Emergency: Covid-19 and Psycho-Pandemic from an Anthropological Perspective

In this work I undertake an analysis of the psychological and social impact due to Covid-19 pandemic from the point of view of psychotherapists and psychologists. The experience developed in the field led us to reflect on how much Covid-19 is a “social disease”. My aim is to analyze, along with psychotherapists and psychologists, the reconfiguration of the current model of management and care for patients and critically analyze the role played by the healthcare professionals in the sphere of mental health during pandemic.

Key words: pandemic, mental health, global health, public health

Introduzione

Il presente articolo è frutto di una ricerca svolta nel corso del 2021 per il conseguimento della tesi magistrale in Antropologia Culturale ed Etnologia presso l'Università di Bologna. Il percorso di ricerca si è articolato cercando di rispondere alle seguenti domande: “Come hanno vissuto la pandemia gli psicologi e gli psicoterapeuti? Qual è stata la loro esperienza? Cosa è successo in questo campo sociale e sanitario?”.

La pandemia da Covid-19 ha messo in evidenza alcune delle fratture più profonde presenti nella nostra società. La presente ricerca vuole inserirsi all'interno del dibattito sulle conseguenze (psico)sociali della pandemia a partire da un preciso punto di vista: quello degli psicologi e degli psicoterapeuti. Lo scopo dell'articolo è quello di indagare l'impatto della pandemia sulla popolazione dal punto di vista di questa figura professionale. Fin dal primo esordio sulla scena mondiale di SARS-Cov-2, l'opinione pubblica e la

stampa sono intervenute parlando di potenziamento dei servizi di supporto alla salute mentale e di benessere psicologico. Queste uscite pubbliche, all'epoca hanno avuto il merito di mostrare quanto poco si sappia delle condizioni in cui versano i servizi sociosanitari destinati alla salute mentale nel Sistema sanitario nazionale (SSN) e di averle rese ormai di senso comune. I due anni di emergenza sociosanitaria hanno mostrato grandi difficoltà nella tutela della salute mentale in Italia, in un modo più profondo e non solo legato alla crisi pandemica. Attraverso l'incontro etnografico con gli psicologi e gli psicoterapeuti intervistati è emersa in modo molto chiaro la necessità di un ripensamento del SSN e il bisogno di attuare nuove politiche di salute che valorizzino la salute mentale e che ci permettano di considerarla in termini di salute pubblica.

Lo spirito con cui questa breve ricerca è stata realizzata è coerente con una visione che vede l'antropologia medica e culturale come una disciplina attiva che può fungere da cassa di risonanza per battaglie come quella per la salute come bene comune. Il progetto originale, in verità, prevedeva di riflettere sulla relazione terapeutica tra psicologo e paziente durante il primo *lockdown*, in particolare sui "se" e i "come" tale relazione si fosse modificata al momento della dichiarazione dello stato di emergenza e con il passaggio alla cosiddetta "telemedicina". Tuttavia, durante le prime interviste, è maturato l'intento di modificare l'oggetto della ricerca, nel momento in cui ho realizzato che ciò che stava davvero a cuore ai s/oggetti intervistati non era tanto legato all'alleanza terapeutica con i propri pazienti, bensì allo stato dell'arte delle politiche sanitarie pubbliche in materia di salute mentale e benessere psicologico. Inoltre, ciò che è risultato essere veramente in ballo riguardava tutto ciò che si muove intorno alla figura stessa dello psicologo e/o psicoterapeuta. Ne è emerso un racconto intenso e dettagliato di quanto poco riconoscimento¹ ancora goda la figura dello psicologo in Italia, nonostante il suo essere una professione sanitaria al pari delle altre².

L'esperienza del *lockdown* ha lasciato tracce profonde non solo nei nostri comportamenti, ma anche nelle nostre emozioni, colpendo soprattutto coloro che si trovavano già in condizioni di fragilità e marginalità sociale. Potremmo dire, infatti, che la pandemia ha accelerato un processo di svelamento di condizioni di fragilità preesistenti. È impossibile dire con certezza se abbiamo imparato davvero qualcosa dalle lezioni che eventi come pandemie e cambiamenti climatici ci hanno lanciato in questi anni e, in generale, «riflettere su un evento osservandolo dall'interno non è mai semplice» (CUOMO, BARBERA, CERETTA 2021). Ho voluto organizzare

il presente elaborato finale non come un semplice esercizio di scrittura individuale, ma come una riflessione collettiva, co-costruita insieme alle psicologhe e agli psicologi incontrati sul campo. Questo mi ha permesso di approfondire e interrogarmi maggiormente sulle conseguenze psico-sociali della pandemia, ampliando lo sguardo e cercando di mettere in ordine le riflessioni e i ragionamenti che la situazione pandemica ha messo in moto.

Più in generale, si è manifestato un trauma strutturale, che ha messo radicalmente in discussione la convinzione delle società occidentali di avere il pieno controllo della natura, di essere in grado di controllare i fenomeni e risolvere i problemi sociali. La portata di questo *shock* è comprensibile soprattutto se analizzata a partire dal fatto che – in un mondo globalizzato e profondamente interconnesso – ci siamo ritrovati a misurare la sua esistenza a partire dai metri quadrati delle nostre abitazioni. Tantissime persone hanno perso il proprio lavoro; studenti e studentesse si sono ritrovati da un momento all'altro confinati in casa, perdendo così i legami con il mondo esterno. I lavoratori e le lavoratrici in *smart-working* sono precipitati in nuovi meccanismi di sfruttamento difficili da regolamentare; il divario di accesso alla connessione internet e alla conoscenza degli attuali mezzi tecnologici ha fatto sì che gli anziani e le persone già sole si ritrovassero ulteriormente isolati. Le donne e le soggettività LGBTQIA+ vittime di violenza si sono ritrovate confinate in casa con i propri abusatori. Questi sono solo alcuni esempi delle situazioni generate dal *lockdown*³. Come si vedrà nel corso dell'articolo, si è reso necessario l'utilizzo di nuovi termini che potessero inquadrare al meglio le ricadute dirette della pandemia sulla salute mentale. Per fare questo mi servirò del termine "psicopandemia" su cui tornerò nuovamente più avanti.

Il presente articolo, dunque, si propone di riflettere se in Italia è possibile costruire una cultura della salute (e della salute mentale in particolare) con una conseguente valorizzazione delle professioni "psy". Tali professioni soffrono ancora oggi di un forte pregiudizio, in termini di senso comune, che colpisce in maniera trasversale sia l'utente⁴ che il professionista, una questione che non sempre facilita il dibattito in merito. Tuttavia, un dato positivo – niente affatto scontato – emerso in sede di intervista riguarda le misure di gestione della pandemia che hanno reso maggiormente "pensabile" rivolgersi a uno psicologo, portando il tema sempre più al centro del dibattito pubblico. Per spiegare meglio questo punto, ho voluto riportare nell'articolo direttamente le testimonianze di alcuni degli intervistati e dare centralità alle loro voci.

Ho suddiviso l'articolo come segue: una prima parte introduttiva in cui mostrerò la centralità di un approccio sindemico anche per quanto riguarda la salute mentale, per evidenziare quanto il Covid-19 si sia configurato come una "malattia sociale" e non soltanto come l'espressione di sintomi virali; una seconda parte legata all'esperienza sul campo e all'incontro etnografico in cui definirò il concetto di "psicopandemia" in relazione alle psicopatologie insorte durante il periodo di isolamento. Infine, una parte conclusiva in cui sarà evidenziata l'importanza della promozione della salute mentale come bene comune in virtù del paradigma delle cure primarie o *Primary Health Care*.

La pandemia da Covid-19 ha evidenziato non solo le fragilità e le contraddizioni del nostro sistema di *welfare* – assieme alla profondità del conflitto esistente tra i livelli amministrativi e territoriali – ma ha anche fatto emergere il bisogno crescente, nei confronti delle istituzioni, di politiche efficaci e concrete per rispondere alle necessità dei territori e immaginare delle nuove forme di *design* istituzionale che non sia necessariamente collegato a un modello ospedaliero e ambulatoriale.

Riflessioni sul metodo

La ricerca è stata svolta con il supporto di psicologi e psicoterapeuti⁵ – in formazione e specializzati – con l'obiettivo di sottolineare gli effetti e le conseguenze della pandemia da Covid-19 sulla salute mentale. I s/oggetti sono stati contattati attraverso conoscenze personali o riferimenti forniti da uno studio di psicoterapeute presso il quale ero in cura in qualità di paziente durante il periodo pandemico. Le interviste etnografiche sono state costruite in forma semi-strutturata, si sono svolte – per lo più da remoto su piattaforme online (*Jitsi, Google Meet, Zoom, videochiamate Whatsapp*) per ragioni legate al quadro epidemiologico e per la distanza geografica di alcuni intervistati – da marzo 2021 a novembre dello stesso anno e hanno visto coinvolti quattordici professionisti⁶. Ricorrere a un approccio narrativo, in questo contesto, mi ha permesso di sperimentare il coinvolgimento e di stimolare la partecipazione delle persone con cui ho collaborato, secondo il processo che Good definisce di "soggettivazione della realtà" (Good 1994: 153).

Ritengo necessario specificare, in questa sede, quanto il mio personale posizionamento⁷ di persona attualmente in un percorso di psicoterapia nonché di antropologa sia stato un motore propulsivo per iniziare questa

ricerca. Il campione selezionato per le interviste è costituito da persone con formazione psicologica anziché psichiatrica – fatta eccezione per un neuropsichiatra infantile che lavora nel settore pubblico – poiché ho voluto mettere in evidenza le implicazioni emotive e cognitive della “sofferenza mentale” in una prospettiva non medicalizzata⁸.

Prima di entrare nel merito della trattazione, è utile sottolineare che tale lavoro di ricerca non ha avuto nulla a che vedere con l'epidemiologia psichiatrica né vuole inserirsi all'interno di questo filone; né ha voluto essere una genealogia del trauma⁹, concetto di cui mi sono servita per spiegare la percezione fortemente stressante dell'evento pandemico. Quando si parla di eventi traumatici e delle conseguenze che generano è difficile non tenere conto delle implicazioni che questi hanno nella creazione del ruolo della vittima (FASSIN, RECHTMAN 2009; PITZALIS 2018; QUARTA 2020). In questa sede, tuttavia, utilizzo il concetto di trauma strutturale¹⁰ – declinato attraverso le riflessioni raccolte durante le interviste – per indicarne la portata non solo individuale, ma collettiva che ha investito tutte le sfere della vita. La mia riflessione, infatti, si è sviluppata nel solco del dibattito sulla salute globale, territoriale e delle cure primarie che l'antropologia medica ha avuto il merito di ricostruire e attraversare negli ultimi trent'anni (Das, Farmer, Lock, Minelli, Packard, Quaranta, Saraceno, Singer, Kohrt e Mendenhall tra gli autori principali a cui ho fatto riferimento per questo articolo). Infine, il presente testo è il risultato concreto delle esperienze raccolte sul campo che hanno reso evidente la natura densa di significati dei nostri vissuti nel momento in cui si connettono con la storia e con i grandi sconvolgimenti del mondo.

Il Covid-19 come “malattia sociale”

A partire dalle parole dell'etnologo francese Marcel Mauss, possiamo definire una pandemia un “fatto sociale totale” (GUIGNONI, FERRARI 2020: 146). Nel 2020 e 2021, la gestione della pandemia in Italia ha mostrato tutta la violenza strutturale che le disuguaglianze sociali creano soprattutto nei momenti di crisi. La *governance*, inoltre, ha fatto estrema fatica nel condurre delle politiche sanitarie volte a promuovere la salute in tutte le sue componenti, preferendo invece una gestione e un contenimento individualizzati (*lockdown*, distanziamento sociale, appelli alla responsabilità individuale). La complessità della situazione pandemica – un fenomeno che abbiamo visto assumere una caratterizzazione trasversale all'intera popolazione,

seppur distribuito in maniera diseguale nel globo – è stata messa in luce dal cosiddetto “approccio sindemico” (SINGER 2017; HORTON 2020). Come ha riportato anche Claudio Mencacci – direttore emerito del Dipartimento di neuroscienze e salute mentale (AsST Fatebenefratelli-Sacco, di Milano) – ai giornalisti del *Sole 24 Ore*, è più indicato parlare di “sindemia”¹¹ poiché siamo di fronte, da un punto di vista psichico, a un «mix, tra pericolo clinico e sociale fatto di malattia, paura del contagio, della cosiddetta *Covid fatigue*, di lutti, di crisi socioeconomica. E dell'emersione di una profonda solitudine»¹². Nello specifico, il concetto di sindemia è stato introdotto negli anni Novanta dall'antropologo Merrill Singer: con questo termine si intende l'insieme dei problemi ambientali, di salute, sociali ed economici generati dall'interconnessione di due o più malattie, trasmissibili e non trasmissibili, con pesanti ricadute sulla popolazione, in particolare nelle fasce più marginalizzate. L'obiettivo di questo approccio è evidenziare come la visione che intende le malattie sia in termini prettamente biologici sia come entità distinte e isolate, rischia di essere fallimentare. La tendenza è quella di oscurare il modo in cui le cosiddette determinanti sociali in salute interagiscono tra loro, con un conseguente impatto sulla salute delle singole persone e di intere popolazioni. Il direttore del *Lancet* Robert Horton, nel suo editoriale uscito nel 2020, scrive chiaramente che:

La vulnerabilità dei cittadini più anziani, delle comunità nere, asiatiche e delle minoranze etniche, dei lavoratori di servizi essenziali mal pagati e senza protezioni sociali, mostra una verità finora appena riconosciuta: non importa quanto efficace sia la protezione fornita da un vaccino o da un farmaco. Una soluzione puramente biomedica al Covid-19 fallirà (HORTON 2020: 874).

È all'interno di questo approccio che ha preso le mosse questo elaborato: è necessario considerare la salute mentale come parte integrante della salute in generale. Tale consapevolezza spesso è mancata nelle fasi più dure della pandemia, nonostante gli appelli sui giornali, gli sportelli mutualistici organizzati dalle varie reti di solidarietà che si sono attivate dal basso in molte città italiane, e nonostante le evidenti ricadute che l'isolamento e la solitudine stavano avendo sulla popolazione.

Ragionare in tale prospettiva mi ha fornito coordinate utili a comprendere meglio la portata del fenomeno pandemico e le potenziali conseguenze sul medio e lungo periodo, soprattutto per quanto riguarda il benessere psicosociale. In questo senso, infatti, bisogna considerare quanto l'impatto del Covid-19 si sia configurato in termini di “malattia sociale” (TROUT, KLEINMAN 2020). Tale prospettiva permette di comprendere che ogni discorso

su salute e malattia è mediato e negoziato a livello sociale e questo non è mai slegato da dinamiche più ampie e complesse. La medicina sociale è, in questa prospettiva, un invito all'azione, a fare qualcosa qui e ora: prendersi cura di coloro che ne hanno più bisogno (*ibidem*). Questo approccio, dunque, insieme al paradigma della salute globale, mi ha permesso di evidenziare come le conseguenze psicosociali generate da Covid-19 non siano dei casi isolati, ma un dato significativo e quasi strutturale.

Voci ed esperienze dal campo

A proposito di salute mentale e pandemia, le parole di Massimiliano Minelli fungono quasi da monito:

la salute mentale è fatta di atti creativi e costruttivi, nei quali la qualità del lavoro è realizzata in atto. Ecco perché continuamente le azioni di operatori e di utenti, in senso più ampio di gruppi e collettivi solidali, pongono problemi alle strategie organizzative e al controllo delle politiche sociosanitarie. In salute mentale il "lavoro vivo", che prende forma nelle concrete azioni di prendersi cura della sofferenza, di organizzare servizi per offrire risposte adeguate a bisogni differenziati e a fronteggiare le ineguaglianze, è espressione della potenza dell'attenzione psicosociale, intesa come una articolazione di forze e di soggettività (MINELLI 2020: 155).

Rispetto all'insorgenza di sintomatologie legate a disturbi d'ansia o da stress, proprio durante la ricerca è maturata – insieme agli intervistati – la convinzione che sia necessario un cambio di passo per quanto riguarda *la presa in carico*, elemento che è emerso come preponderante durante l'incontro etnografico quando si è discusso in particolare di "psicologo di base" o "psicologo delle cure primarie":

andrebbe fatta un'azione di rivendicazione continua con il ministero rispetto all'istituzione di psicologo di base, psicologo delle cure primarie, chiamatelo come volete, fate in modo che nei presidi territoriali ci siano questi benedetti psicologi. Perché l'effetto esiste e si chiama di "mera abitudine", a furia di vederle le cose ti ci abitui e comici a entrare nella *forma mentis*. Quindi, assolutamente, continuare a battere tantissimo sul fatto di inserire queste figure nei presidi pubblici. (Intervista con Giulia del 13/9/2021)

Le condizioni di lavoro e di vita aggravate dalla crisi stanno diffondendo sempre di più un senso di precarietà che rende difficile, per il Sistema sanitario nazionale, intervenire prontamente riguardo alla salute mentale. Dai report e dai *dossier* prodotti dal Ministero della salute si può notare che quanto viene proposto e pensato sia molto diverso dalla realtà esperita non solo dai pazienti, ma anche e soprattutto dai professionisti. Stando ai dati

elaborati dal Sistema informativo salute mentale (SISM)¹³ del 2019, emerge quanto l'attuale sistema di cura sia incentrato sulla cronicità anziché sulla prevenzione e l'intervento precoce, e che le prestazioni siano insufficienti a garantire continuità nel percorso e nella presa in carico dei nuovi pazienti, soprattutto rispetto all'accessibilità a questo tipo di servizi:

La cosa più grave è che il supporto psicologico non sia accessibile, non sia garantito dal servizio pubblico, non sia comunicato, non ci sia una cultura dell'accesso al supporto e all'aiuto psicologico, ma che ancora sia visto come l'estremo rimedio in casi gravi, emergenziali e non altrimenti trattabili l'ultimo intervento pensato e possibile. Agire invece in una cultura del supporto e dell'aiuto psicologico aiuta a prevenire tutte queste condizioni che, in realtà, diventano gravi perché non c'è una presa in carico prima. Poi non parliamo dell'impossibilità e della difficoltà di accesso ad un supporto psicologico gratuito e garantito dal Servizio: non esiste! Non esiste alcuna forma di supporto psicologico garantito dal servizio pubblico. (Intervista con Diego del 5/3/2021)

È a partire dalle tensioni contenute nelle parole di Diego che risulta imperativo, in questa fase storica, ripensare completamente le politiche sanitarie e la loro ricaduta sui territori. Dal punto di vista degli intervistati, quanto è successo non costituisce una novità, in particolare per coloro già abituati a lavorare con situazioni traumatiche, di precarietà e di indeterminatezza. Quando ho chiesto a Diego quale fosse stata la sua esperienza durante la pandemia e, in particolare durante il *lockdown*, la sua risposta è stata articolata e precisa:

Intanto ci sono delle differenze nei contesti di intervento. Lavoro nel mio studio privato e quindi quello è un *setting* in cui lavoro da solo con i miei pazienti, ovvero casi individuali, coppie e famiglie. Lavoro poi in un contesto diverso, che è quello di un'associazione con cui collaboro e di cui sono presidente, quindi come terapeuta per richiedenti asilo, migranti e persone svantaggiate presenti sul territorio. Tutte e due queste attività hanno avuto ovviamente una risposta diversa rispetto al *lockdown* e alla pandemia. Intanto io ho interrotto l'attività in presenza solo per due settimane. Quindi ho ripreso tutta l'attività in presenza nel mio studio con i miei pazienti e i migranti, interrompendo l'attività, appunto, solo per le due settimane in cui era necessario capire quali erano le modalità e gli strumenti utilizzabili per la sicurezza; quindi, una volta chiariti tutti i dispositivi di sicurezza individuale all'interno dei diversi *setting* abbiamo ripreso le attività in presenza. Anche l'attività da remoto è stata garantita sempre, c'è chi l'ha utilizzata e chi ha preferito attendere un ritorno alla presenza. Diciamo che le persone migranti e richiedenti asilo che avevano già iniziato un percorso con me hanno preferito la continuità anche telefonica o videochiamata e, quindi, avvenivano queste videochiamate alla presenza del mediatore e mia e anche a volte di altri colleghi, perché noi di solito seguiamo in *équipe* queste per-

sona, un dispositivo complesso, un' *équipe* complessa... (Intervista con Diego del 5/3/2021)

Dalle parole di Diego emerge con forza la durezza della fase pandemica che abbiamo attraversato e la mancanza di effettivi legami di comunità anche in contesto lavorativo. Da questa esperienza risulta chiaro, inoltre, quanto spesso si tenda a dimenticare che anche chi lavora in contesto sociosanitario fa esperienza della realtà in un modo simile al resto della popolazione, non ne è assolutamente immune. Mi ha riportato così il suo vissuto:

Lavoravo già su questo dato che mi occupo di condizioni post-traumatiche gravi o estreme e quindi capire con che cosa si andasse a lavorare in quel periodo. [...] sentivo di voler continuare a lavorare, soprattutto con le prese in carico in *équipe*, perché mi dava delle sensazioni di benessere, di continuità di vita e di attività. Più o meno è stato così. È chiaro che lavorare e non avere più nulla oltre il lavoro è una condizione di sacrificio enorme. Quindi sicuramente avvertivo di più la fatica nel corpo, l'attesa di ritornare a una pseudo normalità di incontro e di movimento e appena è stato possibile è stato quello di cui mi sono nutrito. Ho visto gli amici vicini, sempre all'aperto, costruendo tante possibilità di uscita, di cammino e di uscita. (Intervista con Diego del 5/3/2021)

Il racconto di Diego mi ha restituito l'importanza che hanno le reti di supporto, soprattutto in un contesto complesso come quello pandemico. Durante le interviste, infatti, è stato spesso sottolineato il vuoto lasciato dalle istituzioni nel supportare i lavoratori e le lavoratrici dei servizi sociosanitari; nonostante la retorica sul lavoro "essenziale" svolto dal personale medico e sanitario, di fatto non è stata data alcuna direttiva istituzionale per facilitare il lavoro agli altri professionisti sanitari fuori dal contesto prettamente clinico-ospedaliero. È bene sottolineare, tuttavia, che questo non è un dato quantificabile sul territorio nazionale, ma esperienziale. Stando a quanto emerso, in particolare per quanto riguarda le ASL e l'Ordine degli psicologi, sono state date poche direttive e le strategie di intervento portate avanti non sono state omogenee. Ci si è mossi sempre sulla contingenza e lavorando con i classici strumenti che la terapia fornisce, ma questo è valso per le persone che erano già in percorsi terapeutici o che si erano già rivolte agli sportelli di supporto psicologico realizzati *ad hoc* durante il primo *lockdown*. Secondo quanto emerso dalle interviste, tutte le azioni realizzate durante la prima e la seconda fase della pandemia non sono state messe a sistema e prese da esempio dalle istituzioni per rendere più capillare la presenza di reti e spazi di supporto alla salute mentale. Questo dato ci ricorda la necessità, già evidenziata, di superare i limiti e le lacune strutturali legate all'articolazione delle politiche sanitarie e di salute pubblica e, inoltre,

all'organizzazione dei servizi sanitari nazionali e, più generalmente, del lavoro di cura svolto al loro interno; con questo, crediamo sia necessario fare riferimento anche agli studi privati in cui i professionisti della salute mentale svolgono il proprio lavoro. In questo contesto, molte persone si sono rivolte a professionisti del settore proprio durante la pandemia, spinte dal bisogno di chiedere aiuto e supporto per affrontare il periodo pandemico. L'attivazione di sportelli gratuiti o a prezzo calmierato ha, infatti, permesso a persone che non si sarebbero rivolte a psicoterapeuti prima della pandemia di accedere a un servizio divenuto ormai essenziale, ma ancora avvolto da un forte stigma. Molti professionisti – soprattutto giovani ancora in formazione – hanno fatto le prime esperienze lavorative durante le prime fasi della pandemia. L'impatto psicologico del Covid-19 è innegabile e il lavoro svolto dagli sportelli è stato utile non solo da un punto di vista assistenziale e di primo soccorso, ma anche divulgativo. Riuscire a dare un nome alle emozioni e capire da che parte far ripartire la propria vita è stato un bisogno diffuso tra la popolazione.

Quello che io ho potuto notare è stata una grossa affluenza, allo sportello, da un lato sicuramente favorita dalla credibilità che ha questo spazio che ci ospita, perché avere quel tipo di pubblicità aiuta la professione. Perché molto spesso la professione privata dello psicologo si fonda per lo più sul passaparola. Non hai la possibilità di fare pubblicità proprio per codice deontologico, nessuno mette i manifesti; quindi, è più complicato crearsi un bacino di utenza, sicuramente la grande affluenza va ricondotta anche a quello. Per la mia esperienza, molto ha fatto la gratuità, le sedute gratuite. Erano quattro, ora sono diventate tre da qualche mese, quello è uno dei fattori che rende comunque la gente, le persone, più propense e rispetto a un accesso al servizio sanitario è più semplice. (Intervista con Anna del 2/4/2021)

Benessere psicologico e stigmatizzazione

Il periodo pandemico ha di fatto messo in discussione le definizioni di salute prodotte negli ultimi quarant'anni dall'OMS e che hanno contribuito a scardinare una visione organicistica di corpo, salute e malattia. Di conseguenza, c'è ancora bisogno di portare avanti un lavoro culturale profondo per scardinare stigma e pregiudizi che esistono intorno alla salute mentale, per garantire un potenziamento dei servizi a livello nazionale e territoriale.

Parlando di stigma interiorizzato e vergogna, lo psichiatra Simone Vender ha sottolineato quanto sia:

sufficiente pensare al modo in cui, nel linguaggio quotidiano, è indicato qualcuno che soffre di una malattia mentale (matto, squilibrato, folle, non ha tutte le rotelle a posto, gli manca qualcosa, ecc.) per comprendere come sia svalutato ed umiliato agli occhi di tutti. [...] permangono stereotipi sociali che non invogliano la persona sofferente a richiedere cure adatte. Molte persone, infatti, hanno paura di essere ridicolizzate da amici, conoscenti o persino dai propri familiari, e perciò tendono a mantenere nascosta la propria sofferenza (VENDER 2005: 234).

Inoltre, in un articolo pubblicato sul giornale online *State of Mind. Il giornale delle scienze psicologiche*, la questione della stigmatizzazione viene così declinata:

Il pregiudizio nei confronti dei malati mentali si sviluppa in contesti in cui le informazioni sono accettate in maniera apparente e superficiale, e pertanto, di conseguenza, all'attuarsi di pregiudizi ed emarginazione nei confronti delle persone malate. Alla base si genera una mancanza di riconoscimento della sofferenza derivante dalla malattia mentale e una attribuzione di stabile invalidità nei confronti di chi si rivolge da un professionista della salute mentale che, se adeguatamente considerate e trattate, potrebbero recuperare parte delle proprie capacità sociali e intellettive¹⁴.

Si tratta di una questione antropologicamente rilevante e che dovrebbe stimolare analisi ulteriori. Secondo Diego, la difficoltà di parlare di supporto psicologico e salute mentale:

è assolutamente culturale, ma nessuno sta facendo un lavoro di divulgazione culturale della bellezza, della – come dire – possibilità sana di chiedere aiuto. E non c'è nulla di più sano, le persone sane chiedono aiuto. Le persone sane possono riconoscere già nei piccoli segnali, come un sonno disturbato, se c'è qualcosa che non va e da lì possono capire come ridurre quella condizione e ristabilire un sano e regolare sonno, perché senza ristoro noi roviniamo la nostra mente e il nostro corpo, non funzionano più bene. Per esempio... piccolissime cose. E queste cose abbiamo visto che sono stati capaci di prenderle e utilizzarle benissimo tutti i migranti che abbiamo seguito. Chiaramente il rischio poi è un collasso, un collasso psico-fisico: quando non si interviene si cronicizza una condizione di allarma eccetera eccetera poi il crollo è quello. (Intervista con Diego del 5/3/2021)

Le parole di Diego sono importanti perché toccano direttamente la questione delle cronicità che, in antropologia medica, è stata a lungo analizzata (MORETTI 2022).

“Psicopandemia”: un punto di vista situato

Il Covid-19 non ha avuto delle conseguenze solo organiche in termini di sintomo generato dal virus, ma anche emotive. Non è errato, dunque, parlare di “psicopandemia” e classificare il Covid-19 come tale. Con questo termine si intende l’insieme di sintomi e reazioni psico-sociali alle misure di contenimento dei contagi, un fenomeno che include non solo disturbi immediati ma anche disturbi che dureranno negli anni e di cui è oggettivamente difficile analizzarne la portata.

Il presidente del CNOP, David, Lazzari su *Panorama Sanità* ha riportato che:

Le evidenze di efficacia nelle cure psicologiche [...] dimostrano che gli effetti dell’impatto del Covid-19 – come ansia, depressione e stress – sono stati devastanti per la popolazione, soprattutto nei giovani under 18 e in alcune categorie professionali come il personale sanitario. I disturbi psicologici comuni impattano per il 33% dei costi della disabilità legata alla salute, ma gli stanziamenti per i servizi per la salute mentale in Italia sono soltanto 3,1 miliardi complessivi, una cifra esigua rispetto all’intera spesa sanitaria nazionale. 28.811 operatori di cui 2016 psicologi-psicoterapeuti (ovvero 7 su 100) sono troppo pochi: un dato che pone l’Italia agli ultimi posti in Europa¹⁵.

In questo quadro, le categorie ritenute più a rischio sono stati i giovani e i giovanissimi che si sono ritrovati senza contatti con l’esterno, privati della possibilità di interagire con i coetanei e di uscire dal contesto familiare. Non è mia intenzione, in questa sede, suggerire che sia meglio cercare delle risposte univoche e universali a problemi complessi e che non risiedono esclusivamente nel campo sanitario. Credo, tuttavia, che sia necessario continuare a interrogarsi su come ripensare le politiche sanitarie e di salute pubblica alla luce dei problemi sociali e politici sollevati dalla pandemia. Per spiegare meglio alcuni dei disturbi che si sono maggiormente sviluppati allo scoppio della pandemia, riporto l’intervista fatta con Giada, psicoterapeuta che lavora presso uno studio privato a Bologna. Come mi ha raccontato lei stessa, le conseguenze sul benessere psicologico sono state molteplici. In particolare:

c’è da dire che, essendo la pandemia un fattore stressante, molto molto stressante, va a costituire un elemento che, insieme ad una vulnerabilità di base. Combinati questi due elementi – quello di vulnerabilità e quello stressante e ambientale – portano all’insorgere di alcuni disturbi che già, probabilmente, ci sono come predisposizione nella persona. Okay? Quindi, diciamo, che chi avrebbe potuto sviluppare un disturbo d’ansia, con il fattore pandemia quello si è sviluppato. C’è stato solo un incremento del disturbo ossessivo-compulsivo, quindi è aumentata la richiesta rispetto a quel tipo di disturbo. Infine, sicuramente, la richiesta di terapia per PTSD,

quindi disturbo post-traumatico da stress. Soprattutto per chi ha vissuto proprio l'esperienza del Covid. Anche, devo dire, mi è capitato che alcuni pazienti siano stati nei Covid hotel che sono delle strutture, purtroppo, di cui mi hanno parlato molto male. Sono stati dei periodi davvero brutti per alcune persone, le settimane e i giorni vissuti lì. C'era ancora più isolamento, ancora più fatica a potersi riprendere. [...] Quindi sicuramente PTSD e disturbo ossessivo-compulsivo sono state le richieste maggiori causate dalla pandemia. (Intervista con Giada del 20/5/2021)

Un'altra significativa causa di ansia e stress nella popolazione è stata quella che Giada ha definito "paura del giallo"¹⁶, ovvero una sensazione di ansia diffusa che si scatenava a ogni nuova restrizione. Nello specifico mi ha riportato quanto segue:

Per alcune persone c'è stato un peggioramento, per altre c'è stato quasi un miglioramento nella fase di pandemia. Per chi, per esempio, ha un disturbo di ansia sociale oppure altri disturbi che comunque hanno la cosa dello stare in casa, dello stare protetti come una sorta di strategia di evitamento, di protezione da tutto ciò che di solito ci fa star male. Quindi per alcuni pazienti è stato un momento, diciamo, idilliaco in qualche modo [sorrisiamo]. La fatica è stata dopo, nel passaggio alla riapertura. Tant'è che alcuni pazienti la chiamavano proprio "la paura del giallo", cioè dell'entrare in zona gialla e c'era proprio un'attivazione molto forte. Anche per chi, per esempio, ha disturbi di tipo alimentare o comunque un controllo molto consistente sul corpo, il poter stare in casa per tanto tempo e non stare in situazioni in cui l'altro può vedere il mio corpo era protettivo in un certo senso, ovviamente protettivo in un modo disfunzionale. E poi, invece, nella riapertura è risalita l'ansia e sono risaliti i sintomi. Ecco, un altro disturbo, che però leggevo soprattutto in degli studi, i disturbi alimentari sono aumentati tantissimo perché lo stare tanto in casa e avere il cibo a disposizione – cosa che poi è diventata anche una delle attività più diffuse durante il *lockdown* – per alcuni è stato deleterio. (Intervista con Giada del 20/5/2021)

Nell'insieme, c'è stata una risposta psicologica generalizzata al Covid che è da rintracciare nel funzionamento della mente in emergenza. Riporto qui degli ulteriori estratti delle interviste di Diego e Giada che ritengo essere significativi, in particolare per lo scopo di questo paragrafo:

«Sicuramente l'impatto della pandemia, al di là della continuità della relazione, ha avuto un impatto forte su tutti noi. Nel senso... Aver perso delle cose importanti quali la libertà di movimento, la quotidianità dell'incontro e dello scambio con gli altri, la possibilità di nutrirsi di quelle che sono le relazioni e gli incontri che nutrono di buona energia e di buone risorse le persone, è stato molto impattante. In più c'era una condizione di allarme generale sempre più alta in cui la comunicazione era: "Attenti! Perché tutti e tutto intorno a voi possono essere pericolosi". (Intervista con Diego del 5/3/2021)

Ritengo che ci sia il rischio di andare verso una medicalizzazione di quella che è stata una reazione fisiologica. [...] La mente in emergenza funziona così punto, quello che fa patologia è appunto la cronicizzazione. In un discorso pubblico che tende a farti pensare che tra la popolazione sono aumentati i disturbi ansiosi, il rischio di cronicizzazione c'è, quando la gente era semplicemente disperata... Ma in quel momento ne aveva tutti i motivi. (Intervista con Giulia del 13/9/2021)

La sensazione di allarme costante è stata causata non solo dalla diffusione repentina dei contagi, ma anche dalla costante diffusione di immagini e dati che hanno contribuito a scatenare una sensazione di pericolo tra la popolazione. La modalità con cui è stata fatta informazione, infatti, non ha facilitato una sana circolazione di notizie, alimentando un clima di tensione e paura. Tant'è che la stessa OMS ha inaugurato uno spazio di lavoro di gestione di quella che è stata definita "infodemia"¹⁷, per favorire una chiara diffusione delle notizie e delle informazioni – che avevano un evidente impatto sulla salute. Le ricadute sulla salute mentale si configurano, dunque, come forme di incorporazione (CSORDAS 1990) innescate dall'eccesso di informazioni, una questione che meriterebbe senz'altro ulteriori riflessioni da parte dell'antropologia.

Pandemie ed epidemie, difatti, sono sempre state una parte essenziale della storia dell'uomo e, solo nell'ultimo secolo, l'influenza spagnola (1918-20), l'Asiatica (1956-1957), la SARS (2002-2003) e l'Ebola (2013-2014) hanno colpito persone in tutto il mondo. Uno studio italiano condotto dall'Università dell'Aquila e dalla Sapienza di Roma ha rilevato dei dati importanti. Con l'obiettivo di comparare gli effetti psicologici di queste epidemie e la pandemia da Covid-19, la ricerca condotta dal gruppo di psichiatri e psicoterapeuti composto da Tonino Cantelmi e colleghi ha evidenziato che:

Una pandemia non è solo un fenomeno medico, ma colpisce gli individui e la società e causa disagi a livello fisico, psicologico, sociale ed economico. Questo perché è un tipo di evento in grado di dimostrare, spesso in modo molto violento, la vulnerabilità e la fragilità dei nostri sistemi sociali e della nostra struttura psicologica, e quanto spesso possano essere inadeguate le nostre capacità di risposta tecnico-scientifica, socio-comunitaria e personale. In questo articolo abbiamo elaborato una rassegna della letteratura al fine di capire le possibili conseguenze psicologiche della pandemia in atto, cercando materiale da tre possibili fonti di informazione: situazioni con caratteristiche simili a quelle della pandemia in atto (es. con distanziamento sociale), eventi epidemici precedenti (es. SARS e MERS) e ricerche svolte direttamente in questo anno sulla pandemia da SARS-CoV-2. Dalle informazioni raccolte è emerso che le conseguenze psicologiche possono essere anche molto gravi (es. Depressione o Disturbo Post-Traumatico),

verificarsi in tempi brevi e durare anche molto tempo dopo gli eventi che li hanno prodotti. Inoltre, è emerso come, nonostante le informazioni e la consapevolezza acquisite in situazioni passate o simili, non è stato fatto a sufficienza per prevenire e affrontare tali conseguenze psicologiche avverse (CANTELMINI *et al.* 2020: 7)

In questa prospettiva, le reazioni psicologiche più comuni – trasversali alle recenti epidemie di SARS e MERS – individuate in questo studio includono comportamenti disadattivi, stress emotivo e risposte difensive come ansia, paura, frustrazione, solitudine, confusione, rabbia, noia, stati depressivi, stress, comportamenti di evitamento. Come riportato nello studio italiano menzionato precedentemente: «L'impatto di una malattia su scala globale crea un clima generalizzato di paura, panico, stigma, effetti psicologici e affettivo-emotivi a livello individuale e di massa. Sono eventi, quindi, con amplissima e profonda portata psicosociale» (*ivi*: 8). Ritengo questo studio fondamentale poiché per la sua vocazione comparativa, ha messo in evidenza la necessità per i governi di adottare misure utili a fornire un supporto per il benessere psicologico. Tali misure devono essere strutturali e non delle manovre emergenziali per chiudere le falle del Servizio sanitario nazionale. In generale, tuttavia, chi lavora da sempre con pazienti affetti da disturbi post-traumatici mi ha riferito di non aver registrato nuove patologie o sintomatologie specifiche. Quando ho parlato con Diego, occupandosi di psicologia dell'emergenza, mi ha prontamente risposto che:

non credo che in realtà ci siano nuove specificità, nuove patologie o espressioni di questa cosa qui. Intanto noi la conoscevamo già, noi che lavoriamo con condizioni post-traumatiche sappiamo cosa significhi vivere in un perenne stato di allerta nel corpo, nella mente, nelle emozioni e nelle relazioni. Cioè dover sempre gestire tutto ciò che mi capita, dentro e fuori, come potenzialmente pericoloso per me. Quindi tutto questo noi lo conosciamo. E chiaramente l'espressione sintomatica è individuale, culturale e personale, ma da dove viene e che cos'è, no. (Intervista con Diego del 05/3/2021)

La maggior parte delle attività istituzionali realizzate per supportare la popolazione sono state condotte a partire dall'idea che solo le persone con disturbi psichiatrici gravi o con potenziali derive dovessero essere aiutati. Un dato del genere, emerso con forza anche dalle parole di Giulia e Diego, è preoccupante perché rischia di avvalorare l'idea per cui la salute mentale non sia necessaria per vivere bene. Riporto le parole di Diego:

Se non avessimo garantito il supporto psicologico a distanza durante il primo *lockdown*, la seconda ondata e ora la terza, tutte queste sintomatologie arriverebbero con sintomatologie fisiche – se non, addirittura, perdita di controllo psichico – ai pronto soccorsi. Ed è una banalità però questo non

c'è. Nessuno ha risposto al grande impatto della paura, dell'ansia, dell'angoscia e del terrore che provocava questa cosa improvvisa e che chiaramente molti esprimono, come tutti noi, con sintomi fisici. Noi parliamo con il nostro corpo, certo! Non riesco più a dormire, non mangio più bene, sto mangiando troppo ho sempre mal di testa... Cioè, poi diventa questo. E quindi un sovraccarico al servizio pubblico di una sintomatologia che non è e che non proviene dal corpo, ma che può essere invece presa in carico da un esperto di salute psichica e mentale... (Intervista con Diego del 5/3/2021)

Negli ultimi mesi del 2021 si è intensificato il dibattito sulle conseguenze psicologiche della pandemia, soprattutto nell'opinione pubblica. Tale dibattito disegna i limiti di accesso ai servizi e le categorie ritenute più a rischio: le donne, gli adolescenti, gli anziani e i lavoratori precari¹⁸.

Promozione della salute mentale, oltre lo stigma

Rispetto al supporto – e al benessere psicologico – emerge non solo un ruolo profondamente ridimensionato dalle condizioni in cui versa il Sistema sanitario nazionale italiano, ma ci ritroviamo anche con un quadro molto frammentato rispetto al funzionamento dei servizi territoriali. Le strutture pubbliche si trovano a lavorare sotto organico, con pochissimo personale, pochi fondi a disposizione e un sistema sanitario regionalizzato che non è quasi mai in grado di rispondere in maniera efficiente ai bisogni dei cittadini, a fronte di un settore che vede molti professionisti lavorare nel privato. Un vero e proprio paradosso del Sistema sanitario, dunque. In questa prospettiva – soprattutto considerate le forti ricadute della pandemia sulla tenuta psicologica della popolazione – è stato fondamentale ragionare con le intervistate e gli intervistati di strategie di promozione della salute mentale e di prevenzione¹⁹.

Sicuramente sarebbe molto utile lavorare in modo preventivo e anche avere una struttura molto più organizzata per i servizi di salute mentale. Purtroppo, è sempre un settore in cui si investe veramente poco. E tanto si sarebbe potuto fare anche con una comunicazione diversa, intendo proprio rispetto ai decessi, rispetto ai rischi... Perché non si è tenuto assolutamente conto del risvolto psicologico e c'era una comunicazione veramente poco efficace per andare a prevenire i disturbi d'ansia o qualsiasi altro tipo di reazione a livello emotivo. [...] Per non parlare poi di tutta l'area evolutiva. Lì si è fatta veramente poca attenzione e si è andato a creare un ambiente disfunzionale in isolamento. Molti bambini e adolescenti che in casa stanno male, purtroppo, hanno cominciato a fare anche gesti autolesivi, tentativi di suicidio, è aumentata tantissimo la richiesta nelle strutture pubbliche. Quindi, se

si fosse intervenuti in modo diverso, forse queste cose si sarebbero potute evitare. (Intervista con Giada del 20/5/2021)

Secondo me, le politiche migliori andrebbero fatte sulla prevenzione, non sull'emergenza. Perché quando ti muovi sull'emergenza vai a tamponare e poi recuperare è più difficile. La prevenzione della salute mentale è un altro campionato. Vuol dire scardinare proprio questi due punti e poter intervenire prima che si arrivi a situazioni di sofferenza tali per cui è più difficile recuperare in tempi brevi. (Intervista con Anna del 2/4/2021)

L'antropologo italiano Marco Aime, parlando di cultura in un'intervista rilasciata al Corso di Perfezionamento Responsabile di Progetti Culturali, ha sostenuto che: «la prospettiva antropologica lavora da sempre sull'idea di cultura e, col passare del tempo e con l'elaborazione di molti antropologi, si è arrivati a definire sempre di più la cultura come un processo e non come un dato. La cultura è qualcosa che noi costruiamo sempre in relazione a qualcun altro»²⁰. Nel riprendere le parole di Aime, ritengo che anche rispetto alla salute – e alla salute mentale in particolare – esista una “questione culturale” tuttora irrisolta che ci impedisce di parlare davvero di promozione e prevenzione. Ciò che intendo dire è che, in Italia – un elemento reso palese sotto la spinta della pandemia – di fatto non esiste una cultura della salute mentale come parte essenziale della salute in generale. Si tratta di una questione non più rimandabile e a cui è necessario affiancarsi per costruire una battaglia culturale forte che ci permetta di riconoscere il benessere psicologico realmente come una determinante della salute della persona, in pieno rispetto della definizione di salute prodotta dall'Oms. In *Prevenzione come cultura della salute mentale*, la psicoterapeuta Gabriella Tavazza racconta una prima esperienza, risalente al 2001, di collaborazione tra il Dsm e i Medici di Medicina Generale dell'Azienda USL di Roma. Nel suo articolo, Tavazza sostiene che: «Dopo venti anni di esperienza di servizi di salute mentale basati essenzialmente su interventi di tipo territoriale, possiamo evidenziare alcune criticità su cui è importante intervenire per garantire prestazioni più appropriate ed efficaci» (TAVAZZA 2005: 208).

È, ormai, noto che in tutti i paesi il riconoscimento delle patologie gravi avviene circa due anni dopo, in media, dall'insorgenza della malattia. Sebbene non si possa affermare con prove di efficacia che intervenire anticipatamente possa modificare lo sviluppo della patologia (vi sono, comunque, dati preliminari a conforto di tale ipotesi), sicuramente vi sono una serie di danni 'secondari' che si determinano nei mesi o anni di non riconoscimento della malattia. Proprio in riferimento al convincimento che l'integrazione del Dsm con altre agenzie sanitarie e sociali del territorio sia centrale per iniziare un confronto sulla percezione del disagio psichico e sulla relativa

declinazione operativa che tale percezione può determinare, nasce nel nostro DSM l'esigenza di iniziare una politica sanitaria orientata a promuovere una cultura della prevenzione (*ibidem*).

Anche durante l'incontro etnografico, parlando della stigmatizzazione della professione dello psicologo, si è discusso molto della necessità di pensare a delle modalità di intervento e presa in carico che possano andare sempre più in una direzione di prevenzione e promozione del benessere psicologico. L'intervista con Anna è stata molto produttiva in questo senso e, senza che ci fosse bisogno di chiederglielo, mi ha subito detto cosa significasse per lei ragionare in ottica di prevenzione:

attuare una politica di prevenzione significa anche potersi inserire in un tessuto sociale più ampio: scuole, ospedali, ASL... Rendere fruibile un servizio vuol dire renderlo pensabile e per molte persone andare in terapia non lo è, per molti motivi, dogmi sociali, stigma fortissimo. [...] Vuol dire scardinare proprio questi due punti e poter intervenire prima che si arrivi a situazioni di sofferenza tali per cui è più difficile recuperare in tempi brevi. (Intervista ad Anna del 2/4/2021)

Il discorso sulla prevenzione del malessere psichico ha avuto un ruolo importante durante le interviste e, nonostante il filtro che spesso ha rappresentato il computer, ho potuto quanto a tutti gli intervistati stesse a cuore divulgare il proprio sapere e diffondere la consapevolezza che la salute mentale debba essere pubblica e non una semplice "questione privata". In questa prospettiva, immaginare che un evento di portata globale possa essere governato esclusivamente in una prospettiva emergenziale significa fare in modo che i problemi che affliggono la nostra società si cronicizzino, diventando impossibili da superare, generando sempre più disuguaglianze e sofferenza.

Per fare uno scatto in avanti, è necessario muoversi non solo nel campo della prevenzione, ma soprattutto nel campo della promozione della salute. Come mi ha riferito anche Diego, «Se io non so cos'è quella cosa lì, anche se mi dici che posso utilizzarla, io non la utilizzo». In questo senso, infatti, fare informazione e divulgazione sulla salute mentale significa muoversi nel campo della promozione della salute e della prevenzione. Ritengo che tali questioni meriterebbero degli approfondimenti in futuro.

Non c'è salute senza salute mentale: uno sguardo in prospettiva

L'impossibilità di programmare, di prendere decisioni a lungo termine, di poter incontrare i propri affetti e le proprie reti sociali, il distanzia-

mento fisico e la solitudine hanno avuto delle conseguenze sulla nostra vita. Insieme a queste emozioni la pandemia ha reso più evidenti fenomeni già esistenti, quali povertà, violenza sistemica e strutturale contro donne e soggettività LGBTQIA+, amplificando episodi di discriminazione e intolleranza. In generale, la pandemia causata da SARS-Cov-2 ha reso urgente un ripensamento complessivo del Sistema sanitario nazionale. Stando a un rapporto di AlmaLaurea risalente al 2018 «il 67,1% dei laureati in Psicologia lavora nel settore privato. È occupato nel ramo dei servizi sociali e personali il 35,2% dei laureati, del commercio il 16,8% e dell'istruzione e ricerca il 15,0%»²¹. Questa discrepanza – emersa anche durante l'incontro etnografico – tra il settore pubblico e privato comporta una grande difficoltà nel garantire continuità nei percorsi di cura. Affinché tale processo possa essere praticabile, occorre promuovere una cultura della salute e dei servizi capace di creare cittadinanza cognitiva e politica per l'azione locale dei servizi territoriali in senso partecipativo, mettendo in rete i contributi che ciascuno può offrire, proprio nello spirito della *Comprehensive Primary Health Care*²² (QUARANTA 2020). Come si legge nell'articolo di Gavino Maciocco pubblicato su *Salute Internazionale*:

La Banca Mondiale, divenuta nell'era neo-liberista di Ronald Reagan e Margaret Thatcher il vero *dominus* delle politiche sanitarie internazionali, attaccò frontalmente le conclusioni della Conferenza di Alma Ata: quel tipo di PHC era troppo costoso per i paesi in via di sviluppo (e questi paesi dovevano spendere quasi niente per la sanità) e andava sostituito con un modello diverso, basato su un numero molto ristretto e selezionato di interventi (*selective PHC*, in alternativa alla *comprehensive PHC*). Il dibattito sulle due diverse strategie della PHC ne sottendeva un altro: quale doveva essere il modo migliore di organizzazione ed erogazione dei servizi sanitari, orizzontale o verticale? Dove l'approccio orizzontale si propone di affrontare i problemi di salute della popolazione con la creazione di un solido sistema permanente di servizi sanitari generali di primo, secondo e terzo livello, e dove invece l'approccio verticale tende ad affrontare i diversi problemi di salute con l'istituzione di organizzazioni ad hoc. In sostanza l'approccio orizzontale è focalizzato sulle persone e sulla comunità, quello verticale sulle malattie. Le grandi agenzie internazionali, dalla Banca Mondiale all'Unicef, dagli anni '80 optarono per l'approccio verticale, annullando di fatto il ruolo della PHC nei paesi che dipendevano dai prestiti e dagli aiuti internazionali²³.

La riflessione di Maciocco restituisce pienamente il tortuoso percorso delle cure primarie da Alma Ata a oggi. Tuttavia, ritengo che la *Primary Health Care* (PHC) possa essere una funzionale chiave di lettura per ragionare un possibile rinnovamento dell'attuale Ssn che appare sempre più distante

dai reali bisogni di salute dei cittadini e inefficace nel creare delle risposte di partecipazione e di fiducia. Oggi PHC significa promuovere la salute attraverso la partecipazione per fornire a individui e collettività delle strategie utili a ottenere una piena autodeterminazione. In quest'ottica, anche nel campo della salute mentale, appare chiaro come delle scelte strategiche e di posizionamento siano fondamentali per costruire un sistema di salute accessibile ed eguale per tutti. Come scrive Minelli:

Diffusa è la consapevolezza fra gli operatori che per intervenire sui problemi di salute mentale il contesto più adeguato è la rete di relazioni negli ambienti in cui le persone vivono. Di fatto, solo un'organizzazione territoriale di servizi culturalmente sensibili, proattivi, in rapporto dinamico con le forme di vita comunitaria, può contribuire e produrre salute collettiva in una concreta realtà storica. (MINELLI 2020: 143)

Restano, tuttavia, ancora delle questioni aperte su cui si spera di essere in grado di costruire interlocuzioni e ulteriori spazi di ricerca in futuro. Volendo dare qualche spunto ulteriore, potrebbe essere utile continuare a indagare il rapporto tra il settore privato e quello pubblico e continuare a interrogarsi su come migliorare la sinergia tra questi mondi. In questa prospettiva credo che possa essere fondamentale provare a re-immaginare il ruolo delle comunità e dei soggetti coinvolti come attori dotati di *agency*: ciò vuol dire mettere in comunicazione il sapere biomedico con quelli che abbiamo già riconosciuto essere i rapporti di potere e le dinamiche politiche ed economiche esistenti, oltre che con le prospettive e i differenti punti di vista delle persone coinvolte, frutto di esperienze, vissuti, relazioni, credenze condivise e/o individuali:

Questo richiederà il superamento della sanità d'attesa, attraverso l'implementazione di azioni di salute d'iniziativa, l'incorporazione all'interno del sistema di funzioni, luoghi, spazi e competenze che rendano possibile la comunicazione, la mediazione e l'*empowerment* reciproco degli attori in campo: individui, comunità, servizi, gestori e decisori politici. La partecipazione, dunque, non dovrà dunque essere intesa in un'ottica di controllo sociale dei servizi, ma come un processo di co-costruzione dei percorsi assistenziali, delle politiche pubbliche per la salute e di una presa in carico integrata e comune, che sappia rispondere ai bisogni delle collettività. (*Primary Health Care*, Centro Salute Internazionale-Aps)

Dunque, proprio la mancanza di organico, i tagli e i dislivelli tra le Regioni rappresentano il principale ostacolo al libero accesso alla sanità pubblica. Tale insufficienza è ancora più significativa quando si parla di salute mentale. Sono molte le iniziative di monitoraggio a livello nazionale – e talvolta locale – sulle condizioni in cui versano i Dipartimenti di salute mentale.

Tuttavia, spesso si tratta di monitoraggi con scarse ricadute territoriali. Infatti, è proprio dal livello nazionale al locale le iniziative non trovano ricadute concrete ed è proprio qui che andrebbe restituita centralità alle comunità.

Immaginare che un evento di portata globale possa essere governato esclusivamente in modo emergenziale significa far sì che i problemi che affliggono la nostra società si cronicizzino, diventando impossibili da superare, generando sempre più disuguaglianze e sofferenza. Queste questioni non sono secondarie se pensiamo alle conseguenze a lungo termine della pandemia. Ogni esperienza raccolta durante le interviste costituisce un tassello utile per capire quanto sia centrale il ruolo della politica nella concertazione dei servizi sociosanitari. Dal campo è emerso, infatti, un contesto molto frammentato, in cui le risposte sono molto spesso diversificate da regione a regione. Per quanto riguarda la risposta dei presidi locali pubblici e privati mi sono state riportate delle differenze significative che meriterebbero delle comparazioni in futuro.

Note

⁽¹⁾ Questa necessità di riconoscimento si è sentita in modo molto evidente durante le interviste, ma non va intesa come un riconoscimento legale e di ruolo all'interno delle strutture sociosanitarie, quanto più a livello sociale e culturale, incentivando i meccanismi che facilitano l'accesso a questo tipo di prestazione sanitaria, ma anche spiegando l'importanza del lavoro sociale e di cura non come una vocazione. Quando ho iniziato la ricerca per la tesi, il bisogno di supporto psicologico per gli effetti della pandemia era appena diventato evidente. In questo caso, dunque, parlare di riconoscimento è utile a sottolineare il fatto che, a fronte di un grande bisogno, anche il supporto psicologico è stato demandato al volontariato generato dalle cordate e dalle reti di solidarietà che si sono attivate durante il primo *lockdown*. Volendo analizzare tale questione criticamente e con gli strumenti dell'antropologia, mi servirò delle riflessioni di Valentina Porcellana che nel suo libro su antropologia e welfare, citando de Leonardis, scrive: «oggi, l'allentamento dei diritti sociali e di cittadinanza lascia ampi vuoti in cui si moltiplicano le lacerazioni del tessuto sociale che creano divisioni nelle culture, nei sistemi simbolici, e crescono le forme di aggregazione frammentarie per segmenti e per opposizioni, in cui si alimentano logiche amico/nemico e regimi della paura e dell'autorità. Uno dei rischi del mercato sociale è appunto quello di alimentare e legittimare forme di privatismo in sistemi sociali e territoriali spesso già frammentati e parcellizzati. Il ricorso al volontariato, per esempio, è valutato generalmente in termini positivi, dati i suoi scopi "non utilitaristici" che sembrano opporsi alle logiche del mercato [...]. Il volontariato si esprime in un'ampia eterogeneità di forme che contribuiscono a orientare il campo delle politiche sociali in esso è considerato "buono per definizione" quando invece può rappresentare "la buona coscienza

della cattiva società”. La solidarietà su cui sembra basarsi l’azione volontaria, perlopiù di derivazione caritativa cristiana, più che richiamare i legami sociali designa una disposizione morale verso l’altro che appartiene alla coscienza del singolo individuo e ai principi morali che questi sceglie di seguire. All’interno del mercato sociale, la solidarietà, intesa come identificazione con una comunità di appartenenza, per differenza e opposizione da altre comunità e dalla società nel suo insieme, ha i connotati di un fatto di coscienza personale. Ciò rientra nelle tendenze attuali di mettere al centro l’individuo, ma senza che questo implichi reciprocità e dunque relazione» (PORCELLANA 2021: 32-33). Porcellana continua poi analizzando le implicazioni della teoria antropologica maussiana sul dono che, in questo caso, fa riflettere su quanto il lavoro di produzione e riproduzione sociale non sia, come dicevo in precedenza, da intendersi come un *bullshit job* o una vocazione in senso weberiano, ma sia da intendersi come lavoro a tutti gli effetti e degno del riconoscimento delle altre categorie mediche e sanitarie. Da qui si è reso necessario un cambio di prospettiva per cercare di immedesimarmi e mettermi nei panni dei miei interlocutori.

⁽²⁾ Per ulteriori approfondimenti si veda: <https://www.psy.it/la-professione-di-psicologo-e-professione-sanitaria.html#:~:text=La%20professione%20di%20psicologo%20%20C3%A8%20annoverata%20tra%20le%20professioni%20sanitarie,garantisce%20cure%20gratuite%20agli%20indigenti> (consultato il 13 maggio 2022).

⁽³⁾ Secondo i dati ISTAT di dicembre 2021 sull’occupazione, su 101mila nuovi disoccupati, 99mila sono donne. Questi numeri sono solo un esempio, ma mostrano ancora una volta come le crisi e i loro effetti sono tutt’altro che neutri. L’aumento del tempo passato tra le mura domestiche, inoltre, è stato causa di un incremento delle violenze, con conseguenze non indifferenti anche sulla salute mentale. Nel primo semestre del 2020, infatti, i femminicidi sono stati il 10% in più rispetto ai primi sei mesi del 2019; tra questi, il 90% è stato compiuto da persone della cerchia familiare e affettiva delle vittime. A tutto questo, sommiamo le violenze – aumentate con le restrizioni dovute alla pandemia – subite dalle persone LGBTQIA+ e denunciate dalle associazioni e dai collettivi politici. Le associazioni e i movimenti registrano, in generale, un aumento delle disuguaglianze sociali in tutti gli aspetti della vita (lavoro, salute, istruzione, in particolare). Per ulteriori approfondimenti si veda: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/338199> (consultato il 28 dicembre 2021); <https://sbilanciamoci.info/la-controfinanziaria-2022-di-sbilanciamoci/> (consultato il 28 dicembre 2021); <https://sbilanciamoci.info/la-spesa-dello-stato-secondo-lagenda-2030/> (consultato il 28 dicembre 2021); <https://www.nbst.it/993-effetti-di-covid-19-sulle-disuguaglianze-valutare-rispondere-mitigare-%20impatto-socioeconomico-sulla-salute-per-costruire-un-futuro-migliore.html> (consultato il 28 dicembre 2021); <https://sbilanciamoci.info/prima-le-persone-pandemia-e-riduzione-delle-disuguaglianze/> (consultato il 28 dicembre 2021).

⁽⁴⁾ Utilizzo in questa sede i termini “utente” o “paziente” perché sono stati utilizzati direttamente dagli intervistati per praticità di lessico, ma – come è emerso in un’intervista non citata in questo testo – questo linguaggio veicola un messaggio di “malattia” e di medicalizzazione per quanto riguarda “paziente” e di aziendalizzazione della salute per quanto riguarda “utente”. Quando si parla di mente – o meglio di “non salute mentale”, come mi ha riportato l’intervistato in questione – il termine malattia si configura

come fortemente organicistico. L'obiettivo dovrebbe essere quello di allontanarci da una visione della salute mentale puramente biologica, iper-medicalizzata, perché così facendo riusciamo a tenere davvero in conto di tutte le determinanti in salute, da quella fisica a quella mentale. Mi ritrovo in questa posizione, che può essere estesa anche al concetto di utente.

⁽⁵⁾ I nomi degli psicoterapeuti e degli psicologi citati, insieme a qualunque altra informazione che potesse rendere facilmente riconoscibili i soggetti che hanno preso parte alla ricerca, sono stati opportunamente modificati per questioni di anonimato e di tute della privacy, salvo laddove richiesto diversamente dagli intervistati e dalle intervistate. La scelta di non utilizzare un lessico inclusivo è funzionale a semplificare quanto più possibile la fruizione del testo. Ritengo opportuno specificare che nessun paziente ha preso parte alla ricerca, non essendo i principali soggetti della ricerca. Fatta salva questa premessa, il loro punto di vista è stato tenuto sempre in considerazione in quanto specifico posizionamento.

⁽⁶⁾ Nello specifico: uno psicoterapeuta delle emergenze; uno studente di psicologia selezionato per la esperienza di referente di Microarea nel contesto triestino; una psicoterapeuta sistemico-relazionale e una psicologa specializzanda Gestalt scelte per aver partecipato a sportelli di sostegno psicologico durante il *lockdown*; uno psicoanalista specializzato in DCA (disturbi del comportamento alimentare); un neuropsichiatra infantile; il restante gruppo è composto da psicoterapeute cognitivo-comportamentali.

⁽⁷⁾ Mutuo la definizione di posizionamento da Adrienne Rich e dalla teoria femminista, per cui "posizionarsi" significa riconoscere che si parte sempre da una prospettiva situata, non imparziale, definita dalle diverse condizioni materiali e simboliche in cui ognuna/o vive. La questione del posizionamento in antropologia ci ricorda come la relazione e l'incontro etnografico avvengano tra biografie, persone e corpi, come ci ricordano Malighetti e Molinari (MALIGHETTI, MOLINARI 2016: 191-192).

⁽⁸⁾ Riprendo la riflessione di Horwitz e Wakefield in merito a psichiatria e medicalizzazione: «Negli ultimi decenni la medicalizzazione ha costituito una delle principali tendenze sociali nelle società occidentali. Con essa si fa riferimento alla definizione e/o al trattamento medico (in questo caso, psichiatrico) di alcune condizioni che in precedenza non erano considerate alla stregua di malattie» (WAKEFIELD, HORWITZ 2009).

⁽⁹⁾ In *The Empire of Trauma*, Fassin e Rechtman ci restituiscono un contributo fondamentale sia sull'analisi delle emergenze sia sulle implicazioni che queste hanno nella vittimologia psichiatrica. In particolare, le loro pagine risultano interessanti poiché mostrano: «come gli attori sociali, ovviamente psichiatri e psicologi, ma anche vittime di incidenti, rifugiati, avvocati, militanti, si impadroniscono della categoria di trauma e della nozione di disturbo post-traumatico da stress, se ne appropriano, le riformulano oppure le trasfigurano». È proprio a partire da questa riappropriazione che si concentra questa riflessione. Utilizzare delle categorie dei saperi psicologici e psichiatrici non è, in questa sede, volto a tracciare una lettura psicologica della crisi, ma è utile per restituire la portata generale dell'evento di cui siamo stati testimoni. Inoltre, come continuano gli stessi autori: «È un modo di testimoniare il nostro debito nei confronti di quegli operatori che hanno accettato di lasciarci posare uno sguardo critico sulle loro pratiche; è un modo altresì di testimoniare la speranza che questo lavoro possa

essere utile a quelle donne e a quegli uomini tra i quali essi intervengono» (FASSIN, RECHTMAN in QUARTA 2020: 34).

⁽¹⁰⁾ Il concetto di “strutturale” si è sviluppato non solo all’interno dell’analisi antropologia medica critica, ma anche in seno all’analisi femminista della violenza di genere. In questo caso non è volto esclusivamente a evidenziare come le forme di violenza siano riprodotte all’interno delle stesse strutture sociali, ma è utile a riconoscere come oppressione e discriminazioni siano fenomeni pervasivi e intersecati tra loro, anche in relazione a fatti sociali totali e complessi come una sindemia. Qui è bene, inoltre, specificare il modo in cui Paul Farmer utilizza tale categoria rispetto al modo in cui violenza e disuguaglianze si dispiegano: «Il concetto di [violenza] strutturale mira a informare lo studio dei meccanismi sociali dell’oppressione. L’oppressione è il risultato di molte condizioni, non ultime quelle consapevoli» (FARMER 2006: 21-22). Infine, mutuo questo termine dalle teorie femministe intersezionali. L’analisi femminista sull’internazionalità ha, in questo caso, evidenziato le modalità in cui i rapporti di forza esistenti nella società si esplicano e si manifestano tra le diverse identità sociali (CRENSHAW 1989).

⁽¹¹⁾ Fonte Treccani: https://www.treccani.it/vocabolario/sindemia_%28Neologismi%29/ (consultato il 22 dicembre 2021).

⁽¹²⁾ Si veda: <https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/medicina-e-ricerca/2021-01-27/covid-sinpf-crisi-economica-lutti-e-paura-scatenano-sindemia-152226.php?uuiid=ADc6d5FB>; <https://www.i-com.it/2021/06/24/salute-mentale-pandemia/> (consultato il 26 ottobre 2022).

⁽¹³⁾ Questi dati sono contenuti nel documento di sintesi del tavolo tecnico del Ministero della salute, risalente a maggio 2021. Per un maggiore approfondimento si veda: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3084_allegato.pdf (consultato il 12 novembre 2021).

⁽¹⁴⁾ Per un ulteriore approfondimento si veda: <https://www.stateofmind.it/stigma/#:~:text=Psicologia%20%2D%20State%20of%20Mind&text=Il%20pregiudizio%20nei%20confronti%20dei,nei%20confronti%20delle%20persone%20malate> (consultato il 6 ottobre 2022).

⁽¹⁵⁾ Per un ulteriore approfondimento si veda: <https://www.psy.it/salute-lazzari-cnop-servono-risposte-a-psicopandemia> (consultato il 6 ottobre 2022).

⁽¹⁶⁾ Giada si riferiva al meccanismo delle zone gialle, arancioni e rosse adottato dal Governo Conte per differenziare su base regionale il contenimento della pandemia da Covid-19. Attraverso l’utilizzo di un algoritmo che analizza l’indice di contagio, lo stato delle terapie intensive e altri parametri, è stato possibile organizzare la gestione della pandemia in maniera mirata. Per un ulteriore approfondimento dello strumento delle “zone” si veda: https://www.huffingtonpost.it/entry/cerano-una-volta-i-colori-limpianto-anti-covid-italiano-che-non-vede-ancora-la-fine_it_6192294ae4b06c5987ca09e4/ (consultato il 20 dicembre 2021).

⁽¹⁷⁾ Per un ulteriore approfondimento si veda: https://www.who.int/health-topics/infodemic#tab=tab_1 (consultato il 6 ottobre 2022).

⁽¹⁸⁾ Per un ulteriore approfondimento si veda: <https://medicoepaziente.it/2022/covid-e-salute-mentale-stress-ansia-e-depressione-dopo-la-pandemia/>; <https://www.fatebenefratelli.it/blog/salute-mentale-irccs-brescia>; <https://www.secondowelfare.it/primo-welfare/innovazione-sociale/la-salute-mentale-tra-emergenza-covid-19-e-innovazione-sociale/> (consultato il 26 ottobre 2022).

⁽¹⁹⁾ Come riporta Guglielmo Propersi nel suo articolo intitolato *La competenza organizzativa come funzione psicologica nei Centri di Salute Mentale*: «Nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale italiano e delle sue articolazioni regionali, il Centro di salute mentale (CSM) è il servizio territoriale deputato al coordinamento degli interventi che trattano i problemi psichici dei cittadini. È parte del Dipartimento di Salute Mentale (DSM), che comprende anche il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC), le strutture semiresidenziali e residenziali. Attualmente la domanda rivolta al CSM può essere suddivisa in due aree: da un lato quella della malattia mentale, ovvero dei casi complessi, e dall'altro quella dei disturbi emotivi comuni (DEC) (CARLI, 2011; VARI, 2014). Nel corso degli ultimi anni, anche in rapporto alla progressiva diminuzione di risorse, il mandato istituzionale rivolto al Centro di salute mentale ha sempre più sollecitato l'impegno a considerare prioritario l'intervento con i casi complessi, limitando quello con i pazienti diagnosticati nella sfera dei DEC (Ministero della Salute, 2013). Tuttavia, l'area dei disturbi emotivi comuni rappresenta la maggior parte delle nuove domande ai CSM (Ministero della salute, 2016) e il suo trattamento si configura sovente come la principale area di tirocinio per gli psicologi specializzandi». L'analisi di Propersi è utile poiché mette in luce la conoscenza pregressa che i servizi avevano rispetto ai bisogni di salute mentale e che in modo continuativo poi vengono esposti dal SISM e dai vari Tavoli Tecnici ministeriali. In questa sede questa digressione ci serve per spiegare quanto sia rilevante agire in un'ottica di prevenzione.

⁽²⁰⁾ Per un ulteriore approfondimento si veda: <https://crpc.fitzcarraldo.it/come-pu%C3%B2-la-prospettiva-antropologica-dar-senso-al-dialogo-interculturale> (consultato il 6 ottobre 2022).

⁽²¹⁾ Dati di AlmaLaurea sul percorso formativo delle lauree in Psicologia: <https://www.almalaurea.it/informa/news/2019/05/08/la-laurea-magistrale-biennale-psicologia> (consultato il 19 settembre 2022).

⁽²²⁾ Per un ulteriore approfondimento si veda: https://www.treccani.it/magazine/atlante/cultura/Storie_Virali_Prospettiva_globale.html (consultato il 6 ottobre 2022).

⁽²³⁾ Per un ulteriore approfondimento si veda: <https://www.saluteinternazionale.info/2018/10/alma-ata-declaration-2-0/> (consultato il 29 novembre 2021).

Bibliografia

AIMA M. (2022), *Come può la prospettiva antropologica dare senso al dialogo interculturale?*, <https://crpc.fitzcarraldo.it/come-pu%C3%B2-la-prospettiva-antropologica-dar-senso-al-dialogo-interculturale> (Consultato il 6 ottobre 2022).

APPADURAI A. (2012 [1996]), *Modernità in polvere*, Raffaello Cortina, Milano.

- BODINI C., QUARANTA I. (2021), *COVID-19 in Italy: A New Culture of Healthcare for Future Preparedness*, pp. 443-455, in LENORE MANDERSON L., BURKE N.J. WAHLBERG A. (a cura di), *Viral Loads. Anthropologies of Urgency in the Time of COVID-19*, UCL Press, London.
- CANTELMÌ T. et al. (2020), *COVID-19: impatto sulla salute mentale e supporto psicosociale*, "Modelli della Mente", 1: 7-39.
- CIAMBEZI L. et al. (2020), *Prima le persone: Covid e riduzione delle disuguaglianze*, <https://sbilanciamoci.info/prima-le-persone-pandemia-e-riduzione-delle-disuguaglianze/> (Consultato il 28 dicembre 2021).
- CRENSHAW K. (1989), *Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: a Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics*, "The University of Chicago Legal Forum", Vol. 140(1): 139-167.
- CUONCI M., BARBERA F., CERETTA M. (2021), *L'emergenza Covid-19. Un laboratorio per le scienze sociali*, Carocci, Roma.
- D'AUTILIA M.L. (2021), *La spesa dello Stato secondo l'Agenda 2030*, <https://sbilanciamoci.info/la-spesa-dello-stato-secondo-lagenda-2030/> (Consultato il 28 dicembre 2021).
- FACCHI E., CARDAMONE G. (2017), *La salute mentale pubblica riformata dalla Legge 81: criticità e prospettive*, "GRUPPI", 1: 41-49.
- FASSIN, RECHTMAN (2009), *The Empire of Trauma. An Inquiry into the Conviction of Victimhood*, Princeton University Press, Princeton.
- GOOD B. (1999 [1994]), *Narrare la malattia*, Edizioni di comunità, Torino.
- GUIGNONI, FERRARI (2020), *Pandemia 2020. La vita quotidiana in Italia con il Covid-19*, M & J Publishing House, Danyang.
- HORTON R. (2020), *Offline: Covid Is Not a Pandemic*, "The Lancet", Vol. 396(10255): 874.
- KLEINMAN A., DAS V., LOCK (a cura di) (1997), *Social Suffering*, University of California Press, Berkeley.
- KOHR B.A., MENDENHALL E. (2016), *Global Mental Health. Anthropological Perspectives*, Routledge, New York.
- MACIOCCO G. (2018), *Alma-Ata Declaration 2.0*, <https://www.saluteinternazionale.info/2018/10/alma-ata-declaration-2-0/> (consultato il 29 novembre 2021).
- MALIGHETTI, MOLINARI (2016), *Il metodo e l'antropologia. Il contributo di una scienza inquieta*, Raffaello Cortina, Milano.
- MINELLI M. (2020), *Salute mentale e territorio*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", 40: 129-162.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2021), *Tavolo Tecnico Salute Mentale*, https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3084_allegato.pdf (consultato l'11 ottobre 2022).
- MINISTERO DELLA SALUTE (2020), *Rapporto salute mentale. Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM). Anno 2020*, https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3212 (consultato l'11 ottobre 2022).
- MORETTI C. (2022), *Persona, corpo e malattia. Il contributo dell'antropologia medica allo sviluppo di una medicina critica e autoriflessiva*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", 54: 163-178.
- NOVELLI I., VENEZIANO G. (2022), *La salute mentale tra emergenza Covid-19 e innovazione sociale* <https://www.secondowelfare.it/primo-welfare/innovazione-sociale/la-salute-mentale-tra-emergenza-covid-19-e-innovazione-sociale/> (consultato il 26 ottobre 2022).

- PECCARISI C. (2022), *COVID e salute mentale. Stress, ansia e depressione dopo la pandemia*, <https://medicoepaziente.it/2022/covid-e-salute-mentale-stress-ansia-e-depressione-dopo-la-pandemia/> (consultato il 26 ottobre 2022).
- PITZALIS S. (2018), *La costruzione dell'emergenza. Aiuto, assistenza e controllo tra disastri e migrazioni forzate in Italia*, "Argomenti. Rivista di economia, cultura e ricerca sociale", 10: 103-132.
- PIZZA G. (2005), *Antropologia medica: saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carrocci Editore, Roma.
- PORCELLANA V. (2021), *Antropologia del welfare. La cultura dei diritti sociali in Italia*, Licosia Editore, Ogliastro Cilento.
- QUARANTA I. (2006), *Introduzione*, "Antropologia", 8: 5-15.
- QUARANTA I. (2014), *Antropologia medica e salute globale*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", 37: 127-146.
- QUARANTA I. (2021), *Storie virali. Prospettiva globale e partecipazione comunitaria*, https://www.trecani.it/magazine/atlanter/cultura/Storie_Virali_Prospettiva_globale.html (consultato il 6 ottobre 2022).
- QUARTA L. (a cura di) (2020), *L'impero del trauma. Nascita del concetto di vittima*, Meltemi, Sesto San Giovanni.
- SARACENO B. (2018), *Che cosa è oggi la psichiatria? Luci e ombre della Global Mental Health*, "Rivista delle Politiche Sociali / Italian Journal of Social Policy", 2: 21-34.
- SINGER M. et al. (2017), *Syndemics and the Biosocial Conception of Health*, "The Lancet", Vol. 389 (10072): 941-950.
- SINGER M., CLAIR S. (2003), *Syndemics and Public Health: Reconceptualizing Disease in Bio-Social Context*, "Medical Anthropology Quarterly", Vol. 17(4): 423-441.
- STARACE F. (2022), *Il finanziamento pubblico della Salute Mentale e la necessità di un intervento straordinario*, https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=104573#:~:text=In%20Italia%20la%20spesa%20per,anche%20nelle%20Regioni%20e%20PP (consultato: 11 ottobre 2022).
- TAVAZZA G. (2005), *Prevenzione come cultura della salute mentale*, pp. 208-215, in DIGILIO G. (a cura di), *Pratiche e politiche per la salute mentale: insieme contro lo stigma: esperienze e progetti a Roma*, Armando Editore, Roma.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2019), *Tavolo di lavoro Tecnico salute mentale*, <https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=5231&area=salute%20mentale&menu=azioni> (Consultato l'11 ottobre 2022).
- TOMBESI A. (2021), *Zona bianca, gialla, arancione e rossa. Come funziona l'Italia a colori*, https://www.huffingtonpost.it/entry/cerano-una-volta-i-colori-limpianto-anti-covid-italiano-che-non-vede-ancora-la-fine_it_6192294ae4b06c5987ca09e4/ (Consultato il 20 dicembre 2021).
- TROUT, KLEINMAN, A. (2020), *Covid-19 Requires a Social Medicine Response*, "Frontiers in Sociology", Vol. 5, 26 ottobre 2020, <https://doi.org/10.3389/fsoc.2020.579991>.
- VENDER S. (2005), *Stigma interiorizzato e vergogna*, "Noos", Vol. 11(3): 233-243.
- VENDER S., POLONI N., GAMBARINI S. (2005), *La stigmatizzazione nella storia e nella cultura*, "Noos", Vol. 11(3): 149-166.
- WAKEFIELD J., HORWITZ A. (2009), *La medicalizzazione della tristezza: come la psichiatria ha trasformato una semplice emozione in un disturbo mentale*, "Salute e Società", 2: 56-74.

WHO (2020), *Health Inequity and the Effects of COVID-19: Assessing, Responding to and Mitigating the Socioeconomic Impact on Health to Build a Better future*, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/338199> (consultato il 28 dicembre 2021).

Scheda sull'Autrice

Alice Checchia è nata a Corato (BA) il 16 aprile 1994. Dopo essersi laureata presso l'Università di Bologna con una tesi in antropologia culturale intitolata *NI UNA MENOS, VIVAS NOS QUEREMOS. Autonomia e autogestione contro la violenza di genere*, ha proseguito i suoi studi in antropologia presso la stessa università laureandosi con una tesi in Antropologia del corpo e della malattia dal titolo *Oltre l'emergenza. La salute mentale attraverso gli occhi di psicologi e psicoterapeuti*. I suoi interessi di ricerca vertono in particolare sui temi della salute globale e territoriale, sulle politiche sociosanitarie di prossimità e di promozione e all'accessibilità alla salute. Durante il suo percorso di studi si interessa anche di violenza strutturale e violenza simbolica, genere, transfemminismi, con un'attenzione particolare ai percorsi di autodeterminazione e uscita dalla violenza.

Riassunto

Oltre l'emergenza: Covid-19 e psicopandemia in una prospettiva antropologica

Il presente lavoro esamina l'impatto psicologico e sociale della pandemia da Covid-19 attraverso la prospettiva situata di psicologi e psicoterapeuti. L'esperienza maturata sul campo ci ha portato a riflettere su quanto il Covid-19 sia una "malattia sociale" e del suo forte impatto in termini di sofferenza sociale. Scopo del presente lavoro è quello di analizzare, insieme ai professionisti del settore, la riconfigurazione dell'attuale modello di gestione e presa in carico dei pazienti e analizzare criticamente il ruolo degli operatori sociosanitari nell'ambito della salute mentale durante la pandemia.

Parole chiave: pandemia, salute mentale, salute globale, salute pubblica

Resumen

Más allá de la emergencia: Covid-19 y la psicopandemia desde una perspectiva antropológica

Este artículo examina el impacto psicológico y social de la pandemia de Covid-19 desde la perspectiva de los psicólogos y psicoterapeutas que han trabajado en este campo. Nuestra experiencia sobre el terreno nos ha llevado a reflexionar sobre hasta qué punto Covid-19 es una "enfermedad social" y su considerable impacto en términos de sufrimiento social. El objetivo de este estudio es analizar, junto con los profesionales del sector, la reconfiguración del modelo actual de gestión y atención a los pacientes así que analizar críticamente el papel de los trabajadores sociales y sanitarios en el ámbito de la salud mental durante la pandemia.

Palabras clave: pandemia, salud mental, salud global, salud pública

Résumé

Au-delà de l'urgence: la Covid-19 et la psycho-pandémie dans une perspective anthropologique

Cet article examine l'impact psychologique et social de la pandémie de Covid-19 à travers la perspective de psychologues et psychothérapeutes ayant travaillé dans ce domaine. Notre expérience sur le terrain nous a amenés à réfléchir à la mesure dans laquelle la Covid-19 est une «maladie sociale» et à son impact considérable en termes de souffrance sociale. L'objectif de ce travail est d'analyser, avec les professionnels du domaine, la reconfiguration du modèle actuel de gestion et de prise en charge des patients et d'analyser de manière critique le rôle des travailleurs sociaux et sanitaires dans le domaine de la santé mentale pendant la pandémie.

Mots-clés: pandémie, santé mentale, santé mondiale, santé publique

Alla corte del dubbio: la pandemia di Covid-19 tra vecchia guardia e nuove reclute no-vax

Corinna Santullo

Università degli Studi di Roma La Sapienza
[corinna.santullo@uniroma1.it]

Abstract

At the Court of Doubt: The Covid-19 Pandemic between Old Guard and New Anti-Vaccines Recruits

In the early stages of the Covid-19 pandemic, it is anticipated that anti-vaccination activists will either disappear or change their minds in response to the virus threat. However, inequality, a sense of precarity, and fragmentary and contradictory information also spread with the disease. In this setting, mistrust and suspicion of institutions and science flourish, and opponents of vaccination feed their own ranks. Health care is negatively impacted by Covid-19, and many rights are already deteriorating. The pandemic draws attention to pre-existing exploitation and inequality while also highlighting them more clearly. In this case, positions that do not tolerate shades are triggered (for or against vaccinations, for or against the green pass, etc.). This depoliticizes the meanings of doubt, feeding conflicts and intra-class divisions. This hides the political responsibilities—of all of us—that made the Covid-19 advent extremely dramatic.

Keywords: Covid-19, anti-vaccination, movements for the freedom of therapeutic choice, inequalities, science and democracy

Introduzione

Questo lavoro è parte di una ricerca iniziata nel 2016 e inerente ai temi dell'esitanza e del rifiuto vaccinale, una ricerca cominciata ben prima del sopraggiungere del tempo pandemico e, peraltro, altrove, cioè in Etiopia, quando nelle vite di noi tutti non avevano ancora fatto irruzione i roboanti schieramenti *no-vax* e *sì-vax*. Condotta con un approccio prevalentemente qualitativo, attraverso il metodo e la scrittura etnografica, la ricerca si è poi estesa in Italia nel 2018, concentrandosi in particolare sull'esplorazione

delle diverse razionalità in rapporto all'attribuzione di senso che investe la pratica immunizzante.

Se in Etiopia l'ambiguità e l'estraneità del mio ruolo di ricercatrice ha suscitato spesso il dubbio, tra i miei interlocutori, che io potessi essere una spia di un "poco democratico" governo locale – e se ciò in quel contesto non mi ha mai colta di sorpresa¹ – inaspettata è invece l'estrema diffidenza che caratterizza il mio ingresso come studiosa nel mondo *no* e *free-vax* proprio qui "a casa"². In questo nuovo contesto sono parimenti sospettata di essere una possibile spia, un "troll", una giornalista a caccia di scoop esplosivi, o alla peggio una delatrice³. Qui il paradosso, un'antropologia "a casa" è anche un'antropologia del "noi", eppure i miei informatori «[...] senza dubbio "altri da me" [...] mi hanno chiaramente mostrato di considerarmi "altra da loro"» (SIGNORELLI 1996: 24). Quasi subito e quasi sempre devo mettere da parte i dispositivi di registrazione durante le interviste semi-strutturate, privilegiando le conversazioni informali – da annotare prontamente appena lasciato l'informatore – e l'osservazione partecipante, o meglio l'«osservazione della partecipazione» (TEDLOCK 1991), vale a dire quell'immersione completa nel contesto di ricerca su base riflessiva e auto-riflessiva. Subito si presenta la necessità di trovare, in questa nuova comunità, un "mio posto" che sia per i miei interlocutori legittimo e apprezzabile. Ciò ha poco a che fare con l'acquisizione da parte dell'antropologo dello status di «guest» (PITT-RIVERS 2012); allo straniero-antropologo non è richiesto di apprendere il codice di comportamento necessario nella relazione con il suo «host». L'iniziale avversità alla mia condizione di straniero-sconosciuto e pericoloso è sospesa solo dopo aver dato prova di sincera empatia, lontana dall'immagine dello studioso asettico e imperturbabile dell'accademia e dei laboratori; quest'ultimo, per le persone che incontro, è troppo vicino all'idea di "nemico", incapace di vedere la «realtà vera» – mi dicono –, quella tangibile, quotidiana.

Oltre ai *no-vax*, moltissime sono le voci ascoltate: *free-vax*, *no-Covid-vax*⁴, esitanti⁵, medici e pediatri specializzati in medicine alternative e complementari. Sono numerose e mai riconducibili ad un vero e proprio gruppo coeso le persone che incontro, le cui storie mi permettono ad un tratto di esplorare numerosi punti di vista sull'antivaccinismo, punti di vista che proliferano soprattutto durante la pandemia di Covid-19.

In tale ottica, per stabilire i primi contatti all'interno del mondo del dissenso vaccinale, ho scelto di entrarvi nelle occasioni e nei luoghi deputati alla "resistenza" e all'organizzazione pratica dell'obiezione. Manifestazioni

contro l'obbligo vaccinale e riunioni sul dissenso informato o sul rifiuto del consenso, organizzate da alcune associazioni per la libertà di scelta operanti sul territorio italiano, costituiscono la porta d'accesso per la conoscenza e la frequentazione di militanti aderenti ad associazioni *no-vax* e di genitori *free-vax*. Lo scavo etnografico e la costruzione di una rete di contatti mi avvicina gradualmente ad un altro gruppo di attori sociali, lontani dalle piazze chiassose del rifiuto vaccinale, un gruppo formato da persone che vivono un dubbio intimo, che sono immerse in quell'ampia zona d'ombra nella quale si situa silenziosa l'esitanza vaccinale.

Poi cambia tutto. L'11 marzo 2020, con la dichiarazione di stato pandemico da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la mia ricerca sul campo italiano si interrompe. Mentre intraprendo la prima restituzione scritta del mio lavoro, nella primavera del 2022⁶, abbiamo alle spalle la fase più dura della pandemia; a quel tempo, l'immobilità fisica entro la quale sono confinata a causa del *lockdown* annienta ogni possibilità di proseguire l'osservazione partecipante tanto essenziale nella pratica etnografica. Ciò sembra vanificare quella prossimità che, perpetuata nel tempo, rappresenta la condizione ineludibile per cogliere i segni dell'altro e mantenere un legame di fiducia. Paradossalmente, mentre tutto si arresta, il mio campo di ricerca esplose: vaccini e vaccinazioni diventano argomento quotidiano e oggetto di "sciaccallaggio" mediatico, politico ed accademico. Le teorie del complotto e il dubbio nei confronti della scienza e delle istituzioni nel loro complesso non sono più appannaggio di gruppi che erano (o si presumevano) ristretti e in qualche modo minoritari in seno alla opinione pubblica. Il dubbio, il sospetto nascono e dilagano anche oltre le loro usuali "sorgenti", molto oltre quegli orizzonti di pensiero solitamente percorsi dai miei informatori *free* e *no-vax* di prima del Covid-19.

La pandemia mi conduce inevitabilmente a mutare modalità e prospettive di ricerca, senza abbandonare quegli interlocutori legati ai *movimenti del diniego*, incontrati fino ad allora; costoro – è il caso di dire da un giorno all'altro – diventano i protagonisti di una nuova fase del dissenso, alle prese con uno scenario mondiale trasformato e immobilizzato dalla malattia e in corsa per la produzione di un nuovo vaccino contro il Covid-19.

La ricerca si compone di nuove modalità di comunicazione caratterizzate dal continuo contatto-scambio che si impone sulla distanza fisica, ma anche dalla difficoltà di trovare una mediazione nella connessione permanente. Chiamate, video-chiamate, focus-group a distanza divengono ulteriori strumenti di ricerca, mentre nuovi informatori si aggiungono ai

vecchi: in poco tempo i miei interlocutori di “vecchia data”, con i quali sono riuscita ad instaurare un rapporto di fiducia, mi inseriscono in diverse chat private, in gruppi Telegram e WhatsApp riservati agli argomenti dedicati al dibattito sugli avvenimenti e sulle speculazioni inerenti alla pandemia.

Nel tempo pre-pandemico diverse sono state le difficoltà iniziali circa il mio inserimento nel mondo (se non clandestino, ricco di nascondimenti e nascondigli) per la libertà di scelta vaccinale e terapeutica, soprattutto per abbattere la profonda diffidenza nutrita nei miei confronti: né genitore, né *no-vax*, in qualche modo percepita come potenziale nemico. Nel nuovo contesto pandemico ho dovuto in molti casi ricominciare da capo quel lungo lavoro di costruzione della fiducia e di introduzione al campo. In particolare, il mio inserimento nelle chat private di piccoli gruppi *no* e *free-vax* ha ricalcato le stesse modalità di accoglienza che mi erano state riservate al mio ingresso nei “loro” luoghi e spazi di incontro.

Al principio di questo contributo si vedrà come nella prima fase dell'emergenza epidemica molti ipotizzano l'estinzione dei *no-vax*. Non esauribile ad un “semplice” sistema di credenze, il dubbio, anche perché emarginato, depolitizzato, patologizzato acquisisce linfa nel contesto pandemico: mentre si proclama la loro fine, i *no-vax* nutrono le proprie file. D'altronde, la questione della diffusione e radicalizzazione dell'antivaccinismo, e delle ideologie ed i radicalismi ad esso connesso, rappresentano alcune delle principali ragioni che mi hanno spinto, in tempi “non sospetti”, ad indagare tali tematiche. Inoltre, alla luce della pandemia, in questo contributo, pur riconoscendo il grande risultato scientifico raggiunto con lo sviluppo veloce dei vaccini anti-Covid-19 e il successo delle campagne vaccinali nei paesi occidentali, si intende evidenziare, anche e soprattutto in vista del futuro, come l'evento pandemico è stato reso più drammatico dall'impiego di strategie sanitarie discriminatorie intranazionali e internazionali. Si vedrà come nel contesto dello stato di emergenza e delle misure di contenimento della pandemia, in cui il caos e l'improvvisazione hanno talvolta prevalso nelle decisioni politiche e scientifiche, l'exasperazione delle teorie del dubbio denunciano – anche per mezzo di teorie della cospirazione – il disagio dinanzi alla connessione ambigua e opaca tra politico e biomedico. In tale contesto, per i *no* e *free-vax* incontrati, il Covid-19 pare diventare la conferma di una profezia annunciata, in cui sembrano realizzarsi quelle (pre)visioni distopiche che già alimentavano l'immaginario del sospetto prima della pandemia, come, ad esempio, l'instaurazione di una «dittatura sanitaria». Infine, si vedrà come il Covid-19 ha aggiunto peso a una sanità

e a dei diritti già in declino e gettato luce su condizioni di sfruttamento e diseguaglianza preesistenti, aggravandole.

Prima di andare avanti, desidero sottolineare come tale tipo di ricerca ha richiesto uno sforzo emico particolarmente impegnativo che, seppur volta alla sospensione del giudizio, per uno sguardo particolarmente “politicizzato” nella controversia *no-vax*, *sì-vax*, potrebbe apparire un tentativo di “parteggiare” con i miei soggetti di indagine. Piuttosto che utilizzare le narrazioni ascoltate in questi anni per innestarmi su un certo fazioso – e paradossale – scontro tra scienza e anti-scienza, l’intento è quello di comprendere le diverse motivazioni che popolano il mondo per la libertà di scelta terapeutica. Per evitare ogni fraintendimento, anticipo che perseverare in posizionamenti radicali esclude la possibilità della riflessione critica e l’approfondimento di ciò che rende efficaci e vere le teorie del dubbio *per gli attori sociali coinvolti*, con la conseguente impossibilità di comprendere e intervenire sulla loro diffusione.

Dove sono finiti i no-vax?

A febbraio 2020 il SARS-coV-2 è ancora una minaccia sottovalutata⁷. Molti sono stati i virologi che in questo periodo regolarmente occupano le testate dei giornali e i salotti dei talk-show, spesso minimizzando la possibilità di arrivo di un fenomeno epidemico (tutt’al più il virus è considerato alla stregua di una semplice influenza⁸). Poco dopo ci si trova immersi in quel frastornante rumore di voci sovrapposte, che caratterizza e segna il definitivo passaggio che va dalla sottovalutazione della pandemia al panico dell’emergenza⁹.

Prima di andare avanti, occorre innanzitutto sottolineare come gli attuali *no-Covid-vax* e *no-green pass* si siano innestati su tendenze culturali preesistenti e, talvolta, attraverso movimenti per la libertà di scelta¹⁰ già radicati sul territorio. Inoltre, i nuovi esitanti e *no-Covid-vax* hanno una propria specificità dipendente dal contesto in cui nascono e del quale si alimentano: quello del *lockdown*, delle misure di contenimento dell’epidemia, dell’isolamento. Coloro che potremmo definire *no-Covid-vax* non condividono, ad esempio, con i *no-vax* pre-pandemia, la genesi e l’esperienza, né condividono sempre con i *no-vax* militanti di “ieri” l’organizzazione in reti, l’associazionismo e le pratiche politiche del quotidiano. Se la volontà di indagare tali movimenti e, più in generale, di interrogarmi circa la sfiducia nutrita nei confronti della scienza, trae origine dal pericolo di una sua

diffusione, è quest'ultima che – complice la pandemia, come evento catalizzatore – oggi si palesa dinanzi ai nostri occhi. Eppure, all'inizio dell'epidemia molti – scienziati, politici, intellettuali – si chiedono dove siano finiti i *no-vax*, ipotizzandone l'estinzione e/o la conversione¹¹.

Tuttavia, l'interpretazione del “silenzio” come un battere in ritirata da parte dei *no* e dei *free-vax*, non solo è al tempo prematuro, ma palesa quanto si è continuato (e si continua) a parlare – e ad inasprire gli animi – di un mondo di cui nella realtà si conosce ben poco, interpretandolo solo attraverso l'anonimia furiosa dei social network. Interessante è il punto di vista di Emmanuel, di cui è bene delineare in breve la figura. Impiegato statale, il mio interlocutore milita in un'associazione *no-vax* da circa dieci anni, cioè da quando, a suo dire, sua figlia sarebbe stata danneggiata in modo irreversibile da una reazione allergica grave causata dal vaccino contro il morbillo. Il paradosso, egli afferma, è che tale danno gli sarebbe stato solo parzialmente riconosciuto dallo Stato, concedendogli solamente l'esenzione dall'inoculazione di ulteriori vaccini obbligatori. Da allora Emmanuel spende gran parte della sua vita «a sensibilizzare l'opinione pubblica sulle possibili reazioni avverse ai vaccini e a non fidarsi ciecamente di tutto quel che dicono i medici, i politici o i media» (Emmanuel, 14/9/2019).

Ancora non hanno capito quanti siamo diventati ad aver capito che c'è qualcosa che non va, che non torna. È normale che una certa fetta di persone abbocherà, ma tutti quelli che prima erano semi-svegli ora si stanno svegliando del tutto. Per ogni tot di gente che costringono a stare in casa, a chiudere bottega eccetera, un tot di gente si incazza. Per adesso facciamo il punto, prendiamo informazioni, sentiamo quelli che ci sono più vicini e che cominciano a dubitare, pure quelli che fino a ieri ci chiamavano terrapiattisti. Se lavoriamo bene questi staranno con noi anche domani, quando il Covid sarà un ricordo. È il momento del risveglio (Emmanuel, *no-vax*, 2/5/2020).

Questa stessa retorica del “risveglio” che troviamo nelle parole di Emmanuel la ritroverò spesso tra i militanti *no-vax* pre-pandemia – che, da un giorno all'altro, vedono crescere intorno a loro il dubbio e il sospetto verso ciò che accade –, sempre attraversata da una tensione morale. Ciò che Emmanuel rileva non è molto distante dalla realtà che si stava, in quel momento, delineando. Quel che accade all'interno dei “movimenti per la libertà di scelta” all'inizio della diffusione del virus è tutt'altro che ritirata, paura, conversione o silenzio; il dibattito si è solo spostato altrove: nel privato i *no-vax* “di prima e di sempre” raccolgono e riorganizzano le informazioni e i nuovi campi di battaglia.

Il dubbio, emarginato, acquisisce linfa nel caos dell'ipertrofia di informazioni e commenti. Una abbondanza di notizie drammatizzate, amplificate, abnormi e spesso non verificate invade i social network e i media, con protagonisti anche alcune personalità politiche ed esperti del mondo scientifico; tutto accade così rapidamente e caoticamente che, a febbraio del 2020, l'OMS (SITUATION REPORT-13) decide di adottare il termine «infodemia» per denunciare la situazione di caos mediatico. Si tratta in realtà di un termine coniato molti anni prima da Rothkopf (2003) in relazione alla SARS (*Severe acute respiratory syndrome*) e consterebbe in «un insieme di pochi fatti che, mischiati con paura, speculazioni e voci, amplificati e trasmessi velocemente in tutto il mondo dalle moderne tecnologie dell'informazioni, hanno influenzato le economie nazionali e internazionali, la politica e persino la sicurezza in modi del tutto sproporzionati rispetto alla realtà concreta. Si tratta di un fenomeno che abbiamo visto con maggior frequenza negli ultimi anni, non solo in rapporto, per esempio, alla SARS, ma anche in risposta al terrorismo, e persino in relazione ad eventi minori come gli avvistamenti degli squali»¹². È dunque questo il – caotico – contesto in cui, mentre si proclama la loro fine, i *no-vax* nutrono le proprie fila.

Tra i miei interlocutori di questi ultimi anni c'è Katia, maestra specializzata in pedagogia steineriana-libertaria e insegnante di yoga. Katia, già da anni *no-vax*, durante la pandemia consolida le sue opinioni, mentre prova ad attrarre e a riunire persone che, mi dice, ormai stanche, avrebbero «finalmente aperto gli occhi».

Ma Renzi che dice «qualche anno fa i *no-vax* [...]» pensa che siamo spariti o che ci siamo convertiti al vaccinesimo secondo Matteo?¹³ Gli prenderà un colpo quando capirà quanti siamo diventati rispetto a qualche anno fa. Siamo più di prima, ce ne siamo accorti e ci stiamo unendo. Stiamo partendo dalle piccole cose, che ora possono sembrarti inutili o premature, ma vedrai, non è così. Mi sono licenziata dalla scuola [statale] dove stavo, ora lavoro in una scuola parentale. Chi di noi può farlo, perché ha lo spazio, sta mettendo su un orto; un paio di amici si sono anche fatti staccare la rete elettrica. Abbiamo stilato una lista di tutti i medici fuori dagli schemi, stiamo allargando la rete di famiglie con bambini per garantire ai nostri figli la socialità [durante il *lockdown*], ma anche per organizzare tra di noi scambi di vario tipo, da generi alimentari a oggetti, a competenze e servizi. Cerchiamo di essere il più possibile autonomi facendo rete sia con chi già la pensava come noi che con quelli che si stanno svegliando; siamo in tanti, molti di più di quelli che ci vogliono far credere. (Messaggio istantaneo in chat privata con Katia, *free-vax*, del 24/4/2020).

Interessanti sono anche le parole di Giorgio, negoziante del centro di Roma, il quale, a differenza di Emmanuel, non ha un passato nelle file del movimento per la libertà di scelta vaccinale e terapeutica. Giorgio non vanta neppure un particolare interesse per il campo politico o per il sociale, mentre vive la sua “conversione al dubbio” e la sua adesione al movimento *no-green pass*¹⁴ come una sorta di epifania:

Non siamo un partito o un movimento religioso, siamo persone che hanno deciso di reagire e combattere. Abbiamo i nostri legali, le nostre scuole, i nostri medici. Siamo uniti ma dispersi. Non alimentiamo bassi istinti come panico e paura, ciò avvantaggia solo chi vuole istituire un regime totalitario dove vige un pensiero unico inappellabile. Noi siamo pronti a combattere contro ogni imposizione, ogni legge liberticida, non siamo più obbedienti e soggiogati, siamo il nuovo umanesimo. (Giorgio, *no-green pass*, 12/9/2021)

La crescente diffidenza che si insinua nella popolazione è vista da Giorgio come una sorta di “rinascita delle coscienze” dal «soggiogamento» e dall’«ubbidienza», che si leva contro «ogni legge liberticida». Tale percezione, che torna frequentemente nei discorsi intrattenuti con i miei informatori, non solo rende meno solitario il percorso della disobbedienza, ma spesso si carica di un proselitismo che deve essere nutrito anche attraverso la conoscenza e l’esperienza di chi “già aveva capito”. È questo, ad esempio, il caso di Yari, quarantenne, “nuovo” al mondo dell’antivaccinismo e che, anche grazie alla sua esperienza lavorativa in qualità di motivatore, riesce immediatamente ad attrarre attorno a sé un buon numero di conoscenti e amici su posizioni assolutamente contrarie al *green-pass*; fin da subito noto come riesca con disinvoltura a mescolare nei suoi discorsi parole d’ordine della destra radicale con principi liberali, soffermandosi in particolare sull’autodeterminazione.

Non vogliamo più essere schiavi di un sistema oscuro, vogliamo la libertà di scelta, quella della cura, dell’informazione, della ricerca e della medicina oneste e trasparenti per una nuova umanità. Il corona virus può portare o al declino o alla salvezza dell’umanità. Noi abbiamo deciso di combattere per la seconda, per ridare all’uomo la sua dignità, per creare un nuovo umanesimo. (Yari, *no-green pass* e *no-Covid-vax*, 20/6/2021)

Dunque, alla narrazione del “risveglio” dei vecchi *no-vax* si lega quella di coloro che, come Giorgio e Yari, si sentono ormai destati dal torpore di un lungo sonno – vicini o ormai nelle linee dei movimenti *no-green-pass* o *no-Covid-vax* – e che spesso si definiscono forieri di un «nuovo umanesimo».

L’arena indefinita e lontana in cui l’immaginario ha a lungo confinato i *no-vax*, al tempo del Covid-19 si concretizza nelle nostre case e nei nostri

luoghi di lavoro. Non si tratta più di individui distanti dal mondo concettuale e dagli spazi che usualmente occupiamo, ma di persone che incontriamo nel quotidiano, come Giorgio e Yari. La conversione inaspettata di una zia, di un fratello, di un collega entrano ancor più di prima in conflitto con i precedenti tentativi di tracciare un profilo rigido¹⁵ di coloro che innanzitutto rivendicano – attraverso i discorsi sui vaccini e sul mondo in cui essi si inseriscono – la libertà di scelta, l'autodeterminazione e la trasparenza. Allo stesso tempo si sgretola quella distanza tranquillizzante, raggiunta attraverso la loro normalizzazione classificatoria, mentre irrompono durante la pandemia come elemento perturbante.

Tra disobbedienza e bene comune

Quelle che seguono sono le parole di David, un informatore che ho incontrato ben prima dell'evento pandemico. La contestazione di David contro le istituzioni inizia quindici anni fa, quando soffrendo l'inaspettata condizione di esodato¹⁶ bancario, egli vede tradita ogni sua aspettativa e fiducia nei confronti dello Stato, incolpandolo di averlo lasciato senza reddito, pensione o altre essenziali forme di tutela. Ben presto, il rancore di David si rivolge anche alla biomedicina quando, dopo un grave incidente in moto, resta claudicante a causa di un errore medico. David mi racconta che i medici avrebbero insabbiato lo sbaglio – causa di menomazione permanente – precludendogli ogni possibilità di ottenere un risarcimento. La strada che lo porta al dissenso vaccinale, a quel punto, è breve. Diventa un'attivista poco dopo.

Non è mai esistito un dibattito vero, proficuo e trasparente sulla sicurezza del vaccino. Impediscono a voci libere e indipendenti di informare i cittadini. Questo crea un precedente inquietante. Non si rendono conto che la censura ci fa capire che hanno paura e che noi siamo sulla giusta direzione. Ad esempio, hanno rimosso un'intervista a Miedico¹⁷, è la terza volta di seguito in un mese che un video di Byoblu¹⁸ viene oscurato. Non è questa la democrazia! Gli informatori ufficiali sono i depositari dell'unica verità. C'è solo una chiave di lettura possibile a questo, mi viene da pensare che in questo periodo qualunque notizia è tacciata di fake probabilmente è vera e attendibilissima, ma da così fastidioso da essere screditata a tutti i costi (David, *no-vax*, 10/4/2021).

All'interno degli ambienti analizzati, caratterizzati dal sospetto e dal rifiuto dei vaccini, dunque, una delle critiche costanti è la mancanza di un dibattito pubblico plurale che possa contribuire a dare delle risposte chiare

e trasparenti alle molte domande che attanagliano il sentire comune delle persone. Tale critica si lega sovente ad un'altra: la messa a tacere di ogni forma di dissenso. Nel caos dell'evento pandemico si è invece preferito privilegiare la visione di una «scienza non democratica», di un dibattito pubblico esclusivo tra soli scienziati, o tra scienziati e specialisti dell'informazione; tale scelta è poi però paradossalmente implosa in una pluralità di visioni contraddittorie sul virus e sulle misure per il suo contenimento. Si assiste a una spirale di accuse e denigrazioni verso alcuni medici che contrappongono alle dichiarazioni di certezza – che tuttavia poggiano su una ancora nebulosa e frammentaria conoscenza del virus (LEONE 2020) – l'invito alla cautela e all'approfondimento di dati ancora incerti, essendo chiaro che in una prima fase, appunto emergenziale, si debba procedere per tentativi (BROGONZOLI *et al.* 2020: 10). Fin da subito accade che, come sostiene Vardanega (2020: 79), chi non crede agli esperti, alla scienza, è additato come irrazionale, analfabeta funzionale; tali epiteti, rivolti a chi contesta l'autorità dei saperi di cui gli esperti sono, o dovrebbero essere, portatori, sono però incapaci di interrompere il *loop*, alimentando la polarizzazione del dibattito.

Ciò inevitabilmente influenza anche il processo di accettazione del vaccino. Questo è quel che accade, ad esempio, a Leonardo, insegnante di matematica e fisica in un liceo della capitale. Conosco Leonardo prima della diffusione del Covid-19, durante l'open-day di una associazione di educazione in natura. Da subito il mio informatore mette in chiaro che egli non rifiuta le vaccinazioni e che, piuttosto, sostiene l'importanza di «una medicina preventiva immuno-riequilibrante, che utilizzi sostanze naturali» (Leonardo, 1/11/2019). Fin dai nostri primi incontri, Leonardo si dichiara deluso dalla politica e, più in generale, dalle istituzioni, con continui accenti critici nei riguardi della globalizzazione e dei suoi danni inarrestabili.

La medicina è un'arte che si avvale di discipline scientifiche, ogni farmaco somministrato, ogni vaccino, ogni esperimento e intervento è una scommessa. Pure davanti all'evidenza di approcci medici inopportuni, di vaccini ritirati continua il mantra della scienza non democratica, infallibile. La situazione è grave per tanti motivi, a questo punto mi rendo conto che abbiamo a che fare con una legge sanitaria marziale per scopi che vanno anche oltre il corona virus. Ieri non ci facevano parlare ma almeno potevamo riunirci e manifestare, oggi neanche più quello. Allora è ovvio che la storia del contagio è strumentalizzata; hanno cominciato ad isolarci con l'abuso di Android e Amazon, ora lo fanno con l'epidemia. Dobbiamo organizzare una resistenza concreta. La gente è più sveglia di due anni fa e tra qualche

mese lo sarà anche di più. È ovvio che ci sarà sempre il covidiota di turno, ma tieni presente che nel frattempo la gente si sveglia e si fa venire i dubbi. Non serve che il 99% della gente sia consapevole, le cose a livello storico, sociale, economico sono sull'orlo del crollo, stanno tutti perdendo lo scettro. (Leonardo, 10/3/2020)

Corroborate dal dubbio, nelle parole di Leonardo emergono nuovamente le retoriche del risveglio, dell'unione e della lotta. I suoi discorsi esplicano come, in tale contesto, si diffonda l'interpretazione della biomedicina come qualcosa di molto più simile ad un'arte pratica e sperimentale che alla scienza esatta e inoppugnabile. Se la "scienza come arte" è senz'altro una descrizione realistica della medicina, il problema è che la si "riscopre" in tempi di "crisi" collettiva in modi generalizzati e distorti. Tale percezione va in taluni casi a coniugarsi al diniego della vaccinazione anti-Covid-19, nonostante sia riconosciuta dalla comunità scientifica come l'unico strumento per contrastare lo stato di pandemia globale. C'è allora da chiedersi perché e come tale percezione della medicina, oggi, si diffonda traducendosi nel collasso di ogni residuo positivistico – proprio mentre se ne ribadisce una funzione «soteriologica» (GOOD 2006) – e nell'attrazione verso teorie alternative al paradigma biomedico.

Esemplare a tal proposito è la vicenda di Layla. Prossima alla pensione, Layla è una donna originaria dell'Egitto e lavora come interprete in Italia da più di quarant'anni.

Ci trattano come imbecilli, non ci dicono niente, non ci fanno capire niente di quel che sta succedendo. Neanche ci possiamo fare un'opinione sul virus, ad esempio informandoci da soli, perché solo gli scienziati possono averle, oppure perché non saremmo neanche capaci di capire quello che leggiamo. Queste sono le esigenze del progresso, toglierci tutto, la parola, la conoscenza, e poi tutto il resto. È per questo che la scienza è uno strumento di potere che evita in tutti i modi il confronto. È necessaria una medicina indipendente dalle industrie e dalla politica, aperta alla pratica di cure e metodi alternativi. (Layla, 7/7/2020)

Durante la pandemia per Layla, come per la maggior parte dei miei interlocutori, la pandemia ricalca una frattura, da essi avvertita come in espansione, un abisso tra due mondi: quello della scienza e quello della cittadinanza, considerati sempre più come due piani comunicabili. La mancanza di coinvolgimento della popolazione denunciata dai miei interlocutori e le poche o superficiali spiegazioni delle "cose di scienza" portano nel dibattito dei dissidenti a una sequela di parole d'ordine che essi caricano di immaginari distopici e di speranze tradite, come nel caso di Alessia, un'at-

trice di origini siciliane che vive nella campagna romana da più di vent'anni. La mia interlocutrice è da alcuni anni vegana, impegnata in manifestazioni e performance di denuncia contro il 5G; ella è inoltre sostenitrice del celebre – anche alle cronache – metodo Di Bella, grazie al quale, sostiene, sarebbe guarita da un tumore.

La cosa che più mi fa sentire frustrata in questo periodo è l'essere spettatrice muta in tutta questa situazione rocambolesca; come fanno in tanti a non vedere gli interessi che ci sono dietro questa presunta pandemia? Ci sono diverse scoperte sul corona virus, ad esempio, che si può tranquillamente curare a casa o tramite il plasma iperimmune; tutte cose che andrebbero studiate e diffuse, mentre sono censurati e condannati gli autori. Sembra che le persone pensanti urlino da dietro a un vetro le loro ragioni contro i veri complottisti: lo Stato e la Sanità che, dall'altro lato, ci guardano dall'alto in basso e seguono una linea incomprensibile e deviata. Noto la volontà dei poteri forti nel voler mantenere nella popolazione un buon livello di panico e disinformazione. Dal mio punto di vista, forse estremizzato dalla chiusura forzata del momento, stiamo assistendo inermi - ma anche inerti - alla morte della civiltà. (Alessia, 27/4/2021)

Le informazioni sommarie e contrastanti su ciò che accade in tempo di pandemia rafforza in gran parte delle persone incontrate un senso di «frustrazione» che, ed è anche il caso di Alessia, finisce per alimentare tesi complottiste di più vecchia data. Eppure, nel contesto finora descritto il dubbio ha alimentato il senso di spaesamento ed abbandono da parte delle istituzioni stesse, radicalizzando posizioni critiche e diffondendo sfiducia, negazione, ma anche pratiche inedite di resistenza.

Quest'ultimo elemento si palesa soprattutto verso la fine del *lockdown* nazionale del 2020, quando le aspettative di imminenti riaperture delle attività commerciali sono fortemente caldegiate da diverse autorità politiche e scientifiche, per poi essere tali aspettative più volte disattese a causa di improvvisi cambi di posizione anche poche ore dalla agognata “ripartenza”. In tale situazione, dunque, cresce, specie nei commercianti e nei liberi professionisti, il senso di insicurezza e di abbandono da parte dello Stato. Tutto ciò contribuisce a mettere in moto la formazione di molteplici gruppi a “contrasto” delle misure di contenimento del virus, molti dei quali si convertono in seconda battuta in altrettanti movimenti *no-green pass*¹⁹.

Io e la mia compagna siamo liberi professionisti e stiamo vivendo una tragedia. Lo Stato ci ha abbandonato, io credo che la vera manifestazione non sia quella in piazza ma quella di ribellarci al sistema in maniera “pacifica” tornando alla normalità, riprendendoci la vita di prima, riaprendo le nostre attività, andare nei parchi, riaprire bar, officine come se nulla fosse.

Da obbedire a diventare schiavi è un attimo. Se ci uniamo possiamo diventare una realtà economica importante, possiamo indirizzare le nostre spese su realtà libere: piattaforme tv, telefonia, alimentari, assicurazioni, turismo [...] sarebbe l'unico modo per dettare le regole dal basso, è difficile ma non impossibile. Se restiamo a guardare senza strutturarci abbiamo già perso perché questi al potere sono senza scrupoli, senza coscienza, seguono piani diabolici. (Marcello, 5/4/2020)

Marcello è un agente di viaggio – una delle categorie, appunto, più colpite dalla crisi – e non è mai stato *no-vax*, né tantomeno un «complottoista» (mi dice)²⁰; seppur mi racconta di non sentirsi rappresentato dalla politica, il suo disincanto è sempre rimasto nella forma di una latenza inespressa; tuttavia, un'elaborazione critica comincia a delinearsi durante il primo *lockdown*: sentendosi «confinato» e «abbandonato dallo Stato», Marcello, come molti altri, in questo periodo si avvicina, attraverso i social network e il passaparola, ai nuovi gruppi sorti contro ciò che gli stessi definiscono «dittatura sanitaria».

La situazione peggiora ogni giorno di più, dei famosi ristori ho visto po' che nulla, arrivati in ritardo e insufficienti a campare con un minimo di dignità. Mi sono unito al gruppo X²¹, ho conosciuto alcuni membri alla fine del *lockdown*, hanno trovato la mia agenzia aperta [contravvenendo alle disposizioni in vigore in quel momento] e sono entrati. Ci siamo trovati un po' su tutto, quindi mi sono unito a loro. A noi nessuno ha dato nulla, anzi, allora noi non prenderemo i loro farmaci. Abbiamo contattato diversi avvocati e messo su una rete per promuovere azioni collettive soprattutto per tutelare le categorie più esposte: insegnanti, operatori sanitari ed esercenti vari che non vogliono applicare il green pass. Il nostro è un movimento composto da diversi gruppi con regole e accordi comuni, ognuno dei quali ha un coordinatore. Bisogna porre fine allo stato ipnotico che ci sta facendo vivere questo regime, le alternative sono o il fallimento e la fame o fare una strage. Per ora proviamo questa via. Abbiamo già parecchi avvocati pronti ad impugnare eventuali sanzioni e un paio di notai, si pagano solo le spese vive, niente di più; hanno aderito palestre, teatri, bar, ristoranti, discoteche, eccetera (Marcello, 2/4/2021)

In questo caso, le parole di Marcello scandiscono un vorticoso inasprirsi del discorso. La via d'uscita da una situazione di estrema precarietà economica ed emotiva non è più individuata nella creazione di una specie di rete di mutuo aiuto tra professionisti. Ben presto, infatti, la sua rabbia viene intercettata da una delle molte correnti del movimento *no-green pass* e *no-Covid-vax*, attraversata anche da personaggi appartenenti all'estrema destra italiana, e il mio interlocutore è ben presto reclutato.

Se già prima della moltiplicazione dei movimenti e delle soggettività per la libertà di scelta, la generalizzazione del termine *no-vax* (come categoria che fagocita ogni forma dell'esitanza verso i vaccini e la scienza) opacizza una certa diversità di rivendicazioni sociali, nonché una certa varietà di dissenso politico, la vicenda di Marcello aggiunge dell'altro. Ancor più di ieri, perpetuare una visione essenzializzata e generalizzata – non rispondente alla complessità del reale – dei vari gruppi per la libertà di scelta non permette di cogliere la portata e, cosa più importante, i pericoli che tutti questi movimenti nascondono.

Sottovalutare tale complessità potrebbe condurre gli attuali esitanti “in erba” ad essere assorbiti nel mondo del rifiuto antecedente alla pandemia, a quella vecchia guardia dei *no-vax*, presso i quali sono già schiacciati in un (pre)giudizio generale. O, ancora, a quell'espansione di un orizzonte populista e anti-elitario in cui gli attuali esitanti e *no-Covid-vax* potrebbero scivolare²², come avvenuto appunto per Marcello.

Accanto alla testimonianza di Marcello, scelgo di riportare quella di Massimiliano, un ingegnere a capo di una piccola azienda edile e membro di un'associazione per la libertà di scelta terapeutica già da prima dell'avvento del Covid-19. Massimiliano non si schiera contro i vaccini; infatti, mi racconta di aver lasciato somministrare quelli pediatrici obbligatori ai suoi due figli. Fin dai nostri primi dialoghi, avvenuti nel settembre del 2019, egli mi parla dell'importanza dell'indipendenza culturale dei medici e della libertà della ricerca, scagliandosi contro i trattamenti sanitari obbligatori (Tso) e la mancanza di trasparenza in ambito scientifico e istituzionale. Massimiliano vede la pandemia e le misure adottate per il suo contenimento come una sorta di «degenerazione inevitabile»; a suo dire, la popolazione sarebbe stata privata della sua libertà di espressione sino all'annientamento del principio di inviolabilità della persona. Ma a “degenerare” nel tempo sono certamente i suoi discorsi, i quali, al tempo del Covid-19, si infarciscono di teorie del complotto, sino ad abbracciare il mito della cospirazione ebraica.

Tutta questa faccenda sarà motivo di ulteriori ed estremi tagli ai nostri diritti e alla nostra libertà, e all'imposizione di chissà quanti e quali vaccini. Chi si batte per la libertà di scelta terapeutica purtroppo viene gettato nel grande minestrone etichettato *no-vax*, anche per l'ingenuità di alcuni di noi che hanno fatto dichiarazioni strumentalizzabili, malgrado i loro intenti. Noi che pensiamo al di fuori siamo una comunità, non hanno più senso le divisioni, siamo in tanti ora a riuscire a vedere. Non aspettavano altro che un'emergenza sanitaria per instaurare la legge marziale, poi ci sarà la

vaccinazione forzata, che servirà a ben poco visto che questo virus non dà immunità, e a quel punto ributteranno in trincea chi non si vaccina per addossarci tutte le colpe e per punirci. È tutto già scritto, Israele è il mandante, il male, il laboratorio, noi siamo le cavie. Con i tamponi tracciano il nostro DNA, così che Israele può affinare la prossima arma biologica e mirarla a specifici gruppi etnici per fare fuori gli ebrei impuri! (Massimiliano, 2/4/2020)

Sebbene non sia possibile qui discutere di tutte le teorie del complotto emerse – o nutrite – durante la pandemia, le parole di Massimiliano e, in modo simile, quelle di Marcello, lasciano emergere come i dubitanti sembrano riuscire a creare una comunità di senso, una enclave entro la quale la condivisione di alcune esperienze comuni, di opinioni, di dubbi e di speranze per il futuro si fondono e si confondono con attese di riscatto e di riappropriazione verso qualcosa che viene percepito come sottratto («libertà», «autodeterminazione», «democrazia», «salute», «lavoro», ecc.).

Tra i miei informatori la diffusione del timore di essere parte di una sperimentazione – o un «laboratorio» come direbbe Massimiliano – avanza nei diversi momenti scanditi dalla pandemia e sulla scorta di narrazioni medico-politiche in competizione. Il caso del vaccino AstraZeneca è uno dei momenti emblematici dell'acuirsi del caos informativo, comunicativo e interpretativo, ampliando ulteriormente la frattura tra istituzioni e – quanto meno – una parte di cittadinanza. Dopo il primo ritiro di un lotto di dosi del vaccino in questione, a distanza di pochi mesi dalla sua introduzione, a causa dell'insorgere di effetti collaterali gravi a seguito della sua somministrazione²³, un gran numero di insegnanti (tra le prime categorie a ricevere il vaccino), buona parte dei quali accorsi immediatamente alla chiamata per la prenotazione della prima dose, cancellano l'appuntamento. Tra le persone incontrate prevalgono paura e smarrimento, convogliate da un tipo di comunicazione politica e scientifico-mediatica che non solo sovente riduce e incanala le paure espresse dalla popolazione entro i soli confini del calcolo rischio-beneficio e del bene comunitario, ma che talvolta confligge con quanto consigliato dai medici di base o con quelli impegnati nelle corsie degli ospedali.

A tal proposito, in quei giorni concitati conosco Serena, una docente di biologia di un liceo romano; il marito di Serena, Enzo, sottoufficiale della Guardia di Finanza, è tra i primi a prenotare per ricevere la prima dose dell'agognato vaccino. Enzo, mi confessa Serena, ha sempre nutrito una forte speranza nello sviluppo di un vaccino contro il Covid-19, in grado finalmente di «farci uscire da quest'incubo»; né la fiducia dell'uomo ha mai

vacillato nei confronti della scienza e delle istituzioni dello Stato. Qualcosa però cambia dopo quella prima dose ricevuta. Quel senso di sicurezza e protezione fino ad allora percepiti sembrano spegnersi pian piano, fino a scomparire del tutto.

Mio marito ha fatto la terza dose, io l'avrei dovuta fare la settimana dopo, ma Enzo è finito in ospedale. Lì ci hanno detto che era stato vaccinato mentre aveva il Covid-19, non sapeva di averlo. Abbiamo sentito decine di "comizi" in cui i virologi sostengono che è inutile, se non addirittura controindicato in assenza di sintomi, sottoporsi ad un tampone prima di fare il vaccino. A due giorni dalla terza dose mio marito si è sentito molto male, in ospedale i dottori ci hanno detto che, al contrario delle informazioni che ci danno, sarebbe non solo opportuno, ma necessario sottoporsi ad un tampone molecolare prima del vaccino. Siamo rimasti spiazzati. Ci hanno spiegato che è stata proprio la concomitanza virus-vaccino a causare delle problematiche ematiche che hanno aggravato e si sono aggiunte alla polmonite causata dal virus. È chiaro il perché non consigliano di effettuare un sierologico prima del vaccino: si rallenterebbe la campagna vaccinale. A questo punto non ci sto più, non è giusto nei nostri confronti, un tampone fatto in via precauzionale avrebbe evitato a Enzo di rischiare la vita; alla fine siamo stati anche fortunati, ma non si può giocare alla roulette russa con la vita della popolazione. Da biologa e da cittadina mi chiedo inoltre come lo Stato e gli scienziati autorizzano, fondamentalmente rimanendo in silenzio, ancora oggi, con la nuova variante [Omicron] l'uso dei tamponi rapidi come prova di negatività; quando invece, in privato, i medici di base dicono tutt'altro, che poi è quello che già in molti hanno capito semplicemente guardandosi attorno: con questa variante sono attendibili solo i tamponi molecolari. Noi non sappiamo più in chi o in cosa riporre la nostra fiducia, ce l'abbiamo messa tutta per comprendere, capire ma si è andati troppo oltre. Qual è l'obiettivo reale che non ci dicono? C'è da impazzire così. Quindi alla fine di tutto questo racconto che ti ho fatto aggiungo che quello che mi ha insegnato ciò che abbiamo vissuto è che è meglio pensare per sé stessi, alla propria famiglia; il bene comune che ci ha spinto in tanti a vaccinarci di corsa e senza fare domande non può esistere in questo stato di cose, con questo tipo di comunicazione, con le cose non dette. Visto che le cose stanno così, io la terza dose naturalmente non l'ho più fatta e non andrò a farla né tantomeno faremo eventuali richiami, se ce ne saranno. (Serena, 30/12/2021)

La storia di Enzo e Serena permette ulteriori considerazioni sulle ragioni che possono spingere a rifiutare il vaccino; non è sbagliato chiedersi se, in fondo, sia giusto o utile definire i due coniugi *no-Covid-vax* o *no-vax*, etichetta che certamente Serena ha ormai assunto agli occhi della società. Tuttavia, la si volesse incasellare in questa categoria, si dovrebbe quantomeno aver più chiaro come quella dei *no-vax* o dei *free-vax* non possa essere intesa quale rigida categoria ontologica.

“L’etica del bene comune”²⁴ – messa in discussione anche da Serena – che muove dal principio secondo il quale ciascuno deve contribuire al bene della società, anche attraverso l’immunizzazione, contrasta inoltre con l’incorporazione dell’autodeterminazione consapevole in senso liberale (e neolibérale²⁵). Questa autodeterminazione sembra non bastare, tanto da doverla “integrare” o sostituire – sia nel caso delle vaccinazioni di routine che, in modalità differenti, nel caso del vaccino contro il Covid-19 – con una concezione normativa. Il “bene comune” – come mi è apparso declinato durante gli incontri etnografici – emerge quale bene plurale in cui prevalgono interessi e opinioni diverse e in cui il principio di solidarietà esiste solo laddove può essere assicurato quello di reciprocità. Infatti, nel lungo discorso di Serena riportato poc’anzi, emerge chiaramente come la decisione di non essere più «votata» al bene comune dipenda dal sentirsi manipolata da informazioni poco chiare, finalizzate – secondo la mia interlocutrice – alla sola accelerazione della campagna vaccinale. In altri termini, dalla prospettiva di Serena è venuta meno la contropartita della reciprocità, laddove lo Stato e le istituzioni avrebbero l’obbligo di essere rispettosi della coscienza del singolo, laddove vogliono chiedergli un sacrificio.

Insomma, pur ammettendo che – alla fine – il bene comune coincida proprio con quella accelerazione della penetrazione vaccinale, Serena obietterebbe che in realtà si sta discorrendo di ragioni di stato. Questo modo di reagire e di filtrare il bene comune attraverso la consapevolezza (*awareness*) della centralità del proprio corpo e della responsabilità individuale su di esso è proprio ciò che, nel presente, confligge con le campagne di immunizzazione.

Collegata alla vicenda di Serena e di suo marito è senza dubbio quella di Fabiola, dipendente di una compagnia aerea, una donna dinamica sotto la quarantina, che conosco prima dell’aggravarsi della situazione pandemica. Durante i nostri dialoghi, incentrati su quel che sta accadendo, la mia informatrice mi parla in particolare del ritardo accumulato e non coordinato tra i diversi paesi nel fermare i voli aerei, criticando le informazioni nebulose riservate alla popolazione. Fabiola è tra coloro che, già in polemica con l’iniziale gestione del virus, comincia a coltivare quel dubbio che la porterà a trasgredire le restrizioni imposte con l’avanzare del Covid-19 e, successivamente, a rifiutare il nuovo vaccino.

Io sono del settore [aereo], ti parlo con cognizione di causa: i voli per la Cina e dalla Cina ci sono stati fino ad oggi. Ci hanno fatto credere che fossimo chiusi, che non fosse possibile arrivare o andare a Wuhan, ma non

è così, potevi anche vederlo su *flightstats.com*. Ci sono tre voli al giorno in arrivo a Roma da Wuhan. La media è di trecento passeggeri a volo, fai un po' il calcolo di quanti cinesi sono entrati tranquillamente senza controlli, ah no, scusa, è vero, gli hanno misurato la temperatura, il che non significa assolutamente niente visto che, come dicono, se non hai i sintomi non vuol dire che non sei malato. (Fabiola, 31/1/2020)

Fabiola si riferisce in particolare a come, dal 31 dicembre 2020, i molti passeggeri provenienti da Wuhan (periodo anche del Capodanno cinese, precisamente il 25 gennaio 2020), epicentro della diffusione del virus, siano stati sottoposti a controlli e monitoraggio, ma non alla quarantena (LAZZAROTTI 2020).

Prima l'introduzione delle misure di contenimento del virus in ordine sparso – e in ritardo – nei diversi paesi europei; poi l'adozione del vaccino AstraZeneca per fasce di età diverse a seconda dei contesti nazionali; successivamente il ritiro di alcuni lotti; infine, la sospensione definitiva del suo utilizzo in alcuni stati. Per i miei interlocutori tutte queste decisioni – ancora una volta – anziché essere accompagnate da approfondite spiegazioni, hanno viaggiato nella confusione, portando molti di loro a cogliere solo una contraddizione (inspiegabile appunto) tra le scelte di politica sanitaria degli stati europei. Agli occhi di un militante *no-vax* o di un incerto *free-vax* è assurdo pensare che tali politiche vaccinali si siano basate su differenti peculiarità biologiche, che distinguono le persone o gruppi di persone (under trenta, over sessanta, ecc.) nei diversi e vicini paesi del nostro continente. In altre parole, è mancata una spiegazione sul perché di tanta discrepanza all'interno dello stesso consesso europeo; ciò non è stato chiarito nei termini più "logici" di empirismo politico e di valutazione del rischio, la quale è sempre calata nella dimensione locale in maniera variabile; infatti, tale variabilità è legittimata dalla scelta politica da un lato, ma contraddetta dalla uniformità biologica sulla quale finora si è perlopiù basata la prassi della vaccinologia. Tale opacità, relativa alle singole declinazioni locali del rischio, nonché alla pubblicazione – ma solo con numerosi omissis – del contratto stipulato tra la Commissione europea e AstraZenca (nel gennaio 2021), si è trasformata, per molti dei miei interlocutori, nella percezione di fondatezza delle paure espresse da una parte della popolazione, sintetizzabili in una presunta collusione tra azienda farmaceutica, mercato e Stato. Le stesse paure emergono allora anche tra altri che, fino a quel momento, non ne hanno avute.

In questo contesto, il *green pass* sembra acquistare una forza simbolica che emerge all'interpretazione dei contestatori come l'ultimo e più affinato

strumento di sorveglianza in grado di trasformare in una struttura panottica ogni luogo della quotidianità, dal posto in cui si lavora ai luoghi della formazione e della convivialità sociale. In tale contesto sembra che la rivendicazione principale sia quella del diritto di poter scegliere, *almeno*, in merito al proprio corpo.

Disuguaglianze, conflittualità e logiche di classe

La pandemia di Covid-19 ha aggiunto peso a una sanità pubblica e a dei diritti sociali avvertiti come già “in declino” dalla popolazione, ha gettato luce su condizioni di sfruttamento e disuguaglianza preesistenti e aumentato enormemente il divario tra ricchi e poveri. L'emergenza sanitaria non ha risparmiato alcun campo delle disuguaglianze sociali. Schwab (2020) definisce, appunto, il Covid-19 il «virus delle disuguaglianze», sostenendo la necessità, nell'epoca post-Covid, di voltare pagina rispetto al neoliberalismo e alle sue ideologie. Secondo il rapporto Oxfam (2022) il Covid-19 ha fatto aumentare i patrimoni dei dieci uomini più ricchi al mondo, mentre, nello stesso momento, fa cadere in povertà 163 milioni di persone. Le aziende che più hanno accumulato ricchezze sono le case farmaceutiche Pfizer, BioNTech, Moderna, nonché quelle che si occupano dello sviluppo e della distribuzione di beni e servizi basati sulla tecnologia.

A tal proposito è utile riportare la riflessione di Palumbo (2020: 61) su come, durante il *lockdown* nazionale, egli abbia potuto continuare a svolgere i suoi compiti di docente grazie al tempo-lavoro messo a disposizione da determinate categorie di lavoratori (la portiera, i fattorini che portano la spesa, i dipendenti dei supermercati, ecc.); affinché la «forma di vita» possa essere garantita, è il bios di tanti altri a essere messo a rischio di contagio. In tal senso la logica di classe appare in tutta la sua crudezza e tragicità, concretizzandosi sui corpi e sulle vite di coloro che pagano il prezzo del suo isolamento retribuito, i più sacrificabili.

Schirripa (2020a: 65) riflettendo sulla pandemia di Spagnola (1918-1920) e su quella attuale del Corona virus afferma che: «le epidemie, come tutte le gravi crisi, mettono in discussione gli equilibri sociali e la legittimità del potere [...] L'epidemia penetra nel tessuto sociale, lo altera, e ribadisce, acuendole, le differenze di classe». Eppure, quante volte abbiamo sentito ripetere la frase «il Covid-19 non fa distinzioni», come se fosse un evento pacificatore delle differenze di classe, poiché il Covid-19 tutti può contagiare. Piuttosto, l'evento pandemico ribadisce come il capitale sia un “livel-

latore” ma nel significato particolare attribuito da Marx (1975: 486), cioè nel pretendere «come proprio innato diritto dell’uomo l’eguaglianza delle condizioni di sfruttamento del lavoro in tutte le sfere di produzione» e di distribuzione dei beni. «Il contagio [inclusa la sua prevenzione], come ogni malattia, non è neutrale, ma embricato nel sociale e nel tessuto delle sue relazioni di classe e dei suoi rapporti di forza; tra le altre cose, fa i conti con i rapporti di produzione e con le necessità del profitto» (SCHIRRIPA 2020b).

L'emergenza sanitaria mette tutti noi di fronte agli effetti dell'erosione degli istituti collettivi: dalla scuola ai sindacati, fino alla sanità. La pandemia mostra limpidamente gli effetti della lunga depredazione del sistema pubblico sanitario, «indebolito da più di vent'anni di politiche neoliberiste» (SCHIRRIPA 2020c), evidenziando non solo la scarsa capacità, ma soprattutto la mancanza di una reale volontà politica tesa a costituire un sistema sanitario equo, dinamico e adeguato a far fronte le emergenze.

Di tutto ciò si è troppo poco parlato, oscurato anche dal fazionismo *si-vax, no-vax* e dal massiccio impiego della metafora bellica, sin dall'inizio della pandemia, da parte di mass media²⁶, politici e scienziati per riferirsi all'“invasione” del virus. Il Covid-19 è presentato alla popolazione come un nemico che sfianca e minaccia la salute, l'economia, la popolazione tutta; tale metafora accompagnata dai quotidiani “bollettini di guerra”, con i numeri delle vittime, ha l'effetto di renderci docili e spaventati, di trattenere il respiro e di non permetterci di distogliere lo sguardo da qualunque cosa non riguardi, ora, la nostra immediata sopravvivenza; allo stesso tempo, la metafora della guerra induce uno stato di rassegnazione ma anche di prontezza al sacrificio per la liberazione dall'“invasore”²⁷.

Vale la pena soffermarsi sulla vicenda di Simona, conosciuta durante una riunione sul consenso informato nel 2019. La mia informatrice si posiziona contro l'obbligo vaccinale, ma non contro i vaccini. Simona è una madre single; è stata licenziata dalla ditta di pulizie per la quale ha lavorato sino al 2018; da allora, mi dice, cerca di andare avanti, facendo qualche pulizia presso abitazioni private, occupandosi di assistenza agli anziani, facendo quel che trova, precariamente e senza tutele. La testimonianza di Simona è interessante perché parte da una posizione di ottimistica aspettativa per il vaccino anti-Covid-19, posizione che muta di segno con una certa rapidità.

Dopo due anni di terrorismo psicologico in cui ci hanno allontanato e diviso, continuano a volerci convincere, con la scusa della guerra al virus, che siamo deboli e a rischio per meglio controllarci mentre ci tolgono tutto; prima del Covid ci hanno distrutto con le tasse, ora chiudono i nostri negozi,

quelli per cui abbiamo pagato con il sangue. In un anno e mezzo di tira e molla sono stati loro, gli scienziati, lo Stato, le armi che hanno causato rivolte di massa. La guerra oggi non è quella che abbiamo studiato sui libri, ma non è neanche quella che dicono loro contro il Covid; il *welfare* è un miraggio da anni e ora quelli come me si sono stufati. Quindi la guerra è diventata un'altra, quella per la libertà, per la difesa dei nostri diritti, prima di tutto salute e lavoro e quindi tutta nostra [della popolazione], contro di loro [lo Stato, gli scienziati]. La disobbedienza civile è l'arma più potente che abbiamo insieme alla conoscenza. Ci hanno tolto il lavoro, ci chiedono sacrifici ma in cambio non sono riusciti a mettere mano a niente, né alle aule pollaio, né ai trasporti. Ora sono veramente arrabbiata, all'inizio ci speravo pure nel vaccino per il Covid, con tutte le vittime che il virus ha fatto. Ma ora la priorità è un'altra. (Simona, *free-vax*, 18/11/2021)

Lo stesso orizzonte di senso e il medesimo ambito semantico soggiacciono al racconto di Sofia, che prima della pandemia ha lavorato come segretaria in uno studio dentistico fuori Roma, a circa venti chilometri dalla sua abitazione.

Ho fatto tutto quello che mi hanno detto di fare, ho sospeso la mia vita per mesi e ho anche perso tanto, ma mi sono detta che la guerra è guerra, è normale fare dei sacrifici. Però, ad un certo punto, non ho più capito contro chi o cosa stavo combattendo. Ho una patologia oncologica, mi hanno annullato o rimandato per mesi controlli e visite. Ho una figlia con una disabilità e con la didattica a distanza ho dovuto seguirla ventiquattro ore su ventiquattro, senza più neanche il supporto psicologico e per farlo ho dovuto lasciare il mio lavoro e abbiamo vissuto per più di un anno solo grazie al piccolo assegno di invalidità della bambina. Non so quali altri sacrifici avrei dovuto fare in questa guerra, eppure siamo stati lasciati soli a combatterla, proprio a noi, che siamo i più vulnerabili, è come se lo Stato ci avesse detto "armatevi e partite" e poi se ne è andato, senza neanche darci le armi. (Sofia, 18/11/2021)

La metafora della guerra, una volta incorporata dalla popolazione, talvolta rimescola, come nel caso di Sofia e Simona, stato di guerra, antichi rancori verso lo Stato e le sue istituzioni, ma porta con sé anche il senso di imprevedibilità e di ineluttabilità del virus (come accadrebbe in guerra, appunto). Queste due dimensioni, imprevedibilità e ineluttabilità, limitano l'interrogarsi sulle cause di una globale e locale emergenza sanitaria in cui si mietono vittime su vittime. In poche parole, la metafora non spiega, bensì depolitizza. Nel contesto della "guerra" al virus, infatti, si rende evidente, urgente e drammatica non solo la questione relativa agli anni di smantellamento della sanità pubblica, ma anche quella connessa al prevalere della «medicina amministrata» (CAVICCHI 2015), l'adesione cioè delle prassi mediche a canoni economicistici, considerati appropriati e legittimi sulla base

delle risorse disponibili. Tale orientamento, soprattutto durante l'emergenza sanitaria, implode in un dramma etico. Nel tortuoso percorso che caratterizza l'emergenza pandemica si assiste all'alternanza e all'intreccio tra biopolitica (FOUCAULT 2005) e «necropolitica» (MBEMBE 2016) o «tanatopolitica» (PALIDDA 2020). Quest'ultimo tipo di potere è certamente applicato nelle corsie degli ospedali quando si pratica la scelta tra chi «può vivere e chi deve morire» (MBEMBE 2016: 7); tuttavia, nel tempo pandemico, a tale estremo si giunge attraverso una catena di scelte, primariamente politiche e calate in un contesto di lungo corso, da cui conseguono, ad esempio, l'impreparazione e il ritardo²⁸ nell'affrontare un'emergenza sanitaria²⁹, la congenita carenza di risorse come ossigeno, farmaci, tecnologie, posti letto, personale medico e infermieristico, oltretutto distribuiti in modo estremamente ineguale tra regioni del sud e del nord.

A tal proposito pare lecito sostenere che la necropolitica trova sfogo anche quando la tutela della proprietà intellettuale dei brevetti ha la priorità sulla vita di alcune popolazioni. Tra i miei informatori è di nuovo Leonardo, l'insegnante di liceo, a farsi portavoce di alcune visioni distopiche che alimentano l'immaginario di molti interlocutori già prima della pandemia. Tali distopie si sono andate progressivamente amplificando, fino a disegnare azzardate connessioni tra "poteri" e ardite teorie del complotto. Sebbene quest'ultime rappresentano un tema importante per comprendere il "mondo del rifiuto", non è qui possibile affrontare compiutamente tale argomento. Tuttavia, è interessante notare come Leonardo, così come altri miei interlocutori, pongono l'attenzione anche su questioni tangibili, come quella dei brevetti.

Essere contro l'obbligo vaccinale per me significa anche essere per la liberazione dei brevetti dal controllo delle multinazionali. I brevetti sono la dimostrazione lampante della farmacologia aziendale, degli interessi che prevalgono sulla salute di tutti. Le lobbies accademiche e le fondazioni per la ricerca sono al soldo delle banche, tutti direttamente connessi alle multinazionali farmaceutiche. Solo quando i brevetti non saranno rilasciati al pubblico saranno protetti dall'avidità dell'establishment politico. (Leonardo, 7/7/2021)

Nel panorama delle ineguaglianze emerge, inoltre, la questione dei brevetti. A nulla valgono le richieste alle case farmaceutiche produttrici di vaccini di sospensione, almeno temporanea, dei brevetti, che permetterebbe di liberalizzare la produzione dei vaccini anti-Covid-19, rendendoli così disponibili anche per i paesi più poveri, pressoché privati della possibilità di proteggersi dal virus, della possibilità, quindi, di vivere.

Va poi aggiunto che altre definizioni inerenti alla lotta al virus, cioè quella di «stato di assedio» (SCHMITT 1995; 1975) e quella «stato di eccezione» (SCHMITT 1995; AGAMBEN 2003), risultano allo stesso modo utili nel legittimare talune decisioni e lo svolgimento di un potere sulla vita e sulla morte, occultandone però le ragioni strutturali: la guerra «è in buona parte un modo per realizzare la sovranità come esercizio del diritto di uccidere» (MBEMBE 2016: 8). Il potere appena descritto presuppone un tipo di controllo in virtù della suddivisione della popolazione in gruppi e in sottogruppi, nonché l'istituzione di una cesura biologica fra gli uni e gli altri (*ivi*: 16-17).

Ciò emerge con chiarezza attraverso le parole di Claudio, pensionato, ex-macchinista delle ferrovie, padre di un mio informatore *no-vax*. Claudio mi racconta la sua reazione a ciò che per lui sta accadendo nel tempo pandemico. Nel pieno dell'emergenza sanitaria e di carenza delle risorse, si decide chi sia meglio curare o chi escludere dalla possibilità di ricovero o dalla terapia intensiva: meglio i giovani, rispetto al «sotto-gruppo» degli anziani.

Ho preso il Covid a inizio aprile [2020], non so neanche io come, ero sempre in casa, come tutti. Avevo visto quel che stava accadendo, quelli come me li stavano lasciando a morire [intende quelli della sua età, Claudio ha 69 anni] come è successo alla mia vicina. Allora, quando mi sono ammalato, ho pensato di restare a casa, almeno non sarei morto soffocando da solo. Poi mio figlio mi ha convinto a contattare delle associazioni che conosceva: esercito bianco, Ippocrate, terapie [domiciliari] Grimaldi. Così ho iniziato le terapie domiciliari gratuite e che ti devo dire, sono ancora qua. Io non ho mai condiviso la scelta di mio figlio di non vaccinare i miei nipoti; nonostante tutto quello che non va, quello che non funziona nella sanità, i suoi discorsi per me erano più che altro discorsi deliranti di un ragazzo ancora troppo arrabbiato. Ad oggi ti dico che forse le sue idee un po' complottiste mi hanno salvato la vita e che capisco di più quello che mi diceva. Chiamare Ippocrate³⁰ per me è stato l'unico modo per provare a salvarmi, ma anche per difendermi da uno Stato, una sanità che mi avrebbero lasciato morire. Ho capito che è arrivato il momento che anche io mi dia da fare, meglio tardi che mai [ride], sono in contatto con un movimento (Claudio, 3/7/2020).

Claudio è un uomo pragmatico, ha sempre preso le distanze dal posizionamento del figlio, convinto anti-vaccinista. Ma sente sulla propria pelle quanto espresso in precedenza: la vita e la morte vengono amministrate sulla base di un calcolo economicistico costo-beneficio e, dunque, alcuni individui, più di altri, meritano l'impegno di preservare l'esistenza biologica. Lo standard di vita di un anziano è certamente diverso da quello di un

giovane che, in nome del suo status sociale ed economico, è ancora pienamente inserito nel ciclo della produzione e del consumo.

Il movimento Ippocrate, a seguito dei molti attacchi mediatici e per mancanza di medici – la maggior parte dei quali sospesi per aver rifiutato i vaccini e/o per aver prestato cure domiciliari ignorando i protocolli ministeriali sul Covid-19 – per un periodo ha smesso di esercitare, per poi tornare attivo. Non è certo mio interesse indagare circa la liceità di tali associazioni, né discutere sul loro operato; quel che può invece qui interessare della vicenda di Claudio è come l'espressione visibile e l'esperienza diretta della necropolitica si traduca, nel suo sentire, come il tradimento definitivo da parte delle istituzioni sanitarie e statali; ciò fa cadere le sue riserve verso quelle «idee un po' complottiste» di coloro che, come suo figlio, sono in un primo tempo considerati «ancora troppo arrabbiati» e comincia a farli – almeno parzialmente – suoi quando decide di doversi «difendere» dallo Stato. Il movimento di cui parla Claudio è uno dei molti movimenti sorti in nome della “battaglia” contro quella che viene percepita dai suoi membri come una «dittatura sanitaria»; si tratta di un gruppo attraversato anche da narrative e da esponenti di estrema destra. Claudio è un esempio della capacità spregiudicata delle destre di intercettare e usare le inquietudini e i malesseri sociali³¹ e rischia di essere reclutato, finendo tra le fila dei prossimi movimenti neopopulisti o neofascisti.

L'ambito delle diseguaglianze nelle cure per il Covid-19 non si arresta qui. A disattendere nuovamente i principi di equità e di non discriminazione nell'accesso alle cure³² collabora un sistema in cui le differenze di reddito e di classe incidono sulla possibilità di guarire o di soccombere alla malattia. In questo caso discriminante non è l'età, bensì chi può affrontare la spesa di un'assistenza sanitaria privata è “degno” di accedere alla speranza di sopravvivere.

A seguito del primo *lockdown* nazionale, alcuni miei interlocutori confessano di non riuscire più a garantire la sussistenza materiale della propria famiglia. Alcuni non sono *no-vax*, ma il vaccino lo rifiutano, maggiormente preoccupati di «non riuscire a fare la spesa che [del] corona virus». Essi vivono la vaccinazione come un «ricatto» di uno Stato che «abbandona», parafrasando e condensando la conversazione avuta con Sara (11/6/2021), agente di viaggio, arrabbiata e in profonda crisi lavorativa e personale, gravemente colpita dalle restrizioni collegate alla gestione pandemica. Se la lotta per la sopravvivenza e per il salario è un fenomeno oggettivo e immediato, lo sbocco sociale di tale lotta è soggettivo e storicamente situato

nel contesto pandemico. Esso, cioè, si sostanzia nella trasformazione dei valori di riferimento del rischio e nella rivendicazione della sovranità della libera scelta sul proprio corpo che, dai discorsi dei miei interlocutori, sembra emergere come unico campo di affermazione di dominio dei “senza potere”.

Nel gioco degli schieramenti (*no-vax, sì-vax, no-green pass, sì green pass, ecc.*), nelle distanze dal mondo politico e intellettuale, nelle dicotomie che non ammettono sfumature e fanno rumore mettendo in ombra questioni centrali, concrete, quotidiane, sentite dalla cittadinanza, si alimentano conflitti, rivalità e divisioni anche intra-classe. Questo è il caso, ad esempio, di Carla, madre single trentacinquenne, docente di un istituto tecnico statale. La donna accenna ad alcuni problemi economici, relativi in particolare all'affitto di casa e al timore di non riuscire a sostenere tutte le spese in previsione, l'anno successivo, dell'inizio della scuola superiore dei suoi due figli gemelli.

Io non mi sono vaccinata ma non sono contro i vaccini, semplicemente vorrei aspettare, ho diversi problemi di salute e allergie, perciò sono un po' spaventata. Faccio il tampone ogni due giorni, cerco di vedere meno gente possibile, insomma cerco di tutelare me e gli altri come meglio posso. Sono un'insegnante di matematica, il mio preside è stato sempre tranquillo sull'argomento, l'importante, naturalmente, era avere il *green pass* con tampone negativo. Un giorno, parlando con i colleghi, ho rivelato i miei timori sul vaccino. Il giorno dopo mi ha convocato il dirigente, dicendomi che era mortificato ma che era costretto a sospendermi senza stipendio perché ha ricevuto molte pressioni dai colleghi. Fino a quel momento tergiversava, facendo finta di nulla. Quel che mi distrugge veramente è che prima di rivelare i miei dubbi ai colleghi stavamo parlando dei nostri figli, delle difficoltà economiche che abbiamo. Non è finita qua. Ho messo un annuncio su Facebook proponendomi come insegnante qualificata per ripetizioni. Mi sono ritrovata delle riposte sotto il mio annuncio. Una collega ha scritto sotto: «questa insegnante è stata sospesa dal nostro istituto perché *no-vax*» e sotto un altro collega ha messo l'immagine di un brindisi. Non ci posso credere, io non ho più un lavoro e loro festeggiano. (Carla, 20/12/2021)

In un panorama mondiale sempre più caratterizzato dalla precarietà materiale ed esistenziale, è possibile che i lavoratori «oppongano una certa diga al crescere della miseria. Ma ciò che certamente cresce è l'incertezza dell'esistenza» (ENGELS 1976). Questa incertezza nel presente e nel futuro, cresciuta durante la pandemia – e tutt'ora in aumento alla luce del difficile contesto europeo e internazionale, segnato dalla guerra³³, da una consistente inflazione e dall'erosione del potere d'acquisto – assieme all'incorporazione di retoriche, discorsi e ideologie dominanti e divisive, diventano

senso comune e alimentano conflittualità intra-classe: nell'ultima testimonianza riportata, tali sono gli incitamenti di alcuni lavoratori alla sospensione o al licenziamento dei colleghi non vaccinati, nonché la gioia provata a seguito degli stessi provvedimenti³⁴.

Conclusioni

Il dissenso e il disincanto verso le istituzioni e la scienza, che si è reso più palese nel contesto della crisi pandemica (che è anche crisi economica ed etica), travalicano i confini entro i quali sembrerebbero rinchiusi: in piazza, all'altro capo di uno striscione «no alla dittatura sanitaria» scritto da un *no-vax*, riconosciamo il nostro amico infermiere; accanto al militante di una nota formazione extraparlamentare di estrema destra, l'amica conosciuta nei centri sociali invoca la libertà; assieme al "complotista", quel nostro cugino così riservato grida il suo odio verso le élite e il *deep-state*. Assistiamo alla cronicizzazione della capacità del dubbio di contaminare velocemente le idee rendendole porose e di porre in questione il principio maggioritario di validazione del sapere scientifico. In tal senso il timore dell'ignoto della conoscenza – inteso sia come il non padroneggiare un argomento, sia come esclusione dai processi di sapere e decisione – ha portato anche parte di coloro che facevano affidamento cieco nella scienza a sospettare di tutti quei saperi e quelle certezze maturate nell'età del progresso industriale, che vengono ora convocate alla corte e al giudizio del dubbio.

La radicalizzazione delle opinioni in ambito sanitario dà luogo a inesorabili malumori e a iperboliche lontananze tra scienza e cittadinanza; ciò va a discapito della costruzione di un'alleanza interpretativa che coinvolga i due mondi e alla condivisione della conoscenza. Alla luce di quanto emerso dalle rivendicazioni e dalle critiche sostenute dai miei interlocutori, sarebbe dunque necessaria innanzitutto una narrativa scientifica pubblica chiara, una partecipazione estesa alla cittadinanza nelle definizioni di quelli che sono gli interessi comuni. Attraverso tali premesse, sarebbe possibile contrastare l'emergere di quella che viene definita come "l'anti-scienza", avendo chiaro che non è un paradosso, o in contrasto col raggiungimento di tale scopo, il dare legittimità al dubbio, quanto – piuttosto – significa lavorare per un progetto condiviso.

Al di là del suo significato e scopo, va rilevato che un utilizzo apodittico dell'imperativo "la scienza non è democratica" diventa fallace e rischioso

quando – come nei casi su richiamati – è caricato di significati ostili. La fallibilità della scienza “riscoperta” nel tempo dell’emergenza sanitaria, mostrando i suoi limiti nel dominio della natura e della conoscenza – anche attraverso i paradossi delle politiche di salute pubblica e le incoerenze della comunicazione medico-scientifica – diviene, per una parte della popolazione, “scienza menzognera”.

Da Emmanuel a Carla, al tempo del Covid-19 si affacciano al dissenso una moltitudine molecolare di soggettività, spesso unite dall’incertezza esistenziale e materiale in cui versano, dalla comunanza delle categorie morali e dal dissenso politico. Seppur con le dovute differenze, dettate in particolare dal proprio bagaglio ideologico ed esperienziale, *no-vax*, *free-vax*, *no-Covid-vax*, *no-green pass* ed esitanti sembrano impegnarsi in un percorso di razionalizzazione del potere e di risposta agli enigmi dell’economia di mercato e della scienza; facendo ciò, costoro tentano al contempo di dare una spiegazione alle crescenti ineguaglianze che la pandemia dilata inesorabilmente. Si genera così una formazione discorsiva antagonista del “bene comune”, anche come esercizio di opposizione alla politica della morte.

In tal senso le teorie del dubbio, inserendosi diffusamente nel dibattito pubblico, sembrano porsi come sfida a legami impercettibili e a interessi oscuri. Così, i tentativi di decostruire politiche e forme narrative dominanti, nella prospettiva dei miei interlocutori, si fa accusa rivolta alle istituzioni di non rispondere ai bisogni di conoscenza, trasparenza e partecipazione politica emergenti dalla popolazione. Una tale critica sembra profilarsi anche come una denuncia della capacità autopoietica e riproduttiva della biopolitica attraverso i mutamenti storici e le urgenze sociali e politiche in divenire.

In considerazione di ciò, ritengo che l’ampliamento delle individualità e dei movimenti del rifiuto e del sospetto, qui incontrati, possano rappresentare un osservatorio sociale delle ideologie e dei sentimenti che covano, in modo più o meno latente, all’interno della società e che sono sempre pronti ad una espansione lavica, a fronte dell’esplosione di un evento sociale di portata storica. Rimanendo in metafora, posso attingere a ciò che i vulcanologi chiamano “nebbia vulcanica” o *laze*. In questo caso si è dinanzi a una sorta di *laze* sociale: la dinamica esplosiva del Covid-19, la cui rapidità, come quella di un’eruzione vulcanica, sfugge al controllo preventivo e all’arginamento immediato, libera un magma che minaccia la vita presente e le prospettive future; nel suo percorso distruttivo, la lava incontra un esteso oceano ideologico e, riversandosi in esso, crea una fitta

nebbia che trasporta con sé e diffonde velocemente i frammenti della propria materia.

In questo senso, e alla luce di racconti come quello offerto da Marcello, è necessario non sottovalutare le capacità di infiltrazione e strumentalizzazione di frange neofasciste all'interno dei movimenti del diniego le quali, durante la pandemia, sono riuscite ad attirare intorno a sé un inusuale bacino di consensi, caldeggiando e fomentando il malcontento popolare. Le storie e le rivendicazioni espresse dagli attori sociali qui incontrati ribadiscono la necessità di affrontare la pandemia come complessa questione sociale e culturale. Parlarne in termini di nemici e trincee, anche all'indomani della fase più dolorosa, mette in secondo piano la responsabilità politica dello Stato che ha progressivamente depotenziato il sistema sanitario³⁵, ad esempio, con tagli alla ricerca, alle specializzazioni, alla medicina di prossimità. Parallelamente, la stessa connessa retorica dell'eroismo, riservata ai medici e agli infermieri, occulta o annebbia i fattori storico-politici e strutturali che hanno acuito le criticità del sistema sanitario pubblico.

Se la crisi pandemica ha messo in luce una serie di problematiche sociali, culturali e politiche che vanno al di là della sola questione sanitaria, non va negato che tra queste vi è l'acuirsi della diffidenza verso le istituzioni e la scienza, alimentando forme di protesta che si manifestano anche come antivaccinismo nelle sue diverse declinazioni. Tuttavia, demonizzare gli antivaccinisti e, in generale, il dubbio, non è la soluzione migliore per affrontare tale problema. Ciò ci allontana molto dall'obiettivo di raggiungere alti livelli di *compliance* alle norme di igiene e di sicurezza da parte della popolazione. È importante comprendere le ragioni del dissenso e cercare di dialogare con la popolazione in modo costruttivo, promuovendo una cultura della prevenzione sanitaria che valorizzi la scienza e l'evidenza scientifica come strumenti fondamentali per proteggere la salute pubblica. La crisi pandemica ha evidenziato, quindi, anche una frattura tra scienza e cittadinanza, che deve essere colmata attraverso un maggiore coinvolgimento della popolazione nelle decisioni sanitarie. È importante promuovere un approccio partecipativo alla gestione delle emergenze sanitarie, un approccio che tenga conto delle esigenze e delle preoccupazioni che attanagliano i cittadini. Se la salute è fondamentalmente "bene comune", esso non può che essere tutelato sia attraverso un impegno collettivo che per mezzo di una responsabilità individuale. Solo attraverso un'azione congiunta tra istituzioni, scienza e cittadinanza si possono affrontare sfide del calibro di una crisi pandemica e costruire un futuro realmente sostenibile.

Note

⁽¹⁾ In un contesto in cui vige una rigida strategia di sorveglianza e controllo delle vaccinazioni, come in Etiopia, al punto che la mancata vaccinazione comporta l'isolamento sociale e l'esclusione da sostegni governativi alla sussistenza della popolazione (SANTULLO 2021) e in cui da tempo lo Stato cerca di arginare la medicina tradizionale, un'occidentale che va di casa in casa, di villaggio in villaggio a porre domande circa la declinazione locale del concetto e delle pratiche di prevenzione, difficilmente non desta congetture.

⁽²⁾ Per antropologia "*at home*" si intende «qualcosa di più profondo, non già un *oggetto* ma una *condizione*, la quale in effetti può verificarsi non solo in Europa o in tutto l'Occidente [...] bensì in qualsiasi parte del pianeta: il fatto cioè che *il ricercatore e l'oggetto della ricerca* (e quindi anche i problemi da cui la ricerca nasce e le ricadute sociali che i suoi risultati perseguono) *siano radicati in un unico e medesimo contesto sociale*» (SEPPILLI 2003: 13. Corsivo dell'autore). Per un approfondimento del dibattito sull'antropologia "a casa", particolarmente vivo durante gli anni Ottanta del Novecento, si veda: LÉVI-STRAUSS 1981; LÉVI-STRAUSS 1984; LÉVI-STRAUSS 1988; STRATHERN 1987; JACKSON 1987.

⁽³⁾ Ciò si complica con l'avvento della pandemia, quando lo scontro *si-vax/no-vax* viene politicizzato, ideologizzato. A differenza di prima – nonostante il tema della mia ricerca non fosse cambiato – ogni mia partecipazione ad un dibattito, o intervento sul mondo per la libertà di scelta terapeutica e vaccinale diventa, di colpo, un terreno scivoloso da percorrere, di accuse: l'insidia si cela ovunque nella mia ricerca al tempo del Covid-19. Da una parte, il rischio di incagliarmi su una prospettiva "troppo" emica che, ben oltre le mie intenzioni, appare supportare il punto di vista dei miei interlocutori; dall'altra, iniziano le attese, da chi ascolta, di una mia totale demonizzazione delle posizioni – e delle persone – antivacciniste. Oppure, al contrario, mi si richiede l'imparzialità totale del ricercatore, dedito a riportare le sole parole "nude" dei suoi informatori. L'oggetto della mia ricerca, ora più che mai, oscilla tra idealizzazione e stigmatizzazione, e il più delle volte è frainteso in sé stesso. Soprattutto nel primo anno e mezzo di pandemia sembra meno importante esplorarlo che caratterizzarlo come buono o cattivo (BLONDIAUX, FOURNIAU 2011).

⁽⁴⁾ Sebbene esistano notevoli differenze tra coloro che rivendicano un'appartenenza al pensiero *no-vax* e coloro che si definiscono *free-vax*, dalle ragioni etiche e morali che muovono le scelte dei miei interlocutori e dalle rappresentazioni che di sé mi hanno dato, emergono come base comune dell'eterogeneo orizzonte del pensare critico ai vaccini, principalmente, la difesa della libertà di scelta e il principio dell'autodeterminazione terapeutica. In questo senso è plausibile sostenere che se tutti i *no-vax* sono *free-vax*, non è invece possibile sostenere il contrario. Brevemente, e privilegiando l'auto-attribuzione di appartenenza, rispetto a una etero-attribuzione da parte dei media – che tende spesso ad inglobare nella definizione di *no-vax* tutte le identità coinvolte nella renitenza vaccinale – chiarisco che per *no-vax* mi riferisco a coloro che sono contrari all'uso – e dunque anche all'obbligatorietà – di tutti i vaccini; mentre con la definizione di *free-vax* intendo coloro che si oppongono all'obbligatorietà vaccinale, percepita come intervento coercitivo dello Stato, ma che non rifiutano categoricamente le vaccinazioni come strumento di prevenzione dalle malattie. Una ulteriore

distinzione che propongo è quella tra *no-vax* e *no-vax militanti*: quest'ultimi condividono l'organizzazione in reti territoriali, l'associazionismo e le pratiche politiche del quotidiano, come ad esempio, le campagne di informazione e di sensibilizzazione sul tema dei vaccini.

⁽⁵⁾ Sono definiti esitanti coloro che, ad esempio, scelgono di vaccinare i propri figli solo contro alcune malattie. Per un approfondimento si rimanda a JACOBSON 2010; SMITH, MARSHALL 2010; HEALY, PICKERING 2011; DIEKEMA 2012. Spesso i divulgatori scientifici sul tema dei vaccini sottolineano come, a differenza dei *no-vax*, gli esitanti sarebbero ancora «recuperabili», a tal proposito si veda GRIGNOLIO 2017. Sul tema dell'esitanza si veda inoltre il *Report* dello *Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) on Immunization* (2014) il quale ne evidenzia la complessità, la variabilità in base al contesto, al tempo e allo spazio in cui si verifica, ed è influenzato da fattori quali la compiacenza (*complacency*), la convenienza (*convenience*) e la fiducia (*confidence*). Queste ultime tre categorie sono alla base del modello elaborato dall'OMS per definire l'esitanza vaccinale, nonché i tre livelli sui quali, secondo le indicazioni, si dovrebbe intervenire per incrementare le coperture vaccinali. L'OMS definisce, inoltre, la *vaccine hesitancy* come il «ritardare l'accettazione o rifiutare i vaccini nonostante la disponibilità di servizi di vaccinazione» (SAGE 2014).

⁽⁶⁾ Gli estratti etnografici qui riportati coprono un arco temporale che va dall'inizio del primo *lockdown* (marzo 2020) alla fine del 2021.

⁽⁷⁾ Sebbene non manchino voci allarmistiche, come afferma Raffaetà (2020: 50): «Le oscillazioni tra sottovalutazione e sopravvalutazione [del Covid-19] sono in un certo senso fisiologiche», tuttavia, l'effetto di tali approcci dicotomici, entrambi caratterizzati da un'ostentata certezza e da un tipo di comunicazione assertiva, hanno generato nella popolazione un caos interpretativo.

⁽⁸⁾ Riporto qui in nota alcune delle dichiarazioni sul virus Covid-19 rilasciate all'inizio dell'epidemia da noti e accreditati virologi e scienziati: «Ora, con i test diagnostici, la ricerca attiva a ritroso dei contatti e dei movimenti dei pazienti, è chiaro che il numero di casi aumenta. Ma è una forma lieve e sottolineo che si dovrebbe iniziare a chiamare sindrome simil-influenzale da coronavirus per non spaventare le persone» (Ilaria Capua, Direttore *One Health Center of Excellence*, Università della Florida, 23/2/2020, intervista rilasciata all'Adnkronos Salute). «In Italia il rischio è zero. Il virus non circola» (Roberto Burioni, virologo Ospedale San Raffaele di Milano, 2/2/2020, durante la trasmissione televisiva *Che tempo che fa*). «A me sembra una follia. Si è scambiata un'infezione appena più seria di un'influenza per una pandemia letale» (Maria Rita Gismondo, virologa Ospedale Sacco di Milano, 23/2/2020, post pubblicato su Facebook). «Molto rumore per nulla. Questo ha una letalità che, nella peggiore delle ipotesi, è pari solo al 3%. Il virus fuori dalla Cina non è poi così contagioso» (Matteo Bassetti, Direttore Clinica Malattie Infettive del Policlinico San Martino di Genova, 15/2/2020).

⁽⁹⁾ Un passaggio scandito anche attraverso i toni apocalittici usati nei titoli di noti quotidiani alla notizia delle prime vittime del Covid-19 in Italia, ad esempio: «Italia infetta» (*Il Giornale*, 22/2/2020); «Nord, paralisi da virus» (*Repubblica*, 23/2/2020); «Contagi e morte, il morbo è tra noi» (*Il Giorno*, 22/2/2020).

⁽¹⁰⁾ Con tale definizione mi riferisco, al di là delle differenze interne, a coloro che invocano la libertà di scelta vaccinale e terapeutica.

⁽¹¹⁾ Ne sono un esempio le dichiarazioni di Luciano Nobili (deputato di Italia Viva): «Fortunatamente esistono i vaccini e non esistono più i *no-vax*. Se questa tragica vicenda ha un risvolto positivo è questo» (trasmissione televisiva *Stasera Italia Speciale Coronavirus*, 23/2/2020); quella di Matteo Renzi (ex Presidente del Consiglio, fondatore di Italia Viva): «Qualche anno fa tutti discutevamo dei *no-vax*, adesso sono scomparsi tutti» (intervento a Brescia all'inaugurazione dell'anno giudiziario delle Camere penali, 22/2/2020); o, ancora, di Roberto Burioni (virologo): «Desidererei che si trovasse immediatamente un vaccino contro il Coronavirus per due motivi. Il primo perché salverebbe tante vite umane, il secondo per il piacere di vedere gli antivaccinisti implorare la vaccinazione in ginocchio sui ceci» (trasmissione televisiva *Che tempo che fa*, 29/1/2020).

⁽¹²⁾ Traduzione mia.

⁽¹³⁾ Matteo Renzi è tra i primi firmatari del “Patto trasversale per la scienza”. Il patto, che tra i fondatori vanta nomi ormai noti al grande pubblico, quali Roberto Burioni, Pier Luigi Lopalco, Guido Silvestri, Andrea Grignolio, nasce come impegno per le forze politiche a riconoscere che il progresso della scienza come un valore universale dell'umanità (per un approfondimento si rinvia all'URL: <https://www.pattoperlascienza.it>, ultima consultazione 12/2/2021).

⁽¹⁴⁾ Il *green pass* è una certificazione digitale introdotta in Italia il 16 maggio 2021 per attestare che si è vaccinati o che si è guariti dal Covid-19 negli ultimi sei mesi o, ancora, che si è risultati negativi al virus attraverso un tampone eseguito nelle 48 precedenti. Tale strumento, adottato per contenere la diffusione del contagio, è da quel momento requisito imprescindibile per accedere ai luoghi pubblici (dai ristoranti al posto di lavoro). Coloro che compaiono in queste pagine come *no-green pass* sono, in diversa misura, attivisti di organizzazioni che si battono pubblicamente contro tale strumento. Non tutti i *no green pass* sono *no-vax*, o *no-Covid-vax*, mentre, sulla base dei dati raccolti durante la mia ricerca, tutti i miei informatori *no-vax* e *no-Covid-vax* si dichiarano contro il passaporto verde. Il movimento *no-green pass*, sebbene presenta al suo interno molte e differenti correnti, si caratterizza per il rifiuto dell'obbligo del passaporto verde; ciò per diverse ragioni che non è possibile qui riassumere in maniera esauriente né discuterne approfonditamente. Tuttavia, basti dire che nelle rappresentazioni della maggior parte dei contestatori incontrati – siano essi provenienti da esperienze pregresse di attivismo o militanza politica o sociale, sia coloro che lo diventano in quanto ostili al vaccino – emergono due critiche principali: la prima è quella alla funzione del *green pass* come uno strumento di tutela della sicurezza sanitaria che assume le fattezze di un “ulteriore imbroglio” perpetrato ai danni della popolazione, “l'ultimo gradino” per il compimento di una deriva autoritaria di strategie di controllo basate sull'esclusione e la punizione; in altre parole, nelle voci ascoltate, il *green pass* non è mai il primo, ma sempre l'ultimo passo o il viatico *decisivo* per un finale totalitario. La seconda contestazione riguarda quei lavoratori che si sono sentiti ricattati e minacciati dallo Stato, a causa dell'obbligatorietà di possedere il *green pass* per poter lavorare.

⁽¹⁵⁾ A tal proposito si rimanda al concetto di «stile paranoico» elaborato da Hofstadler (1965) in riferimento al cospirazionismo americano e a quei lavori in cui il dubbio, il rifiuto sono indagati principalmente come fattore «di natura cognitiva» (Lindeman *et al.* 2021). Secondo questo tipo di analisi sarebbero specifici *bias* cognitivi a caratterizzare gli antivaccinisti, i quali mostrerebbero di avere una «mentalità dogmatica e tribale» (GRIGNOLIO 2017: 80); ad esempio, quando i *bias* di tipo teleologico prendono il sopravvento si avrebbe a che fare con un tipo di pensiero «animista», «religioso» e con una «bassa alfabetizzazione scientifica» (RUTJENS *et al.* 2018; BARRET 2000; KELEMAN 2005, 2013; LINDEMAN 2016, 2021; GRIGNOLIO 2017).

⁽¹⁶⁾ Il termine “esodati” fa riferimento a quei lavoratori che hanno deciso di lasciare il lavoro in anticipo, beneficiando di una indennità provvisoria, firmando il licenziamento volontario e usufruendo dell’indennità di mobilità nell’intervallo di tempo previsto prima del perfezionamento dell’età necessaria per la pensione. Con l’entrata in vigore della Legge Fornero (L. n. 92/2012), che ha modificato i requisiti di pensionabilità, queste persone si sono improvvisamente trovate senza pensione, senza stipendio e senza ammortizzatori sociali.

⁽¹⁷⁾ Dario Miedico è un medico particolarmente vicino e sostenuto dalla realtà *no-vax* e *free-vax*. Radiato dall’Ordine per aver espresso pubblicamente alcune perplessità sulle vaccinazioni pediatriche, Miedico è il fondatore del movimento per la libertà di cura Siamo. Il video di cui parla David riguarda le opinioni del Dott. Miedico circa la gestione della pandemia.

⁽¹⁸⁾ *Byoblu* è considerato dai miei interlocutori come uno dei pochi canali di informazione libera.

⁽¹⁹⁾ Mobilitazioni e organizzazioni *no-green pass* sorgono anche in opposizione all’obbligo del passaporto verde nei luoghi di lavoro, ne è un esempio la protesta dei portuali di Trieste (noto alle cronache dell’autunno 2021).

⁽²⁰⁾ Riporto qui tale categoria in quanto utilizzata dal mio stesso interlocutore per “difendersi” dalle frequenti accuse di “irrazionalità” da lui subite e non certo per ribadire la comune interpretazione del mondo del rifiuto vaccinale o del dissenso verso il *no-green pass* come ricettacolo di teorie del complotto.

⁽²¹⁾ Il nome della rete di cui fa parte Marcello è celato per ragioni di privacy. Per lo stesso motivo tutti i nomi dei miei interlocutori sono stati cambiati.

⁽²²⁾ Sul connubio tra crescita del populismo e diffidenza verso le élite e le vaccinazioni vedi: KENNEDY 2019.

⁽²³⁾ Nonostante i rari effetti avversi gravi accertati, l’AIFA, nel marzo 2021, decide di estendere su tutto il territorio nazionale, in via precauzionale, il divieto di utilizzo del vaccino AstraZeneca.

⁽²⁴⁾ Per una critica al concetto di “bene comune” in ambito antropologico cfr. SEPPILLI 2012 e PALUMBO 2016.

⁽²⁵⁾ Non a caso gran parte dei miei interlocutori rivendicano l’importanza di una personalizzazione della pratica vaccinale, la quale si oppone tanto a uno dei principali e più avversati paradigmi della vaccinologia, che si è reso più evidente durante la pandemia:

quello di inoculare la stessa dose e sostanza per tutti; un approccio universalista alla salute pubblica, concepita a livello della popolazione nella sua interezza e non del singolo individuo.

⁽²⁶⁾ Si ricorderanno, a tal proposito, titoli di giornali e di riviste come ad esempio: «Corona virus, siamo in guerra» (*Gazzetta di Mantova*); «Ospedali in trincea, basterà?» (*Il Quotidiano del Sud*); «Gli ospedali di nuovo in trincea» (*Il Mattino*).

⁽²⁷⁾ Diversi studiosi mettono in guardia sull'uso delle metafore militari, come quella della guerra e dell'invasione, nel rappresentare la funzione immunitaria; a tal proposito rimando alla lettura di: HARAWAY 1989; MARTIN 1990; 1994; SONTANG 2020; TREICHLER 1987; PATTON 1990; WALDBY 1996; WEASEL 2001; LANGMAN, COHN 2000.

⁽²⁸⁾ Il ritardo nell'adozione della strategia elaborata dall'OMS per contrastare la diffusione del virus come, ad esempio, le chiusure di uffici e aziende, deriva anche dalle resistenze di gruppi economici e politici e dai conflitti e dalle azioni scoordinate tra poteri centrali ed enti locali.

⁽²⁹⁾ Sulla cui possibilità gli stati sono stati avvertiti, si veda LEDERBERG 1993; HONIGSBAUM 2020; SNOWDEN 2020b.

⁽³⁰⁾ Il movimento Ippocrate è composto da medici, biologi, farmacisti e farmacologi che offrono gratuitamente e a domicilio cure contro il Covid-19.

⁽³¹⁾ Per un approfondimento si veda BETZ 1993; DI MATTEO, MARIOTTI 2021.

⁽³²⁾ Non certo un tema nuovo, al centro di riflessioni bioetiche, tra le quali quelle di: CHARLESWORTH 1996; RENNIE, MUPENDA 2008; CARVALHO, ALBUQUERQUE 2015.

⁽³³⁾ Ad aggravare il senso di insicurezza globale contribuisce senz'altro l'esplosione del conflitto russo-ucraino in Europa dal febbraio 2022. Si noti come le metafore della guerra al virus si siano immediatamente ridotte fino a scomparire (mediaticamente), per lasciare spazio alla cronaca di un conflitto europeo.

⁽³⁴⁾ Inoltre, «Quando prevale la persecuzione del deviante piuttosto che la messa a fuoco critica del senso (e dei non-sensi) della gestione verticale e paranoica dell'emergenza, si apre la strada a chi promette di risolvere le nostre paure mediante politiche autoritarie» (BONI 2020: 186-187) e all'uso permanente di un approccio securitario ed emergenziale spendibile in tutti gli ambiti di controllo e sorveglianza dei corpi.

⁽³⁵⁾ Sulla crisi della sanità pubblica, qui impossibile da approfondire, rimando al dibattito presente in "Storie virali": https://www.treccani.it/magazine/atlante/speciali/Storie_virali/Storie_virali.html; rinvio, inoltre, a anche a "Storie corali": https://www.treccani.it/magazine/atlante/speciali/Storie_corali/index.html.

Bibliografia

AGAMBEN G. (2003), *Stato di eccezione. Homo sacer*, Bollati Boringhieri, Torino.

BARRETT J.L. (2000), *Exploring the Natural Foundations of Religion. Trends*, "Cognitive Sciences", Vol. 4(1): 29-34.

- BETZ H.G. (1993), *The New Politics of Resentment: Radical Right-Wing Populist Parties in Western Europe*, "Comparative Politics", Vol. 25(4): 413-427.
- BLONDIAUX L., FOURNIAU J. M. (2011), *Un bilan des recherches sur la participation du public en démocratie: beaucoup de bruit pour rien?*, "Participations", 1: 8-35.
- BROGONZOLI *et al.* (2020), *Covid-19: il virus ignorante. Un confronto per imparare. Spunti di riflessione e atti del convegno*, <https://www.unipv-lawtech.eu/files/quaderno-Covid-il-virus-ignorante.pdf> (consultato il 29 novembre 2021).
- CARVALHO R.R., ALBUQUERQUE A. (2015), *Inequality, Bioethics and Human Rights*, "Revista Bioética", Vol. 23(2): 227-236.
- CAVICCHI I. (2015), *La questione medica*, Quotidiano Sanità, Roma.
- CHARLESWORTH M. (1996), *L'etica della vita. I dilemmi della bioetica in una società liberale*, Donzelli, Roma.
- DIEKEMA D. S. (2012), *Issues Leading to Vaccine Hesitancy*, Seattle, WA.
- DI MATTEO D., MARIOTTI I. 2021: *Italian Discontent and Right-Wing Populism: Determinants, Geographies, Patterns*, "Regional Science Policy & Practice", Vol. 13(2): 371-396.
- ENGELS F. (1976 [1891]), *Critica al Programma di Erfurt*, in MARX K. (1976 [1891]), *Critica del programma di Gotha*, Editori Riuniti, Roma.
- FEYERABEND P.K. (2002 [1975]), *Contro il metodo. Abbozzo di una teoria anarchica della conoscenza*, Feltrinelli, Milano.
- FOUCAULT M. (2005 [1979]), *Nascita della biopolitica. Corso al Collège de France (1978-1979)*, Feltrinelli, Milano.
- GNAN E. (2021), *Covid-19 e disuguaglianze: quale impatto sui senza dimora?*, "COVID19 Review", 19: 218-221, https://www.asiquas.it/wpcontent/uploads/2021/03/Covid19_Review_n._19_05.03.2021_def_3.03.2021.pdf (consultato il 28 aprile 2022).
- GOOD B. J. (2006 [1994]), *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Einaudi, Torino.
- GOYMANN W. (2020), *What the Corona (SARS-CoV 2) Pandemic, Climate Change, and the Biodiversity Crisis Teach Us about Human Nature*, "Ethology", Vol. 126(6): 593-594.
- GRAMSCI A. (1975), *Quaderni dal carcere, edizione critica dell'Istituto Gramsci*, a cura di V. GERRATANA, Einaudi, Torino.
- GRIGNOLIO A. (2017), *Post-verità, vaccini, democrazia*, "The Future of Science and Ethics", Vol. 2(1): 77-88.
- HARAWAY D. (1989), *The Biopolitics of Postmodern Bodies: Determinations of Self in Immune System Discourse*, "Journal of Feminist Cultural Studies", Vol. 1(1): 3-43.
- HEALY C.M., PICKERING L.K. (2011), *How to Communicate with Vaccine-Hesitant Parents*, in "Pediatrics", Vol. 127(Suppl. 1): 127-133.
- HOFSTADTER R. (1965), *The Paranoid Style in American Politics and Other Essays*, Harvard University Press, Cambridge.

- HOLMES D.R. (2020 [2000]), *Integralismi europei*, Maltemi, Milano.
- JACKSON A. (1987), *Anthropology at Home*, Tavistock, London-New York.
- JACOBSON R.M. (2010), *Vaccination Refusal and Parental Education: Lessons Learnt and Future Challenges*, "Pediatric Health", Vol. 4(3): 239-242.
- KELEMEN D. et al. (2013), *Professional Physical Scientists Display Tenacious Teleological Tendencies: Purpose-Based Reasoning as a Cognitive Default*, "Journal of Experimental Psychology: General", Vol. 142(4): 1074-1083.
- LINDEMAN M., SVEDHOLM-HÄKKINEN A.M. (2016), *Does Poor Understanding of Physical World Predict Religious and Paranormal Beliefs?*, "Applied Cognitive Psychology", Vol. 30(5): 736-742.
- HONIGSBAUM M. (2020 [2019]), *Epidemie: dalla Spagnola al Covid-19, un secolo di terrore e ignoranza*, Salani, Milano.
- KELEMEN D. et al. (2005), *Why Things Happen: Teleological Explanation in Parent-Child Conversations*, "Developmental Psychology", Vol. 41(1): 251-264.
- KENNEDY J. (2019), *Populist Politics and Vaccine Hesitancy in Western Europe: An Analysis of National-Level Data*, "European Journal of Public Health", Vol. 29(3): 512-516.
- LANGMAN R.E., COHN M. (2000), *A Minimal Model for the Self-Nonself Discrimination: A Return to the Basics*, "Immunology", 12: 189-195.
- LEDERBERG J. (1993), *Viruses and Humankind: Intracellular Symbiosis and Evolutionary Competition*, pp. 3-9, in MORSE S.S. (a cura di), *Emerging Viruses*, Oxford University Press, Oxford-New York.
- LIEGI G. (2009), *Antropologia dei disastri*, Laterza, Roma-Bari.
- LÉVI-STRAUSS C. (1981), *Trasmissione "Radioscopie"*, condotta da Jacques Chancel, registrazione: <https://www.ina.fr/ina-eclair-actu/audio/p13256167/claude-levi-strauss-et-le-metier-d-ethnologie> (consultato il 18 aprile 2019).
- LÉVI-STRAUSS C. (1984), *Lo sguardo da lontano: Antropologia, cultura, scienza a raffronto*, Einaudi, Torino.
- LÉVI-STRAUSS C., ÉRIBON D. (1988), *Da vicino e da lontano*, Rizzoli, Milano.
- LINDEMAN M. et al. (2021), *Searching for the Cognitive Basis of Antivaccination Attitudes*, "Thinking & Reasoning": 1-26.
- MANZANEDO R.D., MANNING P. (2020), *COVID-19: Lessons for the Climate Change Emergency*, "Science of the Total Environment", Vol. 742: 1-4.
- MARTIN E. (1990), *Toward an Anthropology of Immunology: The Body as Nation State*, "Medical Anthropology Quarterly", Vol. 4(4): 410-426.
- MARTIN E. (1994), *Flexible Bodies: Tracking Immunity in American Culture – From the Days of Polio to the Age of AIDS*, Beacon Press, Boston.
- MARX K. (1975 [1867]), *Il Capitale*, Einaudi, Torino.
- MBEMBE A. (2016 [2003]), *Necropolitica*, Ombre corte, Verona.

- OMS (2020), *Novel Coronavirus (2019-nCoV). Situation Report-13*, «WHO», <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200202-sitrep-13-ncov-v3.pdf> (consultato il 14 marzo 2022).
- OXFAM (2022), *The Inequality Virus*, <https://www.oxfam.org/en/research/inequality-virus> (consultato il 26 gennaio 2022).
- PALIDDA S. (2020), *Dalla biopolitica alla tanatopolitica: verso un cambiamento di paradigma delle migrazioni e delle frontiere*, "Magazine", HYPER Part I, <https://www.kabulmagazine.com/biopolitica-tanatopolitica-migrazioni-frontiere/> (consultato il 21 marzo 2022).
- PALUMBO B. (2016), *L'indicibile comune*, "Antropologia Museale", Vol. 13(37-39): 85-89.
- PALUMBO B. (2020), *Politiche del tempo all'epoca del coronavirus*, pp. 60-62, in GUIGONI A., FERRARI R. (a cura di), *Pandemia 2020. La vita quotidiana in Italia con il Covid-19*, <http://www.fondazione.studistoricaturati.it/pandemia-2020-un-instant-book-sullitalia-durante-il-primomese-di-covid-19/> (consultato il 12 marzo 2022).
- PATTON C. (1990), *Inventing AIDS*, Routledge, New York.
- PITT-RIVERS J. (2012), *The law of hospitality*, "Journal of Ethnographic Theory", Vol. 2(1): 501-517.
- RAFFAETÀ R. (2020), *Molecolare versus ecosistemico o circolare*, pp. 50-53, in GUIGONI A., FERRARI R. (a cura di), *Pandemia 2020. La vita quotidiana in Italia con il Covid-19*, <http://www.fondazione.studistoricaturati.it/pandemia-2020-un-instant-book-sullitalia-durante-il-primomese-di-covid-19/> (consultato il 12 marzo 2022).
- RENNIE S., MUPENDA B. (2008), *Living Apart Together: Reflections on Bioethics, Global Inequality and Social Justice*, "Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine", Vol. 3(25): 1-8.
- ROCHE B. (2020), *Was the COVID-19 Pandemic Avoidable? A Call for a "Solution-Oriented" Approach Pathogen Evolutionary Ecology to Prevent Future Outbreaks*, "Ecology Letters", Vol. 3(11): 1557-1560.
- ROTHKOPF D.J. (2003), *When the Buzz Bites Back*, "The Washington Post", 11 maggio 2003.
- RUTJENS B.T. et al. (2018), *Not All Skepticism Is Equal: Exploring the Ideological Antecedents of Science Acceptance and Rejection*, "Personality & Social Psychology Bulletin", Vol. 44(3): 384-405.
- SAGE VACCINE HESITANCY WORKING GROUP (2014), *Report of the Sage Working Group on Vaccine Hesitancy*, https://www.assetscienceinsociety.eu/sites/default/files/sage_working_group_revised_report_vaccin_hesitancy.pdf (consultato il 4 giugno 2022).
- SANTULLO C. (2021), *Infrastrutture sociali mobili in Etiopia: strategie vaccinali e crisi pandemica in uno scenario post coloniale*, pp. 213-230, in MONTANARI W. e ZAKERI S. (a cura di) *Iconografie europee*, Roma, Nuova Cultura.
- SCHIRRIPA P. (2020a), *Politiche del tempo all'epoca del coronavirus. Futuri anteriori*, pp. 65-67, in GUIGONI A., FERRARI R. (a cura di), *Pandemia 2020. La vita quotidiana in Italia con il Covid-19*, <http://www.fondazione.studistoricaturati.it/pandemia-2020-un-instant-book-sullitalia-durante-il-primomese-di-covid-19/> (consultato il 12 marzo 2022).
- SCHIRRIPA P. (2020b), *Storie virali. Contagio e segregazione coloniale*, https://www.treccani.it/magazine/atlanter/cultura/Storie_virali_Contagio_e_segregazione.html (consultato il 13 marzo 2022).

- SCHIRRIPA P. (2020c): *Storie virali. Colera e incubi (con uno sguardo a oggi)*, https://www.treccani.it/magazine/atlane/cultura/Storie_virali_Colera_e_incubi_con_uno_sguardo_oggi.html (consultato il 13 marzo 2022).
- SCHMITT C. (1995 [1916]), *Diktatur und Belagerungszustand. Eine Staatsrechtliche Studie. Staat, Großraum, Nomos. Arbeiten aus den Jahren 1916-1969*, Duncker & Humblot, Berlin.
- SCHWAB K. (2020), *We Must Move on from Neoliberalism in the Post-COVID Era*, <https://www.weforum.org/agenda/2020/10/coronavirus-covid19-recoverycapitalismenvironment-economics-equality/> (consultato il 4 luglio 2022).
- SEPPILLI T. (2012), *Sulla questione dei beni comuni: un contributo antropologico per la costruzione di una strategia politica*, pp. 110-125, in MARELLA M.R. (a cura di), *Oltre il pubblico e il privato. Per un diritto dei beni comuni*, Ombre corte, Verona.
- SEPPILLI T. (2003), *L'antropologia medica "at home": un quadro concettuale e la esperienza italiana*, in "AM Rivista della società italiana di antropologia medica", 15-16: 11-32.
- SIGNORELLI A. (1996), *Antropologia urbana. Introduzione alla ricerca in Italia*, Guerini, Milano.
- SMITH M.J., MARSHALL G.S. (2010), *Navigating Parental Vaccine Hesitancy*, "Pediatric Annals", Vol. 39(8): 476-482.
- SNOWDEN F.M. (2020a), *Storia delle epidemie. Dalla Morte Nera al Covid-19*, LEG, Gorizia.
- SNOWDEN F.M. (2020b), *L'epidemiologo Snowden: "Questa pandemia specchio di una globalizzazione letale"*, <https://ilmanifesto.it/lepidemiologo-snowden-la-pandemia-specchio-di-una-globalizzazione-letaleserve-lassistenza-sanitaria-universale/> (consultato il 7 aprile 2022).
- SONTANG S. (2020 [1978-1989]), *Malattia come metafora e L'Aids e le sue metafore*, Nottetempo, Milano.
- STRATHERN M. (1987), *The Limits of Auto-Anthropology*, pp. 16-37, in JACKSON A. (a cura di), *Anthropology at Home*, Tavistock, London-New York.
- TEDLOCK B. (1991), *From Participant Observation to the Observation of Participation: The Emergence of Narrative Ethnography*, "Journal of Anthropological Research", Vol. 47(1): pp. 69-94.
- TREICHLER P. (1987), *AIDS, Homophobia and Biomedical Discourse: An Epidemic of Signification*, "Cultural Studies", Vol. 1(3): 263-305.
- VARDANEGA A. (2020), *L'imperatore è nudo (e noi passiamo le giornate in pigiama a leggere dati). Rivelazioni da un'apocalisse*, pp. 75-81, in GUIGONI A., FERRARI R. (a cura di), *Pandemia 2020. La vita quotidiana in Italia con il Covid-19*, <http://www.fondazionestudistoricicurati.it/pandemia-2020-un-instant-book-sullitalia-durante-il-primi-mese-di-covid-19/> (consultato il 12 marzo 2022).
- WALDBY C. (1996), *AIDS and the Body Politic: Biomedicine and Sexual Difference*, Routledge, London.
- WEASEL L. (2001), *Dismantling the Self/Other Dichotomy in Science: Towards a Feminist Model of the Immune System*, "Hypatia", Vol. 16(1): 27-44.
- ZANG S.M. et al. (2021), *The Intersection of Climate Change with the Era of COVID-19*, "Public Health Nursing", Vol. 38(2): 321-335.

Scheda sull'Autrice

Corinna Santullo è nata a Roma il 17 ottobre 1986, si è laureata in Discipline Etno-Antropologiche presso l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza" e dal 2015 è membro della Missione Etnologia Italiana in Tigray – Etiopia (MERTE). Attualmente è dottoranda in Storia dell'Europa con un progetto sulle dinamiche socioculturali, storiche e politico-economiche sottese alla renitenza alla vaccinazione nel contesto italiano. Le sue ricerche si focalizzano, in particolare, sui rapporti tra cittadinanza, Stato e biomedicina, sui movimenti per la libertà di scelta terapeutica e sulle forme di resistenza dal basso, con particolare riferimento a fattori globali e locali generativi di inedite forme di disuguaglianze. Tra i suoi contributi: *Il mo(n)do naturale: cura e prevenzione nell'orizzonte no-vax e free-vax*, in "Rivista di Antropologia Contemporanea", Fascicolo 2, luglio-dicembre 2021, pp. 295-326; *Infrastrutture sociali mobili in Etiopia: strategie vaccinali e crisi pandemica in uno scenario post-coloniale*, in Montanari W., Zakeri S. (a cura di), *Iconografie Europee*, Nuova Cultura, Roma 2021.

Riassunto

Alla corte del dubbio: la pandemia di Covid-19 tra vecchia guardia e nuove reclute no-vax

All'inizio della pandemia di Covid-19 si prospetta l'estinzione o la conversione dei no-vax a fronte della minaccia-virus; tuttavia, assieme alla malattia si diffondono informazioni parziali e contraddittorie, disuguaglianze e senso di precarietà. In questo contesto la sfiducia e il sospetto verso la scienza e le istituzioni acquisiscono linfa e i no-vax nutrono le proprie fila. Il Covid-19 aggiunge peso a una sanità e a dei diritti già in declino, getta luce e acuisce condizioni di sfruttamento e disuguaglianza preesistenti. In tale scenario l'innescarsi di posizionamenti che non ammettono sfumature – *no/sì-vax*; *no/sì green pass* ecc. – depolitizza i significati del dubbio, alimenta conflitti e divisioni intraclasses, nasconde le responsabilità politiche – di noi tutti – che hanno reso estremamente drammatico l'avvento del Covid-19.

Parole chiave: Covid-19, anti-vaccinismo, movimenti per la libertà di scelta terapeutica, disuguaglianze, scienza e democrazia

Resumen

En el tribunal de la duda: la pandemia de Covid-19 entre la vieja guardia y los nuevos reclutas anti-vacunas

Al principio de la pandemia del Covid-19 se prevé la extinción o reconversión de los antivacunacionistas ante la amenaza del virus, sin embargo, junto con la enfermedad se propagan informaciones parciales y contradictorias, desigualdades y una sensación de precariedad; en este contexto, la desconfianza y el recelo hacia la ciencia y las instituciones cobran vida y los antivacunacionistas alimentan sus filas. Covid-19 agrega peso a la atención médica y los derechos ya en declive, arroja luz y exacerba las condiciones

preexistentes de explotación y desigualdad. En este escenario, el desencadenamiento de posiciones que no admiten matices – no/sí-vacunas; no/sí pase verde etc. – despolitiza los sentidos de la duda, alimenta los conflictos y las divisiones intraclasistas, oculta las responsabilidades políticas - de todos nosotros- que hicieron sumamente dramático el advenimiento de la Covid-19.

Palabras clave: Covid-19, antivacunación, movimientos por la libertad de elección terapéutica, desigualdades, ciencia y democracia

Résumé

A la cour du doute: la pandémie de Covid-19 entre vieille garde et nouvelles recrues anti-vax

Au début de la pandémie de Covid-19, l'extinction ou la conversion des anti-vax face à la menace virale est attendue, cependant, parallèlement à la maladie, des informations partielles et contradictoires, des inégalités et un sentiment de précarité se propagent ; dans ce contexte, la méfiance et la suspicion envers la science et les institutions gagnent du terrain et les anti-vax nourrissent leurs rangs. Le Covid-19 ajoute du poids à des soins de santé et des droits déjà en déclin, met en lumière et exacerbe les conditions préexistantes d'exploitation et d'inégalité. Dans ce scénario, le déclenchement de positions qui n'admettent pas de nuances – non/oui-vax; non/oui pass vert etc. – dépolitise les sens du doute, alimente les conflits et les divisions intra-classes, occulte les responsabilités politiques – de nous tous – qui ont rendu l'avènement du Covid-19 extrêmement dramatique.

Mots-clés: Covid-19, anti-vaccination, mouvements pour la liberté de choix thérapeutique, inégalités, sciences et démocratie

Politiche vaccinali cubane e scommesse sulla sovranità

*Risposte al virus, politicizzazione della salute globale
e mutamenti accelerati*

Elena Zapponi

Sapienza Università di Roma
[elenazap@uniroma1.it]

Marco Simonelli

Istituto superiore di sanità
[marco.simonelli@iss.it]

Abstract

Vaccination Policies in Cuba and Bets on Sovereignty. Responses to the Virus, Politicisation of Global Health and Accelerated Mutations

The article explores the changes introduced in Cuba by the impact of the pandemic and by vaccination and virus control policies. It considers the habitus of preparedness and response to risk from the beginning of the Revolution to the present day, and the public and cost-free health system in its intimate relationship with the population. Observing these specificities allows us to delve into the production of the five national vaccines and the bet behind the approval of the *Soberana* vaccine. The article analyses cultural and national constructions, meanings and urgencies of Cuban health policy. Inscribed in the precariousness exacerbated by the pandemic, it faces accelerated changes and an increasing politicization of global health.

Keywords: Cuba, Covid-19, Health policy, Soberana, Vaccines

Introduzione

Questa riflessione nasce nell'ambito di una ricerca centrata su salute e cura a Cuba ed esplora pratiche e politiche vaccinali. Essa muove dal dialogo e dalle riflessioni tra un'antropologa studiosa di Cuba e un ricercatore dell'Istituto superiore di sanità (Iss), antropologo di formazione, esperto

di salute globale, politiche sanitarie dei Paesi a basso e medio reddito e cooperazione internazionale.

Lo sguardo portato sulle politiche vaccinali muove da un presupposto: la necessità di provincializzare le categorie di pensiero dell'Europa e degli Stati Uniti intese come narrazione dominante (CHAKRABARTY 2004). Questo spostamento da un'“Europa iperreale” (*ivi*: 67), che si pensa come “centro del mondo” (*ibidem*) per avvicinarsi a quello che usando le parole di Ngũgĩwa Thiong'o (2017: 68) «in mancanza di una definizione migliore, si chiama Terzo Mondo», è necessario per approcciare e comprendere i vaccini degli altri e le negoziazioni legate alla produzione di vaccini che sottendono costruzioni culturali, individuali e nazionali (ALI, DAVIS-FLOYD 2022).

Su questa necessità insiste Didier Fassin indicando una distinzione tra “produzione sociale della pandemia”, ossia la dimensione oggettiva e la sua “costruzione sociale”, la dimensione soggettiva (FASSIN 2021: 316):

L'idea di produzione sociale si riferisce a ciò che ha dato luogo alla pandemia, cosa l'ha provocato, ciò che lo spiega [...] Invece, la nozione di costruzione sociale evoca la maniera in cui differenti agenti hanno contribuito alla rappresentazione della pandemia e in cui questa rappresentazione ha partecipato a sua volta del modo nel quale, in differenti luoghi e contesti sociali, se ne è fatta l'esperienza (*ibidem*).

Guardare all'esperienza cubana “del” e “con” il virus richiede una prospettiva sindemica (SINGER *et al.* 2017), uno sguardo ampio su una nozione di *salud* che va ben oltre un piano essenzialmente biomedico e si intreccia fluidamente con l'esperienza simbolica della religiosità afrocubana e della pratica della trance (ORTIZ 1991, 2007; CABRERA 2009), centrale anche nella gestione del virus (PASQUALINO 2022). Questa prospettiva che vuole intersecare lo studio della produzione della pandemia con la sua costruzione sociale porta, in primo luogo, a dover necessariamente pensare il virus nel contesto di una società insulare dove la precarietà è un basso continuo (MESA LAGO 2004, 2012; BROTHERTHON 2005; FONT 2008; SIMONI 2016; BLOCH 2018; THIEMANN, MARE 2021).

La nozione locale di *salud*, centrale nel sistema di forze e di violenza strutturale della società schiavista che ha potere di vita e di morte sui sudditi coloniali (MBEMBE 2016), interpella continuamente l'ordine del metaumano (GRAEBER, SAHLINS 2019), attraverso il quale la popolazione subalterna di Cuba ricomponne forme di esistenza creative. A partire dai primi anni Sessanta, e dall'avvento della Rivoluzione questo ambito della cura indi-

viduale e comunitaria viene riarticolato: esso esce da una dimensione che per la popolazione non bianca di Cuba costituisce una sorta di verbale segreto (SCOTT 1990), di spazio di solidarietà gestita attraverso il mutualismo e assume nuova visibilità attraverso una presa in carico nello spazio pubblico. La *salud*, invocata in apertura di tutte le cerimonie di santeria, officiate nella colonia in spazi e tempi clandestini, diventa il perno, insieme all'educazione pubblica e gratuita, sul quale si costruisce la nuova idea di uguaglianza sociale centrale nella costruzione di un rapporto di fiducia tra i nuovi cittadini socialisti e lo Stato (DOMINGUEZ-ALONSO, ZACCA 2011; RUSSO 2017; LAMRANI 2021).

Cuba ha attualmente cinque vaccini candidati alle prove dell'Oms: *Abdala*, *Soberana 1*, *Soberana 2*, *Sobenana Plus* (vaccino di richiamo-booster) e il vaccino nasale *Mambisa*. La nostra ricerca parte proprio dai nomi dei vaccini: *Abdala* è il titolo di una poesia del 1968, scritta dal padre dell'indipendenza José Martí; *Mambisa* prende il nome dai *mambises*, i guerriglieri che combatterono contro i colonialisti spagnoli nel XIX secolo. Infine, *Soberana* che significa "sovrana" in spagnolo, è un nome che espone un programma: l'affermazione nazionale di una sovranità che si è andata costruendo in una rifondazione dei rapporti tra Stato e cittadini a partire dal prisma della salute, pensata come luogo di rovesciamento della biopolitica coloniale centrata su un'altra idea di sovranità, intesa come occupazione e conquista, "capacità di definire chi conta e chi non conta, chi è eliminabile e chi non lo è" (MBEMBE 2016: 35). Tutto ciò ad indicare che la campagna di vaccinazione è una questione di orgoglio nazionale (BURKI 2021: 465).

Dal punto di vista metodologico la nostra ricerca si basa su un'etnografia a distanza seguita ad un'ultima ricerca sul campo all'Avana nel febbraio 2020, prima della diffusione del Covid-19 nell'isola. Nel periodo seguente, in mancanza di un'osservazione partecipante in presenza, i mutamenti accelerati che hanno marcato Cuba sono stati esplorati attraverso contatti telefonici o avvenuti attraverso vari social media con interlocutori/ori privilegiati residenti all'Avana. Altri canali di informazione e osservazione sono stati gli organi di stampa ufficiali (*Granma*, *Juventud Rebelde*, *Mujeres*) confrontati con altri, invece critici verso la rivoluzione socialista come l'agenzia di stampa *Cubita now* o *Ciber Cuba noticias* segnalati da interlocutori cubani. Per quanto riguarda i dati sull'andamento della pandemia a Cuba e le tappe fondamentali dello sviluppo dei vaccini cubani, la fonte ufficiale principale "seguita" sono stati i discorsi portati avanti nelle pagine Facebook e Instagram dell'*Instituto finlay de vacunas* e del *Ministerio de salud publica* oltre al sito *Cubadebate* (<http://interactivos.cubadebate.cu/>). Questi

dati sono poi stati corroborati dai dati provenienti dal portale dell'OMS sul Covid-19 e integrati, in particolare per quanto concerne gli indicatori sanitari e di spesa sanitaria, con i dati provenienti dai database ufficiali di OMS e Banca mondiale. Inoltre, dal 2021 si è prestata un'attenzione continuativa alle nuove forme di socialità sviluppata da alcune comunità virtuali nella prospettiva dello studio degli spazi di condivisione in rete come possibilità dell'antropologia (KOZINETTS 2010; HINE 2015; MILLER 2018; SCRIMIEMI 2019). Sono state seguite varie comunità *on line* e in particolare, in modo quotidiano, *Tiendas MLC Habana. Que hay?* legata alla capitale e segnalata da amicizie cubane, formata da circa 40.000 soci e *Nuevas Tiendas MLC Cuba* che conta circa 191.587 membri.

Queste comunità sono nate in seguito alla riorganizzazione del sistema monetario cubano avvenuta nel gennaio 2021, sulla quale si tornerà, e all'apertura dell'accesso a Internet a partire dallo stesso anno (ENKEN, GARCIA SANTAMARIA 2021) limitata fino al 2020 a connessioni private accessibili in spazi quali giardinetti piazze o hall di hotel, attraverso esose schede ricaricabili gestite dalla compagnia statale *Etecsa*. I gruppi Facebook osservati sono interessanti in quanto effetto visibile del potenziamento della possibilità di fare rete, anticipazione dello scambio di beni in presenza nello spazio urbano con i cosiddetti *socios*, reinvenzione della pratica del *resolver* attraverso il mondo digitale. Essi sono infatti un vivacissimo luogo di scambio riguardo all'economia informale nella capitale e in genere nell'isola, fonte di informazioni immediate e effimere sul dove arrivano o si smerciano irregolarmente prodotti alimentari d'uso comune o beni tecnologici che, secondo l'espressione di una semantica quotidiana da sottolineare, costantemente *escasean* (scarseggiano). Questa *escasez*, mancanza di qualcosa che c'è troppo poco e non per tutti ma la cui presenza scarsa suggerisce che potrebbe esserci di più, creando sete sociale, è la condizione ontologica che connota oggi la vita quotidiana insulare e gli sviluppi sempre più critici della *lucha* e del *resolver* (arrangiarsi) (ZAPPONI 2022). L'etnografia a distanza, fatta da una Roma pensata a Cuba come un *allá*-mondo dei consumi, vuole sottolineare proprio questa condizione nel contesto paradossale di una crisi strutturale acuita e di una ricerca biotecnologica pubblica che ha sviluppato in autonomia dei vaccini nazionali.

La riflessione che proponiamo è strutturata in quattro parti. La prima si concentra sul vissuto pandemico nell'isola e sulla creazione dei vaccini cubani come possibile nuova narrazione della Rivoluzione socialista. Quest'esplorazione apre all'analisi di un sistema di salute pubblica, considerato nei suoi radicamenti sul territorio e nei suoi aspetti di costruzione della fiducia

fra cittadino e Stato, che mostra interessanti indicatori sia in termini di accesso alle cure che di raggiungimento di standard sanitari. La terza parte dell'articolo analizza la cronologia dell'epidemia nel Paese, dai momenti più critici iniziali fino alla produzione dei vaccini cubani, soffermandosi sull'efficace gestione della pandemia. Infine, l'ultima parte considera nuove forme di disuguaglianze sociali legate anche alla reinvenzione statale del sistema monetario nazionale e a nuove pratiche economiche.

L'obiettivo di questo percorso è riflettere su esperienze e pratiche di salute ai tempi della pandemia da Covid-19, mettendo in luce possibilità di nuove autorappresentazioni insulari in un contesto di sempre maggiore politicizzazione della salute globale e di ripensamento della sua architettura.

*I vaccini nazionali come narrazione del *Vamos bien* della Rivoluzione socialista*

Le pagine che seguono esplorano la cittadinanza come comunità fondata sulla garanzia della salute nei suoi rapporti con uno Stato assistenzialista e l'habitus locale di reazione al rischio e alla catastrofe, costruito dagli esordi della Rivoluzione. Pensare le politiche vaccinali cubane comporta considerare un paesaggio di mutamenti economici e sociali accelerati avvenuti dal 2020 ad oggi, nel quale è possibile osservare la tensione tra «il sistema mondo globale e il mondo della vita, tra ciò che è standardizzato e ciò che è unico, tra l'universale e il particolare» (ERIKSEN 2017: 11). Tale contesto, malgrado la produzione di vaccini nazionali e di una gestione di controllo efficace dei contagi (ad oggi Cuba è uno fra i Paesi maggiormente vaccinati al mondo, con quasi 10 milioni di persone vaccinate su 11,3 milioni di abitanti – pari al 94% dell'intera popolazione – di cui l'88% completamente vaccinate, e – alla data del 1 giugno – solamente 29 nuovi casi e nessun decesso¹) ha diffuso un nuovo scetticismo nella credibilità dello Stato provocata dall'aumentata precarietà economica. Le critiche verso le garanzie statali sono condensate, nel dibattito mediatico in rete intorno alla figura dell'attuale presidente Miguel Díaz-Canel, oggetto, parafrasando i termini di Graeber e Sahlins di una “sacralizzazione avversa” (GRAEBER, SAHLINS 2019: 489). Un'avversione che ricade sulla figura “sovrana” che “detta legge” quando essa è considerata incapace di farlo, quindi di rappresentare la sovranità nel suo senso più ampio (*ivi*: 458). In questo caso la legittimità di un governante succeduto alla genealogia percepita a Cuba come carismatica dei Castro è in potenza sempre vicino a uno “scacco matto” (*ivi*: 488),

nell'impossibilità di rivaleggiare con i propri "antenati" nella vita politica passata (*ivi*: 535-540). In questo quadro è nata la "scommessa" statale dei vaccini, possibilità di risituare Cuba nel sistema-mondo, di scardinare il *bloqueo* e di salvare la credibilità dell'attuale assetto socialista e i poteri della figura del presidente.

Il Covid-19, dagli esordi della sua diffusione a Cuba nel marzo 2020, offre l'occasione per rimarcare una differenza tra un "noi" cubano reattivo e preparato a rispondere al rischio attraverso un sistema di salute pubblica efficiente e gli "altri". La differenza macroscopica centrale nella narrazione portata avanti nei media nazionali a partire dall'aprile 2020, è quella tra un "noi" salvifico, che resiste al virus e invia le brigate mediche in aiuto nel mondo e un "Impero" che mentre cerca di piegare una piccola isola attraverso le sanzioni del *bloqueo*, ampliate durante la presidenza di Donald Trump, viene invece piegato dal virus. Il virus permette di illustrare "una concezione quasi stregonica" (MORETTI 2020) di un altro che è il nemico esterno e smaschera la sua posizione di oppressore nei confronti di Cuba.

Parallelamente alla narrazione della prolungata esperienza di assedio esterno, l'emergenza sanitaria fornisce una sorta di vetrina mediatica globale dove dire l'autonomia e la sovranità cubana attraverso l'efficienza del sistema medico e delle politiche di salute pubblica nazionale, segni di un'eccellenza rivoluzionaria e delle vittorie conseguite dalla politica di Fidel Castro. Nel momento della prima ondata, la narrazione cubana della pandemia da una parte dice la malattia indotta dal virus nei termini di Susan Sontag come «metafora per ciò che si ritiene socialmente o moralmente sbagliato» (SONTAG 1992: 50), ovvero la politica di oppressione degli Stati Uniti e il fallimento del capitalismo americano, una modernità esibita come invincibile e vinta dai contagi; dall'altra essa permette di affermare non tanto la resistenza quanto il più largo concetto di "esistenza" autonoma e indipendente da mondi eurocentrici (FERNÁNDEZ RETAMAR 2004: 118) di una piccola nazione insulare. Il rapporto presentato alle Nazioni Unite *Informe sobre las afectaciones del bloqueo a Cuba del año 2020*² si sofferma sulla pandemia e sull'ulteriore rafforzamento delle sanzioni durante la lotta al Covid-19, con l'effetto di «privare deliberatamente il popolo cubano di ventilatori polmonari meccanici, maschere, reattivi e altri prodotti necessari per gestire la malattia». Inoltre, il rapporto insiste sulla "crociata" (sic) lanciata per discreditarne la cooperazione internazionale medica cubana. Specularmente, viene messo in luce il contributo alla lotta contro la pandemia delle brigate mediche Henri Reeves³, giunte in soccorso, tra l'altro, come noto, in Italia.

Così, nelle prime ondate pandemiche, il virus serve a mostrare che il “Re è nudo”, a ripetere la narrazione reiterata e ancora più urgente nel contesto pandemico di un sistema di disuguaglianze imposto dall'esterno. Nell'aprile 2020, quando la seconda brigata Henri Reeves atterra a Torino, *Juventud Rebelde*, il quotidiano organo dell'Unione dei giovani comunisti⁴, intitola un articolo in rima *El mundo agradece, el imperio se enfurece*⁵. La retorica identitaria altalenante tra l'autorappresentazione di una Cuba salvifica nei confronti del mondo e le vessazioni dell'“Impero” è accompagnata nelle politiche della cura cubane da un discorso rivolto alla cittadinanza diffuso negli organi di stampa ufficiali (*Granma, Juventud Rebelde, Mujeres*). Parallelamente a questa articolazione Cuba oppressa/Cuba salvifica legata al mondo esterno, i media portano avanti un discorso rassicurante, rivolto ai cubani. Un discorso mirato a tener desto il senso di responsabilità, sacrificio e lotta dei cittadini facendo appello all'*habitus* di reattività al rischio incorporato durante sessant'anni di rivoluzione, dall'apprendimento dei protocolli per gli uragani (JOHNSON 2011), e terremoti, alla gestione di epidemie quali *dengue* (1981 e 1997), colera (2012-2013) e *zika* (KOURI, GUZMÁN, BRAVO, TRIANA 1989; WHITEFORD 2000; SCHEPER-HUGES 2020; BURKE 2021) al saper fare scorte alimentari, all'incorporazione del rispetto per file disciplinate. In questo contesto, nel quale familiarmente ci si saluta con motti come *Seguimos el combate*, la pedagogia dell'eroizzazione nazionale portata avanti dai media conforta il *pueblo* cubano sulla capacità di resistenza e autonomia dell'isola in situazione di Covid-19. Quest'ordine del discorso, popolato da Fidel, El Che, Camilo Cienfuegos, Martí e tanti altri, eroi sportivi e musicali, richiama, nel primo momento pandemico, quando è urgente reagire alla crisi, una topografia leggendaria (HALBWACHS 1997), che, con la voce della memoria collettiva, rassicura e alimenta lo spirito di *lucha*.

A proposito di questo processo di rassicurazione, fondato sulla reiterazione narrativa del modello leggendario di una società eroica, che, seguendo l'analisi di De Certeau (1980) della credibilità, serve a rinnovare il credere di credere, è significativo un articolo apparso nel *Granma*, alla soglia del Capodanno del 2020, dedicato a Castro, intitolato *Fidel vencedor de lo imposible*⁶. In esso si insiste sul pensiero strategico di Fidel nel campo della medicina e nella sua creazione di un sistema sociale che, a differenza della concezione occidentale individualista della malattia, pone al centro un'etica di protezione dei diritti del cittadino e la gestione pubblica e gratuita della salute. In questa linea, la “generazione storica” rivoluzionaria viene messa in linea di continuità con la presidenza di Miguel Díaz-Canel e le riposte efficienti del governo al virus.

Il primo giugno 2022, dopo due anni durante i quali il risalire dei contagi è sempre stato legato alla chiusura/apertura delle frontiere e all'assenza/presenza di quella risorsa che è il turista, i media cubani annunciano la decadenza dell'obbligo del *nasobuco*, la mascherina, facendo appello al senso civico dei cittadini⁷. Nel giro di due anni molteplici forme di cura combinano il ruolo paternalistico ed egualitario dello Stato e la mobilitazione del sistema di salute pubblica con reti della cura fondate sulla socialità relazionale e il mutualismo intersoggettivo di *socios* (BURKE 2021) in grado di fornire una volta di più, dei modi di *resolver*, mutuo soccorso e infrastrutture essenziali per la vita quotidiana laddove i servizi pubblici sono carenti (SIMONI 2004). In tale contesto le politiche vaccinali nazionali hanno conseguito risultati che costituiscono un'eccezione nel contesto dei Paesi che non rientrano nella categoria di Paesi ad alto reddito (*High Income Countries* – HICs) della Banca mondiale⁸.

La salute pubblica, il territorio e la fiducia nelle politiche della cura statali

Per comprendere le politiche vaccinali come luogo di cura e salute ma anche come creatività culturale e via di fuga dalla propria cultura, da un socialismo rivoluzionario diffusamente oggi considerato meno carismatico e più burocratico (HOFFMANN 2016), è necessario uno sguardo al sistema di salute cubano e agli indicatori di salute raggiunti nell'isola.

Cuba ha una aspettativa di vita alla nascita di 78,9 anni, molto vicino alla media dei Paesi OECD (79,7) pur non essendo un Paese OECD, e migliore di quella degli Stati Uniti (77,3). Il tasso o speranza di vita, esprime appunto il numero medio di anni di vita alla nascita ed è fortemente correlato con l'indice di Copertura sanitaria universale (*Universal Health Coverage*⁹ – UHC), che valuta la performance di un Paese nell'erogare a tutti gli individui e le comunità l'accesso a servizi sanitari essenziali di qualità, l'accesso a farmaci e vaccini essenziali sicuri, efficaci, di qualità e a prezzi accessibili per tutti e la protezione dal rischio di incorrere in conseguenze finanziarie disastrose a causa di una malattia (tra l'altro, il raggiungimento della Copertura sanitaria universale è uno dei traguardi che tutti gli Stati membri delle Nazioni Unite si sono posti quando hanno adottato gli Obiettivi di sviluppo sostenibile nel 2015). In particolare, si è visto che passare dal valore 0 al valore 100 dell'indice è associato con un aumento di 32 anni nella speranza di vita e che lo scarto osservato nei valori nazionali (da 22 a 86),

si traduce in una differenza di 21 anni di aspettativa di vita (Iss 2020: 23). Con un indice di Copertura sanitaria universale pari a 80 nel 2019¹⁰, Cuba ha valori simili a quelli della media dei Paesi europei e nordamericani.

Altro indicatore importante per capire la situazione sanitaria di un Paese è la mortalità infantile e in particolare il tasso di mortalità al di sotto dei 5 anni (probabilità di morire entro i 5 anni per 1000 nati vivi) che a Cuba è di 5,11, molto vicino a quello canadese (4,99) e migliore di quello statunitense (6,35) e secondo Paese di tutto il continente americano appunto dopo Canada e con valori molto migliori dei Paesi latino-americani membri del G20 (Argentina 8,56; Messico 13,67; Brasile 14,7). L'Italia, ancora per fare una comparazione familiare da questo punto di vista, ha una delle performance migliori al mondo con un tasso di mortalità pari a 2,91 per 1000 nati vivi.

E ancora, Cuba può vantare il rapporto medico-paziente più alto al mondo, 8,4 medici per ogni 1000 abitanti, superiore anche a quello italiano di 8 (secondo Paese al mondo)¹¹.

Cuba ha una spesa sanitaria corrente pro capite (*Current Health Expenditure – CHE per Capita in US\$*) pari a 1012 dollari USA, un terzo di quella italiana (2906) e oltre 10 volte inferiore a quella statunitense (10921), ma in linea con quella dei Paesi dell'area centro sudamericana (Argentina 946; Costa Rica 922; Brasile 853). Ma la spesa sanitaria del Paese è importante parametrarla con la spesa sanitaria sostenuta dalle amministrazioni pubbliche sul totale della spesa sanitaria corrente (*Domestic General Government Health Expenditure % of Current Health Expenditure*)¹², che dà una indicazione chiara di quanto uno Stato riesca a supplire nei confronti del cittadino e quindi a non far incorrere in quelle che vengono definite “spese catastrofiche per la salute”. Da questo punto di vista, secondo i dati che emergono dai database ufficiali di Banca Mondiale e OMS¹³, Cuba ha una ottima performance con l'89% della spesa coperta dal Governo (meglio di Svezia e Norvegia 85% e di Italia (74%) e soprattutto di USA (50%, che vuol dire che la metà delle spese sanitarie negli Stati Uniti sono a carico delle assicurazioni o dei privati cittadini).

A Cuba, sulla base del principio della salute affermata come diritto inalienabile di ogni cittadino, lo Stato regola e garantisce i servizi di salute. Questo sistema di salute pubblica (SNS) unico, gratuito e di copertura universale, creato nel 1960, poggia sui principi di una medicina statale e sociale, sulla centralizzazione normativa, sull'accessibilità e gratuità dei servizi. Centrale è l'orientamento profilattico come la partecipazione della

comunità e la collaborazione intersettoriale tra organi territoriali. Ugualmente, la collaborazione e la cooperazione internazionale. Il sistema di salute pubblica cubano garantisce servizi di salute nelle unità ambulatoriali e ospedaliere. Centrale è il livello di attenzione primaria (APS) che tenta di dare riposta ai problemi di salute della popolazione e garantire protezione. L'unità corrispondente sul territorio sono i consultori del medico di famiglia e i policlinici. Al livello secondario, costituito dagli ospedali provinciali, si devono invece rivolgere i cittadini malati per prevenire complicazioni; inoltre, un sistema amministrativo terziario prende in carico i problemi di salute che necessitano cure specializzate legate alle complicazioni di specifiche patologie (DOMÍNGUEZ-ALONSO, ZACCA 2011; RUSSO 2017; LAMRANI 2021).

L'assistenza medica primaria si concentra nel modello del medico e dell'infermiera di famiglia (MEF) che hanno il ruolo di monitorare regolarmente la salute pubblica e promuoverne lo stato incoraggiando uno stile di vita considerato "sano" attraverso pratiche di vita come lo sport, l'alimentazione o pratiche di cura come la riabilitazione. In tale sistema gioca un ruolo centrale la relazione di intimità che viene stabilita tra il MEF e la popolazione che interagisce con il livello primario di attenzione al cittadino (Russo 2017) e che partecipa alla gestione del sistema attraverso programmi educativi sui principali problemi di salute (DOMINGUEZ-ALONSO, ZACCA 2011: 174).

La comunità è dunque coinvolta come attore importante nell'attenzione alla salute e investita di ruoli di gestione di alcuni programmi; è questo il caso della partecipazione femminile attraverso l'organo denominato *Brigada sanitaria de la Federación de Mujeres Cubana* e dei volontari nella vigilanza epidemiologica. Altre funzioni di controllo e monitoraggio sono svolte da figure di "responsabili della salute" in seno ai Comitati di difesa della rivoluzione (CDR) (*ibidem*). Simili realtà territoriali partecipano attivamente a promozione di attività di prevenzione e alla costruzione di un patto di cittadinanza tra Stato e cittadini fondato sulla pratica terapeutica. Inoltre, nella reattività al Covid-19 gioca un ruolo forte la costruzione sociale di un rapporto di fiducia nei confronti delle pratiche vaccinali praticate localmente fin dalla prima infanzia, ed esportate in Argentina, Bolivia, Cile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Filippine, Guatemala, Messico, Pakistan, Paraguay, Perù, Rep. Dominicana, Thailandia, Venezuela, Vietnam per controllare meningite, malaria e ebola in processi di cooperazione Sud-Sud (LAMRANI 2021)¹⁴ e nei confronti della sua industria biotecnologica e farmaceutica. Cuba, inoltre, ha scommesso nella propria industria biotec-

nologica e farmaceutica per la produzione di farmaci, vaccini, attrezzature mediche e diagnostiche – industria che attualmente è composta da oltre 30 istituti di ricerca e produttori, sotto l’egida del conglomerato statale *BioCubaFarma* (BURKI 2021) e che gestisce un ampio portafoglio di brevetti (2438 brevetti registrati al di fuori di Cuba e più di 2640 domande di registrazione di brevetti in corso in tutto il mondo)¹⁵.

L’alto investimento statale nell’industria biotecnologica e farmaceutica viene ripagato dalla disponibilità da parte della popolazione cubana a partecipare alle sperimentazioni cliniche dei prodotti della biotecnologia sanitaria cubana, facilitando lo sviluppo di nuovi prodotti. Con un flusso costante di nuovi prodotti in cantiere, avere una popolazione che sostiene la biotecnologia sanitaria è una risorsa necessaria (SINGER *et al.* 2004). L’emergenza Covid-19 sembra aver confermato il sostegno della popolazione almeno al settore biotecnologico.

Il vaccino e la sua prova: dati, “ingredienti” e possibilità di Soberana

L’11 marzo 2020 – lo stesso giorno in cui il Direttore Generale dell’Organizzazione mondiale della sanità, annunciando più di 118.000 casi in 114 Paesi e 4.291 morti, dichiara il Covid-19 una pandemia¹⁶ – Cuba segnala i suoi primi tre casi di Covid-19¹⁷. Ad oggi (2 giugno 2022) a Cuba sono stati segnalati all’OMS 1.105.360 casi confermati di Covid-19 e 8.529 decessi.

Il picco dei casi si verifica nel mese di agosto 2021, quasi 10mila casi e 100 decessi al giorno, con Cuba che diventa il Paese al mondo che registra il numero più alto di nuove infezioni giornaliere per milione di abitanti (861) (per comparazione Stati Uniti 718, Regno Unito 542, Italia 119). Contemporaneamente però inizia a Cuba la somministrazione dei vaccini prodotti localmente: *Abdala* (progettato e prodotto dal Centro di ingegneria genetica e biotecnologia – CIGB a L’Avana), *Soberana 1*, *Soberana 2* (destinato principalmente all’uso pediatrico) e un vaccino di richiamo, *Soberana Plus*, prodotti dall’Istituto vaccinale *Finlay* in collaborazione con il Centro di immunologia molecolare del Gruppo cubano di industrie biotecnologiche e farmaceutiche, *BioCubaFarma*.

A metà giugno 2021 oltre due milioni di cubani hanno ricevuto almeno una dose dei candidati vaccino e a fine giugno Cuba raggiunge il 20% della sua popolazione vaccinata con almeno una dose¹⁸. A fine luglio 2021 iniziano le vaccinazioni di massa a Cuba con *Abdala*, e il 3 agosto 2021 Cuba

raggiunge i 10 milioni di dosi di vaccini somministrati alla popolazione. In settembre 2021 inizia l'immunizzazione di bambini e adolescenti in tutta l'isola, che diventa il primo Paese al mondo a realizzare una massiccia campagna di vaccinazione nella popolazione pediatrica (2-11 anni). Già agli inizi di ottobre 2021 il 60% della popolazione vaccinabile a Cuba ha completato il proprio programma di immunizzazione, fornendo ai ricercatori un'ampia serie di dati con cui monitorare la sicurezza e l'efficacia dei vaccini (REARDON 2021).

Da allora il Paese ha ripreso il controllo della situazione, con un incremento settimanale di casi che è passato dal 18% (ultima settimana di luglio) a valori che stanno costantemente sotto lo 0,1% e addirittura sotto lo 0,01% nelle ultime settimane (mese di maggio 2022). Tendenza simile per la mortalità che nel periodo a partire da novembre 2021 registra solo qualche decesso al giorno e nessun decesso dalla prima settimana di maggio ad oggi, come mostra la Figura 1¹⁹ (*cf.* anche TAYLOR 2021, 2022).

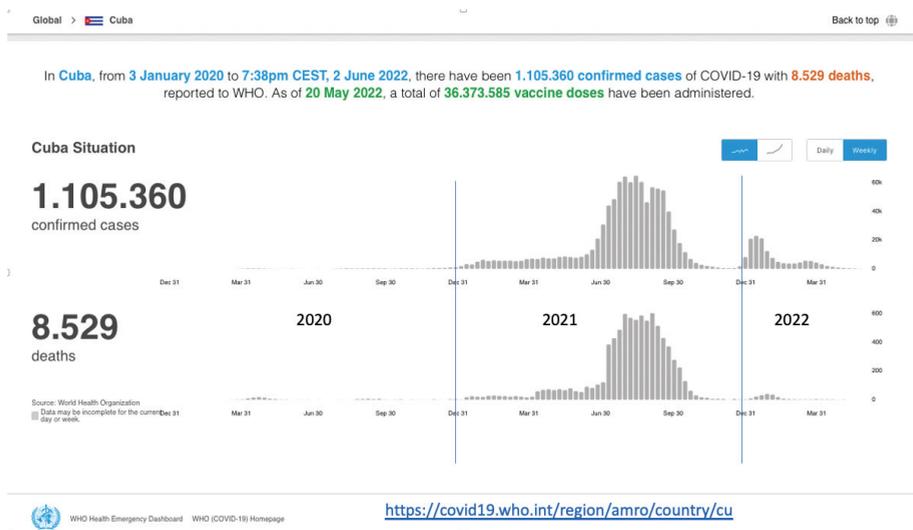


Figura 1: Cuba, situazione Covid-19: casi confermati e numero di morti settimanali da gennaio 2020 a maggio 2022 (Fonte OMS: <https://covid19.who.int/region/amro/country/cu>).

Cuba si trova attualmente in una situazione tra le migliori al mondo, con quasi 10 milioni di persone vaccinate pari al 94% della popolazione e di cui

l'88% completamente vaccinate, seconda solo – come mostra la Figura 2 – a Emirati Arabi e Portogallo e davanti a Cile, Singapore, Cina, Canada, Italia (Italia 84%-79%)²⁰ e superando ampiamente l'obiettivo fissato dall'OMS (WHO 2021) di vaccinare entro metà 2022 il 70% della popolazione di ogni Paese, obiettivo raggiunto da Cuba già in novembre con un anticipo di otto mesi.

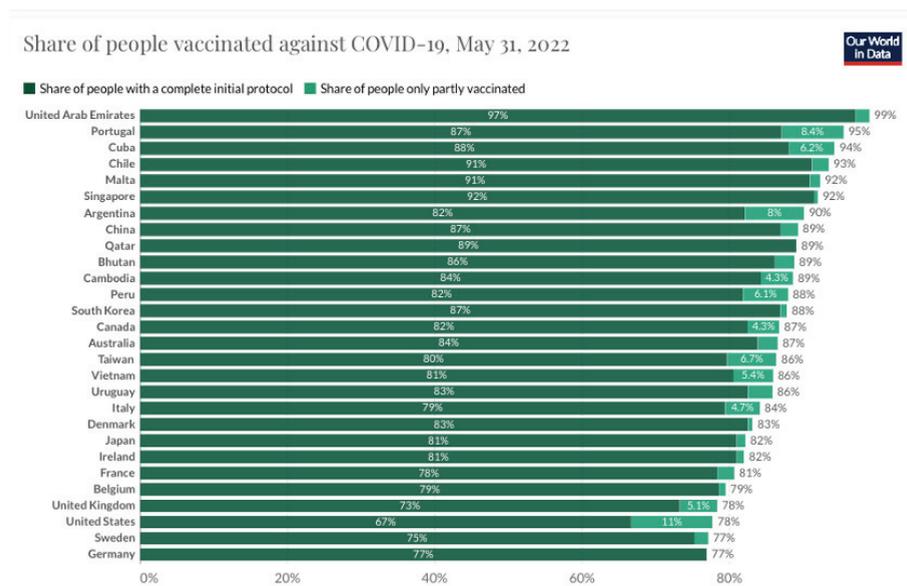


Figura 2: Percentuale di persone vaccinate contro il Covid-19 al 31 maggio 2022 (Fonte *Our World in Data*: <https://ourworldindata.org/coronavirus#explore-the-global-situation>).

Pandemia e nuove disuguaglianze.

La Moneda libre convertible e la reinvenzione del resolver:

«Que no hay, no hay pero en mlc si hay!»

I mutamenti introdotti dalla pandemia, concretizzati in un'acuita crisi economica legata a quella dell'economia turistica – risorsa principale del Paese e in ripresa solo nel corso del 2022 –, sono inoltre alimentati dalle riorganizzazioni del sistema monetario locale. Mentre Cuba tenta di vincere a livello internazionale la scommessa del successo dei propri vaccini, scommessa che implica la possibilità di rappresentarsi in modo nuovo al

sistema-mondo, nuove spinte economiche di tipo individualista creano diseguaglianze inedite tra cittadini e un'accresciuta fame di alterità e di prodotti di consumo simbolo di modernità derivate. Infatti, nel gennaio 2021 il sistema monetario nazionale viene riorganizzato attraverso un'abolizione delle due monete in uso dagli anni Novanta in avanti: il peso cubano (CUP) con il quale veniva stipendiata la popolazione e il peso convertibile (CUC), declinato anche in vari cubanismi come *dolares* o *chavitos*, equivalente, approssimativamente al valore del dollaro e euro. Viene stabilita come unica moneta il peso cubano ma parallelamente introdotta la novità chiamata *Moneda libre convertible* (MLC): un sistema di carte di credito ricaricabili anche dall'estero che servono a comprare le merci vendute nei circuiti per MLC. Di conseguenza, questo sistema, che nasce con l'obiettivo statale di far entrare valuta forte nel circuito economico nazionale, crea forti diseguaglianze tra chi riceve rimesse dall'estero e usufruisce di una carta MLC ricaricata e chi continua a vivere sostenendosi con la *libreta de abastacimiento* fornita dallo Stato. Quest'ultimo sistema, che garantisce a ogni nucleo familiare, in base alla composizione dei suoi membri, un razionamento degli alimenti poi arrotondato attraverso l'economia informale della rete di *socios*, amicizie, relazioni di vicinato sembra essere messo in crisi, agli occhi di cubani, dall'avanzare della proposta di libero mercato introdotta dalla circolazione dell'MLC.

Una frequentazione continuativa di vari gruppi Facebook cubani permette di fare un'incursione preliminare in questo territorio di studio in corso di approfondimento. In questo senso, tra i vari gruppi, è sembrato particolarmente interessante seguire il sito web di notizie e media del quotidiano comunista *Granma*. La pagina Facebook si rivela ben diversa dal cartaceo e dal quotidiano on-line in un tratto ben preciso: i molti commenti di chi la segue. Nei termini di James Scott, infatti, i numerosi commenti postati quotidianamente dai cittadini rispetto a diversi generi di notizie, possono essere definiti delle sorte di "verbali segreti" (SCOTT 1990): spazi liminali di parola critica verso l'ordine vigente, che dispiegano un dibattito disordinato, convulso, iperattivo e dissidente in opposizione alla retorica rivoluzionaria, linea editoriale del *Granma*. Essi contengono critiche, domande, speranze rispetto all'evoluzione di una Rivoluzione vissuta al presente, chiamata, spesso in modo critico e sfiduciato "regime", "dittatura" o condensata nella sola figura dell'attuale presidente Miguel Diaz-Canel. Tuttavia, è fondamentale sottolinearlo, molti di questi commenti usano il presente per descrivere una rivoluzione, che per quanto definita in crisi e sgangherata, "è", evolve e viene qualificata con l'aggettivo "*esta*" (questa)

che ne indica la percezione vissuta al presente da parte di chi vive nell'isola, ben distinta dalla negazione di contemporaneità (FABIAN 1983) attribuita dal mondo fuori dell'isola che vorrebbe farne un prodotto vintage e romantico come le vecchie Chevrolet e Buick parcheggiate nei dintorni del Parque Central, nel cuore dell'Habana Vieja.

Tali commenti indicano la necessità di guardare a Cuba con prospettive analitiche che escano dall'inutile dicotomia di regimi di verità opposti, ridotti a uno schieramento tra cubanità e anti-cubanità (ZAPPONI 2022) e da definizioni nette quali "Cuba post-rivoluzionaria" o "post-socialista" (THIE-MANN, MARE 2021). Nel corso dell'aprile del 2022, di fronte ad eventi come l'esplosione dell'elegante Hotel Saratoga, sito nel cuore turistico della città, di fronte al *Capitolio Nacional*, che causa circa 46 morti o alle intense alluvioni nel mese di maggio, che peggiorano lo stato già fatiscente di strade, marciapiedi e edifici spesso allagati, un acceso dibattito indica la porosità delle frontiere tra disillusione nelle garanzie statali e fiducia nel sistema rivoluzionario e le attese di cambiamenti centrati, non solo ma anche, sui principi di equa distribuzione delle risorse tra cittadini.

Le attivissime chat sulla pagina del *Granma*, l'organo di stampa ufficiale, riflettono una reinvenzione dell'ufficialità sulla quale è interessante soffermarsi: esse, infatti, indicano una pratica del dissenso e del dibattito molto viva in seno alla società cubana, espressa in termini di fatica sociale, volontà di innovazione, interrogativi sul futuro esplicitati proprio in quello stesso spazio virtuale nel quale domina la retorica statale, il resoconto ufficiale.

Un altro luogo virtuale è estremamente interessante per cogliere il clima di ansia e attesa sociale di cambiamenti in cui si iscrivono le politiche vaccinali: si tratta dei numerosi gruppi Facebook *Tiendas MLC. Que hay?*. Questi gruppi iperattivi, fondati sul rimbalzo di informazioni di merce in arrivo nella capitale o in altre città, acquistabile con le carte MLC, indicano altro rispetto a quanto emerge dagli scambi che si attivano nella citata pagina del *Granma*. In questo caso, fuori dai commenti alle notizie di attualità e fuori dai circuiti dell'ufficialità, siamo appieno nei meandri e peripli quotidiani dei cittadini per procurarsi merce di consumo di svariato tipo, così come recita *Nueva tiendas MLC Cuba – grupo de Guantánamo*: «Este grupo fue creado con el objetivo de estar informado sobre que sacan el las tiendas MLC en Guantánamo. No se permiten ofensas ni malos tratos» («Questo gruppo è stato creato con l'obiettivo di essere informati su ciò che appare nei negozi MLC a Guantánamo. Non si permettono offese e maltrattamenti»). Inoltre, tratto fondamentale, le dinamiche virtuali attivate mostrano un'accelerata

reinvenzione dell'*economia del resolver* locale, quel settore di negoziazioni tra conoscenti e *socios* fondamentale nel quotidiano, ora riorganizzato attraverso nuove dinamiche spaziali che prescindono dal tempo dell'incontro *de visu*: di fatto, il gruppo MLC funziona come una mappa di informazioni, continuamente aggiornata in tempo reale, su dove andare a cercare tale o tal altro prodotto prima che questo termini. Questa corsa alla merce, che introduce nel tessuto sociale una nuova competitività e idea di successo, ricompono l'*habitus del resolver* come una pratica economica della fretta, centrata nell'arrivare a trovare molto rapidamente il prodotto, concretamente facendo una corsa col tempo e con i complicati spostamenti urbani a partire dal momento in cui si è ricevuta l'informazione utile. Il *resolver* così muta: non più un'economia dell'abilità basata su un tempo lento, necessario a tessere relazioni solidali, a scambiarsi favori e creare reti per sbrogliare le difficoltà quotidiane; il successo della reinvenzione del *resolver* è legata piuttosto a reti solidali, di formazione e tessitura veloce, spesso effimere, contatti virtuali più simili a meccanismi di mercato in uso in ampie parti del mondo che segnalano un cambiamento importante nella percezione cubana insulare di spazio e tempo.

In particolare, qualcuno dei commenti del gruppo *Tiendas MLC Habana*. *Que hay?* rende un'idea della nuova frenesia e laboriosità del *resolver* online. I messaggi possono essere mirati, per esempio, a cambiare moneta. Il 12 gennaio 2022 appare questo messaggio, pubblicato su uno sfondo di fiorellini e farfalle: «*Tengo 100 euros a 62. Tengo 100 USD a 52 el intersado llamar a ******, *no estoy apurada*» («Ho 100 euro a 62. Ho 100 dollari a 52 l'interessato chiami il ++++++, non ho fretta»). Il 6 maggio 2022 un post a sfondo violetto decorato propone: «*Vendo 760 dolar americano en efectivo por 115 cup llamar ******». Onelida invece scrive evidentemente di fretta, con errori di punteggiatura e, mirando all'istantaneità dell'informazione in rete, avvisa: «*Todas las tiendas están surtidas. hay muchas cosas. Dicen k esta entrando d todo. los almacenes llenos*» e posta un'immagine dell'*Emulsion Ballena Azul*, spray nasale per bambini, prezzo 6,70 dollari. Lina posta, invece, la foto del formaggio *Olvergaden Gouda*, appena comprato, posato sul merletto di un tavolo di legno, fotografato fronte-retro; prezzo per unità 9 dollari. Unico commento rapido le coordinate topografiche che indicano il negozio e un riferimento all'istantaneità dell'acquisto «*5 y 42 ahora mismo*».

Come sottolineato, la velocità è centrale nella reinvenzione del *resolver*: l'*ahora mismo* (proprio adesso), diventa una sorta di “pronti, partenza, via”, una costante di messaggi, inoltre connotati, altrettanto costantemente, dal segno della corsa competitiva all'acquisto nella sgrammaticatura di

una scrittura senza punteggiatura, che riproduce le troncature di fine parola usate nel cubano parlato, sorprendente in un contesto nazionale nel quale, invece, si presta un'attenzione diffusa alla correttezza del linguaggio scritto. Yesi scrive: «*Mayonesa de Tanqueray haora mismo Zapata y 26 al lado del cementerio Delos chino*» («Maionese Tanqueray proprio ora Zapata e 26 al lato del cimitero dei cinesi»). Ermina le risponde: «*precio por favor?*». Tereza le risponde: «*de nada estamos para ayudarno*» («di niente siamo qui per aiutarci»).

In questa linea, gli scambi si affollano e sovrappongono di ora in ora; a una segnalazione su stereo di musica si risponde con un'altra domanda sull'arrivo di freezer; a quelle sulla maionese con richiesta di notizie su bevande con dettagli di marche e indirizzi. C'è poi chi, come Noris, posta intere possibili liste eterogenee della spesa, suscitando condivisioni e fermento: «*Centro comercial de vía blanca y virgen del camino, hay bastante uvas, pollo entero, mantequilla de 1kg, pomos de jugos de cristal, Malta belga, cerveza de botellas holandia, escobas, café molido paquete medio italiano, mayonesa pomo plástico, frijoles colorados y negros, salsichas de lata*» («Centro commerciale di via Blanca e Virgen del Camino, c'è abbastanza uva, pollo intero, burro di un chilo, confezione di succo Cristal, malta belga, birra in bottiglia olandia, scope, caffè macinato pacco medio italiano, maionese barattolo plastica, fagioli colorati e neri, salsicce in lattina»). Ma insieme a chi annuncia vendita di cibo, vestiario e accessori, arredi per la casa, sanitari per il bagno o foto vendita di televisioni di 33 pollici, lavatrici automatiche da 6 kg, condizionatori, trasporto incluso, da pagare illegalmente negli Stati Uniti, il gruppo si anima a tratti anche di notizie che suscitano commenti solidali, come nel caso di Javier, preoccupato per la salute del figlio, che, nel maggio 2022, scrive: «*Mi hijo tiene dengue y esta ingresado necesito saber donde hay galletas d Sal y Carne d Res*» («Mio figlio ha il dengue e è ricoverato ho bisogno di sapere dove ci sono crackers e filetto di manzo»). La richiesta suscita numerosi commenti solidali e suggerimenti costanti sulla necessità della cura diffusa a base di brodo di zampe di gallina, succo di guayava e gelatina. Il gruppo *Tiendas MLC Habana*. *Que hay?* ferve anche nell'aprile 2022 dando notizie sui deceduti e offrendo donazioni di sangue per i feriti i giorni seguenti l'esplosione dell'*Hotel Saratoga*. Inoltre, esso serve anche a esplicitare un dibattito critico, generale, sul rincaro dei prezzi, la scarsità degli alimenti disponibili e sulle evidenti forme di disuguaglianza introdotte nella società cubana dalla nuova forma monetaria MLC. Spesso gli utenti dibattono tra loro sulla legge che stabilisce la MLC, le politiche di importazione e la diversità di punti di vista mostra la porosità tra fiducia e disillusione

nello Stato sulla quale si è insistito. Rosalina, il 25 gennaio 2022 insiste sul conformismo cubano e sul fatto che i cittadini cubani accettino di usare il sistema MLC descritto come fonte di nuove disuguaglianze e di fame per anziani, bambini e malati: «*Que no hay, no hay pero en mlc si hay*» («Non ce n'è, non ce n'è però in MLC sì che ce n'è»).

Rosa Maria le risponde: «*Seguro que si nos ponemos todos de acuerdo y nadie va a las tiendas de MLC a comprar, de seguro la tienen que quitar, pero desgraciadamente somos perros y tenemos que ir allí pues es donde único hay algo para comprar, algo, pues tampoco hay mucho y lo que hay muy caro y no cubre, nuestras verdaderas necesidades*» («Sicuro che se ci mettiamo d'accordo e nessuno va nei negozi MLC a comprare, sicuramente li devono togliere, però disgraziatamente siamo cani e dobbiamo andarci, poi è unicamente lì dove c'è qualcosa da comprare, qualcosa, non è che neanche ci sia molto e quello che c'è è molto caro e non copre le nostre vere necessità»). È in questo movimentato e surriscaldato contesto di aumentata precarietà che vengono sviluppati e somministrati i vaccini cubani.

Conclusioni. Scacco matto del socialismo “burocratico” o hasta la victoria?

La riflessione proposta, concentrandosi sulla produzione di *Soberana*, uno dei cinque vaccini cubani candidato alle prove dell'OMS, ha voluto descrivere la tensione tra i recenti tentativi di riorganizzazione della sovranità cubana e i nuovi desideri che animano la vita sociale e politica.

In questa prospettiva, sono state considerate da un lato le politiche adottate dallo Stato cubano nel far fronte alla pandemia, i vaccini e un'amplissima campagna di vaccinazione, presentati come fattore di orgoglio nazionale e come rilancio di un impeto rivoluzionario; dall'altro lato, l'analisi si è concentrata sullo sviluppo di discorsi alternativi, analizzati sui social media, più critici nei confronti dello Stato e delle visioni ufficiali.

L'analisi, seguendo l'indicazione di Didier Fassin (2021: 316) si è proposta intersecare lo studio della produzione della pandemia con la sua costruzione sociale. Quest'obiettivo ha reso necessario situare il virus nel contesto di una società insulare dove negli ultimi decenni la precarietà è un basso continuo e dove il sistema di salute pubblica che mostra il raggiungimento di standard sanitari alti, continua a essere fondamentale nella costruzione della fiducia tra i cittadini e lo Stato.

In tale contesto, i vaccini emergono come nuova narrazione della Rivoluzione, “scommessa” statale, possibilità di risituare Cuba nel sistema-mondo, di denunciare nuovamente le sanzioni del *bloqueo* e di salvare la credibilità dell’attuale assetto socialista.

Inoltre, *Soberana* è stato considerato come un prisma che permette di riflettere su una sovranità nazionale costruita sulla rifondazione rivoluzionaria dei rapporti tra Stato e cittadini a partire dalla centralità attribuita alla salute e dalla garanzia della cura, spazio di rovesciamento della biopolitica coloniale e della sua negazione di tale garanzia e dei diritti sul proprio corpo (MBEMBE 2016).

Passando dal livello locale (Cuba) a quello globale, l’emergenza Covid-19 ha rilanciato il concetto di “diplomazia dei vaccini” – tutti gli aspetti della diplomazia sanitaria globale relativi allo sviluppo, alla produzione e alla fornitura di vaccini come beni di salute pubblica – riaprendo il dibattito su come garantire un accesso equo ed economico ai vaccini, in particolare per i Paesi a medio e basso reddito (KAZATCHKINE, KICKBUSCH, KÖKÉNY, NIKOGOSIAN 2021: 168).

La dichiarazione dei Leader dei Paesi G20 di Roma, lanciata al Summit finale dell’anno di presidenza italiana del G20 a fine ottobre 2021²¹, riconosce i vaccini come uno tra gli strumenti più importanti contro la pandemia e afferma che un’ampia vaccinazione è un bene pubblico globale. La dichiarazione si impegna quindi per garantire un accesso equo e universale a vaccini, terapie e diagnostici sicuri, economici, di qualità ed efficaci, con particolare attenzione alle esigenze dei Paesi a basso e medio reddito. Essa si impegna inoltre ad adottare misure per contribuire al raggiungimento degli obiettivi raccomandati dalla strategia globale di vaccinazione dell’OMS di vaccinare almeno il 40% della popolazione in tutti i Paesi entro la fine del 2021 e il 70% entro la metà del 2022. Al 3 giugno 2022, a meno di un mese dalla scadenza quindi, 163 Paesi in tutto il mondo non hanno ancora raggiunto il target – il che corrisponde a quasi 6 miliardi di dosi ancora da somministrare. Neppure il target del 40% è stato completamente raggiunto da ben 74 Paesi (tutti tranne uno nei Paesi a reddito medio e basso)²².

A fronte di questo parziale insuccesso, va sottolineato il rischio di alimentare ulteriormente quella narrativa della sfiducia nelle risposte internazionali di cui parlano Kazatchkine, Kickbusch, Nikogosian, Kökény nel loro recente manuale di diplomazia della salute globale (KAZATCHKINE, KICKBUSCH, KÖKÉNY, NIKOGOSIAN 2021: 45).

La salute globale si sta politicizzando sempre più – soprattutto in questi anni di pandemia – e questo si è reso manifesto nei fora internazionali quali il G20, dove oggi un blocco di Paesi guidati dalla Cina, e che comprende Sud Africa, India, Argentina, Brasile, Russia, Arabia Saudita, Messico e Indonesia, accusa i Paesi più ricchi di *vaccine nationalism* – ossia di aver accumulato scorte di vaccini creando carenze artificiali per miliardi di persone nei Paesi a medio e basso reddito, anche in quelli che avevano le risorse per l’acquisto; o ancora nel dibattito per la liberalizzazione dei brevetti sui vaccini a mRNA, fortemente alimentato da Sud Africa e India ma osteggiato dai Paesi europei²³.

La diplomazia della salute globale si deve necessariamente muovere verso un nuovo multipolarismo, che vada oltre la tradizionale dicotomia Paesi sviluppati-Paesi in via di sviluppo. Le nazioni del Sud del mondo hanno oggi una maggiore influenza sulla politica sanitaria globale. Esiste un movimento di decolonizzazione della salute globale che fa appello ad una visione pluralistica della salute che consideri anche le prospettive non occidentali: solo così si potrà dare origine a interventi, politiche, pratiche e modalità di ricerca sulla salute più inclusive e rispettose (KAZATCHKINE, KICKBUSCH, KÖKÉNY, NIKOGOSIAN 2021).

L’esperienza del Covid-19 mette in evidenza disuguaglianze storiche nell’accesso alla ricchezza e l’urgenza di un’architettura della salute globale inclusiva le cui strutture abbiano legittimità agli occhi del mondo e non di pochi. L’*Access to Covid-19 Tools Accelerator (ACT-A)*²⁴, il meccanismo di risposta al Covid-19 creato all’inizio della pandemia da un ristretto gruppo di Paesi e fondazioni private²⁵, sembra appunto non avere quel riconoscimento globale. Il suo pilastro di distribuzione dei vaccini, COVAX, non solo non ha raggiunto i risultati prefissati, ma è soggetto a numerose critiche quali ad esempio scarsa trasparenza gestionale e conflitti di interesse di industria e fondazioni private (MOON 2021). Come ammonisce l’*Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response*, il gruppo di esperti istituito dall’Oms per analizzare la cronologia degli eventi e delle risposte date da Oms e governi nazionali alla pandemia e per proporre un modello rafforzato e attrezzato nella preparazione a rispondere alle future minacce per la salute:

la salute globale non può essere lasciata in ostaggio dell’industria farmaceutica che compra i brevetti di prodotti più promettenti (spesso inizialmente sviluppati con ingenti fondi pubblici presso università e istituti di ricerca) e li sviluppa nell’interesse di realizzare profitti. Questo sistema non raggiunge il giusto equilibrio tra innovazione e beni pubblici globali (IPPPR 2021: 20).

L'esperienza di Cuba, che esporta i suoi vaccini in Iran, Nicaragua, Venezuela e Vietnam e ha trattative con almeno altri 15 Paesi, la maggior parte dei quali a basso reddito, è in questo senso particolarmente significativa. I vaccini cubani sono venduti a un "prezzo di solidarietà" paragonabile a quello del programma COVAX (TAYLOR 2022), e potrebbero presentare alcuni vantaggi – in particolare per le aree più remote dei Paesi a medio e basso reddito – in quanto rispetto ad altri tipi di vaccino, non hanno bisogno di essere mantenuti a temperature estremamente basse (REARDON 2021). Ma nonostante la capacità produttiva del Paese consenta di produrre circa 120 milioni di dosi di vaccino all'anno, per poter distribuire i propri vaccini attraverso COVAX, c'è bisogno dell'approvazione dell'OMS – attualmente non ancora disponibile.

La scommessa sottesa ai vaccini cubani non può essere ridotta a un fatto di attualità. Essa rappresenta, al contrario, una congiuntura storica eccezionale per l'isola verso la quale un'antropologia attenta ai mutamenti sociali deve volgere lo sguardo. La vittoria o la perdita di questa scommessa con i Paesi connotati dall'economia di consumo, chiamati a Cuba "Occidente", sembra essere un risultato forse non più importante del percorso fatto per giocarla. Già in sé, tale scommessa significa nuovi desideri sociali e spinte di negoziazione interne al socialismo cubano tra tensione e attrazione verso un sistema-mondo globale nel quale collocarsi in modo nuovo riorganizzando la propria insularità e sovranità.

Note

⁽¹⁾ <https://covid19.who.int/region/amro/country/cu> (consultato il 1° giugno 2022).

⁽²⁾ <http://www.granma.cu/cuba/2019-09-20/informe-sobre-las-afectaciones-del-bloqueo-a-cuba-del-ano-2019-20-09-2019-13-09-08> (consultato il 20 maggio 2023).

⁽³⁾ Contingente specializzato in situazioni di disastri e gravi epidemie, nato nel 2005 per aiutare l'Angola (Cfr. LAMRANI 2021).

⁽⁴⁾ Creato da Fidel nel 1965.

⁽⁵⁾ <http://www.juventudrebelde.cu/cuba/2020-04-13/el-mundo-agradece-el-imperio-se-enfurece> (consultato il 20 maggio 2023).

⁽⁶⁾ <http://www.granma.cu/cuba/2020-12-30/vencedor-de-imposibles-30-12-2020-22-12-20> (consultato il 20 maggio 2023).

⁽⁷⁾ <https://www.granma.cu/cuba-covid-19/2022-05-30/cuba-elimina-el-uso-obligatorio-del-nasobuco> (consultato il 20 maggio 2023).

⁽⁸⁾ Con un RNL pro capite di 9478 dollari nel 2020, Cuba – nella classificazione della Banca Mondiale – rientra nella categoria dei Paesi a reddito medio-alto (*Upper Middle Income Countries* – UMICs), al 73esimo posto nella lista della Banca Mondiale, leggermente inferiore a quello di Russia (10121) e Cina (10434), e di poco superiore a quello di Argentina (8579), Turchia (8536), Messico (8329). Tanto per fare delle comparazioni con i Paesi più ricchi, l'Italia ha un RNL pro capite pari a 31770 dollari e si trova al 31esimo posto, gli Stati Uniti ottavo posto con 63206 dollari pro capite. I Paesi a medio reddito (Mic) sono un gruppo eterogeneo per dimensioni, popolazione e livello di reddito. Sono definiti come economie a reddito medio-basso – quelle con un RNL pro capite compreso tra 1.036 e 4.045 dollari; ed economie a reddito medio-alto – quelle con un RNL pro capite compreso tra 4.046 e 12.535 dollari (2021). I Paesi a medio reddito ospitano il 75% della popolazione mondiale e il 62% dei poveri. Allo stesso tempo, i Mic rappresentano circa un terzo del PIL mondiale e sono i principali motori della crescita globale. Nel gruppo dei Paesi a medio reddito rientrano otto Paesi che sono parte del G20: Argentina, Brasile, Cina, India, Indonesia, Messico, Russia, Sud Africa. Fonte: <https://www.worldbank.org/en/country/mic> (consultato il 1° giugno 2022).

⁽⁹⁾ [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)) (consultato il 1° giugno 2022).

⁽¹⁰⁾ <https://data.worldbank.org/indicator/SH.UHC.SRVS.CV.XD?view=map> (consultato il 1° giugno 2022).

⁽¹¹⁾ https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.PHYS.ZS?most_recent_value_desc=true&type=shaded&view=map (consultato il 1° giugno 2022).

⁽¹²⁾ <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en> (consultato il 1° giugno 2022); <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.CH.ZS?view=map> (consultato il 1° giugno 2022).

⁽¹³⁾ Cfr. fonti citate nella nota precedente: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.CH.ZS?view=map>; e <https://apps.who.int/nha/database>.

⁽¹⁴⁾ Per la lista dei Paesi si consulti anche il sito *Pan American Health Organisation* (PAHO): <https://www.paho.org/cub/dmdocuments/VacunasCubanasRegistradas.pdf> (consultato il 1° giugno 2022).

⁽¹⁵⁾ <https://www.nature.com/articles/d43747-020-00522-5> (consultato il 1° giugno 2022).

⁽¹⁶⁾ <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-Covid-19---11-march-2020> (consultato il 1° giugno 2022).

⁽¹⁷⁾ <http://interactivos.cubadebate.cu/linea-de-tiempo/> (consultato il 1° giugno 2022).

⁽¹⁸⁾ <http://interactivos.cubadebate.cu/linea-de-tiempo/> (consultato il 1° giugno 2022).

⁽¹⁹⁾ <https://covid19.who.int/region/amro/country/cu> (consultato il 1° giugno 2022).

⁽²⁰⁾ <https://ourworldindata.org/coronavirus#explore-the-global-situation> (consultato il 1° giugno 2022).

⁽²¹⁾ <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/G20ROMELEADERSDECLARATION.pdf>. Par. 4, *Salute* (consultato il 1° giugno 2022).

⁽²²⁾ <https://www.covid19globaltracker.org> (consultato il 1° giugno 2022).

⁽²³⁾ Per la tematica sui brevetti si rimanda alla pagina di Msf: <https://msfaccess.org/no-patents-no-monopolies-pandemic> (consultato il 1° giugno 2022).

⁽²⁴⁾ <https://www.who.int/initiatives/act-accelerator> (consultato il 1° giugno 2022).

⁽²⁵⁾ Lanciato alla fine di aprile 2020, in occasione di un evento ospitato dal Direttore Generale dell'OMS, dal Presidente della Francia, dal Presidente della Commissione europea e dalla Fondazione *Bill & Melinda Gates*, l'*Access to Covid-19 Tools Accelerator* (ACT) riunisce governi, scienziati, imprese, società civile, filantropi e organizzazioni sanitarie globali (Fondazione *Bill & Melinda Gates*, CEPI, FIND, Gavi, Fondo globale, *Unitaid*, *Wellcome*, OMS e Banca Mondiale). In seguito al lancio di *ACT-Accelerator*, l'UNICEF e PAHO sono diventati partner per il pilastro COVAX, quello dei vaccini.

Bibliografia

ALI N., DAVIS-FLOYD R. (2022), *Negotiating the Pandemic. Cultural, National, and Individual Constructions of COVID-19*, Routledge, London-New-York.

BLOCH V. (2018), *La lutte. Cuba après l'effondrement de l'URSS*, Vendémiaire, Paris.

BROTHERTHON P.S. (2005), *Macroeconomic Change and the Biopolitics of Health in Cuba's Special Period*, "Journal of Latin American Anthropology", Vol. 10: 339-369.

BURKE N.J. (2021), *Care in the Time of COVID-19: Surveillance, Creativity and Socialismo in Cuba*, pp. 27-46, in MANDERSON L., BURKE N.J., WAHLBERG A. (a cura di), *Viral Loads: Anthropologies of Urgency in the Time of COVID-19*, UCL Press, London.

BURKI T. (2021), *Behind Cuba's Successful Pandemic Response*, "The Lancet Infectious Diseases", Vol. 21(4): 465-466.

CHAKRABARTY D. (2004), *Provincializzare l'Europa*, Meltemi, Roma.

DE CERTEAU M. (1980), *L'invention du quotidien, Arts de faire*, t. 1, Union générale d'éditions, Paris.

DOMÍNGUEZ-ALONSO E., ZACCA E. (2011), *Sistema de salud de Cuba*, "Salud Pública de México", Vol. 53: 168-176.

ENKEN T.A., GARCIA SANTAMARIA S. (2021), *Cuba's Digital Revolution: Citizen Innovation and State Policy*, University of Florida Press, Gainesville.

ERIKSEN T.H. (2016), *Overheating. An Anthropology of Acceleration Change*, Pluto Press, London.

FABIAN J. (1983), *The Time and the Other. How Anthropology Makes Its Object*, Columbia University Press, New York.

FASSIN D. (2021), *Les mondes de la santé publique. Excursions anthropologiques. Cours au Collège de France 2020-2021*, Seuil, Paris.

FERNÁNDEZ RETAMAR R. (2004), *Todo Caliban*, Clacso, Buenos Aires.

FONT M.A. (2008), *A Changing Cuba/Changing World*, Bildner Center for Western Hemisphere Studies, New York.

GRAEBER D., SAHLINS M. (2019), *Il potere dei re. Tra cosmologia e politica*, Raffaello Cortina, Milano.

HINE C. (2015), *Ethnography for the Internet*, Bloomsbury, London.

- HOFFMANN B. (2016), *Bureaucratic Socialism in Reform Mod. The Changing Politics of Cuba post-Fidel Era*, "Third World Quarterly", Vol. 37: 1730-1744.
- JOHNSON SIRLEAF E., CLARK H. (2021), *Losing Time: End this Pandemic and Secure the Future, Progress Six Months after the Report of the Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response*, https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/11/COVID-19-Losing-Time_Final.pdf.
- KAZATCHKINE M., KICKBUSCH I., KÖKÉNY M., NIKOGOSIAN H. (2021), *A Guide To Global Health Diplomacy*, Global Health Centre, Graduate Institute of International and Development Studies, Geneva.
- KLEINMAN A. (1980), *Patients and Healers in the Context of Culture*, University of California Press, Berkeley.
- KOZINETS R. (2010), *Netnography: Doing Ethnographic Research Online*, Sage, Los Angeles.
- KOURI G.P., GUZMÁN M.G., BRAVO J.R., TRIANA C. (1989), *Hemorrhagic Dengue in Cuba. History of an Epidemic*, "Bulletin of the Pan American Health Organization (PAHO)", Vol. 20: 24-30.
- JOHNSON S. (2011), *Climate and Catastrophe in Cuba and the Atlantic World in the Age of Revolution*, University of North Carolina Press, Chapel Hill.
- HALBWACHS M. (2001), *La memoria collettiva*, Unicopli, Milano.
- LAMRANI S. (2021), *Le système de santé à Cuba: origine, doctrine et résultats*, "Études caribéennes", [online] Vol. 7, 15 luglio 2021, <http://journals.openedition.org/etudescaribeennes/21450>; DOI: <https://doi.org/10.4000/etudescaribeennes.21450> (consultato il 24 marzo 2022).
- MESA-LAGO C. (2012), *Cuba en la era de Raúl Castro: reformas económico-sociales y sus efectos*, Editorial Colibrí, Madrid.
- MESA-LAGO C. (2004), *Economic and Ideological Cycles in Cuba, Policy and Performance, 1959-2002*, in Ritter A., *The Cuban Economy*, University of Pittsburgh Press, Pittsburgh.
- MBEMBE A. (2016), *Necropolítica*, Ombre Corte, Verona.
- MILLER D. (2018), *Come il mondo ha cambiato i social media*, Ledizioni, Milano.
- MOON S. et al (2022), *Governing the Access to Covid-19 Tools Accelerator: towards Greater Participation, Transparency, and Accountability*, "The Lancet", Vol. 399(10323): 487-494.
- MORETTI C. (2020), *Il senso della colpa ai tempi del Covid-19*, Nottetempo, Milano.
- ORTIZ F. (2007), *Los negros brujos*, Editorial de Ciencias Sociales, La Habana.
- ORTIZ F. (2001), *Contrapunteo cubano del tabaco y el azúcar*, Editorial de Ciencias Sociales, La Habana.
- PASQUALINO C. (2022), *Vivre ensemble face à la contagion émotionnelle, Condition humaine/Conditions politiques*, "Revue internationale d'anthropologie du politique", [online] Vol. 3, 25 gennaio 2022, <http://revues.mshparisnord.fr/chcp/index.php?id=582>.
- SCRIMIEMI F. (2019), *Giveaway. Per un'etnografia del dono nelle communities on line*, "Archivio Antropologico del Mediterraneo", [online] Vol. 22(21/1), <http://journals.openedition.org/aam/1470>; DOI:<https://doi.org/10.4000/aam.1470>.
- QUARANTA I. (2006), *Sofferenza sociale*, "Annuario di Antropologia", Vol. 8: 5-15.
- QUARANTA I. (2019), *Corpo, potere e malattia. Antropologia e AIDS nei Grassfields del Camerun*, Meltemi, Milano.

- QUARANTA I. (2017), *Corpo, antropologia e dis-ordine sociale*, pp. 133-147, in GIANNOTTO C., SBARDELLA F. (a cura di), *Tra pratiche e credenze. Traiettorie antropologiche e storiche*, Morcelliana, Brescia.
- REARDON S. (2021), *Cuba's Bet on Home-Grown Covid Vaccines is Paying off*, "Nature", Vol. 600(7887): 15-16.
- RUSSO C. (2017), *Da pazienti a cittadini. Per un'antropologia del lavoro psicoterapeutico a Cuba*, Archetipo Libri, Bologna.
- SCHIRRIPA P. (2005), *Le politiche della cura. Terapie, potere e tradizione nel Ghana contemporaneo*, Argo, Lecce.
- SCHEPER-HUGES N. (2020), *Epidemics and Containment. Cuba and the HIV/AIDS Epidemic*, "Anthropology Today", Vol. 36: 22-24.
- SCOTT J. (2021), *Il dominio e l'arte della resistenza*, Elèuthera, Milano.
- SIMONELLI M., MARCHETTI G., DECLICH S. (2020), *La copertura sanitaria universale nel mondo. Istruzioni per l'uso: una logica di confronto*. Istituto Superiore di Sanità, Roma.
- SINGER M., BULLED N., OSTRACH B., MENDENHAL E. (2017), *Syndemics and the Social Conception of Health*, "The Lancet", Vol. 389(10072): 941-950
- SINGER P.A., THORSTEINSDÓTTIR H., DAAR A.S. (2004), *Cuba Innovation through Synergy*, "Nature Biotechnology", Vol. 22: 19-24.
- SIMONI V. (2016), *Tourism and Informal Encounters in Cuba*, Berghahn Books, Oxford-New York.
- SONTAG S. (1992), *Malattia come metafora. Aids e cancro*, Einaudi, Torino.
- TAYLOR L. (2021), *Cuba's Home-grown Vaccines have Massively Cut Covid-19 Cases*, "NewScientist" <https://www.newscientist.com/article/2303121-cubas-home-grown-vaccines-have-massively-cut-covid-19-cases/#ixzz7Uz7AtNn4> (consultato il 1° giugno 2022).
- TAYLOR L. (2022), *Covid-19: Cuba Will Request WHO Approval for Homegrown Vaccine*, "BMJ", 376: 230.
- THIENMANN L., MARE C. (2021), *Economías múltiples y resistencia cotidiana en Cuba: Una transición desde abajo*, pp. 103-207, in HOFFMANN B. (a cura di), *Social Policies and Institutional Reform in Post-COVID Cuba*, Verlag Barbara Budrich Opladen, Berlin-Toronto.
- WA THIONG'O N. (2017), *Spostare il centro del mondo. La lotta per le libertà culturali*, Meltemi, Milano.
- WHO (2021), *Strategy to Achieve Global Covid-19 Vaccination by mid-2022*, World Health Organization, Geneva, https://cdn.who.int/media/docs/default-source/immunization/covid-19/strategy-to-achieve-global-covid-19-vaccination-by-mid-2022.pdf?sfvrsn=5a68433c_5 (consultato il 1° giugno 2022).
- ZAPPONI E. (2022), *Mulier ludens. Bellezza e immagini della mulatta cubana*, Meltemi, Milano.

Scheda sugli Autori

Elena Zapponi è nata a Roma il 3 giugno 1974. È docente a contratto in antropologia culturale e assegnista di ricerca in antropologia culturale presso Sapienza Università di Roma. Ha un dottorato in Sociologia presso l'EHESS di Parigi e un dottorato in Antropologia culturale presso Sapienza, Università di Roma. Le sue ricerche recenti vertono su colonialità, genere, produzioni culturali e estetiche. Ha lavorato su pellegrinaggi a piedi, reinvenzioni della tradizione e sul bricolage religioso in Argentina

e Uruguay. A Cuba si occupa di riappropriazione dell'*africanità*, afrodiscendenza, genere e mutamenti della Rivoluzione. Ha scritto, tra l'altro, *Mulier Ludens. Bellezza e immagini della mulatta cubana* (2022, Meltemi); *Marcher vers Compostelle. Ethnographie d'une pratique pèlerine*, (2011, Harmattan) *Pregare con i piedi. In cammino verso Finis Terre* (2008, Bulzoni).

Marco Simonelli è nato a Genova il 15 dicembre 1968. Antropologo di formazione, ha lavorato per oltre vent'anni nel settore della cooperazione internazionale, di cui dieci trascorsi sul campo in diversi Paesi dell'Africa subsahariana (Tanzania, Kenya, Zambia, S. Sudan, Uganda, Burundi, Mali, Etiopia, Liberia), coordinando progetti di sviluppo e ricerche socio-antropologiche. Dal 2011 è ricercatore presso il Centro nazionale salute globale dell'Istituto superiore di sanità (Iss), dove si occupa di relazioni internazionali, politiche sanitarie e assistenza tecnica a progetti di cooperazione. Durante l'anno di presidenza italiana del G20 (2020-2021) è stato anche consulente in materia di cooperazione finanziaria internazionale sanitaria della *Task Force G20* del Ministero dell'economia e delle finanze italiano. Ha scritto *La Salute Globale* (2021, Laterza) con Walter Ricciardi e Stefano Vella, *Dall'Aids alla Salute Globale*, in *HIV/AIDS: Storia, cura, prevenzione* (2016, Franco Angeli), *La copertura sanitaria universale nel mondo* (2020 Istituto superiore di sanità), oltre a numerosi articoli di policy sanitarie.

Riassunto

Politiche vaccinali cubane e scommesse sulla sovranità. Risposte al virus, politicizzazione della salute globale e mutamenti accelerati

L'articolo esplora i cambiamenti introdotti a Cuba dagli effetti della pandemia e le politiche vaccinali e di controllo del virus. Si considererà l'*habitus* di preparazione e reazione al rischio dagli esordi della Rivoluzione ad oggi e il sistema di salute territoriale pubblico e gratuito nel suo rapporto di intimità con la cittadinanza. Osservare queste specificità permette di addentrarsi sulla produzione dei cinque vaccini nazionali e nella scommessa sottesa all'approvazione del *Soberana*. L'articolo analizza costruzioni culturali e nazionali, significati e urgenze della politica sanitaria cubana. Iscritta nella precarietà acuita dalla pandemia, essa deve far fronte a accelerati mutamenti e a un'accentuata politicizzazione della salute globale.

Parole chiave: Cuba, Covid-19, Politiche sanitarie, Soberana, Vaccini

Resumen

Políticas de vacunación cubanas y apuestas por la soberanía. Respuestas al virus, politización de la salud mundial y aceleración del cambio

El artículo explora los cambios introducidos a Cuba por los efectos de la pandemia y de las políticas de vacunación y control del virus. Se considerará el hábito de preparación y reacción ante el riesgo desde el inicio de la Revolución y el sistema sanitario público y territorial gratuito en su íntima relación con la ciudadanía. La observación de estas

especificidades permite profundizar en la producción de las cinco vacunas nacionales y en la apuesta que subyace a la aprobación de *Soberana*. El artículo analiza autorepresentaciones nacionales y significados y urgencias de la política sanitaria cubana. Inscrita en la precariedad exacerbada por la pandemia, ella se enfrenta a cambios acelerados y a una mayor politización de la salud mundial.

Palabras claves: Cuba, Covid-19, Política sanitarias, Soberana, Vacunas

Résumé

Politiques de vaccination cubaines et paris sur la souveraineté. Réactions au virus, politisation de la santé mondiale et accélération du changement

L'article explore les changements introduits à Cuba par les effets de la pandémie, les politiques de vaccination et de contrôle du virus. Il considère les habitus de préparation et de réaction au risque depuis le début de la Révolution jusqu'à aujourd'hui et le système de santé territorial public et gratuit dans sa relation intime avec les citoyens. L'observation de ces spécificités permet d'approfondir la production des cinq vaccins nationaux et le pari qui sous-tend l'approbation du vaccin *Soberana*. L'analyse se concentre sur représentations culturelles et nationales et significations et urgences de la politique de santé cubaine. S'inscrivant dans la précarité exacerbée par la pandémie, elle est confrontée à des changements accélérés et à une politisation accrue de la santé mondiale.

Mots-clés: Cuba, Covid-19, Politiques sanitaires, Soberana, Vaccins

I tanti fili della sindemia

Pino Schirripa

Università di Messina
[giuseppe.schirripa@unime.it]

Abstract

The Many Threads of Syndemics

This contribution, starting with the articles in this volume, proposes a series of reflections on the syndemic. It focuses, in a first part, on the environmental, ecological, and human context that favoured the species jump and the global spread of the virus. In a second part, it reflects on the limits of the neo-liberal approach to healthcare. From this point of view, the lack of pandemic preparedness is a litmus test of the limits of a system based on cost containment. Moreover, the mercantile vision of healthcare, which proves to be short-sighted, has compromised the attention on the territory and limited prevention policies. Finally, it proposes a reflection on how the pandemic represents a crisis point in the credibility of states and, at the same time, a way for social groups to reflect and act towards the state.

Key words: Public health, preparedness, policies

Ci troviamo, oggi, in una fase di recessione della pandemia, se non di un suo addomesticamento (che si tratti di una sua drastica remissione, o di un adattamento a forme lievi). Questo, probabilmente, potrà anche essere utile a una riflessione rigorosa e lucida su questi anni, lontana dalle urgenze di una situazione in rapido mutamento e presentava repentinamente nuove sfide, e lontani da un affollato coro di voci dissonanti, il più delle volte restii al rigore analitico. I saggi qui presentati sono stati scritti in un momento in cui la pandemia era ancora presente; partendo da essi, comunque, vorrei tentare di presentare alcune riflessioni che guardano per molti versi più all'oggi.

Sul finire del 2019, in una provincia cinese, un "soggetto imprevisto" (CHICHI, SIMONE 2022) si è, in maniera repentina, affacciato nel panorama sociale prendendosi rapidamente la scena, uccidendo individui, innestando

una ulteriore crisi economica, precarizzando vite già precarie, lacerando ulteriormente un tessuto sociale già fortemente squarciato.

Di Covid-19 si è scritto e parlato molto da allora, e da diversi punti di vista. Lo si è cominciato a fare molto presto, grazie anche all'accelerazione imposta dal virus che si è propagato velocemente su scala globale e alle drastiche misure di contenimento che si sono adottate. E non mi riferisco soltanto alla diffusione di notizie e di pareri, più o meno competenti, che hanno invaso le testate giornalistiche, i blog e, più in generale, i social media; insomma, a quel fenomeno che, con un termine probabilmente improprio ma abbastanza evocativo, è stato definito "infodemia". A fianco di questo, c'è stato un tentativo, anche nelle scienze sociali, di avviare una riflessione critica sulla pandemia, su un fenomeno pervasivo e totalizzante che ha cambiato in maniera radicale durante i lockdown le forme e le condizioni delle relazioni sociali, delle comunicazioni, delle quotidianità. Un fenomeno che ha esasperato le ineguaglianze, e i cui effetti non solo sono ancora presenti, ma agiranno a lungo sulle dinamiche sociali e sulle condizioni di vita di buona parte degli abitanti del pianeta.

Un fenomeno ad un tempo sanitario, sociale e ambientale. Giustamente le curatrici di questo numero monografico gli si riferiscono, sulla scia di Horton (2020), con il termine "sindemia" (SINGER, SCOTT 2003; SINGER 2017).

Questa sindemia, come è norma nelle grandi crisi sanitarie, ha significato una frattura, un punto di crisi. Un quarto di secolo fa, in un suo noto saggio Didier Fassin scriveva (1996) che la malattia in tutte le società mette in gioco dei rapporti di potere. Per quello che voglio dire qui, mi sembra utile citare un breve passaggio di quel saggio:

[La malattia] si rivela nell'intervento di quelli che sono accreditati della capacità di guarire, che siano sciamani, marabutti o medici, ma anche nelle relazioni che si instaurano tra i professionisti della salute e i poteri pubblici. Infine, si svela nella ricerca di risposte collettive, ad esempio i rituali di purificazione o i programmi di prevenzione, la cui efficacia rappresenta sempre un test dell'autorità, tanto tradizionale, quanto statale. (FASSIN 1996: 3)

La malattia dunque insinuandosi nelle maglie del sociale, tra le altre cose, può mettere in crisi la legittimità e l'autorità del potere, comunque questo si strutturi e si presenti.

Ciò è evidente nel caso delle epidemie. La loro gestione politica taglia l'universo sociale e crea sacche di marginalità e nuove ineguaglianze. Ogni intervento tecnico, compresi quelli di natura sanitaria, è un intervento

politico poiché norma comportamenti e disciplina i corpi. Il Covid-19, come tutte le epidemie, mette in questione la legittimità del potere e mostra le criticità di un sistema sanitario indebolito da più di quaranta anni di politiche neoliberiste. Si è scelto, politicamente, una risposta forte, basata principalmente sul confinamento come strategia di riduzione della diffusione. Su questo vorrei soffermarmi nelle prossime pagine.

La novità del virus SARS-CoV-2 ha comportato – specie nella primissima fase della sua diffusione – una sostanziale difficoltà a farvi fronte con azioni efficaci – farmacologiche e no – che erano quasi assenti perché poco si sapeva del virus stesso, ma anche perché ci si è immediatamente confrontati con una mancanza di strumenti adeguati. Il tempo veloce della sindemia ci ha fatto forse dimenticare le prime fasi in cui la penuria di strumenti (quali i ventilatori nelle unità di terapia intensiva) o di dispositivi di protezione (quali le mascherine) ha reso più gravi le condizioni di chi aveva contratto il virus, rendendo molto alto il numero di decessi, favorendone nel contempo la sua diffusione.

Se mi fermassi a queste considerazioni, vere ma insufficienti, non proporrei molto di nuovo, e soprattutto restituirei una visione superficiale e frettolosa di quello che la crisi sanitaria indotta dalla sindemia può dirci sull'organizzazione sanitaria nella società neoliberista; sulla mancata preparazione; sullo stato di salute del nostro pianeta e sull'azione predatoria degli umani sull'ambiente naturale.

La sindemia di Covid-19 ha insistito su un contesto sanitario, e un tessuto sociale, già logoro a causa di quasi un quarantennio di politiche neoliberiste, provocando nuove lacerazioni che hanno messo a nudo i limiti di politiche sanitarie e sociali che utilizzano il mercato come l'unico metro cui riferirsi e su cui valutare l'efficacia delle azioni intraprese.

I fili che svela il tessuto lacerato sono tanti, molti di questi costituiscono il centro di indagine delle etnografie qui proposte. Proverò a seguirne alcuni basandomi sui contributi di questo volume.

Salto di specie

La sindemia di Covid-19 non è un accidente naturale, non si è manifestata per un capriccio di natura. Come ha affermato Palumbo (2020): «L'epidemia oggi in corso è un ibrido che mette in luce trame e connessioni (salute e società, biologia ed economia, geopolitiche mondiali e immaginari

globali)». Nuove connessioni che ci impongono a una diversa immaginazione sociale e della società.

I diversi organismi viventi che condividono il nostro pianeta, stanno tra loro in relazioni complesse e dinamiche, non definibili una volta per tutte. E questo vale anche per i microrganismi che abitano i nostri corpi o vivono intorno a noi (RAFFAETÀ 2020). Nel caso del SARS-CoV-2 si è trattato di un salto di specie. È stato affermato in più sedi: le condizioni del salto di specie sono direttamente connesse alla attività umana: alla continua deforestazione, agli allevamenti intensivi (come è anche nel caso dell'aviaria), al consumo di determinate specie animali. Prima di tutto ciò al degrado ambientale e ai mutamenti climatici connessi (DALL'Ò 2021; RAVENDA 2021). Insomma non è un accidente naturale ma un fatto sociale che trova le sue cause nelle condizioni imposte dall'uomo all'ambiente, alla predazione indiscriminata di risorse.

Altrove (CARLINO, CONFORTI, PALUMBO, PIZZA, SCHIRRIPA 2020) avevo provato a riflettere sul Covid-19 (erano i primi mesi della sindemia) mettendolo in relazione con la grande pandemia del XX secolo: l'influenza spagnola. Non tanto per trovarvi analogie storiche, quanto per ragionare sui suoi modi di diffusione (e l'azione dell'uomo nel potenziarli) e sul suo carattere di classe; non dell'evento in sé ma delle sue più fatali conseguenze, cioè chi è che si ammala e muore in prevalenza?

L'epidemia penetra nel tessuto sociale, lo altera e ribadisce, acuendole, le differenze di classe. Se oggi, rispetto al coronavirus, noi possiamo ragionare principalmente su come le diseguaglianze influiscono nella sua gestione (chi è potuto stare a casa e chi no, chi è stato confinato in ambienti angusti e affollati e chi no), per quel che riguarda la spagnola, analisi epidemiologiche, sociologiche e antropologiche hanno mostrato come quel virus abbia attecchito soprattutto tra le classi subalterne; tra chi viveva in luoghi affollati, che favorivano il contagio; e tra chi non poteva, attraverso l'isolamento, evitare il contatto. Come afferma Fassin (1996) la malattia è l'iscrizione sul corpo dell'ordine sociale, e l'azione del virus non sfugge a questa regola.

E non vi era sfuggita nemmeno la Spagnola, che probabilmente si è originata in USA e arrivata in Europa con le truppe americane, che si è diffusa a causa del sovraffollamento delle trincee e delle pessime condizioni fisiche e psichiche degli eserciti e delle popolazioni stremati da quattro anni di guerra.

Quindi, le condizioni ecologiche e quelle sociali del clima di guerra sono state l'humus che hanno permesso la moltiplicazione del virus. La sua diffusione, almeno nel senso della velocità di espansione sul pianeta, è dovuta al movimento di masse umane. Le stesse cose, tranne la guerra (che oggi è successiva all'ondata epidemica), che sono alla base della diffusione del SARS-CoV-2, solo che stavolta non la guerra ma gli spostamenti di merci e uomini dovuti a ragioni commerciali ne sono stati il vettore.

Il virus SARS-CoV-2 ci ha posto di fronte a nuovi problemi ma, nel contempo, come una soluzione chimica ha fatto precipitare (nel senso di rendere visibili e tangibili) i limiti di una politica sanitaria basata sul regime ospedaliero come risorsa principale per il contrasto delle patologie (invece di concentrarsi sulla prevenzione, sulla promozione della salute e sull'azione nel territorio) e su tagli indiscriminati e orizzontali delle spese sanitarie.

Preparadness

Pur se nessuno dei contributi qui presentati si focalizza direttamente sulla *preparadness*, è un tema che sottotraccia si ritrova in molti di essi.

Fin dai primi mesi della pandemia, nelle prime riflessioni scritte e nei tanti dibattiti e incontri svolti on-line, il tema della *preparadness* si è imposto come centrale. Le possibili traduzioni italiane di questo termine sono: "preparazione", "prontezza", "predisposizione operativa", "capacità di intervento". In breve, in questo contesto, si riferisce alla capacità di fare fronte con mezzi adeguati a una situazione nuova, più o meno prevedibile, per fronteggiarla, risolverla o quanto meno limitarla. Nei paesi occidentali, come il nostro, in realtà la sindemia ci ha trovati impreparati. Come scrivevo più sopra, ciò non è accaduto solo per la novità del virus, il cui comportamento e virulenza erano da comprendere, e gli eventuali mezzi di contrasto – ad esempio i vaccini – erano da mettere a punto¹.

Per molti versi, in campo epidemiologico e non solo, un evento pandemico era atteso. La SARS, l'influenza aviaria e – in misura minore – l'ebola erano state viste come sue avvisaglie.

Bisogna pensare a una sottovalutazione del rischio da parte dei governi? Sarebbe una risposta vera solo in parte, che non terrebbe in conto un problema più generale che ha a che fare con la visione mercantile nella gestione della sanità che è legata alle politiche neoliberiste.

Riprendo quanto abbiamo scritto a questo proposito nel 2020, proprio in piena emergenza pandemica. Nel 2017 in un documento ufficiale della World Bank sul rischio di prossime pandemie si affermava: ‘Non è una questione di se, ma di quando affronteremo la prossima grande pandemia [...] eppure siamo ancora bloccati in un ciclo di panico insostenibile e di negligenza’ (WB, 2017, cit. in YAYEHYIRAD, MIRGISSA 2018: 68). Insomma, quello contro cui la World Bank puntava l’attenzione era la capacità dei sistemi sanitari di fare fronte a una possibile pandemia.

Nel 2018, un team di esperti americani ha progettato una simulazione di pandemia pensata per testare la preparazione del governo e delle istituzioni alle sfide poste da una malattia emergente. In questa simulazione, Clade X (questo il nome dato al virus fittizio) si diffuse rapidamente, non essendoci alcun trattamento conosciuto o meccanismo preventivo, e mettendo rapidamente in crisi i sistemi sanitari dei paesi interessati. (KERÄNEN 2019: 223)

Il tema della *preparadness*, della capacità di risposta dei sistemi sanitari a nuove minacce, è al centro di un fitto dibattito negli ultimi anni. Eppure, questa epidemia sembra averci colto del tutto impreparati. Le risposte contraddittorie, e spesso tardive, ne sono una dimostrazione. Immaginare un futuro minaccioso non è bastato. La gestione del rischio è stata vista soprattutto in termini di soluzioni tecnologiche per contrastare e contenere le minacce (KERÄNEN 2019: 228), senza cioè mettere in discussione gli assunti neoliberisti che hanno portato a un ridimensionamento (più o meno accentuato a seconda dei paesi) del ruolo e delle strutture della sanità pubblica. (CARLINO, CONFORTI, PALUMBO, PIZZA, SCHIRRIPIA 2020: 81)

Che questo sia stato uno dei limiti principali della gestione della pandemia in Italia lo scrivono chiaramente Bodini e Quaranta.

As a critical situation, the pandemic revealed the impact of austerity and market-oriented reforms in undermining the capacity of the NHS to perform its biopolitical duties of health promotion, prevention and care. It also made explicit the cultural values informing national health policy: the pandemic was mainly dealt with at the hospital level, with a reactive approach that focused on acute care, infection control and virology, rather than a proactive public health approach grounded on epidemiological surveillance and health promotion. Moreover, although the spread of the virus began to be contained mainly through lockdown and people’s willingness to modify their social behaviour, the NHS did not act through its community-based local articulations such as primary care health facilities and professionals (BODINI, QUARANTA 2021: 447)

La minore attenzione alla sanità di territorio e, più in generale, alle politiche di prevenzione è strettamente legata alla gestione neoliberista delle politiche sanitarie per come esse si sono affermate su scala globale a partire degli anni '80 dello scorso secolo.

È bene ripercorrere alcuni momenti.

Nel 1978 ad Alma Ata, nell'allora Unione Sovietica, si tenne una importante assemblea dell'Organizzazione mondiale della sanità. Al centro, con un occhio riferito ai Paesi poveri ma non solo, vi era la necessità di ripensare le politiche globali di salute, partendo dalla constatazione che, in buona parte del pianeta, esse – basate come erano su una concezione ospedalocentrica dell'offerta sanitaria – avevano risposto in maniera insufficiente ai bisogni di salute della popolazione.

Spesso nei lavori di antropologia medica quella conferenza viene ricordata per l'impulso che diede alle politiche di riconoscimento delle "medicines tradizionali" in vari paesi dell'Africa, dell'Asia e dell'America Latina (SCHIRIPA, VULPIANI 2000). Non va comunque dimenticato che nel documento conclusivo dell'assemblea – dall'ambizioso titolo "Health for all by the year 2000" – questo riconoscimento si inseriva in una più ampia cornice di azione: la promozione della *primary health care*. Insomma, i "guaritori tradizionali" erano visti come agenti di salute perché sicuramente partecipi dell'orizzonte culturale e delle pratiche terapeutiche di gruppi specifici, ma anche perché la loro presenza capillare sul territorio permetteva di supplire alla carenza di personale di formazione biomedica, garantendo così la possibilità di una attenzione diretta sul territorio.

Per contro, nei paesi occidentali si trattava di promuovere una sanità di base, un modello per molti versi simile a quello immaginato dalla riforma sanitaria del 1978 nel nostro Paese, in cui al centro dell'attenzione ci fosse proprio il territorio, attraverso l'azione e la mediazione dei medici di base e delle istituzioni sanitarie e sociali di base.

La visione proposta ad Alma Ata ebbe vita breve. Già nei primi anni '80 ad essa si contrappose un modello economicista basato sull'efficienza finanziaria in sanità. La PHC era considerata, in questa visione economicista, dispendiosa e con un saldo negativo tra costi e benefici. Detto per inciso, questo è vero entro una visione miope e ristretta. Se si guarda sul lungo periodo la prevenzione e la medicina territoriale, pur se costose nell'immediato, consentono risparmi in termini di ricoveri e di cure, oltre che garantire un migliore stato di salute della popolazione (che dovrebbe essere l'obiettivo primario della sanità, al di là dei costi).

Nella visione neoliberista l'attenzione alle cure primarie doveva essere sostituita da un approccio verticale, concentrato cioè su determinati problemi di salute individuati come critici. A ciò, cosa fondamentale, si aggiunge l'attenzione ai costi economici. Il bilancio diventa così un punto dirimente

nella gestione delle cure e delle politiche sanitarie nei nostri servizi sanitari (MACIOCCO 2005, 2008).

Una visione incentrata su un approccio verticale, isolando la singola patologia o il preciso problema sanitario da un più ampio contesto – sanitario, ma più ancora sociale – porta con sé una idea ancora una volta ristretta dei problemi sanitari, elidendo ogni correlazione sociale e politica. Cosa che la sindemia ha messo a nudo (BODINI, QUARANTA 2021).

I contributi di Checchia e Mutti in questo volume, attraverso una minuta ricostruzione etnografica, mostrano bene i limiti, o meglio i danni causati, di questa visione ristretta nel tempo della sindemia.

Stato di pandemia, Stato e pandemia

Vorrei ritornare all'articolo di Fassin che ho già citato per ragionare su una questione che attraversa, in maniera differente, alcuni dei contributi qui presentati. Fassin, nelle righe da me citate, dice che l'efficacia delle risposte a un problema di salute rappresenta sempre un test per l'autorità.

L'attuale sindemia, come ogni emergenza sanitaria, non solo lacera il tessuto sociale ma mette in dubbio, o forse in crisi, l'autorità di chi ha il potere di gestire la salute. Questo a vari livelli. Di uno se ne è già parlato diffusamente nelle pagine precedenti, e cioè il fatto che sono messi a nudo i limiti strutturali e politici della gestione della sanità – basti pensare alla continua diminuzione di posti letto ospedalieri negli anni precedenti il Covid-19. Un ulteriore livello su cui mi vorrei soffermare riguarda quello che, con un termine efficace ripreso da De Certau, Zapponi e Simoncelli, in questo volume, chiamano la "credibilità".

La pandemia, il soggetto imprevisto che ha messo a nudo i limiti delle strutture e che – soprattutto – non ha trovato una risposta immediatamente efficace, allenta una credibilità già compromessa, non solo nel nostro Paese, dalle insufficienze strutturali del sistema sanitario e dalle stesse contraddizioni di una visione strettamente organicista della biomedicina (cfr. Santullo in questo volume). Attraverso le crepe di una credibilità compromessa, le politiche sanitarie (spesso contraddittorie) diventano un punto di tensione, di scontro. Un modo per riflettere su, e agire verso, e spesso contro, le politiche degli Stati. I casi descritti da Zito e da Brigo, Martino e Zanini, pur non esaurendosi in ciò, possono essere visti anche sotto questa luce. E lo stesso per quanto scrive Santullo; la galassia no-vax è multiforme

e contraddittoria, e anch'essa non analizzabile solo da questo punto di vista, ma la "corte del dubbio" si nutre anche del confronto antagonista con le istituzioni e la biomedicina.

Note

⁽¹⁾ Il fatto che si sia arrivati alla messa a punto di diversi vaccini, in un tempo relativamente breve, è dovuto a diversi fattori: le ricerche già compiute sui virus SARS e l'enorme concentrazione di risorse e specialisti ne sono senz'altro i principali. Ovviamente, la messa a punto e la produzione di vaccini (distribuiti comunque in maniera ineguale che ha premiato in maniera quasi esclusiva il ricco Occidente) hanno rappresentato un momento fondamentale nella risposta al virus che ne ha limitato la diffusione e le conseguenze più gravi. Tuttavia, riferendomi a *preparedness* intendo parlare della capacità complessiva del sistema di rispondere a una crisi, che sia improvvisa o meno, in termini di dispositivi di cura e assistenza (in questo caso dalle mascherine ai ventilatori o altri strumenti di aiuto alla respirazione), di personale, di strutture (i letti in terapia intensiva).

Bibliografia

- BODINI C., QUARANTA I. (2021), *COVID-19 in Italy: A New Culture of Healthcare for Future Preparedness*, in MANDERSON L., BURKE N.J., WAHLBERG A. (a cura di), *Viral Loads. Anthropologies of Urgency in the Time of COVID-19*, UCL Press, London.
- CHICCHI F., SIMONE A. (2022), *Il soggetto impreveduto. Neoliberalizzazione, pandemia e società della prestazione*, Meltemi, Milano.
- CARLINO A., CONFORTI M., PALUMBO B., PIZZA G., SCHIRRIPA P. (2020), *Politiche del tempo all'epoca del coronavirus*, pp. 71-85, in GUIGONI A., FERRARI R. (a cura di), *Pandemia 2020. La vita quotidiana in Italia con il Covid-19*, M&J Publishing House, Danyang.
- DALL'Ó E. (2021), *Cambiamenti climatici, ghiacciai, pandemie. L'importanza di uno sguardo multidisciplinare tra dati climatici, zoonosi e pandemie*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", 51: 151-174.
- FASSIN D. (1996), *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, PUF, Paris.
- HORTON R. (2020), *Offline: COVID-19 is Not a Pandemic*, "The Lancet", Vol. 396(10255): 874.
- KERÄNEN L. (2019), *Biosecurity and Communication*, pp. 223-246, in BRYAN C. T., HAMILTON B. (a cura di), *The Handbook of Communication and Security*, Routledge, New York.
- MACIOCCO G. (2005), *Politica, salute e sistemi sanitari. Le riforme dei sistemi sanitari nell'era della globalizzazione*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- MACIOCCO G. (2008), *From Alma-Ata to the Global Fund. The History of International Health Policy*, "Social Medicine", Vol. 3(1): 34-46.
- PALUMBO B. (2020), *Storie Virali. Ibridi*, https://www.treccani.it/magazine/atlante/cultura/Storie_virali_Ibridi.html (consultato il 12 giugno 2023)

RAVENDA A. (2021), *La salute al tempo della crisi ambientale. Contaminazioni, causalità, rischio*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", 51: 131-150.

SCHIRRIPA P., VULPIANI P. (2000), *L'ambulatorio del guaritore. Forme e pratiche del confronto tra biomedicina e medicine tradizionali in Africa e nelle Americhe*, Argo editore, Lecce.

SINGER M. et al. (2017), *Syndemics and the Biosocial Conception of Health*, "The Lancet", Vol. 389 (10072): 941-950.

SINGER M., SCOTT C. (2003), *Syndemics and Public Health: Reconceptualizing Disease in Bio-Social Context*, "Medical Anthropology Quarterly", Vol. 17(4): 423-441.

YAYEHYIRAD K., MIRGISSA K. (2018), *A Century after Yehedar Besheta (The Spanish Flu in Ethiopia): Are We Prepared for the Next Pandemic?*, "Ethiopian Journal of Health Development", Vol. 32(1): 68-71.

Scheda sull'Autore

Pino Schirripa è nato a Martone (provincia di Reggio Calabria) nel 1960. È professore ordinario di discipline demoetnoantropologiche presso il Dipartimento COSPECS dell'Università di Messina. 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. Neoliberismo, 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

I tanti fili della sindemia

Questo contributo propone una serie di riflessioni sulla sindemia basate sugli articoli pubblicati in questo numero. Si concentra, in una prima parte, sul contesto ambientale, ecologico e umano che ha favorito il salto di specie e la diffusione globale del virus. In una seconda parte, riflette sui limiti dell'approccio neoliberale all'assistenza sanitaria. Da questo punto di vista, la mancanza di preparazione alla pandemia è una cartina di tornasole dei limiti di un sistema basato sul contenimento dei costi. Inoltre, la visione mercantile della sanità, che si rivela miope, ha compromesso l'attenzione al territorio e limitato le politiche di prevenzione. Infine, si propone una riflessione su come la pandemia rappresenti un punto di crisi nella credibilità degli Stati e, allo stesso tempo, un modo per i gruppi sociali di riflettere e agire nei confronti dello Stato.

Parole chiave: Salute pubblica, predisposizione operativa, politiche sanitarie

Resumen

Los múltiples hilos de la sindemia

Esta contribución ofrece una serie de reflexiones sobre la sindemia a partir de los artículos publicados en este número. Se centra, en una primera parte, en el contexto ambiental, ecológico y humano que favoreció el salto de especie y la propagación mundial del virus. En una segunda parte, reflexiona sobre los límites del enfoque neoliberal de la atención sanitaria. Desde esta perspectiva, la falta de preparación ante una pandemia es una prueba de fuego de los límites de un sistema basado en la contención de costes. Además, la visión mercantil de la sanidad, que se está revelando miope, ha comprometido la atención al territorio y limitado las políticas de prevención. Finalmente, se propone una reflexión sobre cómo la pandemia representa un punto de crisis en la credibilidad de los estados y, al mismo tiempo, una vía de reflexión y actuación de los grupos sociales frente al estado.

Palabras clave: Salud pública, preparación operativa, políticas sanitarias

Résumé

Les multiples fils de la syndémie

Cette contribution propose une série de réflexions sur la syndémie à partir des articles publiés dans ce numéro. Elle se concentre, dans une première partie, sur le contexte environnemental, écologique et humain qui a favorisé le saut d'espèce et la propagation mondiale du virus. Dans une seconde partie, il réfléchit aux limites de l'approche néolibérale des services de santé. Dans cette perspective, le manque de préparation à la pandémie est un test décisif des limites d'un système basé sur la contention des coûts. De plus, la vision mercantile des services de santé, qui se révèle court-termiste, a compromis l'attention portée au territoire et limité les politiques de prévention. Enfin, une réflexion est proposée sur la façon dont la pandémie représente un point de crise dans la crédibilité des États et, en même temps, un moyen pour les groupes sociaux de réfléchir et d'agir vis-à-vis de l'État.

Mots-clés: Santé publique, préparation opérationnelle, politiques de santé

Madri e figli nell'Italia Centrale oggi

Una relazione “di cura” tra estensione e contrazione familiare

Giovanna Arigliani

Università LUMSA. Roma
[giovanna.arigliani@gmail.com]

La felicità individuale è intensa e fragile; passa per l'improvvisa consapevolezza di esistere, di essere se stessi, per il bisogno e la presenza di altri o di un altro.

Marc Augé

La terra è viva, e rientra direttamente nella costituzione (generazione) delle persone. La relazione fra terra e persona non è di contenimento, con la terra fuori e l'essenza della persona dentro, ma di integrazione. [...] La costituzione delle persone e dei luoghi sono aspetti reciprocamente implicati nello stesso processo. In questo senso la parentela è geografia, o paesaggio.

Edmund Leach

Abstract

Mothers and Children in Central Italy Today. A “Care” Relationship between Family Extension and Contraction

In this contribution I propose an ethnographic study carried out within a residential community reality that hosts people, mostly women, together with their children. An intake of social and territorial services that fit within a reflection that takes into account the natural, social and relational complexity about kinship. Such an ethnography intends to investigate the multiplicity of family forms and how they tend to be determined by a closeness of an affective type extended even to the extra-birth.

Keywords: ethnography, community, kinship, family forms, complexity

Premessa

Sono esplorate qui le relazioni tra madri e bambini che si producono all'interno di una Comunità Residenziale Genitore-Figli, improntata all'accoglienza, in un contesto umbro. Privilegiando tali rapporti non si utilizzano le riflessioni psicologiche sulla "diade" madre-figlio, piuttosto si cerca di mostrare, etnograficamente, come alla relazione pedagogica tenda ad agganciarsi sempre più spesso quella di cura, anche nel rapporto educatori-utenti. La comunità esplorata ben si presta a esaminare tale nesso. L'articolo ha uno specifico *focus* di attenzione analitica a carattere antropologico rivolto agli aspetti di *cura della persona* connessi alle «trasformazioni avvenute nelle pratiche e nelle concezioni della parentela contemporanea» (GRILLI 2019: 12). Al suo interno, infatti, le cosiddette *forme familiari* sono oggetto di una ridefinizione ulteriore, seppure temporanea, che produce un'estensione al "non familiare" e una contrazione tra *ciò* e *chi* è "familiare" (SAHLINS 2018). Ci si trova di fronte a una *dialettica della relazionalità* che si fa spazio all'interno di un cerchio complesso il cui fulcro di cura/terapia è esplorabile solo a seguito di un intimo (e talora fugace) accesso. La "cura" a cui si fa riferimento, beninteso, non è di carattere terapeutico nel senso stretto, ma segue un accesso di tipo relazionale, dove la relazione, per l'appunto, diviene una *forma di attenzione* nei termini della *condivisione* e di una autentica presa in carico dell'*altro*. In definitiva da un Centro di accoglienza familiare si può stabilire che la famiglia è una relazione di cura e di attenzione destinata a coinvolgere tutt*.

Introduzione per un'alleanza dei "corpi parentali"

L'indagine intende problematizzare un particolare argomento da sempre centrale nelle riflessioni delle scienze antropologiche: la parentela. Ormai da tempo l'antropologia ha decostruito il campo della parentela, prima rivelandone la natura simbolica e ideologica e manipolandone la dimensione biologica (PALUMBO 1997; SAHLINS 2018), poi osservando le nuove forme di "famiglia" (GRILLI 2019). *Parentela e familiarità* sono dimensioni che permangono talora sconosciute, forse per la loro *natura* mutevole e sfuggente, che in un quadro di assoluta attualità, vediamo soffrire di mutamenti di difficile decostruzione e comprensione. Entrare nelle cosiddette "nuove modalità di relazione" e di "struttura familiare" risulta essere condizione necessaria che consente l'accesso alla riflessione e l'uscita dalla *crisi* della parentela per comprendere cosa si intende oggi per «natura

familiare» (GRILLI 2019). La parentela diviene il piano per ripensare il rapporto fra *natura* e ciò che le persone possono fare manipolando «i fatti naturali» (STRATHERN 1992). Il tentativo, in queste pagine, è di porre in evidenza l'area di connotazione del termine “famiglia” che si trova a confrontarsi con tipi di legami che vanno oltre l'ambito della domesticità, coprendo quindi un'ampia varietà di situazioni, di pratiche relazionali, in cui si inseriscono inevitabilmente le possibilità offerte dalle sempre più raffinate tecniche mediche che hanno di certo contribuito a creare un nuovo sguardo sulla «parentela» (FABIETTI 2015: 250-251), argomentazioni che ruotano attorno alla domanda: *Che ruolo ha la biogenetica nella costruzione del “corpo parentale”?*

Un quesito che a sua volta genera una ulteriore domanda a cui tenteremo di rispondere: *Quando si può parlare di parentela?* Seguo qui il sentiero tracciato da Sahlins riguardo la concettualizzazione di parentela, uscendo, cioè, dalla pre-determinazione che si dà alla relazione genitore-figlio, per parlare di diversificazione delle pratiche extra-natali come risultato non tanto definito da una discendenza «naturale» e legato all'evento della nascita, bensì ad un tipo di riconoscimento parentale dettato dal tempo e dall'impegno (SCHRAUVERS 1999: 311) e con la volontà di orientare lo sguardo verso possibili prospettive genitoriali, entreremo quindi nella microprocessualità (SATTA 2020) della famiglia e delle «pratiche famigliari» (MORGAN 1996) seguendo alcune teorizzazioni proposte da David H.J. Morgan.

Con il paragrafo *L'alleanza dei corpi nel microcosmo comunitario*, entreremo nel vivo della ricerca, confrontando le esperienze teoriche esplorate e declinandole con l'etnografia condotta all'interno della Comunità Residenziale. Il contesto comunitario, presente nel territorio umbro, ospita genitori e figli presi in carico dai servizi sociali del territorio in grado di restituire esiti inediti riguardo le relazioni di cura, i cui equilibri generativi, portano ad una costruzione parentale in grado di oltrepassare la natalità biogeneticamente intesa ri-generando – in continuità con i sentieri teorici sopra citati –, uno dei punti di domanda da cui partono le riflessioni qui poste, vale a dire: *Quando possiamo parlare e in che misura di “natura familiare”?* Tra le criticità riscontrate si parlerà di *triplicità relazionale*¹ e dei diversi livelli di relazione alla luce dei nuovi significati delle famiglie e della genitorialità che il contesto analizzato ha consentito di osservare.

La proposta della e l'adesione alla ricerca da parte dei lavoratori che operano all'interno della Comunità osservata, ha consentito di indagare più e meglio sul piano relazionale e affettivo il rapporto che si stabilisce tra

educatori/trici e ospiti, in cui si realizza la compresenza e la coesistenza di due movimenti in opposizione, quella dell'*estensione* e della *contrazione* alla familiarità. L'imprescindibile esigenza di ascoltare la "voce delle mamme", fulcro di questa ricerca, ha altresì consentito il riscontro vicendevole al movimento ambivalente di *estensione-contrazione*.

Scelta e descrizione del contesto etnografico

L'ambiente comunitario che ha reso possibile l'etnografia qui proposta, è presente nel territorio Umbro. Di esso tuttavia non esplicheremo la denominazione per ragioni legate a garantire la riservatezza e la privacy di chi lo abita. Esso comunque consiste di un servizio residenziale (h24 e attivo 365 giorni all'anno), in grado di accogliere bambini con genitore – o più spesso genitrice – che necessitano di supporto alle capacità genitoriali e di un sostegno di tipo socio-educativo ed affettivo, volto a una implementazione delle funzioni di cura e accudimento, oltre a configurarsi come ambiente protetto e di tutela dei minori. I destinatari di tale servizio possono provenire da svariate necessità generate da violenze o maltrattamenti, nuclei che necessitano di protezione del minore, donne o minorenni in stato di gravidanza e/o con neonati e finanche provenienti dall'area penale.

Nel corso della ricerca qui condotta, il servizio ospitava una utenza genitoriale solo di genere femminile, di fatto includendo per ciascuna donna, almeno una delle voci di tipo emergenziale sopra citate.

La scelta del contesto, oltre a consentire una chiave di lettura inedita e funzionale alle domande da cui parte il presente lavoro di ricerca (*Come si costruisce e quando si può parlare di parentela?*, *Quando si può parlare di "natura familiare?"*, *Cos'è la triplicità relazionale?*, *A quali implicazioni e criticità conduce? Quali prospettive genitoriali?*) riverbera inoltre, ad una funzione conoscitiva e quindi decostruttiva, dei contesti comunitari.

L'impegno e la volontà di chi ha condotto la ricerca – in quanto membro interno (da oltre ventiquattro mesi) dell'équipe del servizio che qui si descrive e operante all'interno dei servizi alla persona più in generale nell'area minori del medesimo territorio – è di rendere maggiormente noto il contesto "Comunità", la cui percezione sociale (esterna e finanche interna) tende a generare quei "luoghi comuni", che cristallizzano tali realtà, dietro un'ombra di "impenetrabile mistero" e che talora incontrano le trame del pregiudizio o della comparazione con gli attuali istituti di

detenzione, generando così nei confronti dei servizi alla persona e quindi dei servizi sociali, una diffidenza forviante e generalizzata.

La relazione è terapia e corporeità

La “terapia della relazione” si declina nella presenza, in quell’esser-ci come progetto (DE MARTINO 2022), e in rapporto all’alterità: con e per l’Altro. Queste sono le premesse indispensabili. Hans Georg Gadamer, in *Verità e Metodo* definisce il “comprendere l’altro” come un processo di «fusione di orizzonti» che avviene mediante la conversazione (BAUMAN 2016: 96).

La prova della conversazione come via maestra al reciproco comprendersi, rispettarsi e accordarsi [...] sta nell’iniziare la conversazione e condurla in una prospettiva volta a superare insieme gli ostacoli che si presenteranno nel suo corso. Quali che siano quegli ostacoli, e quale che sia la loro apparente enormità, la conversazione rimane la via maestra per arrivare all’accordo, e dunque alla convivenza pacifica e reciprocamente vantaggiosa, collaborativa e solidale: e ciò semplicemente perché la conversazione non ha rivali, né alternative praticabili. (2016: 98-99)

Per meglio comprendere e decostruire il concetto di Comunità si è ritenuto necessario affrontare prima la nozione di «natura familiare» (GRILLI 2019) e ripercorreremo le attuali criticità che ruotano attorno alla costruzione relazionale e famigliare.

Ci troviamo di fronte a una contemporaneità caratterizzata da forme sempre più fluide e mutevoli che intendono la famiglia e la parentela come pluralizzazione dei legami affettivi e familiari. La stessa con-formazione della famiglia subisce nuove modalità di relazione e di “modi di fare famiglia” dove quel *senso comune* (in riferimento allo stampo tipicamente occidentale) di intenderla, che si sgretola in nuove formule (famiglie di fatto, monogenitoriali, ricomposte, adottive, oppure legate al progresso della biogenetica e quindi alla manipolazione tecnologica mediante inseminazioni artificiali, fecondazioni in vitro ecc. (GRILLI 2019: 12-13), rimodella una realtà rimasta invalsa per decine di migliaia di anni (FABIETTI 2015: 234), rendendo inattuale il concetto di «famiglia naturale» (REMOTTI 2007), forse rimasto troppo a lungo succube di una cristallizzazione dettata dal «discorso dominante» (FOUCAULT 2004) che definiva “cosa è la famiglia” e cosa “non lo è”. Una “tradizione” così fortemente radicata da rendere l’entità del discorso di difficile ri-lettura, secondo approcci che possano consentire l’uscita dalla *crisi*.

Alla luce della complessa realtà contemporanea, tra le risonanze che ne conseguono, vi è una crescente difficoltà nel prendersi carico delle responsabilità e dell'impegno relazionale. Oggi le responsabilità genitoriali e affettive sembrerebbero essere diventate di difficile gestione e forse per questo esse tendono ad assumere con sempre maggiore presenza, le caratteristiche della relazione di cura che in sostanza assume il ruolo di una *delega* e rinuncia relazionale tra le parti interessate, poiché "di fatto" appare un rimedio più funzionale e più facilmente incline a "produrre" un risultato, nell'idea illusoria che le relazioni possano rispondere parimenti a un calcolo costi-benefici.

Osserviamo all'interno del mondo relazionale una forma di deresponsabilizzazione (FREIRE 2011), che ambivalentemente ricerca accoglienza nel *senso di appartenenza* e nel *bisogno familiare*. L'oscillazione di queste tendenze impone una riflessione urgente sul *senso di fare famiglia* e di come questo sia inteso e/o approcciato nelle società a noi prossime. Gli esseri umani appaiono confusi e privi di punti di riferimento stabili, in quella che in Occidente si configura un'epoca dominata da «passioni tristi» (BENASAYAG, SCHMIT 2013), «nel nostro tempo pare essere passati dal mito dell'onnipotenza dell'uomo costruttore della storia a quello speculare della sua totale impotenza di fronte alla complessità del mondo» (ivi: 22).

Il processo contemporaneo che sta prendendo corpo, porta con sé una pluralità di criticità che si manifesta su più piani: identità individuali messe in discussione (BECK 2000), innalzamento di muri materiali e immateriali come difesa alla diversità, ostacoli comunicativi, aumento di legami «liquidi» (BAUMAN 2000), disorientamento e crisi dei valori, per mancanza di obiettivi esistenziali chiari e univoci (PERETTI 1965), difficoltà nella gestione di un presente che si configura come minaccioso, del passato che risulta inutile e ingombrante e del futuro caratterizzato dall'incertezza. «Di conseguenza, si assiste allo sviluppo di esseri umani sempre più ripiegati su se stessi che, in assenza di punti di riferimento stabili, pongono come guida di condotta l'unilaterale ricerca del piacere e della libertà individuale, intesa come libero arbitrio, a scapito della vita sociale e di gruppo» (PORTERA 2019: 6).

Le scienze antropologiche, pedagogiche e sociali, riflettono quindi sulla consapevolezza di uno scenario così disincantato, complesso e incerto, nel tentativo di rispondere alle *crisi* delle società globali, che si trovano a dover affrontare profonde trasformazioni sociali-relazionali che puntano a ribattere quella *crisi della parentela* che incarna una duplice valenza incorporando congiuntamente il "fatto privato" e il "fatto pubblico".

Le *forme familiari* subiscono mutazioni strutturali che riverberano anche sul significato del parto e del concepimento come *evento* inevitabilmente *sociale* (YANAGISAKO 1987: 30), proprio in quanto questi, originariamente, richiamano a sé il ruolo dell'accudimento dell'affettività.

Gli esiti della scomposizione e ricomposizione sociale sono favoriti al contempo dall'apporto della biogenetica che dissolve e riscrive la valenza stessa della consanguineità dando vita a una inedita costruzione dei vincoli parentali, determinati talora da una "vicinanza affettiva". Si ridefinisce e rinegozia il significato stesso dei legami parentali (GRILLI 2019: 15-27).

Il concetto di riproduzione umana con il modello genetico-procreativo, ha dissolto i confini stessi del senso usuale che si dà dell'intreccio natura-cultura (STRATHERN 1992), ed ha favorito l'era attuale caratterizzata dalla «riproduzione della riproduzione» (FRANKLIN, RAGONÉ 2001). In questa fase si sostanzia il superamento stesso dei limiti corporali, rinegoziando inevitabilmente *l'idea* di parentela, depotenziata dai connotati di un «sistema autoevidente» fondato finora esclusivamente sulle relazioni biologiche di discendenza e consanguineità.

Fenomeni come la convivenza, l'omogenitorialità, le possibilità offerte da nuove tecniche mediche, hanno contribuito a creare un nuovo sguardo sulla parentela. Nel processo di frammentazione della genitorialità, la trama parentale si apre quindi a più diramazioni e a «tipi di reti relazionali» (FABIETTI 2015: 250-251) che non più necessariamente si legano alla consanguineità biologica.

L'area di connotazione del termine "famiglia" incorpora così i legami che vanno oltre l'ambito della domesticità, estendendosi e includendo finanche il legame familiare rivolto agli animali domestici (GRILLI 2019: 31). Seguendo questo *fil rouge* il termine stesso di *famiglia* copre quindi un'ampia varietà di situazioni, di pratiche relazionali, di ruoli parentali, al punto da rendere problematico qualsiasi tentativo di formulare una definizione onnicomprensiva soddisfacente (REMOTTI 2007).

L'etnografia nel contesto Comunità si inserisce proprio all'interno delle varietà possibili di *fare famiglia* e di *forme familiari* collocandosi come luogo dal potenziale generativo in grado di dimostrare e produrre il *corpo parentale*, non solo *al di fuori* e *al di là* delle pre-costruzioni dominanti, ma che se si dà persino in un contesto, che di per sé (e soprattutto alla luce di come sono "visti" e percepiti dalla comunità sociale), non può essere privo di una riluttanza "di partenza", (oltre che ricolmo di preconcetti), ma che diviene superabile mediante un autentico coinvolgimento relazionale tra le parti.

Pertanto, se questo movimento co-costruttivo può situarsi in contesti complessi, possiamo ragionevolmente trasporre un'apertura e incorporazione ancora maggiore all'*estensione familiare*, in luoghi esterni meno (socialmente) compromessi.

Una relazione tra la terra e la persona

Come sostiene Edmund Leach nel secondo esergo che ho scelto per questo articolo vi è uno stretto rapporto tra la terra e la persona veicolata dal "paesaggio" della parentela".

A tal proposito risulta utile e interessante la caratteristica peculiare che Marshall Sahlins rintraccia nella «reciprocità dell'essere», e nell'essere «transcorporeo» (SAHLINS 2018), sottesi non solo nel rapporto di procreazione ma anche nella costruzione sociale della parentela. La parentela in questa ottica si sostanzia nella cultura locale e in quelle categorie in cui essa «non è rappresentazione o metafora delle relazioni di nascita; piuttosto, è la nascita a essere una metafora delle nostre relazioni di parentela». La parentela non è dunque un fatto pre-discorsivo, biologico, dal momento che non discende necessariamente dalla procreazione umana (SAHLINS 2018: 8-11).

Seguendo questa linea, comprendiamo come l'idea predeterminata che si dà alla "relazione genitore-figlio" subisca essa stessa un processo di decostruzione, avvalorato ancora di più dalla diversificazione delle pratiche extra-natali così come avviene fra i To Pamona dell'isola di Sulawesi:

La facilità con la quale i bambini si trasferiscono da una casa all'altra riflette una concezione della discendenza più radicata nell'accudimento dei bambini e nella condivisione dei consumi che strettamente definita dalla filiazione biologica. [...] Non si può assumere che il riconoscimento di una discendenza «naturale» discenda automaticamente dall'evento della nascita. [...] Genitori e figli To Pamona vedono il riconoscimento della discendenza come qualcosa che risulta dal tempo e dall'impegno. (SCHRAUVERS 1999: 311)

Il tema della parentela lo rintracciamo già nelle considerazioni aristoteliche consegnate all'*Etica Nicomachea* in cui, a proposito delle relazioni parentali, il filosofo supera il livello della procreazione come origine assoluta e legata unicamente agli aspetti della biologia, aprendo così un varco orientato ai significati più ampi della reciproca appartenenza².

L'intersoggettività delle molteplici alterità parentali co-esiste oltre che nella reciproca appartenenza, nella condivisione delle esperienze di vita, dove «i parenti sono persone che vivono gli uni la vita degli altri e muoiono gli uni la morte degli altri. Nella misura in cui conducono vite comuni, i parenti prendono parte alle reciproche gioie e sofferenze, condividendo uno l'esperienza dell'altro, fino al punto di assumersi le responsabilità altrui e subire gli effetti delle azioni altrui» (SAHLINS 2018: 39), «intrinseci» (CARSTEN 2004: 107) gli uni agli altri, gli atti performativi (l'extra-natale), superano il livello biologico della parentela, e ci pongono innanzi ad una [relativamente] nuova realtà, in cui prende corpo la parentela.

Se amare, accudire, nutrire o spartirsi il cibo, lavorare insieme, vivere sulla stessa terra, prestarsi mutuo soccorso, condividere la sorte nella migrazione e nella residenza, così come il matrimonio o l'adozione, sono tutti terreni in cui si forma la parentela, è perché tutti conoscono, al pari della procreazione, il senso del partecipare gli uni alle vite degli altri. Accetto qui di correre un rischio: sostengo che tutti i modi di costruire la parentela sono essenzialmente la stessa cosa. (SAHLINS 2018: 39)

La condivisione, la preparazione di un pasto, nutrire il *corpo dell'altro* è un modo di *dare vita* (JOHANSEN 1954), un atto di reciprocità che lega l'uno all'altro. La trasmissione delle *sostanze vitali* dai genitori al figlio non sono da intendere esclusiva dell'atto del concepimento ma come «processo che si svolge nel tempo della vita, grazie all'attiva partecipazione dei diretti protagonisti» (GRILLI 2019: 122).

L'atto del nutrimento diviene quindi un *medium* relazionale che assume su di sé un valore oltre che materiale assolutamente significativo sul piano simbolico. Secondo Marshall Sahlins, fra le pratiche sociali che generano la "mutualità dell'essere", spicca proprio la condivisione del cibo, un momento di potenziale trasformazione da soggetto a *corpo parentale*. Il cibo dunque, "forgia il corpo" della persona e rende simili anche i nati da corpi diversi (GRILLI 2019).

Sulla valenza della condivisione del cibo gli studi e le etnografie, offrono un ventaglio di ricerche ed esperienze ricche di significato e che senza pretesa di pari esaustività, riteniamo tuttavia di proporre in queste pagine, seguendo l'esperienza etnografica che qui si vuole rendere nota.

L'esperienza *dele nel mondo*, avviene attraverso i sensi (vista³, udito, olfatto, tatto, gusto) e che con ogni evidenza, l'esperienza che si forma attraverso il nutrimento contribuisce non solo alla formazione di uno dei nostri sensi (il gusto), ma soprattutto *ci* lega (o *ci* sottrae nel caso della de-privazione),

ad uno dei momenti più importanti di cui la persona può fare esperienza, parliamo dunque dell'accesso all'*accudimento*.

Dall'allattamento materno dei primi attimi di vita allo svezzamento e quindi alla preparazione ritualistica di un pasto, deriva una funzione protettiva e di accoglienza che viene assimilata dall'accudito sviluppando così un sano sistema di attaccamento (BOWLBY 1969).

Il ruolo di *chi* si prende *cura*, che sia legato alla consanguineità o all'extra-familiare, è assolutamente centrale, poiché incorpora la funzione di protezione e di vicinanza non solo parentale ma anche del gruppo sociale. Il sistema di attaccamento svolge quindi quella funzione *naturale* della "richiesta di aiuto e conforto" ai propri simili non solo nell'infanzia ma durante tutto l'arco della vita. Solo assecondando un sano sviluppo di attaccamento, la persona potrà dar vita ad una corretta rappresentazione di sé-con-l'altro⁴.

Non è più possibile rilegare l'orizzonte della domesticità ad un unico contesto né ad un unico luogo fisico. Come nel caso della commensalità – che svolge un ruolo fondamentale nell'elaborazione del sentimento di comunanza e di rinvio al contesto di accoglienza e al contempo al luogo di origine –, il cibo diviene un tramite relazionale che permette di ri-conoscer-si all'interno del piano di socialità e di cura, attraverso cui i soggetti «costituiscono o ritrovano un'identità legata strettamente al senso di casa e al senso d'appartenenza al gruppo familiare, attingendo a elementi simbolicamente pregnanti come il gusto, le prescrizioni alimentari, le pratiche culinarie acquisite, elementi che riconnettono la vita presente a quella passata, i vivi ai morti» (GRILLI 2019: 131).

L'alleanza dei corpi nel microcosmo comunitario

Possiamo qui comprendere come i contesti comunitari riflettano e amplifichino con ancora maggiore risonanza gli equilibri delle relazionalità e della costruzione parentale ed extra-natale.

In questo contesto il ruolo dell'accudimento e dell'affettività sono assolutamente centrali. Da qui la scelta di osservare l'esperienza educativa nel rapporto genitore. bambino con l'intenzionalità di comprendere i significati, le opportunità, le criticità e le occasioni che si creano all'interno di una comunità.

Nutrire il *corpo dell'altro*, rientra in una ritualità estremamente significativa anche – e forse ancor più – all'interno dei contesti comunitari e in particolare modo all'interno del contesto osservato. Partendo dal presupposto che il prendersi *cura* dell'*altro* è declinabile in più occasioni e momenti, l'occasione ritualistica della preparazione e poi della condivisione dei pasti è risultata essere un momento dell'osservazione da privilegiare.

Tra gli obiettivi della comunità osservata rientra quello di favorire una sempre maggiore autonomia del genitore⁵, in cui rientra anche l'organizzazione e la preparazione dei pasti. L'approccio a questa pratica, tuttavia, sembra essere spesso vissuta dagli utenti (i genitori, le genitrici), con un'angoscia e un'impreparazione, che spesso sfociano in una richiesta di aiuto⁶ più o meno esplicita nei confronti degli educatori. Una criticità di cui bisogna tenere conto in tale contesto, è la coesistenza dei diversi fattori e *livelli* di relazione. Tra le difficoltà emerse e osservate di fatti, vi è una *triplicità*⁷ relazionale, in cui è difficile muoversi nei vari *livelli*.

Tornando alla valenza simbolica e sostanziale che si cela attraverso il canale del nutrimento, intendiamo mettere in evidenza taluni aspetti cruciali.

La presenza – attuale – di utenti provenienti oltre che dall'Italia, da Ucraina, Romania e Macedonia, oltre a configurarsi come elemento di potenziale arricchimento della collettività comunitaria⁸ nel potersi confrontare con *altro* da *sé* anche in riferimento ad usanze, usi, costumi – e che dir si voglia – *differenti* da quelle conosciute e acquisite dalla comunità di riferimento e di *appartenenza*, consente di prendere parte ad esperienze inedite come – per citarne una – quella della commensalità che segue ricette *altre* da quelle conosciute e acquisite secondo le *proprie* abitudini.

Conseguentemente, quando viene verbalizzata la richiesta da parte delle ospiti nel poter preparare una pietanza⁹ *tipica* rispetto al proprio luogo di *origine* o provenienza, questa assume una rilevanza tale da muoversi su diversi piani simbolici. A questa *idea*-proposta, quando trasmessa, vi è da porre una irrinunciabile riflessione che in prima istanza *ci* attendiamo venga posta dagli educatori, e in *secundis, nostra* – in questa sede –, nel saper cogliere, accogliere e rielaborare la portata e la valenza di tale circostanza.

È da precisare tuttavia, che non sempre ci sono le condizioni pratiche per poter dare concreto ascolto alle diverse sfumature e richieste – anche quando esplicitamente verbalizzate – delle ospiti, tenendo conto che chi opera in questo servizio si trova a fronteggiare una quotidianità piuttosto frenetica e non esente da una serie di incombenze giornaliere, oltre alle esigenze che possono innescarsi in via emergenziale nella misura in cui,

attualmente, abitano il suddetto contesto ben diciotto ospiti di cui sette genitrici e undici minori. Per questo prima di procedere etnograficamente sulle alleanze di corpi tra utenti ed educatori è necessaria una riflessione sulla frenesia nel contesto del Centro.

Il tempo della frenesia e del lassismo. Un paradossale binomio

Nel servizio residenziale si colloca un'esperienza di autoetnografia in grado di restituire riflessioni critiche circa gli effetti determinati dai due termini in apparente dicotomia – la frenesia e il lassismo – sulle dinamiche relazionali all'interno dei servizi Socio Assistenziali. L'osservazione etnografica e la partecipazione diretta di una quotidianità può dirsi frenetica e ambivalentemente lassista.

La chiave di lettura per comprendere questa complessa dinamica è quasi ossimorica e consiste nel considerare il tempo come elemento di elezione nevralgica. A partire da questo presupposto, per una comprensione capillare del fenomeno, disgiungeremo i due termini in due momenti per poi ricongiungerli al termine delle riflessioni proposte in questo paragrafo.

La *frenesia*, termine di derivazione latina *phrenesia*, è intesa come uno stato di delirio o di vaneggiamento che perdura – appunto – nel tempo, e non è certo azzardato traslare questa condizione al contesto esplorato. Le giornate, le settimane, i mesi e perfino gli anni, per quanto scanditi da scadenze più o meno ricorrenti, previste o programmate, sembrano fagocitare il lavoro educativo, che finisce per tradursi in una corsa *contro il tempo*, la cui frenesia rischia di minare le possibilità di accesso relazionale tra l'utenza ospitata e gli educatori.

Chi si occupa di educazione o di pedagogia saprà forse più consapevolmente di altri professionisti provenienti da altri settori, che la dimensione relazionale, ancor più quando dovrebbe intendersi come relazione di *cura*, non può certo essere relegata ad una parentesi o peggio a un dovere a cui adempiere frettolosamente o superficialmente.

Per tradurre in esempi concreti quanto ora espresso, si riporta il caso emblematico di una prassi educativa, i cosiddetti “colloqui individuali”, cadenzati sistematicamente ogni mercoledì¹⁰, un evento che costituisce una rilevanza centrale nei termini relazionali, proprio perché definisce uno spazio protetto e di esclusiva attenzione, in cui le parti possono fare esperienza di una reale forma di accoglienza, un momento quindi dedicato e destinato

alle utenti, in cui l'educatore/educatrice in turno¹¹ è chiamato a porsi in ascolto dei bisogni e delle istanze della singola ospite.

Il momento e il tempo dei colloqui viene pianificato dagli educatori in turno ogni martedì pomeriggio per il giorno seguente, secondo le esigenze delle utenti¹² e gli impegni del servizio¹³.

Sovente ho assistito¹⁴ a svariate discussioni in merito all'organizzazione di tale attività tra gli stessi educatori, di chi aveva pensato agli "incastrati" tra un colloquio e l'altro e di chi, l'indomani, si sarebbe trovato a seguire la scaletta proposta dal collega.

Il punto non è capire chi tra gli educatori avesse maggiori capacità organizzative, o chi non sembrasse riuscire in una pianificazione il più possibile funzionale, ma è la componente del *tempo* – ancora una volta –, a interessarci in questa lettura, poiché definisce la dimensione e la portata della *frenesia* quotidiana e perpetua che gli educatori tentano di fronteggiare in questo servizio.

D'altra parte, gli operatori del contesto qui proposto, definiscono (in una visione perlopiù coesa), le giornate lavorative, attraverso i termini della "fagocitazione".

Nondimeno, gli effetti dati da questo tipo di *frenesia fagocitante* subita dagli educatori, inevitabilmente riflette sulla quotidianità e sul tipo di relazione che intercorre con l'utenza.

Andando ancora più nel particolare, riportiamo un episodio di interessante pertinenza circa le conseguenze date dalla *frenesia*, quando in occasione di un mercoledì, ad un preciso orario in cui sarebbe stato previsto uno dei colloqui individuali, sorsero una serie di incombenze più o meno impreviste, tali da impedire lo svolgimento dello stesso. L'educatrice in turno, diede la notizia alla persona interessata e quest'ultima, contrariata, rispose sollevando una discussione dai toni piuttosto accesi, le cui lamentele erano rivolte alla "mancata organizzazione", che "puntualmente" finiva per "andarle contro" e che a suo dire, ciò avveniva, poiché di fondo gli educatori non nutrivano interesse nel prendere parte e condividere quel momento con lei.

Il retroscena di questo episodio, volle che proprio quel colloquio in particolare subisse un rimando, non certo perché approcciato dagli educatori come marginale o secondo ad altri, al contrario, si proponeva di posticipare quel momento specifico e con quella persona in particolare, alla luce della necessità espressa dagli educatori, in sede di riunione di équipe,

nel voler e dover pianificare un momento di particolare cura che potesse prevedere uno spazio-tempo maggiore, così da poter accogliere le insofferenze di quella donna, che in quel frangente del suo percorso, stava manifestando già da svariate settimane¹⁵.

La frenesia nella gestione di quella giornata, causò quindi una discussione e un fraintendimento tra le parti di non poco conto, tale che l'educatrice, esasperata dalle recriminazioni della madre¹⁶, finì (per quanto mossa dall'intenzione di far comprendere le ragioni di quella variazione), per risponderle in malo modo rispetto alla figura che rappresentava in quel momento, alzando il tono della voce oltretutto alla presenza dei figli.

Una dinamica dalla tensione tangibile che trovò una "risoluzione", seppure palliativa, rispetto l'animata discussione delle due parti, in cui l'educatrice, in un secondo momento e una volta calmati gli animi, tornò dalla donna chiedendole di scusarla per i modi di cui sopra e cercò di instaurare un tipo di conversazione maggiormente adeguato oltre che al ruolo che ricopriva, alla relazione maturata con quella persona fino a quel momento.

Da questo caso comprendiamo come la *frenesia* di quella giornata abbia impattato, influenzato e messo in crisi il lavoro e la professionalità di quell'educatrice, disorientando al contempo l'ospite determinando inoltre un conflitto di tipo relazionale tra le parti.

Alla frenesia del lavoro sociale-educativo, si affianca il principio del lassismo, inteso, in questo caso, dalla derivazione latina *laxus*, una tendenza caratterizzata da mancanza di rigore e di sopita propensione decisionale all'interno di un lasso di tempo non sostenibile.

Prima di proporre un altro caso di etnografia, riteniamo opportuno fare una piccola premessa circa il contesto esplorato, così che si possa restituire una lettura il più possibile completa.

È osservazione piuttosto condivisa¹⁷ che riuscire a muoversi all'interno dell'intricato meccanismo dei servizi alla persona non sia impresa facile e peggio ancora entro le logiche dei servizi Socio Assistenziali per la famiglia. Peraltro, se pensiamo che a scontrarsi con tali realtà, sovente sono persone provenienti da contesti svantaggiati e con un livello per lo più basso di istruzione, e che quindi posseggono scarse capacità di decodifica o di piena consapevolezza circa la lettura di eventi di cui sono vittime¹⁸, la possibilità di comprensione si fa ancora più ardua.

Tornando al contesto osservato, sembra presentarsi in cinque casi su sette¹⁹ una tendenza comune tra le ospiti, in cui, trascorso un lasso di tempo²⁰ dal

loro inserimento in comunità, rivendicano un sentimento di spazientimento, che accresce talora fino all'exasperazione del soggetto. Questo tipo di "reazione" nei confronti della propria permanenza²¹ all'interno del contesto comunitario, avviene perlopiù quando il tempo trascorso entro quelle mura, comincia ad essere avvertito come limitante, ingiusto e di costrizione tale da essere definita dalle utenti pari a uno stato di prigionia.

Ecco che qui giungiamo nel vivo del secondo elemento portante alle riflessioni di queste pagine: il *lassismo*, che si traduce in una criticità tale da influire sull'esito del progetto del singolo caso.

Per le ragioni di cui sopra, se è vero che ad accedere a questi servizi, sono perlopiù persone svantaggiate²², e che tendono a non accettare con facilità la possibilità di collocamento in *luoghi protetti*, bisognerebbe garantire loro dei progetti di ragionevole durata non solo per rendere effettivamente funzionali tali percorsi ma per far sì di non vanificare il senso, i propositi e gli obiettivi che si intendevano favorire in funzione dell'autoefficacia e dell'autodeterminazione di quella persona.

Giungiamo ora al nostro caso etnografico, proponendo un episodio che tende a replicarsi (per quanto con le rispettive particolarità), anche fuori dal caso specifico. Parliamo di T²³. una donna di quarantotto anni, è cittadina italiana ed è madre di una bambina di ventiquattro mesi. Entrambe sono state collocate in comunità oltre diciotto mesi fa.

Sin dal suo accesso nel servizio, la donna non ha mai fatto mistero di non comprendere le ragioni del suo inserimento in *protezione*, tanto che le prime settimane non furono esenti da momenti critici in cui la donna dimostrò chiara insofferenza e opposizione al contesto, agli educatori e finanche nei confronti delle altre ospiti. Trascorso il primo mese, la donna cominciò ad aderire al suo progetto in comunità, dimostrando progressivamente non solo un funzionamento e accudimento adeguato nei confronti della figlia, ma cominciò a verbalizzare di comprendere le ragioni del suo essere lì in quel momento, e che avrebbe fatto tesoro di quella esperienza che da "condanna immeritata" mutò in occasione per sé e per la figlia.

Tuttavia, le criticità cominciarono a riemergere quando il numero dei mesi cominciò a crescere oltre i dodici. La donna da allora mise in atto una serie di comportamenti autosabotanti fino alla saturazione totale del rapporto non solo con gli educatori, ma con i servizi sociali, nei confronti persino dell'avvocato che seguiva il suo caso, ma soprattutto, l'exasperazione fu tale da influire sulla relazione madre-bambina.

Ecco quindi che torniamo a ridiscutere sulla criticità rappresentata dal fattore temporale, T. nel corso del suo progetto era giunta ad aderire, comprendere e valorizzare lei stessa il percorso comunitario, ma la perdurante permanenza, dimostra – in questo caso –, come l’assenza di pronuncia (che si traduce nel lassismo), di chi avrebbe dovuto prendere in carico quel nucleo nei “giusti tempi”, ha contribuito tanto alla retrocessione del progetto madre-bambina, quanto a vanificare l’intero percorso di questa “diade” presunta.

Per mezzo dell’etnografia condotta abbiamo quindi visto, come i due termini *frenesia* e *lassismo*, coesistono in una dimensione comune, quella dettata dal tempo, che se nel caso della frenesia si traduce in un tempo di *perpetua fagocitazione*, nel secondo, il *lassismo*, si dispiega secondo una dimensione dilatata. La dicotomia dei due termini muta quindi in un paradossale binomio che nell’ambito del sociale vediamo coesistere nella condivisione di due facce della stessa medaglia.

Ascoltare le richieste

Quando vi è modo di ascoltare e dar seguito alle richieste delle madri, si osserva la potenziale generatività che porta in sé il gesto di cura e di attenzione e le risonanze che si intersecano. Ne consegue non solo una molteplicità di significati ma di fatto si crea una delle condizioni, che consente l’appagamento di un’esigenza che cerca ancoraggio e sicurezza nei sapori e negli odori che rimandano all’importanza corporale del “sentirsi a casa”, e che contestualmente, dischiude una via di condivisione relazionale esperenziale e di cura.

Vogliamo porre in evidenza una criticità legata agli aspetti della condivisione dei pasti nell’ambiente comunitario esplorato, nel mentre di una crisi sanitaria causata dalla pandemia da “Covid-19”.

I momenti dei ristori, erano stati in genere vissuti da tutti i membri della *casa* socialmente vicini. Educatori e ospiti, insieme, hanno condiviso lo stesso tavolo, gli stessi spazi e pietanze, ma nel periodo pandemico²⁴ “Covid-19”, per garantire le misure precauzionali, questa condivisione ritualistica non è stata più praticabile.

Possiamo qui comprendere quanto, la privazione di quel momento, abbia determinato un disallineamento dei corpi partecipativi. La presenza degli educatori era comunque garantita nei momenti di ristoro degli utenti,

ma oltre che spersonalizzati dagli ausili medici²⁵, non avevano la facoltà di unirsi al consumo e quindi ad una condivisione effettiva. Le misure ministeriali precauzionali, erano certamente indispensabili e irrinunciabili alla tutela di tutte e tutti, ma questo ha significato dover rinunciare ad un momento di qualità e comunione che alle volte consente di dimenticare (almeno parzialmente e per qualche minuto), il “posizionamento” dei ruoli.

In continuità con le riflessioni fin ora condotte, l'indagine etnografica – che di per sé consente una diretta partecipazione dei corpi – in questo studio si è rivelata estremamente significativa nel di-mostrare il dispiegarsi della relazionalità implicata già a partire dalla prossimità dei corpi e quindi dalla condivisione delle esperienze.

La partecipazione ai vissuti determina un legame tra educatori-utenti. La scelta delle ospiti nel raccontare un aneddoto che riguarda il proprio vissuto, o quando “ti scelgono” per avere un consiglio, un parere, o aiuto, non è casuale, tantomeno lo è la scelta dell'interlocutore-trice. I fattori che determinano questa forma di “selettività” sono certamente molteplici (es: tipo di richiesta, età dell'educatore/trice, trascorsi interpersonali tra le parti, temperamento, affinità caratteriali e via discorrendo.). A proposito di ciò, riportiamo la descrizione etnografica di un episodio che coinvolge una madre, il tribunale e me stessa.

Recenti eventi hanno investito T. di un carico emotivo di non poco conto, nella misura in cui le è stata prospettata nel corso dell'ultima udienza presso il Tribunale dei Minori di Perugia, l'ipotesi che a seguire del suo percorso comunitario – peraltro messo in discussione a causa di una mancata adesione sostanziale (al di là di quella formale) della donna – la sua bambina²⁶ possa accedere a un percorso di affidò presso realtà familiari accreditate al di fuori delle reti parentali di T., che peraltro risultano essere scarsamente presenti nei riguardi della diade in questione. La donna in seguito a questo evento e dopo la lettura del verbale redatto contestualmente in sede di udienza, ove sono emerse svariate criticità esplicitate dalla Comunità che ospita il nucleo, ha espulso e rifiutato le varie argomentazioni²⁷, al punto da entrare ancora più in conflitto e in aperta opposizione nei riguardi degli educatori della Comunità, negando da quel momento qualsiasi conversazione con questi ultimi e in particolar modo con alcuni di questi; quelli che a suo dire avevano “denunciato” alcuni degli episodi ri-emersi in tribunale e che hanno concorso a una lettura del suo *caso* a suo dire distorta e non veritiera. Secondo questa interpretazione, agli occhi di T. io setssa ero una delle “imputate”, pertanto, la sola cosa che potessi

aspettarmi, oltre a un iniziale aperto conflitto, – in cui mi veniva riferita la mia *non* professionalità, commisurata al fatto di non avere una prole²⁸ – era il silenzio da parte sua nei miei riguardi e di fatti così proseguì.

Trascorse alcune settimane dall'udienza, T., a chiusura di giornata (ero a termine del mio turno pomeridiano che da lì si era protratto di oltre un'ora) intorno alle 21:30²⁹ entra in ufficio, si siede, e comincia a parlarmi del compleanno, quasi imminente, della figlia e di cosa le piacerebbe fare per festeggiare la sua bambina in quella occasione. T. ha sempre risentito delle "ristrettezze" delle "regole" e non ultime, delle *attese* che la Comunità e i servizi hanno nei suoi riguardi, e questo sovente è stato motivo di accessi conflitti e incomprensioni. È da precisare che in talune occasioni T., abbia la tendenza a proporre idee/attività non sempre consone ai bisogni³⁰ della figlia, e in quelle occasioni la Comunità congiuntamente ai servizi sociali hanno tentato fin qui di orientare la donna verso soluzioni maggiormente percorribili. Suggerimenti che difficilmente sono accolti favorevolmente dalla donna. In questa occasione, T., propone di poter cenare in un ristorante con la figlia, dandone una motivazione in cui verbalizza "*non so quante altre volte potrò andare a cena con C.*" Le rispondo con franchezza dicendole che "*se le cose andranno male, dubito che il ricordo di una cena possa alleviare il tuo dolore*". La reazione di T., nell'ascoltare queste parole non è stata di rifiuto o ira nei confronti di un "no", ma di fatto è apparsa non solo comprensiva ma riflessiva su quanto appena udito. Poi continua chiedendo-*si*, come se stesse pensando a voce alta in una sorta di autovalutazione, "*ma infondo sono una mamma sufficiente?... Qualcosa di buono lo faccio?...*".

Non ritengo affatto che la conversazione appena riportata sia casuale, tantomeno lo è la *scelta* di T., nel "cercare" quell'interlocutrice in particolare, di chi, come me, era stata ritenuta una delle "imputate", complici di aver alimentato l'orientamento del giudice.

La genitorialità di T., nel corso dell'udienza è stata messa in discussione, ma di fatto lo è a monte del suo percorso già con il solo accesso ai servizi sociali. Oltretutto, va considerato che la stessa donna in precedenza ha avuto modo di essere "giudicata" dal Tribunale dei Minori per un altro suo figlio biologico, avuto da un uomo diverso dal padre di C., purtroppo non conseguendo il giudizio da lei atteso.

Riportare questi dati/eventi che riguardano T., ci aiuta a comprendere non tanto la sua capacità genitoriale, bensì le fragilità del suo ruolo di donna-madre (e quindi nel saper dare un'adeguata lettura alla modalità in cui ha approcciato quella che sembra essere la proiezione futuribile del Giudice), che si rendono evidenti anche alla luce dei trascorsi che oggi non può che rimembrare e alla possibilità terrificante che possa perpetuarsi un nuovo allontanamento con un'altra figlia. Con ciò vogliamo invitare il lettore ad

avvicinarsi secondo uno sguardo il più possibile scevro da pregiudizi nei riguardi delle persone e dei fatti presenti in queste pagine, così da riuscire ad operare una concreta decostruzione che tenga conto della portata degli *eventi* che queste donne-madri si trovano a incorporare.

Un altro episodio utile alla nostra analisi è avvenuto con M., quando vedendo una pettinatura che portavo ai capelli, mi ha chiesto di replicarla su di sé non appena avessi avuto tempo da dedicarle.

Se in apparenza – o ad uno sguardo poco attento – questa richiesta potrebbe apparire banale, nella sostanza, non lo è affatto. Il valore simbolico che si cela è assolutamente emblematico. La memoria del corpo di M.³¹, che è oggi madre di due figli, al contempo incarna la molteplicità³² dei ruoli di donna, madre e figlia. In questa circostanza M. tenta di ri-evocare il suo *status* di figlia e quindi di accudimento.

Tuttavia questa richiesta, prima di trovare spazio nella concretezza del gesto, ha avuto un tempo di “gestazione” di svariati mesi. È stata persino oggetto di discussione in una riunione di équipe, in cui condivisi la richiesta di M. con colleghe e a colleghi che la ritennero inappropriata (forse) non comprendendola in quella sede. La reticenza di alcune colleghe, che in quel momento sembravano rappresentare il “pensiero dominante” e più “conforme” alle aspettative/ricieste di questo servizio, di fatto ha minato la possibilità di assecondare una richiesta affatto banale. Al contrario, se fosse stata da subito accolta, avrebbe concorso a porre le condizioni di una vicinanza potenzialmente affettiva oltre a costituire un momento di esclusività³³. Solo in seguito a una serie di cambiamenti³⁴ avvenuti all'interno dell'équipe, si è potuto osservare come la componente relazionale, per quanto sia sempre assolutamente complessa e (in special modo) in questo ambito, si stia facendo sempre più spazio all'interno delle pratiche quotidiane del servizio osservato in cui vediamo concorrere, riverberare e rafforzare quella fondatezza secondo cui l'intersecarsi vicendevole dei corpi può contribuire a forgiare il *corpo del parente*, inteso come quella possibilità di creare legami di condivisione e appartenenza che si sostanzia – come nel caso ora citato –, mediante eventi qualitativamente rilevanti e dal grande potenziale umanizzante che consentono di uscire dai ruoli utente-operatore e si aprono alla memoria esperienziale e di accudimento.

Le prospettive genitoriali del “Fare famiglia” e l’incorporazione famigliare

Abbiamo dunque visto come sia complesso cogliere e descrivere i mutamenti che si trova a vivere il mondo della familiarità. Si impone una rifocalizzazione con lenti sempre più attente se non addirittura nuove, la famiglia nel suo “farsi”.

Seguendo le teorizzazioni proposte da David H.J. Morgan sulla famiglia, entriamo in una lettura microprocessuale (SARTTA 2020: 12) della famiglia – che bene si lega alla nostra riflessione – in cui rientrano i contesti di vita quotidiana, sia domestici, sia extradomestici, la cui origine – come abbiamo già ampiamente discusso – biologicamente interessata e non, si muove in una prospettiva incentrata sull’azione, sulla processualità e sulle pratiche quotidiane, «secondo cui la famiglia non è “data” una volta e per tutte ma “si fa” quotidianamente, attraverso pratiche ordinarie e straordinarie di coppie, genitori, figli, parenti e talvolta anche di altri soggetti dediti alla cura dei suoi membri» (*ibidem*). Seguendo questa linea, ci troviamo a rinegoziare (ancora una volta) sul significato stesso di *famiglia* che per meglio declinarla, definiremo con: *vastità famigliari*.

Riflettere sui modi attraverso cui ci si “sente” famiglia”, consente di spostare l’attenzione dall’oggetto alle forme, un passaggio che consente di «chiarire che ci sono molti tipi di famiglie ma soprattutto molti modi di esserlo. È possibile pertanto trovarsi davanti a nuove famiglie ma anche a nuovi modi di essere famiglia» (*ivi*: 14).

David H.J. Morgan ci pone innanzi a un’ulteriore questione che rafforziamo tornando a parlare di “pratiche famigliari”, termine che mostra le plurali implicazioni sociali e private che ruotano attorno alla famiglia, rendendo quindi inefficace oltre che inesatto parlare di famiglia determinandola con l’articolo “la”, che ne costituisce un limite linguistico e concettuale negandone la complessità e vastità.

Seguendo invece le sollecitazioni di David Morgan si impara a intendere la famiglia non più come sostantivo, bensì come un aggettivo che consente l’accesso al *senso* delle pratiche, senza ridurre *il tema* a un oggetto da studiare, cogliendo così la molteplicità delle negoziazioni quotidiane (*ibidem*).

Un altro elemento di non poco conto è riferibile al dialogo disgiungibile tra corpo e famiglia. Le pratiche famigliari sono sempre da intendersi come incorporate. L’incorporazione è un *habitus* iscritto nel corpo, ed è attraverso le esperienze incorporate che si determina e condiziona l’appar-

tenenza familiare (2020: 32). Un corpo è quindi necessariamente relazionale e «si costituisce processualmente in relazione alla maturazione di una propria consapevolezza di essere e di avere un corpo» (*ibidem*). La centralità del corpo, segna quell'intimità tipica dei membri di una famiglia, ed è la «conoscenza incorporata» dell'altro (MORGAN 2011).

È quindi con la *densità abitativa* (SATTA 2020), che vede la compresenza di più corpi che si muovono in quell'estensione e contrazione familiare, – da cui partono le riflessioni di questo saggio – che incorpora l'intimità della condivisione che non è data dallo scambio verbale o biologico ma attraverso la dimensione cruciale del tempo e della coabitazione³⁵, in cui prende forma il sentimento del “sentirsi in famiglia” (MORGAN 2011).

È ora inevitabile tornare a riferirci al nostro contesto di osservazione etnografica, in cui ci vengono incontro le riflessioni di Lynn Jamieson³⁶, che a proposito del concetto di «intimacy» (LYNN JAMIESON 1998), il cui focus specifico risiede proprio nei termini della costruzione e negoziazione di pratiche di intimità familiari, estese a quelle relazioni intime significative che escono fuori (ancora una volta) dalla canonica famiglia per come la si intende “tradizionalmente”, si aprono a uno sguardo *strabico* in grado di vedere la molteplicità delle appartenenze che siano di tipo familiare, sessuale, di parentela e di amicizia e che nel nostro contesto possono costituirsi a un ulteriore livello, in quella *triplicità relazionale* (di cui abbiamo accennato nel paragrafo *L'alleanza dei corpi nel microcosmo comunitario e la memoria del corpo di una mamma-donna-figlia*), in cui prende corpo una forma di appartenenza (fatta di momenti, agiti, attese, condivisione e così via) inedita, nella misura in cui questa, di rado, è stata problematizzata negli studi all'interno delle comunità residenziali.

Il modello sviluppatosi a seguito delle riforme che hanno conferito una professionalità riconosciuta (e tutelata) del lavoro educativo³⁷, se da un lato ha consentito un rigore e una prassi metodologica precisa³⁸ al lavoro di cura, si trova oggi a soffrire di una dinamica *pseudo*-professionalizzante in cui vi è la tendenza crescente degli educatori stessi, nel prendere le distanze da un rapporto educatore/educatrice-utente relazionalmente coinvolto.

Questo, dimostra essere un tema complesso e dalla criticità crescente all'interno dei contesti comunitari, che in questa sede non riusciremo a problematizzare nelle sue fitte trame, ma che restando all'interno delle riflessioni proprie di queste pagine, ci limiteremo a “svelare” ciò che concerne ambivalentemente l'*apertura relazionale* e il suo sottrarsi.

È proprio seguendo questo *fil rouge*, che chi esercita un ruolo educativo, può scegliere di seguire e considerare le relazioni *intime e significative*, come un elemento privilegiato che consente l'accesso ad una relazionalità significativa e dal potenziale familiare.

Le rappresentazioni che guidano l'agire di genitori, educatori, e professionisti dell'infanzia assumono un'importanza centrale nell'analisi del mondo infantile [...]. Studiare l'infanzia significa indagare quello che gli adulti pensano che essa sia o, differenza non da poco, debba essere. [...] Sul bambino, in quanto legalmente minore, ricade cioè l'ombra di una minorità espressiva che si traduce spesso in un'invisibilità euristica³⁹. (SATTA 2020: 105)

In merito alle prospettive genitoriali, bisogna altresì considerare che fino a che la genitorialità verrà intesa come oggetto di scrutinio che deve far fronte all'adeguatezza delle competenze genitoriali rispetto a standard qualitativi a senso unico, ovvero subordinando i cosiddetti destinatari (i bambini) di buone o cattive pratiche il cui focus, resta incentrato sull'agire dell'adulto che educa.

Il focus processuale [e relazionale] sulle pratiche è invocato da David Morgan (1996; 2011), che riconduce il ruolo e le interazioni di tutti i membri, considerati attivi, e include così anche i bambini e i giovani che interagiscono con le pratiche della genitorialità. (SATTA 2020: 108)

A tal proposito, si riporta un vissuto della ricerca etnografica di riferimento in cui si è sostanziata una crepa educativa che definiremo *adultocentrica*.

Alla progettazione di alcune attività estive rivolte alla diade Genitore-Bambino, nonostante i migliori propositi degli educatori in équipe, nel proporre qualcosa che potesse interessare le/gli utenti non si è tenuto conto però, delle peculiarità o desideri dei e delle destinatarie. Le attività prese in considerazione erano certamente idonee all'età anagrafica dei destinatari e tenevano conto della logistica, degli spostamenti, orari di eventuali gite, tutti quegli aspetti pratici che potessero rendere le attività percorribili e realizzabili.

Ciò che è mancato tuttavia, è l'aver dato per scontato le/i destinatari stesse/i delle suddette attività, limitando le proposte come dei pacchetti preconfezionati da prendere così com'erano stati concepiti. Questo può essere un esempio della caduta di una buona pratica, sebbene sia nata con una buona intenzionalità, questa però è stata mancante di un passaggio che ha dato per scontato i suoi "destinatari" (non confrontandocisi) e oltretutto ha dimostrato di considerare i membri di quella comunità come meri destinatari (appunto), passivi a qualsiasi rimodulazione delle propo-

ste. In questo episodio, si è quindi ri-presentata quella relegazione adulto-bambino che nel caso specifico si è persino estesa da *adulto* (educatrici) a *adulto* (le genitrici).

“Questo posto è un carcere!” La primordialità delle “piccole cose”

Soventemente, nel contesto preso in analisi, ci si è trovati a scontrarsi in discussioni tra utenti-educatori, generate il più delle volte dalle percezioni di impotenza, frustrazione e di messa in discussione della genitorialità, che vivono le utenti, in quella costante osservazione “gerarchica” messa in atto delle figure preposte (educatori/trici, assistenti sociali, psicologi/ghe) in tali contesti.

I conflitti che prendono corpo sono legati per lo più a fattori scatenanti di apparente poca rilevanza. Numerosi possono essere gli esempi: da un “orsacchiotto di cioccolato” ricevuto in regalo, che diviene motivo di contesa tra le mamme⁴⁰, alla recriminazione di alcune nei confronti delle altre mamme o degli educatori nel ricevere più o meno attenzioni, fino a piccole ripicche e prese di posizione che alla fine si rivelano sabotanti in primo ed ultimo luogo nei loro stessi confronti.

Il “caso” dell’orsacchiotto, risulta essere emblematico nella misura in cui, in occasione delle festività natalizie, furono regalati a tutti i nuclei dei dolciumi sotto forma di orso al cioccolato. I dolci in questione in breve tempo sono divenuti oggetto di discussione non tra i bambini che contendevano una forma di dolce differente da quello ricevuto, ma la contesa di fatto è avvenuta tra le adulte. Le “rivendicazioni” nel ricevere una cosa o l’altra, una forma o un’altra si è poi spostata da una “discussione” cominciata tra *mamme* ad una discussione tra *mamme* e educatori/trici.

Sovente accade che le ospiti (adulte) creino paragoni tra di loro e in relazione a ciò che gli viene dato in regalo (come nel caso di un compleanno ad esempio che sia destinato alla propria prole o a *loro*) da parte dell’*équipe*⁴¹, e il più delle volte accade che queste “considerazioni” prendano uno sfondo critico rispetto al trattamento a *loro* destinato che appare essere per lo più a sfavore poiché “infondo qui dentro, si fanno figli e figliastri!”.

Tra le verbalizzazioni udite più pesanti e talora ricorrenti, è quando un’utente paragona il percorso comunitario al pari di una detenzione carceraria.

Da questa verbalizzazione appare chiara la necessità di dover indagare il livello percettivo, motivazionale e psicologico delle persone che si trovano all'interno di questi percorsi. Alla luce di ciò, si è ritenuto interessante comprendere la percezione di queste ultime riguardo il "perché" del *loro* inserimento in comunità o più in generale si riportano alcune azioni educative proposte ai singoli casi e di come si sia verificato per ogni caso una dissonanza percettiva.

Riportiamo alcuni esempi:

A.⁴² sostiene e ribadisce in svariate discussioni avute con alcuni educatori/trici che la sua presenza e quella di sua figlia (di poco più di dodici mesi) in comunità sia legata ad una sua libera scelta e decisione. La stessa donna, nella realtà del suo percorso, è stata inserita nel contesto comunitario per un mandato del Tribunale, il quale, per ragioni legate all'uso e abuso di sostanze alcoliche e psicotrope della donna e il relativo pericolo per la minore nell'incorrere ad episodi di rischio e incolumità, ha proposto l'inserimento del nucleo in una Comunità Residenziale Genitore-bambino e che nel caso vi fosse stata la rinuncia della genitrice, il Giudice avrebbe attivato il percorso di affidò della minore.

B., in fase di un coordinamento⁴³, voluto e richiesto dalla donna ospite in Comunità, sostiene di non essere stata resa partecipe di un percorso scolastico⁴⁴ a lei destinato, subendo così una decisione imposta dagli educatori.

Nella realtà dei fatti, la donna era stata non solo resa partecipe di tale percorso (presente nel progetto sottoscritto già all'ingresso in Comunità di B. con i suoi due figli di dodici e ventiquattro mesi), ma lei stessa, insieme agli educatori, aveva provveduto all'iscrizione al CPIA.

Al medesimo coordinamento B. sosteneva inoltre, che a interessarsi ai suoi "bisogni" era la sua famiglia di origine.

Anche in questo caso, B. dimostra avere una visione distorta della realtà, poiché per bisogni primari intendeva che i familiari le avrebbero acquistato alcuni pacchetti di sigarette, il ché è ben lontano dall'impegno costante del servizio comunitario e prima ancora del Comune di Perugia, che oltre a dare per scontato l'alloggio, sostiene le spese del nido dei suoi due bambini, garantisce beni dal nutrimento, al vestiario, oltre che di una "paghetta" settimanale di venti euro destinata alla madre non lavoratrice.

L'ambiente comunitario tiene conto oltre che delle priorità e necessità primarie, anche degli aspetti ludici e ricreativi, orientanti prevalentemente ai minori, ma che di riflesso includono l'interesse del nucleo, quindi il/la genitore/trice e il/i/le figl*⁴⁵. Una realtà che tiene conto, sebbene con i limiti con i quali si trova a confrontarsi⁴⁵, oltre che della quotidianità nel suo complesso, anche di eventi/riti legati alle festività come: compleanni, feste natalizie e ricorrenze in generale.

Le percezioni legate anche a questi momenti riflettono di una profonda fragilità legata all'evidenza del "non-essere a casa" e alla necessità di dover ri-negoziare gli spazi, i tempi e le modalità anche "semplicemente" del *come* "fare festa".

Le festività appaiono rappresentare nelle utenti, ambivalentemente dei momenti "diversi" dalla "monotonia" quotidiana, che tuttavia però vengono inevitabilmente caricate di proiezioni e aspettative che spesso finiscono per essere disattese, sfociando in malesseri difficilmente contenibili. Una dinamica che si innesca nelle diverse occasioni poiché "la festività" in *sé* riconduce alla riemersione di un "prima" e di un "poi", non sempre gratificante o non sempre pienamente consapevole, in cui si determina quella *contrazione familiare*, da cui sono partite le premesse di questo articolo.

La voce degli "operatori"

Al fine di arricchire l'etnografia qui proposta, si è ritenuto funzionale svolgere delle interviste rivolte a cinque⁴⁶ operatrici e operatori collocati all'interno della realtà comunitaria presa in analisi, mediante una intervista non strutturata ma personalizzata secondo le caratteristiche peculiari di ogni soggetto (età, formazione, provenienza) le cui risposte, analogamente, sono state invitate ad una libera espressione o anche divagazione, in funzione di una narrazione autobiografica il più possibile libera da pre-costruzioni, in modo da consentire l'emersione e l'intreccio dei fattori contestuali, relazionali, formativi, logistici con un particolare focus volto a comprendere gli aspetti legati alla cura, alle pratiche di accoglienza delle relazioni non-parentali e alla medicalizzazione/soccorso e come questi momenti vengono vissuti dalle e dagli intervistati⁴⁷ insieme alle ripercussioni e implicazioni a cui possono incorrere.

La lettura e la decodifica delle risposte hanno consentito non solo la definizione di taluni aspetti e fattori comuni, ma ha prodotto il generarsi di ulteriori quesiti a cui tenteremo di rispondere più avanti. Al primo quesito, *Da quanto tempo lavora qui?*, tre soggetti su cinque hanno dichiarato di lavorare in questo preciso servizio comunitario, solo da circa sei mesi, mentre i restanti due soggetti dichiarano che il loro servizio presso quella comunità è di circa ventiquattro mesi. Di fatto, il contesto preso in analisi è stato sottoposto ad un "rimescolamento" dell'équipe negli ultimi due anni e in particolare negli ultimi dodici mesi. È altresì rilevante puntualizzare che tale ridefinizione del personale è associabile a scelte di taluni operatori

che hanno preferito cambiare servizio sia per esigenze legate a prospettive altre lavorative che per motivi personali le cui preferenze finivano per ricadere in servizi di altro genere e/o utenza.

Riteniamo non essere un fattore causale né la ridefinizione d'équipe, come scelta del servizio e tantomeno dei singoli attori che, dopo svariati anni di servizio, hanno preferito altri collocamenti in realtà differenti, spesso preferendo i contesti scolastici a quelli delle comunità residenziali. Sappiamo che le implicazioni emotive e relazionali che inevitabilmente si sostanziano in tali contesti, non sono di facile gestione e contenimento⁴⁸. La dimensione relazionale-emotiva, si inserisce e aggiunge alle riflessioni teoriche portate avanti fin qui, uno spazio di estrema complessità che conduce a un ulteriore quesito: Fino a che punto gli operatori sono disposti a implicarsi nella dinamica di estensione alla familiarità?

Al secondo quesito dell'intervista, *Quali sono le sue esperienze?*, emerge una pluralità di esperienze che tuttavia mostra un fattore comune rivolto ai contesti prevalentemente di tipo educativo con particolare ritorno all'area minori che ci conduce ad un ulteriore quesito: si può parlare di predisposizione al lavoro di cura?

È altresì interessante un dato che segue il terzo quesito, *Che rapporti ha con i bambini presenti qui e con i loro genitori?*, in cui gli/le intervistati/e non fanno mai menzione al genitore *non* inserito in comunità, sebbene con questi – nella maggior parte dei casi attualmente presenti nella suddetta struttura – ci sia un rapporto tra le parti e vi si organizzino incontri protetti⁴⁹. Un dato interessante e a cui tenteremo di rispondere nelle conclusioni della presente ricerca, ci conduce a riflettere su quali caratteristiche si muove la presa in carico e quali sono le condizioni per cui si sostanzia un senso di appartenenza e protezione verso uno e non l'altro, che è corporalmente “meno coinvolto” e meno presente.

Per quanto concerne l'aspetto apparentemente legato esclusivamente a quello logistico, presente nel quarto quesito “*Come arriva a lavoro?*”, riteniamo sia rilevante una unica variante tra le risposte (uscendo quindi dal mezzo di locomozione o distanza casa-lavoro), nel caso di G.A. che riporta un aspetto legato alla preparazione del “pre-turno”, in cui il soggetto sceglie di evitare attività che possano influire negativamente sull'operatività ed efficienza lavorativa, consapevole che in talune giornate si possano presentare situazioni potenzialmente e “mentalmente destabilizzanti” che richiedono una lucidità il più possibile priva da contaminazioni esterne. È resa qui chiara ed esplicita l'usura del lavoro educativo. Seppure il soggetto non

abbia fatto menzione delle implicazioni emotive-relazionali, di fatto, restano sullo sfondo, poiché è proprio la dimensione della responsabilità che va al di là della questione “penalmente” coinvolta, ma della fiducia non solo di chi ha collocato quel lavoratore in quell’area di servizio, ma in primo luogo, del ruolo e delle aspettative che quell’educatore è rivestito agli occhi delle “mamme e dei figli”, e che potenzialmente, in ogni momento, dovrà saper rispondere alle esigenze con prontezza ed efficienza prima ancora che come educatore, come persona a cui potersi affidare.

La formazione del personale attualmente presente in questo servizio risulta essere di tipo misto, una unica laureata di secondo livello in linea con le ultime riforme e richieste curriculari attualmente vigenti riguardo le realtà educative professionali, percorsi di laurea triennale non solo in ambito educativo ma anche filosofico e politico, oltre a chi, per il riconoscimento degli anni di carriera nell’ambito educativo dimostra avere pari dignità e competenze umane e professionali dei sopra citati. Le risposte a *Ritiene di svolgere una “mediazione” con la famiglia coinvolta o piuttosto una vera e propria “sostituzione” del familiare coinvolto?* risultano essere piuttosto corali e condivise tra le/gli intervistati. In nessun caso si parla di “sostituzione”, ma si riconosce la difficoltà e il “pericolo” di sconfinare nell’*estensione*⁵⁰. La sostituzione diventa praticabile solo in caso di assenza del genitore o nei casi più estremi, laddove non vi è alternativa, appoggio o comprensione del genitore, e vi è la necessità di un’azione che possa far fronte all’esigenza che si presenta. Due intervistati su cinque parlano di “mediazione”, intesa come pratica generativa in grado di favorire l’empowerment genitoriale delle utenti. Gli intervistati dimostrano di orientare l’intervento educativo attivando un ruolo di “facilitatore” nei confronti delle utenti in modo da accompagnarle al ruolo a cui sono chiamate a far fronte. Il dialogo e la ricerca-azione di soluzioni condivise dimostrano essere strumenti necessari al fine di generare una «co-evoluzione» (CANEVARO 1999) all’interno della «relazione dialogica» (FREIRE 2011) educatore-ospite.

Le decodifiche al quesito *Se un bambino o una bambina sono in stato di sofferenza o si fanno male cosa fa?* anche in questo caso mostrano una corralità delle risposte che seguono per lo più le linee legate sì alle procedure standard (Primo Soccorso, la formazione del personale), ma un dato che ritorna più volte è quello della “rassicurazione”. In più occasioni si è osservato come la “rassicurazione” e la capacità degli educatori di prendersi cura del bambino o della bambina in quel dato momento – e non secondariamente della stessa mamma – è risultato essere un elemento il più delle volte più incisivo di interventi che effettivamente richiedevano l’urgenza medica⁵¹.

La componente legata alla presenza e alla fiducia nei casi di sofferenza consente la condivisione (oltre che il prendersi cura) di un momento per quanto delicato, privilegiato dal punto di vista relazionale. Affidarsi e affidare la cura del proprio figlio a una persona che non ha legami parentali, in questo contesto risulta essere un'occasione che coinvolge attivamente la *triplicità*⁵² delle parti. Per quanto ci possano essere tensioni tra educatori-ospiti, si è potuto osservare in più occasioni legate allo stato di sofferenza, una sospensione dei conflitti, rafforzando il più delle volte, il legame tra gli attori. La presa in carico degli educatori, nei confronti delle utenti (e ancora più nei riguardi dei minori), si rivela attraverso una presenza che va oltre l'incarico e la responsabilità lavorativa che si estende a una presa in carico globale che oltrepassa la rilevanza dei "ruoli" ridisegnandoli alla luce di una estensione affettiva delle parti.

Nel corso dell'osservazione, ci sono stati svariati episodi legati al soccorso di tipo medico e alla conseguente reazione e relazione di *presa in carico*. Riportiamo il caso di F.

F., una bambina di poco più di ventiquattro mesi, urtando la cornice di un tavolo con la zona occipitale del capo, si sbilanciò cadendo di petto sul pavimento. La bambina non mostrò apparenti lesioni o ferite, oltre alla naturale reazione al pianto. Il tutto avveniva alla presenza della madre. L'educatrice in turno avviò le procedure standard chiamando la Guardia Medica che raggiunse la struttura (l'episodio era avvenuto dopo le 21.00). L'accertamento medico rilevò un leggero gonfiore nella regione occipitale del capo, pertanto il Medico dispose che la bambina fosse visitata da un Medico Pediatra del Pronto Soccorso. Arrivò così l'autoambulanza che portò la bambina con sua madre all'azienda ospedaliera più vicina. In questo caso l'educatrice aveva svolto il suo compito e altro non avrebbe potuto fare. Il collega le avrebbe dato il cambio per il turno notturno il quale si sarebbe occupato di sentire telefonicamente la madre della bambina, non appena avesse avuto notizie e relative disposizioni mediche⁵³. L'educatrice tuttavia restò in turno altre quattro ore attendendo gli sviluppi del caso, occupandosi della ripresa del nucleo in ospedale, non appena dimessi.

Quello appena descritto, risulta essere un episodio chiave alle nostre riflessioni, dimostra una presa in carico globale dell'educatrice che ha avuto cura e premura – al di là delle misure doverose da dover seguire – di trattenersi oltre l'orario di lavoro, in modo da garantire oltre che il supporto al collega (che altrimenti si sarebbe potuto trovare in condizioni di difficoltà operativa essendo solo in Struttura), di effettiva apprensione così come si farebbe nei confronti di un/una parente, tanto da occuparsi lei stessa della ripresa del nucleo, assicurandosi in prima persona, che tutto fosse rientrato nella norma.

Tornando alla decodifica delle interviste, alla richiesta *Racconti la sua idea delle relazioni familiari*, emerge la consapevolezza dei soggetti sull'argomento dichiarandolo carico di complessità e variabili legate sia alle dinamiche riferite ai contesti che al "tipo" familiare di cui si fa o "si è fatta" esperienza. Secondo quanto si evince, le relazioni familiari dichiarate "positive" garantiscono (perlopiù) uno sviluppo emotivo sano nell'infante e analogamente le relazioni disfunzionali tendono a ripetersi, seppure dalle interviste non emerge a questo proposito una posizione di tipo deterministico o necessariamente consequenziale. A questo discorso, si rende inevitabile la proiezione su "di sé" e sulle pregresse esperienze (così come riporta I.L.) in rapporto alla propria famiglia di origine, "dissociandosi" dall'impronta di tipo "tradizionale", dichiara di aver scelto di condurre una vita meno "istituzionalizzata". Nell'intervista rivolta a S.N., emerge uno snodo di particolare rilievo e che ritorna sulle nostre riflessioni. Secondo S.N., l'educatore, se in grado di uscire dal ruolo prettamente "istituzionale-formale", può approdare ad una estensione di tipo familiare instaurando un tipo di relazione empatico-emotiva. Il coinvolgimento dell'area emotiva seguendo quanto *ci* propone, è vista come occasione privilegiata che consente il dischiudersi di una reale e autentica presa in carico della persona.

La voce delle "mamme"

Insieme alla conduzione delle interviste rivolte al personale, si è ritenuto analogamente opportuno ascoltare le voci di chi abita quotidianamente la medesima struttura. Parliamo delle ospiti che si trovano ad abitare quella casa e quegli spazi, per un lasso di tempo variabile secondo il caso, ma che in quel momento a tutti gli effetti, rappresenta la loro casa.

La metodologia applicata in questa fase della ricerca non segue la linea di interviste così come avvenuto in precedenza. Le tracce che seguono sono frutto di conversazioni avvenute tra la ricercatrice⁵⁴ e le ospiti, in momenti di quotidiana routine che hanno consentito un'apertura priva di vincoli e distorsioni, prevenendo eventuali chiusure e diffidenze oltre a preservare la privacy⁵⁵ e la sicurezza delle stesse, condizione posta a monte della ricerca da parte dell'ente che ci ospitava.

Oltre ad indagare sulle ormai chiare intenzioni di queste pagine, volte a comprendere le diverse trame e implicazioni delle relazioni in tali contesti, al fine di decostruire il contesto stesso della Comunità e delle percezioni che si h(d)anno, si è ritenuto pertinente esplorare il mondo percettivo di

chi abita quelle mura *domestiche*, che si è tradotta nell'indagare sul *sensu di attribuzione* che le ospiti hanno in relazione al *loro* percorso educativo e di accompagnamento alla genitorialità in ambito comunitario. Un argomento inevitabilmente pulsante per le ospiti, la cui attribuzione di senso, tuttavia e il più delle volte, risulta essere ben lontana da una reale presa di coscienza sia del percorso educativo che della ragione stessa che le ha portate in Comunità⁵⁶. Le donne "intervistate", tendono a incarnare e a estendere la *loro* figura di vittima oltre il momento di vittimizzazione. Vale a dire che il pericolo che queste si dissocino da eventuali mancanze e impreparazione alla genitorialità, tende a essere preminente. Conseguentemente la difficoltà percettiva nell'accettare disfunzioni legate al ruolo di madre, – che esula quindi da eventuali progressi biografici dettati in prevalenza da abusi e violenza, momenti senz'altro carichi di sofferenza lacerante e difficilmente allontanabile anche in una quotidianità lontana dall'orrore –, risulta essere precipuo nelle ospiti.

Il senso attribuito a tale esperienza, in prevalenza, tende a essere ascritto a "colpe altrui". Conseguentemente, non di rado, la percezione del *loro* collocamento in Comunità viene vissuta come ulteriore *pena* da scontare, piuttosto che come momento transitorio di accompagnamento, tutela e protezione verso di esse e i dei rispettivi figli e/o figlie.

Più raramente la percezione viene accolta diversamente da quanto detto finora, come nel caso di V., che più volte ha verbalizzato, sia agli educatori che alla presenza di altre ospiti, di sentirsi protetta e aiutata per merito di questo percorso, la cui permanenza nella stessa Comunità nel suo caso perdura da più di ventiquattro mesi. Anche Z. in alcuni momenti, afferma – sebbene con talune contraddizioni – e riconosce di avere un'occasione in questo periodo di accompagnamento che le consente di offrire ai suoi due bambini un'educazione e uno sviluppo adeguato che altrimenti non avrebbe potuto sostenere. Nel caso di Z., oltretutto, vi è una componente relazionale con gli educatori assolutamente positiva, confidenziale alle volte amichevole e di fiducia.

La componente relazionale nel contesto preso in analisi risulta essere un obiettivo centrale per l'équipe di questo servizio, tanto che due volte al mese si presta a due tipi diversi di Supervisione una orientata ad una metodologia di lavoro e l'altra alle dinamiche relazionali. A questo proposito si è ritenuto funzionale indagare sul tipo di rapporto instaurato tra l'équipe e le ospiti, centrando l'attenzione sulla percezione di queste ultime.

L'effettivo e sincero impegno degli educatori nell'entrare in relazione con le ospiti, risulta essere percepito e vissuto positivamente dalle utenti. Dai racconti emerge un tipo di relazionalità differenziata – esattamente come avviene in tutti i contesti di vita – in base al singolo operatore e con le rispettive simpatie o antipatie secondo il tipo di temperamento delle parti. Gli educatori che risultano essere più aperti e disponibili ad una interazione di tipo personale, instaurano più facilmente un rapporto di fiducia con le ospiti, rappresentando così, oltre che una figura di riferimento, anche una presenza di tipo affettivo e di maggiore sollievo nelle occasioni di sofferenza e confidenza. Le ospiti dichiarano di sentirsi accolte dagli/dalle educatori/educatrici, la cui postura si instaura vicendevolmente⁵⁷.

Se sul piano relazionale e affettivo avviene quanto descritto, tuttavia, bisogna tenere conto della compresenza e coesistenza dei due movimenti in opposizione: dell'*estensione* che avviene mediante l'accudimento, e della *contrazione* di cui adesso analizzeremo le componenti.

Le criticità che portano alla *contrazione* sono legate perlopiù alla “privazione” di indipendenza delle ospiti in tale contesto. Esse sono chiamate a dover seguire le disposizioni facenti parte oltre che del progetto di ognuna, anche delle norme interne alla Comunità. Il contesto richiede loro di attenersi ad una turnazione programmata (secondo gli impegni delle utenti) di mansioni di cura degli ambienti da loro abitati⁵⁸. Questi compiti, tendono ad essere vissuti dalle presenti come una costrizione a loro imposta. Non di rado, nel corso dell'osservazione, le ospiti hanno verbalizzato che “a casa loro farebbero diversamente”, ritenendo dunque quelle mansioni di eccessivo impegno. Al movimento di *contrazione*, contribuisce con non poca rilevanza il “peso dello sguardo” degli educatori, chiamati inevitabilmente oltre che a osservare le ospiti, quando necessario, a condurle verso un tipo di attenzione e modalità di accudimento nei confronti del proprio figlio che sia maggiormente funzionale⁵⁹. Sebbene l'obiettivo degli educatori sia sempre orientato a favorire senso di autoefficacia delle ospiti, la sola presenza di questi, basta a rappresentare e proiettare in loro una mancanza o una “messa in discussione” del ruolo materno. Contribuisce alla *contrazione* la consapevolezza delle ospiti nell'essere sottoposte – a ciò che percepiscono essere – al “giudizio” degli operatori che viene espresso mediante le relazioni⁶⁰ che redagano, così come la scrittura di un diario⁶¹ giornaliero. Si aggiunge una ulteriore criticità, espressa con particolare insofferenza da E., legata alla relativa libertà⁶² nelle uscite in autonomia⁶³, argomento che in più occasioni è stato oggetto di discussione con gli educatori.

Analogamente alle interviste sopra prese in analisi, abbiamo ritenuto di assoluto rilievo, indagare sugli eventuali episodi di sofferenza legati alla salute del corpo delle *mamme* ed in particolar modo dei rispettivi figli.

B. è una giovane mamma di due figli, una di ventotto mesi e l'altro di sedici mesi. Il secondogenito è nato quando B. era già inserita nel suddetto contesto, pertanto gli ultimi mesi di gravidanza li ha terminati in comunità, così come il ricovero in ospedale è avvenuto in tale frangente.

B. racconta che quando fu costretta a recarsi in ospedale per dare alla luce il suo secondo figlio, viveva uno stato di assoluta ansia per sua figlia che sarebbe stata accudita dagli educatori nei giorni del suo ricovero. Precisa che il suo stato di apprensione non era tanto riferito alla sfiducia verso gli operatori, ma al fatto che “non le sembrava giusto lasciare la figlia”⁶⁴. A questo racconto aggiunge la memoria del suo primo parto, momento in cui la donna era sì circondata da persone familiari, ma a suo dire, incapaci di prestarle soccorso poiché questi non erano in uno stato vigile e di piena lucidità a causa di un abuso di sostanze alcoliche.

La donna al momento del ricovero in vista del suo secondo parto, ha dimostrato, (nonostante la precedente esperienza relativa al primo parto, vissuto con quelli che di fatto sono gli effettivi famigliari), sebbene forzata dagli eventi, di affidarsi a persone non-famigliari, che tuttavia oggi ringrazia e con cui oggi condivide lo stesso ricordo di quell'importante evento, vissuto così come si potrebbe fare “in famiglia”.

I bambini spesso, nei momenti di gioco o per ancora scarso controllo motorio, incorrono in situazioni di potenziale pericolo. Numerosi sono gli episodi di quasi ordinaria quotidianità in cui mamme e operatori si trovano a fronteggiare “falsi allarmi” o in alcuni e più rari casi, effettive emergenze.

Un caso in particolare che racconta C., è riferito ad una crisi febbrile (avvenuto in questo servizio) che ebbe la sua bambina di poco più di ventiquattro mesi, la quale, a causa di una elevata temperatura corporea, manifestò prima un principio di convulsioni e poi irrigidimento. L'episodio avvenne di notte, l'operatrice in turno accorse in suo aiuto non appena C. la chiamò allarmata. Avvertirono insieme il 118 che fornì alcune indicazioni di soccorso, intanto che l'ambulanza raggiungesse la Comunità. In seguito a quanto avvenuto il Medico Pediatra prescrisse un farmaco anticonvulsivante da somministrare alla bambina nell'eventualità dovesse ripresentarsi l'episodio.

C., ha chiesto più volte agli educatori e alle Assistenti Sociali che seguono il suo caso, di poter custodire lei stessa il farmaco, in modo da potersi sentire più serena e agire con maggiore prontezza nel caso si dovesse ripresentare la sintomatologia nella bambina. Nell'eccezionalità del caso, trattasi di un farmaco salvavita, si è giunti ad una mediazione che prevede nelle uscite autonome madre-figlia la momentanea custodia del farmaco in quel frangente. C., tuttavia, dichiara, di risentire con frustrazione le svariate norme – compresa la condizione posta per il farmaco – imposte dal contesto.

C'è altresì da esplicitare che C., oltre a mostrare una difficoltà nel rientrare all'interno di alcune "prassi" e "regole", risulta avere un temperamento e una tendenza prevalentemente sfiduciata e diffidente verso il prossimo che non fa eccezione alcuna, tantomeno nei confronti degli educatori. Instaurare un rapporto, una relazione autentica l'ospite in questione, risulta pertanto molto difficoltoso per i più degli educatori attualmente in servizio. La donna tende ad alzare spesso il conflitto, anche laddove non vi sono reali esigenze o criticità. La sola eccezione e ingresso relazionale da parte di C. sembra avvenire solo se in funzione di qualche "tornaconto" che crede ottenere. La tendenza a strumentalizzare e manipolare fatti e persone è avvenuta anche nell'episodio sopra citato, (quando la bambina ebbe l'episodio convulsivante), accusando di scarsa prontezza l'educatrice accorsa in aiuto.

In questo caso, giunge chiara la difficoltà relazionale in piena *contrazione*, che al di là proiezione attualmente impraticabile alla *estensione*, vede compromesso qualsiasi tipo di intervento relazionale autentico, almeno fino a che la donna non tenterà di aprire "un credito" nei confronti del prossimo, che sia un educatore/trice, o interlocutore/trice qualsiasi, poiché sappiamo che per parlare di relazionalità è necessaria volontà di apertura relazionale da ambo le parti.

Giunti all'emersione delle criticità riferibili alla cura medica e al rapporto con la medicalizzazione rivolta a sé stesse e in particolar modo ai propri figli, abbiamo ritenuto essere pertinente comprendere il tipo di rapporto e percezione che queste hanno delle malattie.

C., riporta che prima del suo collocamento in Comunità non si era mai trovata nella condizione di dover soccorrere la figlia e con fare inquieto dichiara che al di là dell'episodio sopra citato, la figlia da quando è in Comunità "tende ad ammalarsi molto di più". La donna sostiene che la costipazione perdurante nella figlia sia imputabile all'ambiente poco salu-

bre e al restante dei bambini presenti nella struttura che ritiene non siano “accuditi a dovere dalle loro mamme”⁶⁵.

B., invece a tal proposito esprime – e dimostra *essere* – in apprensione per i suoi bambini anche per una lieve costipazione, al punto da chiedere⁶⁶ frequentemente un consulto con il Medico Pediatra che tuttavia raramente riesce a placare il senso di inquietudine della donna. Differentemente dalla premura che rivolge ai figli, B. tende a trascurarsi e a interessarsi poco del suo stato di salute, tanto che soventemente delega gli operatori a interessarsi delle visite ed eventuali accertamenti medici che le riguardano, affidandosi con quasi totale indifferenza.

Nel caso di A., per quanto concerne la cura e l'apprensione verso se stessa e in particolare nei confronti dei suoi figli, dimostra una tendenza alla patologizzazione e distorsione di tipo ipocondriaco.

Differentemente S. esprime – e dimostra – riluttanza nel contattare qualsiasi tipo di Medico sia per sé che per i suoi due figli, con la convinzione che questi debbano rafforzare le “difese immunitarie” e che rivolgersi a figure specializzate per “qualsiasi cosa” finirebbe per indebolire il *loro corpo*.

Tornando alle relazioni familiari, fulcro dell'indagine di questa ricerca, così come nelle interviste, abbiamo riproposto il tema, alle ospiti del servizio preso in analisi.

B. a tal proposito, in una conversazione avvenuta una sera sul tardi, mentre sorseggiava una tisana insieme alla conduttrice della ricerca, alla presenza di altre due *mamme* C., e L., nonostante la sua esperienza biografica caratterizzata da poca stabilità e accudimento familiare, possiede una idea di famiglia e relazioni familiari di stampo “tradizionalista”. Non abbandona la possibilità di poter conoscere e fidarsi di qualcuno che possa accompagnarla nella vita, sebbene poi B., si contraddica dopo poco, affermando che difficilmente potrebbe affidare i suoi bambini ad un'altra persona.

Al discorso di B., si inserisce C., che riporta una visione cinica e disincantata circa le relazioni in generale e in particolar modo quelle di tipo familiare. Con sarcasmo e leggerezza racconta la sua posizione dichiarandosi categoricamente disinteressata ai legami duraturi e “seri”, se non in funzione di un profitto di tipo economico o di svago. L., invece, sortisce sin da subito dicendosi impossibilitata a qualsiasi rapporto di tipo sentimentale, verbalizzando con arrendevolezza *chi mai starebbe con una persona con tre figli?*, aggiungendo che, semmai un domani fosse in condizione di poter valutare di cominciare una possibile relazione, questa, potrebbe rea-

lizzarsi solo dopo il sedicesimo anno del suo ultimo figlio che attualmente ha tre anni.

Conclusione

La disamina della ricerca posta in essere, sostenuta dalle teorizzazioni esposte in un dialogo aperto e ricorsivo, ha consentito una decostruzione analitica del tema che ruota attorno a ciò che si intende per *natura familiare*, rafforzata, attraverso l'etnografia nel contesto Comunità Residenziale Genitore-Bambino, luogo che ha concesso una osservazione e chiave di lettura inedita nel *darsi* del complesso movimento di *estensione e contrazione familiare*. Dinamica che si dispiega nelle due dimensioni in opposizione secondo il tipo di disposizione o indisposizione che si mette in atto, aprendo o schiudendo così la possibilità di relazione.

Come si è visto, a questo movimento di vicendevole contrapposizione contribuiscono fattori determinanti come il tipo di *percezione* e di *attribuzione di senso* che le utenti della Comunità in oggetto, conferiscono al percorso Comunitario, così come emerge la centralità relazionale che sembra determinarne la proiezione. Gli episodi e le esperienze legate alle vite biografiche delle ospiti senz'altro orientano – seppure non in termini deterministici – il tipo di predisposizione di queste in un'apertura o rifiuto del percorso e/o di chi ne incarna il ruolo istituyente.

Nel corso della decodifica delle interviste, abbiamo visto prodursi ulteriori quesiti concernenti le implicazioni mosse dalla *estensione* alla familiarità e della *disposizione* o meno degli educatori, a tale apertura o ritrosia. Giunge chiara l'informazione che emerge dalla grande opportunità che può scaturire l'apertura relazionale, al punto da poter generare e ri-generare nuovi equilibri affettivi, persino in persone come le “nostre mamme”, la cui esperienza emotivo-relazionale il più delle volte risente di una educazione assai compromessa e non supportata nelle varie fasi di vita.

Alla forza generatrice di una relazione autenticamente impegnata, – che abbiamo visto dover essere composta da ambo le parti –, si aggiunge una criticità di cui tener conto, la *disposizione all'apertura* che per approdare alla familiarità, ha la necessità di passare prima per una relazione che sia priva di pre-giudizi.

Una relazione così implicata e genuinamente coinvolta, per sua *natura*, ricercherà continuità anche in seguito alle dimissioni⁶⁷ del nucleo con la

quale si è creata una familiarità, un tipo di parentela che non risente delle costrizioni biologicamente vincolate o vincolanti, ma che ogni giorno sceglie vicendevolmente di *esserci*.

Alla luce di ciò bisogna tenere conto della irrinunciabile capacità degli educatori nel saper so-stare nel duplice ruolo di lavoratori e al contempo di *persone implicate* e coinvolte in una relazione dal potenziale *famigliare*. In virtù di tale complessità relazionale, bisogna altresì considerare il rischio, la possibilità e perché no, la scelta, da parte degli educatori, di voler operare un tipo di relazione volta alla “produttività ed efficienza” lavorativa, a scapito della relazione “troppo implicante” di cui abbiamo ampiamente discusso. Parimenti, aprire un “credito relazionale” da parte delle ospiti, non è qualcosa di consequenziale e tantomeno ovvio, tendendo conto che il pregiudizio e le distanze dei ruoli sono avvertite dalle “mamme” forse anche più preponderantemente che dagli educatori.

Alla luce di tali riflessioni siamo giunti ad un ulteriore quesito, che lasciamo qui aperto “si può parlare di predisposizione al lavoro di cura?”.

Nel paragrafo *La voce degli “operatori”* abbiamo visto situarsi un’interessante conseguenza, in merito alla presenza e alle implicazioni che i *corpi* hanno nella relazionalità, in cui “chi” assume le fattezze del “corpo del parente”, risulta essere la persona più in prossimità, (vale a dire le donne e i rispettivi figli collocati in Comunità), a scapito di chi (nonostante gli incontri periodici) è corporalmente più distante (es. il genitore non collocato in Comunità).

Al netto di tali osservazioni, i supporti teorici di riferimento (SAHLINS 2018; CARSTEN 2004; JOHANSEN 1954; GRILLI 2019; SATTA 2020; SOLINAS 2010; CANEVARO 1999; MORGAN 2011; JAMIESON 1998; 2007; 2011), confermano, secondo la chiave inedita consentita dalla pratica etnografia qui proposta, gli assunti enunciati all’inizio di queste pagine, secondo cui è nelle pratiche famigliari, nella condivisione esperienziale degli spazi e dei vissuti che si forgia il «corpo del parente» (GRILLI 2019) determinato dalla vicinanza più che dal legame di sangue.

Note

⁽¹⁾ Vale a dire la presenza relazionale che si interseca tra educatore/educatrice-genitore/genitrice, alla presenza di uno/a o più figli dello/a stesso/a.

⁽²⁾ Si segnala un approfondimento in Aristotele, *Etica Nicomachea*, libro VIII, 1161a-1162b.

⁽³⁾ Se la vista è sicuramente il senso più sviluppato, anche altri sensi – l'udito, il gusto, il tatto –, e quindi il sentirsi al telefono, il parlarsi, la condivisione di un pasto o il toccarsi, rappresentano delle forme incorporate di pratiche famigliari (C. SATTA, *Sociologia della vita familiare*, Carocci, Roma 2020).

⁽⁴⁾ Per un approfondimento sul tema dell'accudimento si segnala G. LIOTTI, B. FARINA, *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*, Raffaello Cortina, Milano 2011, pp. 75-85.

⁽⁵⁾ Nel momento osservativo della ricerca, il servizio ospitava un'utenza genitoriale solo di genere femminile. Una riflessione che in questa sede non potremmo approfondire poiché si correrebbe il rischio di aprire troppe parentesi tematiche, ma che qui si intende quantomeno porre in evidenza, è la non ovvietà nel rilegare il *lavoro di cura*, che storicamente è stato filtrato nei secoli anche attraverso i miti e la letteratura che hanno inteso la funzione di cura declinandola e connotandola esclusivamente al femminile, forgiando così delle rappresentazioni stereotipate e che concorrono ancora oggi e – talune volte anche negli ambiti accademici o di studio – a rafforzare l'idea «di una naturale centralità delle donne nella sfera domestica (a discapito di una loro presenza attiva nella sfera pubblica) e specularmente quella di una naturale marginalità degli uomini nella stessa sfera (in favore di un loro protagonismo in quella pubblica)» (SATTA 2020: 73) e che anche nell'ambito comunitario vi è la tendenza (sia degli addetti ai lavori che non), come nel caso delle Comunità Genitore-Bambino, a dare per scontato che la diade preveda il collocamento in struttura della genitrice.

⁽⁶⁾ Che non di rado diviene una vera e propria delegazione.

⁽⁷⁾ Vale a dire la presenza relazionale che si interseca tra educatore/educatrice-genitore/genitrice, alla presenza di uno/a o più figli dello/a stesso/a.

⁽⁸⁾ Così come si auspica che avvenga nei contesti della socialità tutta.

⁽⁹⁾ Si tenga presente che la Comunità in questione si propone e propone alle ospiti della struttura un "Menù predefinito" che tiene conto dei regimi alimentari da seguire, modulando le proposte fornite da nutrizionisti, secondo la stagione in corso, i destinatari dei pasti già a partire dallo svezzamento, le prime pappe, fino al regime alimentare rivolto all'età adulta. Il "menù" in questione, prima di essere "affisso" in una bacheca della cucina, viene concordato con le ospiti e tiene conto di eventuali richieste o esigenze del singolo caso.

⁽¹⁰⁾ Almeno fintanto che si è svolta l'etnografia qui proposta.

⁽¹¹⁾ Non vi è una figura fissa e preposta per tale circostanza, per cui ad assolvere il compito è l'educatore/trice previsto/a in turno per quella giornata e per la fascia oraria destinata ai colloqui.

⁽¹²⁾ Si tiene conto delle esigenze relative a eventuali impegni lavorativi o appuntamenti improrogabili delle singole utenti.

⁽¹³⁾ In special modo nei giorni feriali, i pomeriggi del servizio osservato, sono caratterizzati da fitti incastri accompagnamenti e mansioni.

⁽¹⁴⁾ E preso parte.

⁽¹⁵⁾ In particolare si osservò nella donna in questione una particolare insofferenza che si traduceva in uno stato di malessere che la portava a regredire nel lavoro di *cura* nei confronti dei suoi due figli (rispettivamente uno di trentasei mesi e l'altro di ventiquattro) e che contrariamente fino a prima di allora, la donna aveva "dimostrato" di assolvere con una certa propensione naturale.

⁽¹⁶⁾ Per certi versi nemmeno del tutto sbagliate, e forse fu proprio questa "giustizia rivendicata" che contribuì alla reazione dell'educatrice, che riconosceva l'importanza di quel colloquio a cui non avrebbe potuto dare ascolto per far fronte alla frenesia di quella giornata.

⁽¹⁷⁾ Persino di chi lavora all'interno o a contatto con i servizi Socio Assistenziali.

⁽¹⁸⁾ Qui ci riferiamo a persone che per ragioni e situazioni differenti si trovano ad accedere, chi per scelta, chi perché "costretta/o" da eventi particolarmente gravosi o di pericolo conclamato a servizi volti alla tutela e alla sicurezza della persona. Tra gli esempi, i Centri Antiviolenza (CAV).

⁽¹⁹⁾ In riferimento al contesto esplorato.

⁽²⁰⁾ In media di dodici/diciotto mesi.

⁽²¹⁾ Soggetta a osservazioni, coordinamenti, relazioni espresse dalla Comunità ospitante, dai servizi sociali e poi dalla pronuncia del Tribunale dei Minori (se ci atteniamo al tipo di comunità a cui ci riferiamo).

⁽²²⁾ Nell'accezione più vasta del termine.

⁽²³⁾ L'iniziale "T." indica il soggetto a cui faremo riferimento. Non corrisponde a una iniziale di un nome reale ma è stata pensata al fine di agevolare la lettura.

⁽²⁴⁾ E dunque nel momento in cui veniva svolta la ricerca etnografica.

⁽²⁵⁾ Mascherine FFP2, visiere, e in caso di quarantena tute protettive monouso.

⁽²⁶⁾ C. ha ventiquattro mesi.

⁽²⁷⁾ Dettate da eventi avvenuti concretamente.

⁽²⁸⁾ Soventemente, in questo servizio, tra le rivendicazioni nei momenti di *crisi* e *conflitto* delle utenti nei riguardi dell'équipe viene messa in discussione la professionalità delle/gli educatrici/ori in base al fatto se quest* hanno o meno figli propri.

⁽²⁹⁾ In genere si usa cenare relativamente presto, (intorno le 19:30), considerato che attualmente, sono ospitati bambini molto piccoli di età.

⁽³⁰⁾ Tanto da proporre uscite in talune fiere eccessivamente frequentate e da un pubblico non adeguato a una bambina di ventiquattro mesi, oppure cene al ristorante, quando una bambina di questa età non ne può ancora cogliere il senso e/o il piacere, e via discorrendo.

⁽³¹⁾ Per semplificazione identifichiamo la mamma in questione con la lettera "M.", una donna di ventiquattro anni di origini non italiane.

⁽³²⁾ Molteplicità e interscambiabilità insita – seppure in modo differente – in ognuno di noi.

⁽³³⁾ Cosa di cui hanno “bisogno” anche quelle che alle volte dimentichiamo essere anche *altro*, oltre che madri.

⁽³⁴⁾ Si allude a un *turnover* della con-formazione dell'équipe di questo servizio e di cui parleremo più avanti.

⁽³⁵⁾ Che si sostanzia nell'accudimento (nel mangiare, dormire, lavarsi, trascorrere il tempo libero etc.) e, come abbiamo già visto nei paragrafi precedenti, nella pratica del nutrimento che si costituisce una memoria privata della familiarità, che si tramanda di generazione in generazione. «L'alimentazione è quindi una pratica familiare fatta di corpo fisico o evocato, su cui si allestisce la rappresentazione emozionale della famiglia» (SATTA 2020: 36).

⁽³⁶⁾ Per approfondimenti sul tema, si rimanda a Lynn Jamieson, 1998; 2007; 2011.

⁽³⁷⁾ Un esempio tra tutti, la legge Iori n. 2443, approvata nel 2014 dopo un lungo e travagliato percorso. Si rimanda al disegno di legge in: https://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/17/DDLPRES/0/980756/index.html?part=ddlpres_ddlpres1.

⁽³⁸⁾ Qui si intendono le linee guida volte all'operatività educativa, sebbene questa debba interfacciarsi inesauroibilmente con il “*dubbio*” e la *flessibilità*. Una postura indispensabile che caratterizza la pratica educativa, rendendola così generativa e qualitativamente rilevante.

⁽³⁹⁾ «Non a caso l'etimologia della parola “infante”, dal latino *infans*, sottolinea con il prefisso dal significato negativo “in” questo aspetto dell'impossibilità a parlare. L'infante sarebbe infatti il “non parlante”, colui che è impossibilitato a parlare» (SATTA 2020: 105).

⁽⁴⁰⁾ Si rimanda al femminile poiché, come detto in precedenza, al momento della ricerca, la presenza delle utenti in struttura era solo di genere *female*.

⁽⁴¹⁾ A ogni festività, come vedremo più avanti, l'équipe provvede e si prende cura anche di aspetti relativi a eventuali regali in occasione dei compleanni delle *mamme* così come per i loro bambini, oppure in occasione delle feste natalizie o ricorrenze in generale.

⁽⁴²⁾ Le iniziali che seguono sono a scopo esemplificativo al fine di tutelare la privacy delle donne menzionate.

⁽⁴³⁾ Periodicamente vengono organizzati dei coordinamenti tra Assistenti Sociali che seguono il caso, il Coordinatore d'Area e l'educatore/trice referente del nucleo in questione, al fine di monitorare o ri-orientare il progetto di partenza, prendendo in analisi e ascoltando le eventuali richieste dell'interessato/a.

⁽⁴⁴⁾ B. ha 24 anni, è di origini Macedoni sebbene sia nata in Italia. Ha frequentato le scuole in Macedonia senza però conseguire il diploma di scuola media. La proposta presente nel suo progetto comunitario è quella di recuperare il percorso scolastico tramite il CPIA del territorio Umbro che eroga diversi corsi destinati all'istruzione per adulti.

⁽⁴⁵⁾ Legati ad una molteplicità di aspetti di tipo logistico, economico, di fattibilità organica, di gestione ecc.

⁽⁴⁶⁾ L'équipe al completo è composta da dodici dipendenti. Per non appesantire la lettura, si sono scelti cinque intervistat* con funzione rappresentativa.

⁽⁴⁷⁾ Gli intervistati verranno indicati secondo le iniziali o con nomi fittizi, ma con età reale.

⁽⁴⁸⁾ Difatti, come vedremo nel paragrafo *La voce delle "mamme"*, l'équipe è sottoposta ad una supervisione mensile pensata proprio ad affrontare tali implicazioni

⁽⁴⁹⁾ Gli incontri protetti, seguono modalità specifiche e diversificate secondo le esigenze e istanze legate al singolo caso ma come fattore comune vi è la compresenza di un educatore/trice (che ricopre una funzione di tutela del minore e/o dell'ospite) per ogni incontro dell'utente con l'eventuale ospite esterno, che generalmente rientra tra i membri della famiglia di appartenenza della persona collocata in Comunità.

⁽⁵⁰⁾ Concetto espresso nel paragrafo *"Fare famiglia" e l'incorporazione familiare*.

⁽⁵¹⁾ C'è altresì da sottolineare, come riportano le risposte alle interviste, che finora non vi sono stati episodi particolarmente gravosi dal punto di vista strettamente medico.

⁽⁵²⁾ Concetto espresso nel paragrafo *L'alleanza dei corpi nel microcosmo comunitario e la memoria del corpo di una mamma-donna-figlia*.

⁽⁵³⁾ C'è altresì da considerare che nei turni notturni è previsto un solo operatore chiamato a vegliare su tutte e tutti le/gli ospiti della *casa*, questo, in nessun caso può lasciare la comunità scoperta di personale. Si comprende dunque che se l'educatrice avesse terminato il suo turno all'orario prestabilito, avrebbe lasciato il collega gestire un possibile rientro della diade in piena notte, la cui soluzione sarebbe stata quella di far prendere un taxi (la cui corsa sarebbe stata a carico della cooperativa) al nucleo.

⁽⁵⁴⁾ Come già esplicitato, lo sviluppo della ricerca, in questi termini, è stato possibile poiché chi conduceva lo studio al contempo era parte integrante dell'équipe e le conversazioni che seguono sono frutto di momenti di *naturale* condivisione in cui non veniva esplicitata la volontà della conduttrice alla conduzione dello studio.

⁽⁵⁵⁾ Anche in questo caso, per ragioni legate alla privacy e alla tutela, le conversazioni in oggetto seguiranno con iniziali o nomi fittizi, ma con età reale.

⁽⁵⁶⁾ Si rimanda al paragrafo *"Questo posto è un carcere!" La primordialità delle "piccole cose"*.

⁽⁵⁷⁾ Riportiamo una dinamica in grado di rappresentare quanto detto: non di rado le ospiti all'arrivo dell'operatore/trice al loro ingresso in turno, li/le accolgono preparando un caffè o riservano al personale un pasto da loro preparato.

⁽⁵⁸⁾ Si tratta di avere cura degli spazi comuni, oltre quelli destinati al singolo nucleo. Mansioni che prevedono il riordinare la cucina dopo aver consumato il pasto, avere cura della pulizia e dell'ordine degli scaffali, del frigorifero, la pulizia del pavimento e così via.

⁽⁵⁹⁾ Tra le competenze di un educatore rientra anche quella di sapersi porre come mediatore attento, in grado di accompagnare le ospiti, con la dovuta cautela nel loro percorso, favorendo una sempre maggiore autonomia e autoefficacia.

⁽⁶⁰⁾ Vengono redatte per ogni utente nel corso della permanenza in struttura, con la finalità di creare uno storico del percorso in grado da monitorare l'andamento processuale del caso condividendolo con il servizio Sociale incaricato.

⁽⁶¹⁾ Che riporta quotidianamente le dinamiche, gli eventi, il clima relazionale generale e del singolo caso.

⁽⁶²⁾ L'aspetto normativo in generale e in particolare quando è incarnato dagli educatori, rappresenta uno degli elementi più complessi nelle realtà comunitarie, dove la "norma" viene percepita il più delle volte come "privazione" o nei casi più esasperati è finanche associato al "sopruso" o "abuso di potere".

⁽⁶³⁾ Nel caso di E., per ragioni legate a taluni episodi poco chiari rispetto a dove si dirigesse nelle uscite in autonomia (vale a dire senza la necessità che vi sia un operatore ad accompagnarla) e chi incontrasse, oltretutto alla presenza della sua bambina di ventotto mesi.

⁽⁶⁴⁾ Verbalizzò queste parole anche nel momento in cui fu ricoverata. I giorni che seguirono il ricovero di B. nonostante la donna fosse in un momento di sofferenza poiché la preparazione al parto risultava essere particolarmente delicata, si accertava continuamente dello stato di salute e benessere della figlia rimasta a "casa".

⁽⁶⁵⁾ Tuttavia, nel concreto, C., risulta avere una cura nei confronti della figlia, spesso superficiale. Ha premura di vestirla con dei capi puliti e ricercati ma al contempo la bambina spesso viene lasciata al nido o in casa trascurata dal punto di vista igienico.

⁽⁶⁶⁾ Secondo il principio che lega il servizio Comunitario alla presa in carico non dell'adulto ma del minore, anche nel caso di consulto con il Medico Pediatra, le ospiti sono tenute a effettuare le chiamate o le visite mediche alla presenza di un educatore/trice, così come negli altri contesti destinati al minore (scuola, attività ricreative extrascolastiche ecc.) prevedono una costante mediazione e compresenza dei servizi sociali e della Comunità ospitante.

⁽⁶⁷⁾ Vale a dire, una volta terminato il percorso in Comunità, il nucleo lascia la Struttura e a seconda del caso e delle condizioni in cui si trova, verrà condotto ad un'altra fase del percorso, oppure ad una ripresa globale di indipendenza dai servizi sociali.

Bibliografia

- ARISTOTELE (2005), *Etica nicomachea*, a cura di C. Natali, Laterza, Roma-Bari.
- AUGÉ M. (2020), *Piccole felicità malgrado tutto...*, tr. it. di Cristina Guarnieri, Castelvecchi, Roma.
- BASTIANONI P., TAURINO A. (2017), *Famiglie e genitorialità oggi. Nuovi significati e prospettive*, Unicopli, Milano.
- BAUMAN Z. (1999), *La società dell'incertezza*, tr. it. di R. Marchisio, Il Mulino, Bologna.
- ID. (2000), *Liquid Modernity*, tr. it. di S. Minucci, *Modernità liquida*, Laterza, Roma-Bari.
- ID., (2012) *Conversazioni sull'educazione*, a cura di R. Mazzeo, Erickson, Trento 2012.
- BAUMAN Z. (2016), *Stranieri alle porte*, tr. it. di M. Cuppelaro, Laterza, Bari-Roma 2016.

- BECK U. (2000), *La società del rischio. Verso una seconda modernità*, a cura di W. Privitera, Carocci, Roma.
- BELLINGERI A. (2014), *La famiglia come esistenziale. Saggio di antropologia pedagogica*, La Scuola, Brescia.
- BOCCHI G., CERUTI M. (1985), *La sfida della complessità*, Feltrinelli, Milano.
- BOWLBY J. (1982 [1969]), *Attaccamento e perdita*, Bollati Boringhieri, Torino.
- CANEVARO A. (1999), *Pedagogia Speciale*, Mondadori, Milano.
- CARSTEN J. (2004), *After Kinship*, Cambridge University Press, Cambridge.
- FABIETTI U. (2015), *Elementi di antropologia culturale*, Mondadori, Milano.
- FOUCAULT M. (2004), *L'ordine del discorso e altri interventi*, tr. it. di A. Fontana, M. Bertani, V. Zini, Einaudi, Torino.
- FRANKLIN S., RAGONÉ H. (a cura di) (2001), *Reproducing Reproduction: Kinship, Power, and Technological Innovation*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia.
- FREIRE P. (2011 [1968]), *La pedagogia degli oppressi*, Abele, Torino.
- GALIMBERTI U. (2021), *I vizi capitali e i nuovi vizi*, Feltrinelli, Milano.
- GOLEMAN D. (1996 [1995]), *Emotional Intelligence*, Bantam Books, New York (tr. it. *Intelligenza emotiva*, Rizzoli, Milano).
- GOLINI A., LO PRETE M.V. (2019), *Italiani poca gente. Il paese ai tempi del malessere demografico*, Luiss University Press, Roma.
- GRILLI S. (2019), *Antropologia delle famiglie contemporanee*, Carocci, Roma.
- JAMIESON L. (1998 [1860]), *Intimacy: Personal Relationships in Modern Societies*, Polity Press, Cambridge-Oxford.
- KAPUŚCIŃSKI R. (2009), *L'Altro*, tr. it. di V. Verdiani, Feltrinelli, Milano.
- LIOTTI G., FARINA B. (2011), *Ruolo del sistema di attaccamento nella risposta ai traumi*, pp. 75-85, in LIOTTI G., FARINA B. (a cura di), *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Raffaello Cortina, Milano.
- MALAGUTI E. (2019), *Resilienza*, pp. 333-338, in L. D'ALONZO (a cura di), *Dizionario di pedagogia speciale*, Scholè, Brescia.
- MANCIA M. (2005), *Sentire le parole*, Bollati Boringhieri, Torino.
- MEOTTI G. (2016), *La fine dell'Europa*, Cantagalli, Siena.
- MORGAN D.H.J. (1996), *Family Connections: An Introduction to Family Studies*, Polity Press, Cambridge-Oxford.
- ID. (2011), *Locating "Family Practices"*, "Sociological Research Online", Vol. 16, 4 (<http://www.socresonline.org.uk/20/4/6.html>) (consultato il 27 febbraio 2022).
- PERETTI M. (1965), *Breve corso di pedagogia*, La Scuola, Brescia.
- PICCHIO M. (2019), *Osservatorio regionale sull'immigrazione: l'inserimento e l'integrazione sociale nel modello umbro*, 133-177, in ANGELINI M., CAMPANI M.L. (a cura di), *Immigrazione in sicurezza. Percezione e realtà del fenomeno "immigrazione" in Umbria*, Jovene, Napoli.
- PIZZA G., (2021[2005]), *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma.
- PORCARELLI A. (2009), *Lineamenti di pedagogia sociale*, Armando, Roma.

- PORTERA A. (2019), *Manuale di pedagogia interculturale. Risposte educative nella società globale*, Laterza, Bari-Roma.
- QUINTILLI P. (2020), *Lo spazio della felicità*, pp. 5-16, in AUGÉ M. (a cura di), *Piccole felicità malgrado tutto...*, Castelvecchi, Roma.
- REMOTTI F. (2000), *Prima lezione di antropologia*, Laterza, Bari-Roma.
- ID. (2007), *Contro natura, Una lettera al papà*, Laterza, Roma-Bari.
- SAHLINS M. (2018 [2013]), *La parentela: cos'è e cosa non è*, tr. it. di M. Paulon, Elèuthera, Milano.
- SATTA C. (2020), *Il genere nelle famiglie*, pp. 19-54, in SATTA C., MAGARAGGIA S., CAMOZZI I. (a cura di), *Sociologia della vita familiare. Soggetti, contesti e nuove prospettive*, Carocci, Roma.
- ID., *Le generazioni nelle famiglie*, pp. 89-122, in SATTA C., MAGARAGGIA S., CAMOZZI I. (a cura di), *Sociologia della vita familiare. Soggetti, contesti e nuove prospettive*, Carocci, Roma.
- SCHMIT G., BENASAYAG M. (2019 [2003]), *L'epoca delle passioni tristi*, tr. it. di E. Missana, Feltrinelli, Milano.
- SOLINAS P.G. (2010), *La famiglia. Un'antropologia delle relazioni primarie*, Carocci, Roma.
- STRATHERN M. (1992), *After Nature. English Kinship in the Late Twentieth Century*, Cambridge University Press, Cambridge.
- VIZZIELLO G.F. (2003), *Psicopatologia dello sviluppo*, Il Mulino, Bologna.
- YANAGISAKO S.J., COLLIER J. (1987), *Toward a Unified Analysis of Gender and Kinship*, pp. 14-50, in J. COLLIER, S.J. YANAGISAKO (a cura di), *Gender and Kinship, Essays Toward a Unified Analysis*, Stanford University Press, Stanford.

Scheda sull'Autrice

Giovanna Arigliani nasce a Benevento nel 1991. Dopo due anni e otto mesi dall'iscrizione al corso di laurea di primo livello in *Scienze dell'educazione*, consegue il titolo di educatrice presso l'Università degli studi di Perugia nel 2020 e nel 2022 nel mese di luglio, consegue il titolo magistrale, nella medesima università, in *Consulenza pedagogica e coordinamenti degli interventi formativi*, con la valutazione in sede di discussione di laurea, per il lavoro di tesi dal titolo *Il sistema famiglia. Etnografia di una comunità Genitore-Bambino in Italia Centrale*, di 110/110 *cum laude*. Più recentemente ancora, nel settembre 2022, si candida e vince il concorso presso l'Università degli studi LUMSA con sede a Roma, per intraprendere il Corso di Dottorato di Ricerca in *Educazione, linguaggi e culture* con indirizzo pedagogico e nel mese di dicembre del medesimo anno viene nominata dall'Università degli studi di Perugia, cultrice delle Scienze demontnoantropologiche (M-DEA/01).

Professionista esperta in processi educativi, formativi e dell'inclusione, ha avuto modo di sperimentarsi in svariate organizzazioni sia pubbliche che private negli ambiti dell'educazione e della divulgazione/sensibilizzazione, con un particolare centro rivolto all'ambito della *familiarità* e della *parentela*, in cui contestualmente opera come educatrice sul campo presso una Cooperativa Sociale presente nel territorio Umbro.

Riassunto

Madri e figli nell' Italia centrale oggi. Una relazione "terapeutica" tra estensione e contrazione familiare

In questo contributo propongo uno studio etnografico svolto all'interno di una realtà comunitaria residenziale che ospita persone, per lo più donne, insieme ai rispettivi figli. Una presa in carico dei servizi sociali e Territoriali che si inseriscono all'interno di una riflessione che tiene conto della *natura* e della complessità sociale e relazionale circa la parentela. Una etnografia concreta che intende indagare la molteplicità delle forme famigliari e di come queste tendano a determinarsi da una vicinanza di tipo affettivo estesa finanche all'extra natalità.

Parole chiave: etnografia, comunità, parentela, forme famigliari, complessità

Resumen

Madres e hijos en la Italia central de hoy. Una relación "terapéutica" entre extensión y contracción familiar

En esta contribución propongo un estudio etnográfico realizado dentro de una realidad comunitaria residencial que acoge a personas, en su mayoría mujeres, junto con sus hijos. Una toma a cargo de servicios sociales y territoriales que se inscriben en una reflexión que tiene en cuenta la naturaleza y la complejidad social y relacional del parentesco. Una etnografía concreta que pretende indagar en la multiplicidad de formas familiares y cómo éstas tienden a estar determinadas por una cercanía de tipo afectivo extendida incluso al extra-parentesco.

Palabras clave: etnografía, comunidad, parentesco, formas de familia, complejidad

Résumé

Mères et enfants en Italie centrale aujourd'hui. Une relation "thérapeutique" entre l'extension et la contraction de la famille

Dans cette contribution, je propose une étude ethnographique réalisée au sein d'une réalité communautaire résidentielle qui accueille des personnes, principalement des femmes, avec leurs enfants. Une prise en charge des services sociaux et territoriaux qui s'inscrivent dans une réflexion qui prend en compte la nature et la complexité sociale et relationnelle de la parenté. Une ethnographie concrète qui se propose d'enquêter sur la multiplicité des formes familiales et sur la manière dont celles-ci tendent à être déterminées par une proximité de type affectif qui s'étend jusqu'à l'extra-naissance.

Mots clés: ethnographie, communauté, parenté, formes familiales, complexité

Fo.R.Me di un'etnografia della cura *I particolari del margine*

Rita Finco, Raúl Zecca Castel

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

Abstract

Fo.R.Me [Shapes] of an Ethnography Of Care. Margin Details

The article reconstructs the methodology behind the implementation of the ethno-clinical device proposed by the Fo.R.Me Centre of the Ruah Cooperative in Bergamo. Through a “detailed” ethnography it attempts to restore the positioning of the gaze with which ethnoclinic practice is situated in the relationship with institutions. A marginal process that allows us to overcome the static perspective associated with the cultural value that is often projected onto migrants and/or people with a migratory background.

Keywords: ethnography, margin, disorientation, ethnoclinic device, *Centro Fo.R.Me*

He who would do good to another must do it in Minute
Particulars

William Blake (1804)

Introduzione

Questo articolo presenta uno studio di caso relativo all'attuazione del dispositivo etnoclinico così come praticato dal *Centro Fo.R.Me*¹ della Cooperativa Ruah di Bergamo. Come si avrà modo di osservare, si tratta di una restituzione etnografica che gli scriventi invitano a considerare in termini di complementarità rispetto a un precedente articolo teorico-metodologico apparso nello scorso volume di questa rivista (FINCO, ZECCA CASTEL 2022). La complementarità, qui, non è da intendersi come mutua integrazione formale dei due saggi, ma come esplicito riferimento alle riflessioni epistemologiche di Georges Devereux, fondatore della teoria etnopsichiatrica a

cui il lavoro del *Centro Fo.R.Me* si richiama (DEVEREUX 1984). Essa, dunque, fa appello alla consapevolezza della sostanziale interdipendenza tra un sapere teorico pluridisciplinare e la sua messa in pratica, prospettando l'impossibilità di distinguere l'uno dall'altra. Non si tratta infatti di momenti circoscritti e separati, dove al primo segue il secondo, ma di un processo a spirale di costante interazione e reciproca trasformazione. Di qui, l'invito a considerare anche la lettura, tanto di questo articolo quanto del precedente, secondo una visione sincronica, bidirezionale e ricorsiva, alimentandone il dialogo in prospettiva costruttivista. Il posizionamento che si è scelto di adottare nella redazione di questo saggio, inoltre, parte dal presupposto che la pratica etnoclinica è frutto di un processo storico, culturale e sociale che non si esime dall'essere analizzato. Il suo carattere irregolare e causale è un aspetto che non può essere lasciato ai margini; al contrario, necessita di essere tracciato per poter entrare nelle pieghe della sua operatività, così da non restare un discorso *sui generis* (FINCO 2022).

Intesa come "pratica della teoria nella cultura" (HERZFELD 2006), l'antropologia stessa ha da tempo superato il pregiudizio naturalista che pretendeva separare la raccolta dati come pratica etnografica dal lavoro di interpretazione come successiva fase di analisi ed elaborazione teorica. «Ciò che chiamiamo i nostri dati sono in realtà le nostre ricostruzioni delle ricostruzioni di altri su ciò che fanno loro», ammoniva Geertz (1988: 16) auspicando una svolta ermeneutica in seno alla disciplina; dunque, ogni etnografia è già sempre un'antropologia, ovvero un'interpretazione frutto di specifici posizionamenti che, inevitabilmente, implicano a loro volta molteplici precomprensioni (FABIETTI 1999).

La prospettiva antropologica che accompagna il nostro sguardo si nutre anzitutto del linguaggio per evidenziare il processo di cura proposto dal dispositivo etnoclinico, situandosi sulla soglia tra la dimensione emica ed etica (PIKE 1967). Gli scriventi, accanto agli altri attori coinvolti, sono infatti gli informatori che nell'oralità attribuiscono e influenzano il significato *del* ciò che accade, superando gli elementi descrittivi e addentrandosi nel mondo interno dell'umano. Da questo punto di vista, la materia prima del nostro lavoro sono «frammenti di discorso che fanno immaginare al lettore e allo scrittore la fantasia di un possibile mondo di senso comune: cioè, in grado di provocare un'integrazione estetica dagli effetti terapeutici» (TYLER 1997: 167).

Tale consapevolezza investe direttamente anche il processo di scrittura etnografica in quanto *descrizione* (dal latino *de-scribere*, "scrivere giù", ovvero

trascrivere, quindi copiare), problematizzando la stessa presa di parola, a maggior ragione nei confronti dell'alterità (DE CERTEAU 2005). Non a caso, sempre Geertz riconosceva nell'etnografo un vero e proprio autore, affermando che «gli scritti antropologici [...] sono quindi invenzioni, invenzioni nel senso che sono 'qualcosa di fabbricato', 'qualcosa di confezionato' – il significato originario di *fictio* – non che sono false, irreali o semplicemente ipotesi pensate 'come se'» (GEERTZ 1988: 24). Tuttavia, è bene ricordare che l'etnografo non scrive mai da solo, non è mai *l'autore*, soprattutto se intende privilegiare il «discorso al testo, dunque il dialogo al monologo», riconoscendo «la natura cooperativa e collaborativa della situazione etnografica» (TYLER 1997: 167).

In quanto forma di narrazione, questo articolo è un lavoro di ri-costruzione a posteriori realizzato sulla base di trascrizioni e appunti presi dallo scrivente – al tempo presente agli incontri etnoclinici in qualità di ricercatore –, che con la scrivente sono stati oggetto di un processo redazionale retrospettivo a quattro mani e di una finzione collettiva di un testo polifonico.

Riprendendo per un'ultima volta il prezioso contributo di Geertz, se è vero che la scrittura etnografica ha il potere stregonesco di trasformare avvenimenti fugaci, che esistono solo nell'attimo in cui si verificano, in qualcosa di fisso e potenzialmente eterno, con tutte le criticità che questo comporta, è altrettanto vero che la scrittura, in quanto “resoconto”, ha il vantaggio di poter essere consultabile (GEERTZ 1988: 28). Di qui, il valore che ogni restituzione etnografica, intesa come fonte aperta, disponibile alla co-costruzione di significati, può assumere grazie al coinvolgimento attivo e interattivo dei lettori, permettendo interpretazioni altre rispetto a quelle degli *autori*.

Anche per questo, l'articolo non entra nell'analisi e nell'interpretazione del processo di cura che, da un punto di vista antropologico, non può essere ridotto esclusivamente a una lettura biomedica. L'obiettivo, infatti, è quello di illustrare metodologicamente l'organizzazione e il funzionamento del dispositivo stesso attraverso l'esempio di un caso di studio concreto. Da questo punto di vista, costruire un'etnografia come quella qui proposta, che definiamo “particolareggiata”, è stata per gli scriventi una necessità per interrogare le parole e la corporeità nei propri diari di campo (CSORDAS 1990); una scelta che svela il nostro modo di stare in dialogo con l'antropologia, sapendo che i confini sono il posizionamento, ma che non sempre il pensiero critico del nostro fare riesce a trasformare le azioni in pratica.

Infine, tratteggiare l'evoluzione dei singoli incontri, lasciando al lettore la possibilità di collocarsi dal lato dell'osservazione partecipata, è stata una scelta fortemente dibattuta, non solo per controbilanciare la soggettivazione etnografica, ma per aprire un dialogo con le alterità invisibili che costituiscono l'oggettivazione, consapevoli del fatto che «non c'è niente da osservare e nessuno che osserva» (TYLER 1997: 167). Entrare nei dettagli che spesso marciano gli scambi e le relazioni tra le persone apre territori inesplorati dove si rivelano indizi che possono far evolvere il processo di cura. Il procedimento che caratterizza questo movimento è dunque di tipo "indiziario" (GINZBURG 1979), si sviluppa come un'inferenza "abduittiva" (PEIRCE 1903) e affida le sue scoperte alla "serendipità" (FABIETTI 2019). Mettere a nudo il proprio pensare l'atto di cura è già, in sé, un atto di cura, perché permette di cavalcare gli interstizi che separano il noi dal loro e di aprire con chi legge un dialogo profondo che permette di decolonizzare le pratiche: «non cerca la ragione che genera potere, né il potere che produce ragione; si fonda sulla ricettività dell'ascoltare e sulla reciprocità del parlare [...]. È la fantastica realtà di una fantasia reale che evoca nel lettore e nello scrittore [...] un'integrazione estetica il cui effetto terapeutico si esplica nella restaurazione del mondo del senso comune» (TYLER 1997: 182, 176).

Nel tentativo di praticare questa integrazione estetica, il testo etnografico "particolareggiato" assume una dimensione decentrata, anche dal punto di vista grafico, per lasciare spazio ad un margine di liminalità (VAN GENNEP 1909) entro il quale viene evidenziato il posizionamento metodologico degli scriventi e che ha la funzione di (dis)orientare il (dis)corso. Il margine che abbiamo convenuto di abitare ci porta nel "dietro le quinte" (FINCO, ZECCA CASTEL 2022: 194) del dispositivo etnoclinico proposto dal *Centro Fo.R.Me* ripercorrendolo nella sua funzione intrinseca.

Quanto segue è la ricostruzione, nelle otto tappe che l'hanno caratterizzata, di una situazione in carico ai servizi sociali di un comune bergamasco coinvolto nel progetto *Families. Rafforzare i legami territoriali per sostenere famiglie vulnerabili* (FAMI 2014-2020), di cui la Cooperativa Ruah e l'Università degli Studi di Milano-Bicocca sono state partner.

La violenza di una madre nei confronti di un figlio

Nella scheda di consulenza etnoclinica inoltrata dal servizio sociale di base al *Centro Fo.R.Me* viene presentato un nucleo familiare di nazionalità nigeriana residente nel comune richiedente da circa 7 anni e composto da una coppia sposata con due figli minori². La moglie, Anne, di 30 anni, lavora come casalinga, sebbene abbia un trascorso come maestra elementare nel suo paese d'origine, mentre il marito, George, di 35 anni, è impiegato a tempo indeterminato come operaio agricolo. La figlia minore, Aida, di 3 anni, frequenta la scuola dell'infanzia, mentre il maggiore, Masud, di 6 anni, frequenta la prima elementare.

Nel documento vengono espresse forti preoccupazioni legate anzitutto allo stile educativo adottato dalla madre nei confronti del primogenito, avanzando dubbi rispetto alla sua capacità genitoriale. In particolare, vengono riferite modalità di approccio e confronto definite come "inappropriate e disfunzionali", caratterizzate da dinamiche madre-figlio di crescente e reciproca provocazione culminanti in decisioni autoritarie di punizione e castigo. Inoltre, viene avanzato anche il sospetto e il timore che gli atteggiamenti autoritari della madre possano accompagnarsi ad "agiti più seri", ovvero a episodi di aggressioni fisiche nei confronti del figlio. D'altra parte, vengono riportate le enormi difficoltà espresse dall'istituto scolastico (docenti e insegnante di sostegno) nel gestire le condotte del bambino, riconosciute come violente e talvolta pericolose per l'incolumità propria

Il margine del metodo

Per quanto la scheda di consulenza sia per lo più considerata una procedura formale per poter attivare il dispositivo, in realtà è già parte costitutiva dello stesso.

È infatti pensata come primo strumento utile a restituire il posizionamento del servizio richiedente rispetto alla situazione in oggetto.

Attivare un dispositivo significa chiedere a noi e agli altri di essere presenti con ciò che siamo: la nostra dis-posizione.

Questa postura richiede in primis quella "osservazione della partecipazione" (TEDLOCK 1991) impossibile senza il concetto di incorporazione (QUARANTA 2020).

e altrui. Allo stesso modo, viene segnalata l'impossibilità da parte del servizio di Neuropsichiatria Infantile (NPI) di procedere a una rivalutazione ambulatoriale dei disturbi del comportamento del bambino a causa dell'atteggiamento estremamente oppositivo dello stesso. Di qui l'istanza di ricovero a fini diagnostici presso l'Istituto "Eugenio Medea" di Bosisio Parini (LC)³.

Il richiedente sottolinea che i professionisti coinvolti, tra cui anche l'assistente *ad personam* e l'educatrice domiciliare, stanno lavorando in rete, ma che nonostante ciò: «i sostegni finora forniti risultano non soddisfacenti né portano miglioramento di nessun tipo, la NPI non ha strumenti per affrontare la situazione e il corpo insegnante è in grande fatica».

A fronte di tale quadro, i servizi sociali decidono dunque di rivolgersi al *Centro Fo.R.Me* con la richiesta esplicita di capire: «in modo più approfondito la gestione familiare, soprattutto il ruolo del padre; il punto di vista della cultura d'appartenenza rispetto alla disabilità del bambino e il grado di consapevolezza dei genitori in merito; lo stile educativo vigente nel paese d'origine dei genitori; se e quanto è possibile chiedere un cambiamento ai genitori; se e come modificare modalità di azione dei servizi».

I limiti singolari e plurali tra no e sì

Al primo incontro di presentazione del caso, tenutosi in modalità da remoto⁴, partecipano tutti i professionisti che lavorano nei servizi coinvolti: l'assistente sociale comunale che segue il nucleo familiare in

Il corpo diventa terreno per la comprensione delle dinamiche sociali, culturali e politiche, permettendo all'esperienza incorporata di penetrare dimensioni della realtà altrimenti inaccessibili (NGUYEN 1996).

Le tappe successive del dispositivo prevedono la presenza di tutti i professionisti come corpi pensanti.

Un pensiero che si esplicita tramite domande di comprensione di un mondo estraneo che tuttavia possono essere comprese solo attraverso una dis-locazione del proprio corpo situato.

La compresenza di professionalità, ruoli e funzioni diverse nello stesso spazio, fisico o virtuale, diventa l'"arena" (BAILEY 1969) in cui tutti i posizionamenti si manifestano.

oggetto e che ha inoltrato la richiesta di consulenza etnoclinica; l'educatrice della cooperativa che eroga l'assistenza domiciliare minori e si occupa del bambino presso l'appartamento familiare; lo psicologo della neuropsichiatria infantile con in carico il minore; la dirigente scolastica e l'insegnante di sostegno come referenti per la scuola. L'équipe etnoclinica predisposta per l'incontro, oltre agli scriventi nelle loro rispettive competenze professionali, è costituita da Fulgenzio Rossi, medico psichiatra, Valentina Zambon, psicologa-psicoterapeuta, e da due future psicologhe tirocinanti post-laurea⁵.

A prendere parola per prima è l'assistente sociale, la quale comunica all'intero gruppo le ragioni che l'hanno spinta ad attivare un dispositivo etnoclinico in favore della signora Anne, sottolineando la situazione di grave difficoltà e di sostanziale impasse che vivono i diversi servizi coinvolti nell'affrontare le problematiche di cui è portatrice la famiglia, in particolare rispetto alla disabilità del figlio maggiore. A questo proposito, l'assistente sociale ipotizza una scarsa consapevolezza della condizione del bambino e la formazione professionale della madre quale maestra elementare, riportando una rigidità educativa e un'aspettativa di apprendimento che non sembrano tener conto dei limiti oggettivi del figlio.

Un primo intervento dello psicologo afferente alla NPI precisa che: «il bambino soffre di un grave ritardo cognitivo con disturbi comunicativo-relazionali manifesti e per questo ho disposto un'ulteriore valutazione all'Istituto Bosio Parini». Ciò che viene evidenziato dallo psicologo riguarda,

Con Olivier de Sardan, «l'arena, nel senso in cui noi la intendiamo, è un luogo in cui si confrontano concretamente attori sociali che interagiscono intorno a poste in gioco comuni» (OLIVIER DE SARDAN 2008: 200).

Il visibile e l'invisibile, il "controtransfert culturale" (DEVEREUX 1984) di cui ogni persona è portatrice, permette di definire il percorso che prenderà il dispositivo nelle sue declinazioni: psico-sociale e/o terapeutica.

L'analisi degli effetti controtransferenziali è infatti uno degli elementi su cui si basa la pratica etnoclinica, nel momento in cui si riconosce l'azione del controtransfert culturale

da un lato, i comportamenti del bambino, basati su una fisicità di tipo aggressivo e violenta riconducibile a un deficit del linguaggio e, dall'altro, le difficoltà della madre nell'adottare modalità di tipo maggiormente funzionale. Di qui, secondo il parere della NPI, l'opportunità che il dispositivo etnoclinico può offrire nella comprensione e nella elaborazione di un intervento rivolto non tanto e non solo al bambino, quanto piuttosto allo sguardo genitoriale dell'adulto sul bambino stesso. Viene infatti ribadito che «la madre risponde a un approccio binario, riconosce il comportamento del figlio solo in termini positivi o negativi, in modo particolare rispetto alle sue condotte in ambito scolastico, dove vorrebbe che fosse come tutti i suoi compagni».

L'educatrice afferente alla assistenza domiciliare minori conferma e ribadisce quanto espresso dalla NPI insistendo sulle difficoltà della madre nel riconoscere, accettare e affrontare le difficoltà del figlio: «vede solo se è bravo o cattivo. Lo sminuisce continuamente. È molto impuntata sulla scuola. Spesso si lamenta per le stereotipie e gli dice di smetterla, sgridandolo in maniera molto severa». Concorda dunque sulla necessità di lavorare sulla madre, anche in ragione delle difficoltà linguistiche che presenta nell'esprimersi in un italiano comprensibile.

Da parte sua, l'insegnante di sostegno della scuola riporta enormi difficoltà nel gestire il bambino a causa dei comportamenti eccessivi che manifesta nei suoi confronti e nei confronti degli altri bambini, a tal punto che si è reso necessario allontanarlo dai compagni e isolarlo in un'aula a suo uso esclusivo:

non solo nell'analista, ma in tutte le figure che lavorano nelle scienze umane.

Esso è inteso come «la somma totale delle distorsioni della percezione e delle reazioni dell'analista verso il paziente [del soggetto verso l'oggetto-soggetto]; queste deformazioni fanno sì che l'analista reagisca al paziente [il soggetto reagisca all'oggetto-soggetto] come se questi rappresentasse una immagine primitiva, e che si comporti quindi nella situazione analitica [nella situazione sociale] seguendo i propri inconsci bisogni, desideri o fantasie – in genere di natura infantile» (*ivi*: 98).

In questa comunicazione inconscia, soggetto e collettivo risvegliano l'angoscia primordiale, scatenando reazioni contro-transferenziali.

è ingestibile nell'aula, ha dei momenti veramente insostenibili, dice di no a tutto e ci picchia, perciò cerchiamo di lavorare da soli, con la comunicazione aumentativa⁶, facendo dei giochi didattici, o con il computer... così sono riuscita ad instaurare un rapporto. Troviamo dei compromessi e riusciamo a collaborare un po', gli concedo una cosa per averne un'altra in cambio, ma appena gli dici di no a qualcosa si scatena la sua aggressività...

La dirigente scolastica aggiunge che la gravità della situazione era stata evidente sin dall'inizio, ragione per cui è stato possibile garantire solo parzialmente la frequenza scolastica del bambino, dal momento in cui «ha sempre bisogno di copertura e non può essere lasciato da solo».

Rossi interviene dunque con una riflessione nella quale propone una prima chiave di lettura che pone l'accento sui comportamenti aggressivi del bambino come reazione a imposizioni e limiti:

mi pare di capire che non sia una persona che reagisce sempre picchiando, ma che lo fa quando viene limitato. È interessante quello che dice l'insegnante di sostegno, che è riuscita a instaurare un rapporto collaborativo grazie a dei compromessi, perché sono affermazioni che vanno in una direzione positiva. Sono osservazioni che andrebbero approfondite meglio. Dovremmo cercare di portare l'attenzione sui comportamenti positivi del bambino.

A sostegno di quanto espresso da Rossi, la scrivente aggiunge che il tema del limite è ancora più ampio e non riguarda solo i rapporti con il bambino, ma include i rapporti della scuola con la famiglia e costituisce un sistema chiuso dove tutte le «relazioni sono costruite attorno a dei no: la mamma vorrebbe che il figlio facesse un tempo pieno e

Il processo (inter)soggettivo che si instaura con il primo incontro etnoclinico, attraverso l'esposizione delle reciproche filiazioni e affiliazioni, situa l'angoscia, mettendola in gioco nella costruzione di un percorso comune.

È in questo utilizzo dell'angoscia che la pratica etnoclinica diventa un modo "per creare sentieri in grado di (dis)orientare quelle pratiche oppressive, autoritarie e violente ancora presenti nei contesti istituzionali" (FINCO 2022: 13).

le viene detto di no; il bambino vuole fare alcune cose e gli si dice di no...».

Un primo commento a queste osservazioni viene dallo psicologo della NPI, il quale sembra accogliere l'invito a una riflessione più profonda rispetto alla qualità delle relazioni che intercorrono tra la famiglia e le diverse istituzioni coinvolte:

la questione di fondo è se stiamo patologizzando troppo il bambino. È una domanda che mi faccio. Io ho proposto un ricovero a scopo diagnostico, la mamma ne ha parlato col marito, e le ho spiegato che significato avesse questa mia proposta, però mi chiedo: nella loro cultura l'idea della malattia del bambino come è percepita? L'idea di apprendimento scolastico come è percepita?

Rossi riprende la parola proponendo alcune riflessioni:

mi viene in mente un paradosso di quando facciamo i medici con persone di altre culture, dove siamo di fronte a pazienti che non sono capaci di fare i pazienti, perché non sanno descrivere i sintomi come siamo stati formati a sentirceli dire. Mi parlano di spiriti dell'aria e allora mi chiedo: ma cosa significa? È allucinato? È in stato dissociativo? Il punto è che sto utilizzando delle categorie non condivise, e se continuo a restare fermo sulla mia posizione continuerò a riconoscere il paziente come un paziente e le cure non funzioneranno. Se guardo la cosa da un altro lato, se ci pensiamo bene, significa anche che noi medici non siamo in grado di fare i medici. Mi pare sia quello che sta accadendo: questo bambino sfugge alla possibilità di fare una diagnosi. Non so quale sia la soluzione, ma rilevo che questa difficoltà esiste ed è una prima difficoltà che sta investendo i servizi. Secondo me il punto è di dare spazio alle persone direttamente coinvolte, perché tutti abbiamo bisogno di guardarci da un'altra prospettiva. Di qui tutta una serie di interro-

gativi che per me necessiterebbero di essere ascoltati, come la storia di questa famiglia, anche nella loro lingua. Io sento questa esigenza...

Esigenza condivisa anche da Zambon, la quale si chiede: «che aspettative e quali immaginari ha questa mamma? E il papà come vede suo figlio? Mi piacerebbe anche sapere se il nome che hanno scelto per questo bambino ha un significato particolare nella loro lingua».

L'équipe propone dunque di proseguire il lavoro con un successivo incontro che coinvolga la famiglia e i presenti. A questo invito, lo psicologo della Npi risponde esplicitando alcune resistenze professionali secondo cui un incontro che preveda la partecipazione di così tante persone correrebbe il rischio di essere

troppo denso, e conoscendo il bambino farei proprio fatica a immaginarlo in un contesto del genere. Quello di cui c'è bisogno è un'osservazione a casa, perché penso che al di là delle fatiche del bambino ci siano problemi a casa. Vi dico la mia: il bambino ha lo stesso linguaggio della mamma, cioè la fisicità. Lei lo strattona, lo picchia, e così lui fa con gli altri. Il suo linguaggio è questo, il linguaggio della mamma.

Ma è anche il nostro linguaggio! – fa notare la scrivente, che aggiunge: Oggi, in un processo dove loro possono dire di no, noi dovremmo dire di sì, dovremmo esserci. C'è davvero questo no che continua a ritornare, che attraversa la loro famiglia, ma che ritrovo anche nelle nostre posizioni istituzionali...

Non l'ho proprio capita questa storia dei no – interviene la dirigente scolastica. Non capisco dove si vuole andare a parare, mi dispiace. Credo che vadano pensate le finalità degli incontri che vogliamo fare. Abbiamo

fatto un po' di confusione oggi, non ho capito molti termini che avete utilizzato, e non è che non voglio venire perché non mi va. Io vengo se la mia presenza ha una finalità. È un discorso organizzativo e strategico per finalizzare gli interventi a qualcosa di specifico: se parliamo con i genitori e facciamo consulenza è una cosa, se osserviamo le dinamiche familiari è un altro discorso, se vogliamo raccogliere il racconto di vita della famiglia è un'altra cosa ancora...

In questo scambio virtuale, Rossi approfitta per spiegare ai presenti il senso di un lavoro congiunto all'interno del dispositivo:

il centro nasce nell'ottica di dare un contributo per far emergere alcune questioni che hanno a che fare con le specificità antropologico culturali delle persone che sono in una condizione di migrazione e che si presentano al nostro sguardo come talmente altro che risulta difficile sia per noi farci capire sia capire loro. Il nostro punto di vista, che mettiamo a disposizione dei servizi, è uno sguardo che aiuta a comprendere l'origine, la storia della famiglia, e dare valore a specificità loro che entrano in gioco in una serie di questioni. Il nostro lavoro non è sostitutivo, ma complementare al vostro. Se si ritiene utile utilizzare questo strumento, che è piuttosto complesso, perché richiede la presenza di tutti gli attori, c'è bisogno di partecipazione autentica, anche a dei confronti franchi, perché per noi diventa un momento di crescita. Nel momento in cui siete presenti siete delle risorse, ma abbiamo bisogno di sentire che chi è presente ha interesse a esserci.

Io voglio raccogliere l'invito – dichiara lo psicologo. Oggi è stato utilissimo. Penso possiate magari riflettere nella vostra équipe su cosa sia più opportuno e come muoversi in questa situazione. Se si pensa che la mia presenza sia utile, la mia disponibilità è piena. Però io non posso sottrarmi a quello che è il mio ruolo; quindi, io credo che voi potete

fare l'incontro con la famiglia e poi darcene una restituzione.

È a questo punto che l'assistente sociale esplicita la sua esigenza di poter contare sulla partecipazione attiva della NPI nel processo di ricostruzione della traiettoria di vita del nucleo familiare:

ho già partecipato al dispositivo e ho toccato con mano che raccogliere insieme la storia direttamente dai genitori fa la differenza, piuttosto che farla rilevare da un'équipe e poi sentirla per interposta persona. Io vorrei che lei partecipasse, proprio come referente della NPI. Per me sarebbe davvero molto importante.

La presentazione si conclude dunque concordando giorno, orario e luogo del successivo incontro che, per esigenze di partecipazione della famiglia, si terrà in uno spazio del comune di residenza.

I sussurri della paura

Al secondo incontro partecipano tutte le figure professionali già coinvolte – a eccezione della dirigente scolastica –, più la referente linguistico-culturale Olajumoke Makinde, di lingua yoruba, e la famiglia per la quale è stata richiesta la consulenza.

Ad aprire l'incontro è l'assistente sociale, che spiega ai genitori del bambino (nel frattempo impegnato a giocare con le costruzioni) le ragioni e gli obiettivi del loro coinvolgimento all'interno del dispositivo, presentato come un «aiuto di persone che hanno esperienza con gli stranieri [e per] lavorare insieme facendo rete per migliorare la situazione».

L'entrata in scena di più lingue, a partire da questo incontro, diventa la leva che accompagna i vari "personaggi" nella ricerca del proprio autore.

Secondo la linguista Sylvie De Pury (1998), infatti, l'aggettivo che qualifica la lingua non può essere determinato senza una conoscenza della storia del gruppo di appartenenza, della famiglia e della persona stessa.

Da parte sua, l'insegnante di sostegno esordisce ponendo il problema principale che la scuola riscontra con il bambino, ovvero che «non sta alle regole, non ci segue».

«A casa quando gli chiede di fare qualcosa, come per esempio portarvi un bicchiere d'acqua, secondo voi vostro figlio capisce quello che state chiedendo? Ve lo porta?» chiede la scrivente rivolgendosi ai genitori. Il padre del bambino riferisce che Masud è in grado di capire e fare tutto ciò che gli viene chiesto, ma che non risponde mai a voce, con le parole: «però quando gli si chiede di fare una cosa lui la fa. Se deve spegnere la luce lo fa, ma non parla, solo dice sempre sì. Sa anche leggere e scrivere, ma solo su richiesta». La madre aggiunge: «Lui fa tutto, ma è chiuso, non riesce a rispondere».

La scrivente riprende la parola per chiedere in che lingua parlano al bambino e tra loro, ed emerge che i genitori parlano yoruba tra loro, mentre si rivolgono al figlio in italiano, perché temono che altrimenti potrebbe confondersi e avere ancora più problemi a scuola.

Zambon sottolinea il forte desiderio da parte dei genitori di aiutare il figlio ad integrarsi con la lingua e così avere più facilità a scuola, ma aggiunge: «forse alcune parole che esistono in yoruba non esistono in italiano». Di qui la domanda circa il significato in lingua yoruba del nome che hanno scelto per il figlio. «È un nome mussulmano, ma il suo nome yoruba significa è arrivata la mia fortuna».

Rossi fa presente come il bambino stia giocando tranquillamente, senza dare segni di agitazione o inquietudine, ma l'insegnante

Dare voce alle lingue, quindi, permette di reperire il movimento migratorio e psichico, conferendo significato alle traiettorie di vita individuali e collettive.

La comparsa del referente linguistico-culturale introduce alla complessità di abitare più linguaggi e legittima la circolazione degli stessi, invitando i partecipanti a fare ricorso ai registri linguistici che fabbricano (NATHAN 1997) ciascuno di noi.

L'attenzione verso i nomi propri – intesi come primo atto di umanizzazione culturale – può evidenziare questo processo, mostrando come a ciascun nome corrisponda un universo di pensiero che situa la persona in appartenenze plurali.

sostiene che questa tranquillità è dovuta al fatto di svolgere un'attività piacevole e che se gli si dicesse di smettere si arrabbierebbe moltissimo e avrebbe una reazione molto forte.

«Signora Anne, ha voglia di giocare insieme a Masud con le costruzioni?», chiede la scrivente.

La madre si mette a giocare con il proprio figlio per qualche minuto, creando una pista di legno su cui far scorrere le ruote di un trenino. Anche grazie ad alcune parole sussurate in yoruba, la madre sussurra qualcosa in yoruba e Makinde ci spiega che la signora ha chiesto al bambino di spostare una sedia per fare spazio, cosa Masud che ha eseguito subito senza problemi, mostrandosi molto collaborativo.

«Mi colpisce molto quanto sia intelligente e quanto in realtà sappia comunicare. Ho la sensazione che sia una pretesa di noi adulti che i bambini facciano le cose che piacciono o vogliamo noi», interviene Rossi.

«Forse ha solo paura», risponde la mamma. «O forse siamo noi ad avere paura» continua Rossi, il quale aggiunge:

Prima di venire qui, pensavo alla situazione che avrei incontrato, e pensavo che avremmo potuto avere problemi a gestire il bambino con tante persone, invece è tranquillissimo e gioca: era una paura tutta mia. I bambini hanno diritto ad arrabbiarsi quando non possono fare quello che vogliono, e anche gli adulti hanno diritto ad arrabbiarsi, però poi bisogna trovare il tempo per rimediare. L'uomo è l'unico animale che ha bisogno di tanto tempo per diventare adulto. Spesso ce lo dimentichiamo. Bisogna dare a ciascuno il tempo di cui ha bisogno.

La madre spiega che in effetti lei ha paura, ma ha paura che suo figlio non sappia difendersi perché non parla, e se qualcuno gli dà la colpa di qualcosa che non ha fatto, lui non sa dire di no. Poi aggiunge che ogni giorno, quando va a prenderlo a scuola, le dicono che ha fatto qualcosa di male: «mai un giorno che mi dicono che è bravo... quando la maestra mi dice che non fa il bravo, io piango e sto male».

Lo psicologo della NPI interviene con una domanda rivolta alla mamma e al papà del bambino: «se doveste pensare a un animale, che animale sarebbe secondo voi vostro figlio?».

Dopo alcuni istanti di silenzio, la madre risponde «Non lo so...».

Di fronte a questa risposta e alla visione di Masud che impugna un mattoncino di lego a forma di palloncino rosso, la scrivente le si avvicina per dirle: «ha ragione, signora, non è un animale. Sa cos'è? È un palloncino, perché è vero che è fragile, ma perché vola più in alto di noi. Bisogna solo insegnargli a seguirci meglio».

Lo psicologo della NPI esclama: «Non avete capito...», dopodiché si alza e lascia la sala.

L'incontro si conclude con l'invito di continuare a sussurrare la lingua yoruba nelle orecchie di Masud.

Il ritorno di una lingua

L'avvio del terzo incontro è segnato dalla comunicazione da parte dell'assistente sociale della diagnosi clinica di spettro di autismo effettuata dall'unità ospedaliera e

L'antropologa norvegese Unni Wikan, nel saggio *Oltre le parole. Il potere della risonanza*, scrive che il concetto di risonanza si oppone a quello di cultura: «la

riportata alla famiglia dallo psicologo della NPI, che però in quel momento non è presente e non può raccontare come fosse stata recepita.

Zambon, dunque, riprende dai sussuri yoruba per chiedere alla mamma se, nel frattempo, avessero continuato a parlare nella propria lingua al figlio. «Stiamo parlando yoruba con Masud e sta migliorando. Se parlo nel mio dialetto mi capisce e risponde. Va meglio», afferma Anne.

Rossi, alla luce di ciò, propone due considerazioni:

la prima è che tempo fa ho letto un articolo in cui, contrariamente alla letteratura più diffusa, si diceva che il bilinguismo costituisce un fattore protettivo e non crea confusione. Costringe a concentrarsi di più. Così dice la scienza, ma è una visione ovviamente occidentale. La seconda considerazione è che in questo modo Masud manifesta la sua fedeltà nei confronti della famiglia... per questo mi interessa capire la storia della famiglia, perché è la storia da cui Masud viene... Avete voglia di raccontarcela?

Entrambi siamo Yoruba, ma di due zone diverse. Io sono arrivata qui da sola, invece mio marito aveva qui suo papà e anche il fratello, quindi li ha raggiunti. Suo papà era partito alla fine degli anni '90, quindi lui è rimasto insieme alla mamma in Nigeria. Poi anche la mamma è venuta, ma dopo è ritornata indietro, per il freddo... Quasi 8 anni fa, nel 2013, una mia amica me lo ha presentato, perché lei era fidanzata con suo fratello minore, spiega Anne.

Zambon interviene chiedendo a entrambi cosa fosse piaciuto dell'uno e dell'altro.

«È una persona gentile, calma, senza problemi... invece io sono più forte», risponde Anne.

prima evoca somiglianza, la seconda l'esotico, l'alieno» (WIKAN 2009: 127).

Concentrarsi sull'alterità, enfatizzandone le diversità culturali, comporta un rischio esotizzante e alienante, mentre gli esseri umani condividono istanze psichiche comuni.

Il concetto di risonanza proposto da Wikan origina da una traduzione del termine balinese *kaneh*. Se per un verso ha una connotazione evocativa, poiché richiama i concetti di "simpatia" ed "empatia", per un altro riporta all'"essere insieme nel mondo", a capirsi a vicenda, condividendo sentimenti comuni.

In questa dinamica (pari)etica è fondamentale il ruolo che gioca la traduzione sia in termini di accesso all'altro che di risonanza.

Ancora una volta, il processo di traduzione diventa generativo.

«È brava, sa parlare bene italiano», dice George da parte sua.

«E le vostre famiglie cosa hanno detto della vostra unione?», prosegue Zambon.

«Nessun problema, la mia famiglia è andata in Nigeria per conoscere e parlare con la famiglia di lei. La nostra credenza dice che prima della gravidanza ci vuole l'approvazione della famiglia», spiega George.

«Il suo papà, mio suocero, mi ha aiutato tanto con Masud, è molto legato a lui... loro fanno videocchiamate. Adesso è appena tornato in Nigeria, perché era qui, e Masud sta bene con lui, giocano insieme», aggiunge Anne.

Rossi chiede come si comporta Masud con il nonno, cosa pensa del nipote rispetto ai comportamenti che sta manifestando e cosa crede che farebbe se fosse in Nigeria con lui.

È stato il nonno a insegnargli tante cose parlando yoruba, come ad esempio dire 'papà' e 'mamma' – spiega Anne. Loro pregano tanto, chiedono a Dio cosa si può fare. E ci chiedono se abbiamo trovato una soluzione, loro ci aiutano con la preghiera... Pensano che c'è qualcosa che non va con Masud... Anche noi preghiamo. Io ho un "fratello" che è imama, lui prega con l'acqua, e anche noi in casa preghiamo prima di andare a letto e anche prima di andare a scuola. Io ero cristiana, mio papà era un pastore, ma poi quando ho conosciuto mio marito ho cambiato, ma non c'è problema in famiglia per questo. Anche mia mamma prega per Masud, dice di non sgridarlo e ci da consigli. È felice quando sa che Masud sta migliorando.

«Forse può essere che qualcosa non vada perché qualcuno ha fatto qualcosa?» – interviene Zambon.

La traduzione permette, attraverso il suono delle parole, di attivare narr-azioni polifoniche che riescono a intrecciare il passato con episodi del presente per lanciare prospettive future.

La risonanza fa parte della vita quanto lo è la forza di gravità. Entrambe sono impercettibili, ma i loro effetti sono determinanti per la comprensione del mondo.

Se musicalmente la risonanza consiste nel fatto che un corpo elastico sia capace di convibrare con spontaneità quando viene sollecitato da vibrazioni esterne la cui frequenza coincide con il suo periodo di vibrazione, possiamo considerare l'uomo come lo strumento musicale per eccellenza: i suoi cinque sensi accolgono le risonanze del mondo esterno veicolandole in quello interno, e viceversa.

No no, è solo che è diverso, perché in Nigeria se qualcuno sta male si prega, qui invece andiamo in ospedale, ti visita, e ti dice qual è problema... Ma da noi il comportamento con i bambini è diverso. I bambini seguono i genitori, qui è il contrario, sono i genitori che seguono i bambini. Se ad esempio un bambino in Nigeria viene bocciato perché va male a scuola, lo picchiano, non va bene, c'è problema, ma qui non è così, anche noi stiamo diventando morbidi con Masud, perché non puoi fare niente..., racconta Anne.

Rossi le chiede come si comporta suo marito con Masud. Anne prosegue dicendo che «I bambini hanno più rispetto di lui, lo ascoltano, sono bravi, ma con me reagiscono, non ascoltano. Quando sentono che arriva papà allora cambiano atteggiamento, e si comportano bene, lo rispettano di più».

Rossi propone che forse anche a scuola bisognerebbe fargli capire che c'è una figura, al di là dell'insegnante, che rappresenta l'autorità, per riprodurre la stessa dinamica che c'è in casa, dove teme e rispetta il padre e si comporta bene, come portarlo dalla direttrice.

«Ma alla famiglia è stata restituita la diagnosi clinica del ricovero», si inserisce lo psicologo della NPI.

È a questo punto che la mamma, l'insegnante di sostegno e l'educatrice fanno presente che Masud in realtà è migliorato molto nei suoi atteggiamenti aggressivi e in generale nelle relazioni.

L'educatrice aggiunge: «Usa molto il cellulare e il computer per farsi i video, si registra, poi si guarda e ride». «È migliorato un po'», dice la madre, per poi aggiungere: «lui è molto intelligente, sa fare tante cose, ma non sa comunicare, non parla...».

Il doppio che ride

L'incontro si apre con l'annuncio da parte della madre di una regressione delle condizioni del figlio: «era migliorato, ma adesso si è richiuso, fa tanti capricci, non rispetta quello che diciamo e non vuole parlare. Quando gli dico di fare una cosa lui adesso urla tanto. Non so più cosa fare, perché ho paura che i vicini di casa chiamino la polizia perché magari non capiscono che è malato».

La scrivente osserva che la madre pronuncia per la prima volta la malattia del figlio e allo stesso tempo ammette che, come genitori, non hanno più strumenti, sono in stallo, si trovano in una situazione dove non sanno come gestire il proprio figlio.

Siamo all'angolo – ribadisce Anne –, ma ho detto che è malato solo per spiegare alla vicina il fatto che mio figlio piange e urla. Dico che è malato alle persone fuori, per far capire che non possiamo cambiare come si comporta nostro figlio, ma per noi non è malato.

Masud è malato – interviene lo psicologo della NPI. Glielo abbiamo spiegato, ha un ritardo cognitivo. Il linguaggio presenta una problematica. Ha un'intenzione comunicativa, ma non con il linguaggio. L'autismo è una malattia, su questo non ci piove. È un punto. La signora ha delle pretese nei confronti del figlio, ma non è che Masud non vuole assecondarla, è che Masud non può. Bisogna fare un lavoro paziente e misurarsi con i limiti della malattia.

«Potremmo dire che l'autismo è un modo di stare al mondo», propone la scrivente.

«Un modo disfunzionale!», prosegue lo psicologo della NPI.

Fin dalla fine degli anni Settanta del Novecento, è stata evidenziata l'importanza di esplorare la concezione di malattia della persona per prevenire quei conflitti interpretativi che possono nascere se non si tiene conto della differenza fra diagnosi, esperienza soggettiva e percezione comunitaria.

In italiano e nella maggior parte delle lingue occidentali esiste un solo modo per nominare la malattia e/o la patologia. Questa limitata lessicalità non facilita la costruzione della relazione terapeutica.

La malattia, così come la salute, è infatti la sintesi di complessi processi psichici, sociali, culturali e politici che necessitano di essere rappresentati da una terminologia specifica per poter esistere ed essere riconosciuti.

Disease, illness e sickness sono termini che, da questo punto di vista, aiutano ad ampliare la nostra riflessione, rendendo visibili le intersezioni che consentono di dare significato all'essere

«Però lavorare con le persone significa anche costruire un binario che permetta delle alternative. Abbiamo bisogno di pensare che le diagnosi possano evolvere. La mamma ha detto che usa il termine malato per spiegarsi con gli altri, ma che per lei non lo è. Allora è su questo che dobbiamo lavorare come équipe etnoclinica».

A questo punto, lo psicologo conviene sul fatto che la malattia è un funzionamento complesso e che

la cosa più importante sono le aspettative della mamma nei confronti del figlio, visto che ci troviamo in uno spettro di autismo. Se il video è uno strumento utilizzato da Masud per esprimersi, come ha ben evidenziato l'educatrice nell'incontro precedente, bisogna lavorare con quello. Al momento, il linguaggio non è uno strumento, non è il suo strumento, quindi i video gli permettono di comprendere il sé, il me, l'altro, la realtà, le relazioni. I genitori potrebbero riguardare con lui questi video e commentarli.

Interviene Anne per dire che «Masud è sempre con il telefono in mano, lo usa per farsi dei video e per rivedersi, cosa che lo fa stare bene. Li guardiamo anche assieme, però non parla, mi dice solo 'guarda mamma', non parla, ride e basta».

«Io penso che quando guarda questi video, lui stia guardando il suo doppio in un altro mondo», commenta la scrivente.

«È vero, perché se lo chiamo si spaventa, come se non fosse qui, ma da un'altra parte... – conferma Anne. Lui fa i video per guardarsi, per capire come si muove, e se non gli piacciono li cancella», conclude.

Lo psicologo chiede alla mamma l'opinione dell'imam su Masud, e Anne ribadisce

malato (EISENBERG, KLEINMAN 1981; KLEINMAN 1980, 1982; YOUNG 1982).

Se il vocabolo che definisce la malattia in ambito biomedico è *Disease*, nel senso di una condizione patologica rilevata e catalogata in un'etichetta nosologica attraverso la diagnosi (PIZZA 2005); *Illness* è il significato attribuito dalla persona alla propria malattia, un significato elaborato attraverso il vissuto, la dimensione emotiva, relazionale, sociale e gli aspetti esistenziali, spirituali e culturali; mentre il modo in cui il contesto comunitario percepisce e gestisce la malattia è insito nel concetto di *Sickness* (YOUNG 1982).

Queste tre espressioni sono fondamentali per comprendere sia i percorsi di malattia che quelli di salute con persone di origine culturale altra, in quanto i punti di vista che portano con sé possono essere variabilmente presenti in un dato momento e trovare una gestione del livello

che sta pregando tanto per farlo ritornare a parlare: «Masud prima di frequentare la scuola parlava, è dopo che ha smesso di farlo, forse a causa della lingua».

«Perché in effetti il problema di Masud non è di linguaggio, ma di relazione», afferma lo psicologo.

A questa considerazione, la scrivente, rivolgendosi alla madre, spiega che suo figlio ha scelto di non parlare, e che questa scelta va rispettata, perché non siamo tutti uguali e bisogna accettare i tempi di ciascuno.

Zambon, dunque, aggiunge che

forse suo figlio troverà una strada personale che gli permetterà di esprimere competenze che ora non sappiamo vedere, perché non sono quelle richieste dalla scuola. Lui vede le cose diversamente dagli altri, ma a volte questo può essere un vantaggio, perché ci potrebbero essere cose che magari sa fare molto bene, meglio di altri.

«Forse potrebbe essere che qualcuno di noi andasse a casa sua un paio di pomeriggi per aiutare la mamma nella relazione con Masud e permetterle di avere uno spazio di confronto quando i bambini tornano da scuola e sono con l'educatrice», aggiunge la scrivente.

La mamma accetta volentieri di conoscere la psicologa del gruppo etnoclinico, prima di prendere una decisione.

L'incontro si conclude con Zambon che invita la mamma a prendere nota di tutte le cose che suo figlio sa fare molto bene, per valorizzare le sue competenze, e a realizzare dei video insieme.

individuale, familiare, gruppal e collettivo che traccia una specifica traiettoria esperienziale del soggetto: «Se l'esperienza umana non può che essere organizzata simbolicamente, la stessa malattia emerge come un'esperienza culturalmente plasmata» (QUARANTA 2012: 27).

Pertanto, un'esperienza che può creare malattia (FOUCAULT 1963), in tutti i suoi aspetti, può anche sviluppare salute, come spesso avviene per le persone che intraprendono un viaggio migratorio.

Significare un percorso di malattia o di salute è un diritto della persona (QUARANTA 2012).

Un lasciare andare per lasciare entrare

L'incontro quinto viene effettuato nel plesso scolastico, perché la sede usuale non risulta agibile a causa del riscaldamento rotto e la scuola, pur di non rimandare l'appuntamento, propone questa alternativa.

Masud, mano nella mano con la mamma, attraversa il cortile in compagnia dello psicologo della NPI, dell'assistente sociale comunale, dell'educatrice domiciliare, dei membri dell'équipe etnoclinica, che per questa occasione conta sulla presenza della psicologa clinica Giada Cola (impegnata nel sostegno psicologico domiciliare), e dello scrivente in qualità di ricercatore. All'improvviso, Masud comincia a gridare e si stringe attorno alla vita della mamma, che gli sussurra qualcosa all'orecchio per calmarlo. «Cosa succede Masud? – chiede Rossi. Dai, dammi la mano che saliamo le scale insieme». Con la mano destra in quella di Rossi e la sinistra in quella della mamma, Masud raggiunge, insieme agli altri, la stanza dove si terrà l'incontro.

La dirigente scolastica esordisce esprimendo grande preoccupazione e sconforto rispetto alla situazione in essere. A tal proposito, viene riferito l'ultimo e più grave episodio di condotta violenta che ha visto coinvolto il minore: «Masud pone sempre problemi. L'ultimo episodio ha comportato una microfrattura del naso dell'insegnante di sostegno, che ha ricevuto un pugno e diversi colpi. Non bastavano cinque persone per trattenerne la sua forza e la sua violenza. Noi non sappiamo come operare...».

Per il sociologo Yves Lochard, i “saperi esperienziali” sono una formula per racchiudere il senso di unione di «attori eterogenei che rintracciano una realtà comune, anche se a volte colta sotto termini diversi. [Una coalizione composita che] condivide tuttavia la convinzione della legittimità e della ricchezza della conoscenza acquisita attraverso la pratica» (LOCHARD 2007: 80-81).

Conoscenza esperienziale e conoscenza esperta hanno un'etimologia comune.

Entrambe vengono dal latino *experientia*(m), derivato di *experiri*, che significa “esperire”, “sperimentare”.

«Tutte le mattine si scatena e diventa violento, colpisce con una forza incredibile. Mi fa paura. Non mi era mai capitata una situazione di questo genere», aggiunge l'insegnante di sostegno.

Anne spiega che a casa non si comporta in questo modo così aggressivo e violento, ma anche perché è diverso il modo in cui si relaziona con il figlio: «Lo tengo a distanza, non cerco di trattenerlo quando reagisce male. Mi siedo e gli parlo con calma, senza toccarlo. Prima magari lanciava le cose anche in casa, ma adesso non più, ho imparato come trattarlo».

Rossi, riprendendo le parole dell'insegnante di sostegno, spiega che di fronte a un sentimento come la paura ci sono due reazioni primitive fondamentali: l'attacco e la fuga:

in questo caso, l'attacco è il contenimento, ma a volte la strategia della fuga, dell'allontanamento o del lasciar fare, può essere vincente. Lo dico pensando anche alla mia esperienza professionale nei reparti psichiatrici, dove a volte è meglio non intervenire, non contenere la persona che si pensa stia dando di matto.

La dirigente scolastica introduce dunque la questione della responsabilità istituzionale che le compete: «Noi siamo una scuola. La nostra preoccupazione è che si faccia male e che faccia male agli altri. Dobbiamo intervenire e fermarlo. Non posso farlo andare in giro per la scuola e fargli fare quello che vuole».

Lo psichiatra comprende l'obiezione della dirigente, ma la invita a considerare che si tratterebbe di un caso eccezionale, una possibile strada da percorrere.

Tale nozione presumiamo abbia dato origine al termine "esper-to", inteso sia come qualcuno che ha dato prova di sé, sia come qualcuno che ha effettuato un attraversamento.

È in questo secondo significato che si trova il cuore della nozione di esperienza che caratterizza il ruolo che all'interno del dispositivo etnoclinico si conferisce alle persone per cui è stato richiesto l'intervento.

Ciò introduce l'idea del carattere insostituibile dell'apporto di coloro che si suppone non sappiano.

La conoscenza esperienziale di cui la persona è portatrice non è altro che conoscenza incarnata, risultante da un sincretismo di conoscenze mediche e di conoscenze tratte dall'esperienza soggettiva di malattia.

«Quindi, dott. Rossi, lei mi sta dicendo che noi dovremmo lasciarlo fare quando ha quelle reazioni?», risponde la dirigente scolastica.

A questo proposito Anne fa presente che spesso la scuola la chiama poco dopo averlo portato a lezione per chiederle di venirlo a riprendere: «Anche questa mattina è successo, l'ho lasciato alle 8:00 e dopo mezz'ora mi hanno chiesto di ritornare a prenderlo. Normalmente si ferma solo fino a dopo l'intervallo, non mangia mai con i suoi compagni. Il pomeriggio è sempre solo con me».

Interviene la scrivente per esprimere l'idea secondo cui, da quanto si è compreso, l'aggressività e la violenza del bambino si scatenano quando non ha scelta o alternative e si sente ingabbiato a conseguenza di una richiesta che va contro la sua volontà, o a maggior ragione in caso di contenimento fisico.

«Quindi, cosa faccio? Lo lascio fare?», ribadisce la dirigente scolastica.

Rossi prende la parola per far notare al gruppo che finora ci si è concentrati solo su quello che non va in Masud: «Proviamo a ribaltare e pensare a cosa succede quando le cose funzionano, perché prima l'insegnante diceva che la scorsa settimana, anche se solo un giorno, tutto è andato bene, allora concentriamoci su quel giorno. Com'è andata? Magari scopriamo qualcosa che ci aiuta...».

«Lui starebbe tutto il tempo al computer. Se passassimo tutte le mattine così non avremmo problemi, perché farebbe quello che vuole, ma noi non possiamo sempre assecondarlo», risponde l'insegnante di sostegno.

Conferire o restituire legittimità a tutte le competenze e conoscenze acquisite di fronte alla malattia è la più grande sfida etica da affrontare.

La scrivente interpella la madre per chiederle di spiegare come riuscisse a far rispettare certe regole al figlio. «Uso una strategia», risponde Anne. «Ad esempio, se lui vuole la tv accesa, allora io gliela lascio accesa, ma allo stesso tempo gli chiedo di guardare i compiti...».

«In pratica decide lui cosa fare...», chiosa la dirigente scolastica.

«In realtà non è proprio così», interviene Rossi. «Sull'immediato decide lui, è vero, ma sul piano progettuale decide la mamma. È una dinamica del tipo: faccio finta che sia tu a decidere, ma in realtà decido io». E poi aggiunge: «Dico una mia fantasia: sarebbe possibile far stare la mamma a scuola finché Masud non si calma, invece di mandarlo a casa con la mamma?».

Lo psicologo si inserisce nel discorso per sottolineare che

ad oggi Masud non frequenta lo Spazio Autismo, e non possiamo lasciarlo troppo senza la compagnia dei suoi coetanei. Il coinvolgimento della mamma durante i momenti difficili di Masud potrebbe essere un tentativo da percorrere, sapendo che si tratterebbe di un progetto temporaneo ed eccezionale per vedere se in questo modo riusciamo a far diventare la scuola un ambiente dove sceglie di voler stare.

L'incontro si conclude con l'invito, accolto con reticenza dalla scuola, di lasciare entrare la madre in orario scolastico a sostegno dell'insegnante e del figlio nei momenti più critici.

La visività delle istituzioni

Il sesto incontro è sollecitato dall'assistente sociale nonostante il percorso psicologico domiciliare predisposto precedentemente sia ancora in corso.

«Vi ho chiesto di vederci perché mi trovo in difficoltà a livello emotivo», esordisce l'assistente sociale. «In breve, la dirigente scolastica di Masud, che è anche consigliere comunale di maggioranza ed è stata assessore all'istruzione, mi sta mettendo i bastoni tra le ruote... Io e la mia responsabile abbiamo tentato delle mediazioni, attraverso incontri di confronto e di riappacificazione, ma siamo sempre al punto di partenza. La dirigente ha utilizzato toni molto aggressivi e ostili nei miei confronti, sembra che ci sia in guerra contro di me. Ha parlato molto male del servizio anche in Consiglio comunale, accusandomi di essere assente nel servizio di educativa scolastica... sono molto ferita. Sul piano personale non so se ho altri strumenti e nemmeno rispetto alla situazione per cui vi ho chiesto l'intervento. Non so più come comportarmi con la scuola. Penso che l'unica possibilità sia lavorare con la famiglia e forse con la neuropsichiatria, anche se dubito che intervenga. Spazio Autismo è un servizio in appalto, ma la titolarità è dell'azienda consortile di ambito, e accetta solo casi candidati dalla NPI. Ho sollecitato più volte il loro psicologo, che anche durante i nostri incontri si è sempre detto molto disponibile, ma ad oggi di fatto non ha ancora fatto richiesta» si ferma l'assistente e conclude: «Vi chiedo che cosa si può fare a questo punto».

Zambon chiede: «Cosa ne pensa la mamma rispetto allo Spazio Autismo?».

«Non sono entrata nel dettaglio, ma lei è disponibile a qualsiasi cosa si faccia per il suo bambino...», risponde l'assistente sociale.

Il filosofo Gilles Deleuze e lo psicoanalista Felix Guattari, nella loro opera *Mille piani* (1980), dedicano un capitolo alla questione della *visività*, per sottolineare come il linguaggio sia sempre legato a un'espressività.

«Una lingua rinvia sempre a dei volti che ne annunciano gli enunciati, che li fissano ai significanti in corso e ai soggetti in gioco. È sui visi che le scelte si orientano e gli elementi si organizzano: la grammatica comune è sempre inseparabile da un'educazione dei visi. Il viso è un vero portavoce» (*ivi*: 263).

Il viso, nel mondo occidentale, è dunque un meccanismo disciplinare: i sorrisi, le smorfie, gli sguardi e le risate sono al servizio di codici sociali, delle identità e delle strutture di potere.

A questo punto prende la parola Giada Cola:

la mamma mi ha raccontato che in questo periodo sta andando meglio, non è più stata chiamata per andare a scuola, si sente meno in emergenza. Ha anche ripensato agli episodi in cui Masud era stato violento, ipotizzando che il fatto che lo trattenessero con la forza lo spaventasse. Adesso riesce a non attribuire più le responsabilità e le colpe solo a sé e al bambino. È anche capitato che arrivassi dopo episodi di crisi di Masud e li ha gestiti bene, ma è preoccupata di quello che potrebbero pensare i vicini delle urla e dei pianti. Mi ha anche detto che forse se fosse rimasta in Nigeria non sarebbe così, perché avrebbe avuto una rete, mentre qui teme di essere additata come madre cattiva. Nel parlarmi mi ha prospettato l'idea di far venire l'altra figlia, nata da una precedente unione, esprimendo il desiderio di rimodellare la sua vita familiare. Penso che l'introduzione della comunicazione aumentativa a casa e la valorizzazione delle sue capacità genitoriali stiano dando i loro frutti. Anche Masud è migliorato, è molto interessato a proposte di gioco, quindi penso ci siano tante risorse e spazio per lavorare.

Rossi osserva che «la presenza di Giada a casa ha permesso alla madre di ritagliarsi degli spazi solo per lei in cui poter parlare, consentendole di uscire dal ruolo di mamma cattiva e violenta che le era stato assegnato. Sarebbe importante restituire alla scuola questo processo».

«Concordo con te, ma sarebbe bene effettuare la restituzione insieme a tutti gli enti coinvolti, compresa la NPI», aggiunge la scrivente.

Zambon, dunque, chiede: «Ci andiamo tutti quanti?».

Le istituzioni non hanno visi manifesti, ma *viseità*. Una *viseità* è sempre presente nelle relazioni e negli apparati di potere, anche quando quest'ultimi si s-corporano, diventano astratti e si de-territorializzano.

A questo proposito, si apre un confronto tra i membri dell'équipe, i quali giungono alla conclusione per cui è più opportuno che l'incontro di restituzione avvenga alla presenza di un solo rappresentante per ciascun servizio coinvolto, e che per quanto riguarda l'équipe stessa sarà Rossi, in modo tale che il conflitto aperto durante l'incontro a scuola possa essere risignificato.

«Occorre però anche un altro incontro di restituzione con la famiglia», aggiunge la scrivente, trovando piena adesione da parte dell'assistente sociale.

Gli occhi che brillano

Ad aprire il settimo incontro è Anne, che condivide con i presenti come le cose stiano andando molto meglio con il figlio: «Adesso va molto bene, davvero, proprio bene, mi ascolta e ci capiamo, e anche a scuola non mi hanno più chiamata. Fa i compiti, li fa bene, e sono molto contenta per questo. Adesso lui va proprio bene, davvero».

L'assistente sociale del comune interviene per confermare quanto riferito dalla madre, in particolare rispetto al fatto che non si sono più verificati problemi a scuola: «anche grazie all'arrivo di una nuova insegnante di sostegno che è molto brava e che lavora bene con il bambino. Mi sembra che sia tornata un po' di serenità».

«Ascoltando la mamma mi sembra che è come se avesse incontrato Masud per la prima volta e lo riuscisse a vedere per quello che è, finalmente riescono a parlare la stessa lingua», interviene la scrivente. È in questo momento che lo scrivente, fino in quel mo-

Se l'incontro precedente è la conclusione dell'intervento etnoclinico nella sua valenza psico-sociale, questa tappa può considerarsi l'epilogo del processo terapeutico.

Il dispositivo proposto dal *Centro Fo.R.Me* può prendere, infatti, due traiettorie che pur nelle loro rispettive specificità si intersecano.

Il percorso etnoclinico, nell'accezione psico-sociale, riguarda il lavoro di sostegno agli operatori dei diversi servizi sociali e socio-sanitari che hanno in carico la persona o il nucleo familiare e che per svariati motivi vi-

mento presente agli incontri in qualità di ricercatore osservatore: «non posso trattenermi dall'esprimere la mia personale emozione di fronte a una mamma che appare raggianti, con un entusiasmo contagioso, per cui mi sembra quasi che parli addirittura meglio l'italiano, che sia più bella, serena, luminosa. Ho l'impressione di vedere una persona nelle prime fasi dell'innamoramento, si sente un legame nuovo con il figlio...».

«Sì, gli occhi brillano proprio come quelli di un innamorato», conferma Rossi.

Cola aggiunge: «È stata formativa l'esperienza vissuta in casa della famiglia, perché ho imparato come si fa a essere una brava mamma, perché lei è davvero una mamma bravissima, e in casa si respira un'atmosfera di famiglia».

«Quello che è cambiato – commenta la scrivente – è che lei ora sa di essere una brava mamma».

Rossi riprende la parola e chiamando per nome l'assistente sociale, distinguendo la donna dal ruolo istituzionale, fa notare che: «in realtà come donna questa cosa la sentiva, Si era rivolta a noi perché percepiva che Anne era una brava mamma, ma come servizio non riusciva ad elaborarlo. E allora si era creata una situazione dove la mamma pensava di non essere una brava mamma e lei pensava di non essere una brava assistente sociale, di non saper far bene il suo lavoro... erano entrambe in conflitto, un conflitto che ci fa pensare come i ruoli possano a volte essere violenti e generare sofferenza». «Direi che siamo di fronte a una forma di violenza istituzionale», sottolinea lo scrivente.

vono una situazione di *impasse*; nell'accezione terapeutica, invece, si rivolge direttamente a persone o a nuclei familiari il cui background migratorio è fonte di sofferenza.

L'etnografia "particolareggiata" restituisce queste due traiettorie, mostrando retrospettivamente dove hanno preso forma.

Nello specifico, l'intervento psico-sociale ha animato la prima, la seconda, la terza, la quinta e la sesta tappa del dispositivo, mentre l'intervento terapeutico ha preso avvio dalla seconda, proseguendo nella terza e nella quarta, intersecandosi con il lavoro di cura domiciliare effettuato dalla psicologa, e concludendosi nella settima tappa.

«Penso che la mamma abbia sempre sentito di essere una brava mamma, ma in lei prevaleva il ruolo di maestra... Se prima il rapporto con il figlio era quello di una maestra con un alunno, ora è quello di una mamma con un figlio. Penso che sia riuscita a compiere il passaggio da maestra a mamma», aggiunge la scrivente. Rossi prosegue: «in realtà Anne è ancora una maestra, perché sperimenta con il figlio diverse modalità di relazione per migliorare, ma lo fa attraverso il canale dell'affettività: ha messo le competenze della maestra al servizio della mamma».

A questo punto, la mamma ci interrompe: «Alle 4 esce mia figlia dall'asilo, devo andare a prenderla», lasciando i presenti a cercare di dare un significato a questo abbandono improvviso.

«Beh, interessante che ci lasci in questo modo. Non mi aspettavo che ci liquidasse così», rompe il silenzio la scrivente. «Sì, in effetti è proprio strano...», aggiunge lo scrivente.

«Sì, è interessante e forse ci dice qualcosa. Forse ci dice che non ha più bisogno che il dispositivo prosegua», ipotizza Rossi.

«Sono d'accordo», afferma Zambon e continua: «Forse bisogna che capiamo anche se l'intervento di Giada ha senso che prosegua oppure no».

Interviene Cola: «Sento che quello che potevo fare l'ho fatto, non so se alla mamma sono rimaste aperte delle domande. Potrebbe essere che ci vada ancora una o due volte per capire con lei questa cosa, e poi ci potremmo salutare».

Di fronte alla parcellizzazione della persona e alla frammentazione esperienziale che l'assetto sociale globalizzato post-moderno propone all'umano, il dispositivo etnoclinico è uno strumento liminale in cui i soggetti possono vivere collettivamente la sofferenza affinché, come in un rito di passaggio, si possano generare forme di cura.

«Come una buona vicina, hai dato una mano ed ora puoi tornare alla tua casa, sapendo che noi siamo qui», conclude Rossi.

Inaspettatamente Anne rientra nella sala, accompagnata dalla figlia e da Masud, prende posto accanto all'entrata e condivide con noi il momento della merenda dei figli.

Note

⁽¹⁾ Risale al 2015 l'apertura del *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 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.

⁽²⁾ Nel rispetto della normativa sulla *privacy* i nomi del nucleo familiare sono stati cambiati.

⁽³⁾ Fondato nel 1963 come Centro di Riabilitazione, dal 1985 è un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS). Il complesso ospita un Centro di Riabilitazione Ambulatoriale (CDR) e Diurno (CDC), un Ospedale di Neuroriabilitazione, Psicopatologia e Riabilitazione Funzionale, Servizi Specialistici Ambulatoriali, Servizi Diagnostici e un Servizio Residenziale Terapeutico Riabilitativo per Minori (SRTRM). Inoltre, conta con un Polo di ricerca scientifica (IRCCS "Medea") che offre Percorsi Personalizzati di Formazione Professionale per Allievi con Disabilità (PPD).

⁽⁴⁾ Nata come risposta alle restrizioni imposte dall'emergenza pandemica Covid-19, la modalità da remoto ha continuato ad essere utilizzata dall'équipe del Centro come un ulteriore setting, oltre a quelli già previsti, in cui il dispositivo prende forma.

⁽⁵⁾ Non è presente la figura del referente linguistico in quanto l'incontro di presentazione del caso non prevede la partecipazione della famiglia per la quale è stato richiesto il servizio di consulenza etnoclinica.

⁽⁶⁾ «La Comunicazione Aumentativa Alternativa (CAA) si riferisce a un'area di ricerca e di pratica clinica e educativa. La CAA studia e, quando necessario, tenta di compensare disabilità comunicative temporanee o permanenti, limitazioni nelle attività e restrizioni alla partecipazione di persone con severi disordini nella produzione del linguaggio (language) e/o della parola (speech), e/o di comprensione, relativamente a modalità di comunicazione orale e scritta» (A.S.H.A. 2005 in BEUKELMAN, MIRENDA 2014: 26).

Bibliografia

- A.S.H.A. (AMERICAN SPEECH – LANGUAGE – HEARING ASSOCIATION) (2005), in BEUKELMAN D. R., MIRENDA P. (a cura di) (2014), *Manuale di comunicazione aumentativa e alternativa. Interventi per bambini e adulti con complessi bisogni comunicativi*, Erickson, Trento.
- BAILEY F. (1975 [1969]), *Per forza o per frode: l'antropologia sociale e le regole della competizione politica*, Officina, Roma.
- BLAKE W. (1991 [1804]), *Jerusalem: The Emanation of the Giant Albion*, Princeton University Press, Princeton.
- CSORDAS T.J. (1990), *Embodiment as a Paradigm for Anthropology*, "Ethos. Journal of the Society for Psychological Anthropology", Vol. 18(1): 5-47.
- DE CERTEAU M. (2005), *La scrittura dell'altro*, Cortina, Milano.
- DE PURY S. (1998), *Traité du malentendu: théorie et pratique de la médiation interculturelle en situation clinique*, Collection Les Empêcheurs de penser en rond, Paris.
- DELEUZE G., GUATTARI F. (2003 [1980]), *Mille piani. Capitalismo e schizofrenia*, Cooper & Castelvecchi, Roma.
- DEVEREUX G. (1984 [1967]), *Dall'angoscia al metodo nelle scienze del comportamento*, Istituto della Enciclopedia Italiana, Roma.
- EISENBERG L., KLEINMAN A. (a cura di) (1981), *The Relevance of Social Science for Medicine*, Springer Science, Berlin.
- FABIETTI U. (1999), *Antropologia culturale: l'esperienza e l'interpretazione*, Laterza, Roma-Bari.
- FABIETTI U. (2019), *Un'erranza etnografica e teorica: sul ruolo (e significato) della «scoperta» nella ricerca antropologica*, "Antropologia", Vol. 6: 13-30.
- FINCO R. (a cura di) (2022), *Esperienze di cura in migrazione. Forme dell'invisibile e narrazioni possibili: l'orizzonte etnoclinico*, Ombre Corte, Verona.
- FINCO R., ZECCA CASTEL R. (2023), *Il dispositivo etnoclinico del Centro Fo.R.Me. Tra storia, teoria e metodo*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", Vol. 23(54): 179-206.
- FOUCAULT M. (1963), *Naissance de la clinique*, PUF, Paris.
- GEERTZ C. (1988 [1973]), *Interpretazione di culture*, Il Mulino, Bologna.
- GINZBURG C. (1979). *Spie. Radici di un paradigma indiziario*, pp. 57-106, in GARGANI A. (a cura di), *Crisi della ragione. Nuovi modelli nel rapporto tra sapere e attività umane*, Einaudi, Torino.
- HERZFIELD M. (2006 [2001]), *Antropologia: pratica della teoria nella cultura e nella società*, Seid, Firenze.
- KLEINMAN A. (1980), *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, University of California Press, Berkeley.
- KLEINMAN A. (1982), *The Teaching of Clinically Applied Medical Anthropology on a Psychiatric Consultation-Liaison Service*, "Clinically Applied Anthropology: Anthropologists in Health Science Settings", Vol. 5: 83-115.
- LOCHARD Y. (2007), *L'avènement des "savoirs expérientiels"*, "La Revue de l'Ires", Vol. 55(3): 79-95.
- NATHAN T. (1997), *La fabrication culturelle des humains: ancêtre ou père*, "Revue de l'association des amis du Centre psycho-pédagogique Claude-Bernard", Vol. 6: 23-40.

- NGUYEN V. K. (1996), *Il corpo critico e la critica della razionalità. L'Aids e la produzione di esperienza in un ospedale universitario nordamericano*, pp. 57-74, in PANDOLFI M. (a cura di), *Perché il corpo. Utopia, sofferenza, desiderio*, Roma, Meltemi.
- OLIVIER DE SARDAN J.P. (2008 [1995]), *Antropologia e sviluppo. Saggi sul cambiamento sociale*, Raffaello Cortina, Milano.
- PEIRCE C.S. (1997 [1903]), *Pragmatism as a Principle and Method of Right Thinking: The 1903 Harvard Lectures on Pragmatism*, SUNY Press, New York.
- PIKE K.L. (1967), *Language in Relation to a Unified Theory of the Structure of Human Behavior*, Mouton, Paris.
- PIZZA G. (2005), *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma.
- QUARANTA I. (2020), *Etnografia e incorporazione*, pp. 253-267, in MATERA V. (a cura di), *Storia dell'etnografia: autori, teorie, pratiche*, Carocci, Roma.
- QUARANTA I., RICCA M. (2012), *Malati fuori luogo. Medicina interculturale*, Cortina, Milano.
- TEDLOCK B. (1991), *From Participant Observation to the Observation of Participation: The Emergence of Narrative Ethnography*, "Journal of Anthropological Research", Vol. 47(1): 69-94.
- TYLER S. A. (1997 [1986]), *L'etnografia post-moderna: dal documento dell'occulto al documento occulto*, pp. 175-198, in CLIFFORD J., MARCUS G. (a cura di), *Scrivere le culture. Poetiche e politiche in etnografia*, Meltemi, Roma.
- VAN GENNEP A. (2000 [1909]), *I riti di passaggio*, Bollati Boringhieri, Torino.
- WIKAN U. (2009), *Oltre le parole. Il potere della risonanza*, pp. 97-134, in CAPPELLETTO F. (a cura di), *Vivere l'etnografia*, SEID, Firenze.
- YOUNG A. (1982), *Antropologie della illness e della sickness*, pp. 107-147, in QUARANTA I. (a cura di) (2006), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina, Milano.

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, 2023). 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. Ha conseguito un dottorato in Psicologia clinica e in Antropologia sociale e culturale presso l'*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

Fo.R.Me di un'etnografia della cura. I particolari del margine

L'articolo ricostruisce la metodologia che si nasconde dietro l'attuazione del dispositivo etnoclinico proposto dal *Centro Fo.R.Me* della Cooperativa Ruah di Bergamo. Attraverso un'etnografia "particolareggiata" cerca di restituire il posizionamento dello sguardo con cui la pratica etnoclinica si situa nella relazione con le istituzioni. Un processo marginale che permette di superare la prospettiva statica associata alla valenza culturale che spesso si proietta sulle persone migranti e/o con background migratorio.

Parole chiave: etnografia, margine, disorientamento, dispositivo etnoclinico, *Centro Fo.R.Me*

Resumen

Fo.R.Me de una etnografía del cuidado. Los detalles del margen

El artículo reconstruye la metodología que subyace a la implementación del dispositivo etnoclinico propuesto por el *Centro For.R.Me* de la Cooperativa Ruah de Bèrgamo. A través de una etnografía "detallada" intenta devolver el posicionamiento de la mirada con la que se situa la práctica etnoclinica en la relación con las instituciones. Un proceso marginal que permite superar la perspectiva estática asociada al valor cultural que muchas veces se proyecta sobre las personas migrantes y/o con antecedentes migratorios.

Palabras clave: etnografía, márgenes, desorientación, dispositivo etnoclinico, *Centro Fo.R.Me*

Résumé

Fo.R.Me d'une ethnographie des soins. Les détails de la marge

L'article reconstruit la méthodologie derrière la mise en œuvre du dispositif ethnoclinique proposé par le *Centre Fo.R.Me* de la Coopérative Ruah de Bergame. A travers

une ethnographie “détaillée”, elle tente de restituer le positionnement du regard avec lequel la pratique ethnoclinique se situe dans la relation aux institutions. Un processus marginal qui permet de dépasser la perspective statique associée à la valeur culturelle qui est souvent projetée sur les migrants et/ou les personnes issues de la migration.

Mots-clés: ethnographie, marge, désorientation, dispositif ethnoclinique, *Centre Fo.R.Me*

Tra Purezza e Ascesi
Conclusioni sul problema della visione medica
nel Buddhismo

Federico Divino

Università degli Studi di Bergamo
[federico.divino@unibg.it]

Abstract

Between Purity and Asceticism. Concluding Remarks over the Issue of Medical Vision in Early Buddhism

Beginning with the association between Buddhism and medicine, this article charts the history of yogic-meditative practices as therapeutic modalities for the mind and body. The aim is to furnish the anthropological inquiry into contemplative practices with the requisite theoretical tools. Specifically, this analysis explores the relationship between these practices and asceticism, tracing its evolution across time and ideals. Additionally, this article examines the implications that such transformations have for the concepts of purity and impurity. The use of these notions in the canon and subsequent theoretical elaborations is also considered, particularly their function as doctrinal instruments that employ medical metaphors to encourage a holistic therapy.

Keywords: Buddhist medicine, meditation, medical anthropology, illness in Buddhism, yoga

Introduzione

Nei monasteri Dhammayuttika di tradizione thailandese, i monaci sovente recitano un canto di conciliazione (*anumodana*) di cui vorrei far apprezzare alcuni versi che menzionano, tra le altre cose, un termine che sarà centrale nell'indagine che qui vorrei proporre, ovvero quello di *roga*, "malattia".

sabba-roga-vinimutto
sabba-santāpa-vajjito
sabba-vera-matikkanto
nibbuto ca tuvaṃ bhava

Possa tu essere libero da ogni malattia,
lontano da ogni tormento,
oltre ogni conflitto,
slegato.

In un precedente articolo pubblicato su *AM. Rivista delle Società italiana di antropologia medica* (n. 54) ho delineato i motivi che ci portano a credere che la base teorica del pensiero buddhista si poggia sulla pratica medica. Delineare la struttura del legame tra buddhismo e medicina coinvolge l'antropologia medica non solo al fine di accrescere la sua conoscenza circa l'epistemologia e le arti terapeutiche di un altro mondo culturale, da sempre interesse della nostra disciplina (CRUDO 2004: 45), ma anche perché il buddhismo è altresì la base di partenza da cui un singolare processo di transculturazione ha portato alla clinica della *mindfulness*, fenomeno che è indubabilmente di centrale importanza per comprendere forme e aspetti delle terapie moderne, e che si colloca altresì a cavallo tra due mondi: uno sempre più ufficializzato e certificato da quei *professionals* che puntano a fare della *mindfulness* una psicoterapia perfettamente integrata nel quadro della biomedicina "occidentale" (OTT 2004); l'altro, che guarda alla *mindfulness* come alla continuazione della meditazione buddhista nel mondo moderno, giunge a questa forma di "terapia" per vie traverse, che passano da lunghe tradizioni di fascinazione per l'alterità e l'idealizzato esoticismo di un generalizzato "Oriente" (SHARF 2015; WILLIAMS, KABAT-ZINN 2011; SQUARCINI, SENESI 2006), nonché da un rinnovato senso di spiritualità e curiosità per l'inesplorato. Tutti questi fattori complessi contribuiscono a delineare un profilo del buddhismo sempre più coinvolto nelle faccende della clinica occidentale. In compagnia di altre "tradizioni" Orientali e non che vengono man mano riscoperte e portate al vaglio dell'esame scientifico dell'Occidente, la meditazione si situa in un affollato pantheon di "medicine alternative" che godono di sempre maggior successo, includendo anche, ma non solo, l'*āyurveda*¹, lo yoga, la medicina tradizionale cinese, la medicina tibetana e forme ibride come la naturopatia, che si presentano come rivisitazioni moderne di antiche tradizioni sapienziali, spesso fitoterapiche, e più in generale identificate come "rimedi naturali".

Ciò detto, non sarà compito di questo articolo quello di analizzare gli aspetti moderni di queste medicine, in quanto il mio intento è portare a conclusione le riflessioni iniziate nel precedente lavoro di cui sopra, in cui appunto si poneva in evidenza un legame arcaico tra la stessa pratica medica, o per meglio dire, delle concezioni di salute, malattia e terapia, ed il pensiero fondante del buddhismo. Legame che, se doverosamente approfondito, getta nuova luce anche sulle sue manifestazioni culturali moderne, non tanto perché si vuole qui affermare che la meditazione fosse "destinata" alla clinica, quanto piuttosto per delineare gli

aspetti che, nel processo di transculturazione, hanno portato da una idea di medicina ad un'altra, dalla meditazione alla *mindfulness*. Se infatti è indubitabile che la pratica buddhista fosse intesa anticamente come “terapia”, non sarebbe ugualmente corretto postulare un'equivalenza tra la concezione terapeutica del Buddha e quella della moderna biomedicina (HICKEY 2010). Tuttavia, vi è un rilevante margine per considerare tale dibattito ancora tutt'altro che chiuso. Un esempio, su cui mi concentrerò in questa sede, è proprio quello della purezza.

In MN 24 sono presentate sette forme di purificazione (*visuddhattha*) che l'asceta buddhista deve compiere al fine di adempiere il proprio percorso. Tale riflessione sulla purezza non è intesa, come vedremo, quale pratica separata dall'impegno meditativo. L'aspetto “medico” è caratterizzato da questa inscindibile unità tra impegno meditativo e ottenimento di una “salute” che è espressamente intesa come “assenza di malattia”. Ecco dunque le sette purificazioni da operare esposte nel testo in questione:

1. Moralità	<i>sīlavisuddhattha</i>
2. Cognizione	<i>cittavisuddhattha</i>
3. Visione	<i>diṭṭhivisuddhattha</i>
4. Dubbio (lett. “superamento del dubbio”)	<i>kaṅkhāvitaraṇavisuddhattha</i>
5. Conoscenza e visione di ciò che è e ciò che non è il [giusto] percorso	<i>maggāmaggañāṇadassanavisuddhattha</i>
6. Conoscenza e visione della pratica	<i>paṭipadāñāṇadassanavisuddhattha</i>
7. Conoscenza e visione [come tali]	<i>ñāṇadassanavisuddhattha</i>

Questo modello di purificazione è strutturato come reazione a catena che vede la purificazione di un elemento come il pre-requisito per raggiungere la purezza del successivo. Ad esempio, la purificazione della cognizione è requisito per la purificazione della vista, e così via. Tale struttura è certamente presa a modello per una delle più importanti opere redatte da un autore buddhista, e intitolata proprio “percorso di purificazione” (*Visuddhimagga*)². Come vedremo, la presenza di un concetto senza dubbio controverso quale è quello di “purezza” presenta un problema nell'antropologia della pratica buddhista. Per comprendere come e perché un sistema che, esplicitamente, dichiara di voler superare ogni forma di dualismo incluso quello tra puro ed impuro, recuperi un concetto di purezza assolutizzata e trascendente e la includa nel proprio sistema, è necessario fare riferimento alla storia e all'antropologia dell'idea di purezza in India, e come essa si inserisca nella tradizione della pratica ascetica. Nel presente articolo non possiamo coprire interamente le questioni concernenti il rapporto tra salute e malattia nella con-

cezione buddhista. Al fine di un'indagine che sia comunque antropologica, ho deciso di concentrarmi su un aspetto poco studiato ma imprescindibile, quale la concezione di purezza ed impurità.

Studiare l'evoluzione delle tradizioni mediche in un dato contesto definito dalla storia e dalla società è un compito che sembrerebbe addirsi più alla filologia. Pur tuttavia, né gli studi antichistici né l'indagine diacronica in sé possono raccontarci della "concezione" che una certa cultura sviluppa circa la malattia. È per inciso proprio la concezione della malattia e della cura, come l'idea stessa del malessere, a porsi al centro dell'indagine antropologica. L'antropologia medica si dota di strumenti storici perché lo sviluppo diacronico è fondamentale per l'indagine sulle concezioni mediche: anche l'etnografia di una data terapia nella modernità contribuisce alla storia dell'idea medica, in quanto il dato storico incrocia sempre inevitabilmente quello antropologico³.

Sul ruolo della purezza nell'antropologia del mondo indiano

La concezione di purezza si situa a metà tra la dimensione spirituale e quella medica, in un campo in cui la gestione della salute è ancora appannaggio della classe sacerdotale, o passa ancora attraverso la benevolenza di spiriti, divinità e forze della natura la cui conoscenza è detenuta dalla tradizione spirituale e religiosa (PIZZA 2005: 37-41). In aggiunta a questo, sappiamo che il concetto di purezza è necessario anche a livello di preservazione culturale, servendo come meccanismo di mantenimento di una data "integrità". La perdita di purezza è infatti sempre connessa ad una percepita disintegrazione, disallineamento o squilibrio.

In passato era comune l'idea che vi fosse un'equivalenza specifica tra la purezza e il grado castale in India. Tale concezione è solo parzialmente vera, in quanto le gerarchie sociali in India sono certamente legate a diversi gradi di purità, sebbene essa non sia alla base di tale suddivisione. Precisiamo, inoltre, che c'è una differenza tra la classe sociale (*varṇa*), la cui concezione è molto antica e risale ad una rigida partizione sociale in categorie (sacerdoti, guerrieri/nobili, mercanti/artigiani, e schiavi), e l'organizzazione castale (*jāti*) che pertiene invece una divisione ancora più numerosa e variabile nel tempo e nella geografia indiana. Laddove l'etnografia può indagare facilmente le varie forme e manifestazioni delle caste, l'origine dei *varṇa*, risalendo ad una concezione ben più arcaica, non può che essere indagata da un'etnografia "testuale"⁴, che delinea un'antropologia del pensiero profondo attraverso altri tipi di testimonianza. L'antropologia che Dumont fa delle gerarchie indiane a partire dalla trattatistica normativa (*Dharmaśāstra*) non è stata purtroppo esente da critiche in quanto carente della dimensione sociale

(OLIVELLE 1998: 190). Purtuttavia, la società è anche in queste scelte normative, che dunque meritano la nostra attenzione. Dalle sue analisi rileviamo dunque che, sebbene la purezza non sia alla base dell'idea delle classi sociali, essa è stata usata come grimaldello per giustificarne l'organizzazione gerarchica (*ivi*: 191). La purezza rituale è implicita nella macrocategoria sociale, e la proliferazione tecnica di termini legati a questo tema ne sarebbe la prova. Sappiamo inoltre che questa dimensione "medica" (inutile enfatizzare quanto il controllo sulla purezza abbia a che vedere con il controllo sulla salute) è direttamente implicata nelle politiche dei corpi; ma se ciò è vero per la modernità (PIZZA 2005: 152), non deve sorprenderci che anche nel passato di mondi culturali non-occidentali il potere politico abbia elaborato forme di controllo sociale che passasse per la gestione dei corpi attraverso l'idea di salute. L'organizzazione del corpo sociale mediante gerarchie determinate da diversi gradi di purità garantisce anche una certa potenza normativa. Questa idea, in cui il potere medico sulla purezza equivale al potere politico (non a caso i *brāhmaṇa* sono la categoria più "pura", e dunque quella con maggiori responsabilità rituali) è direttamente avversata dal buddhismo, che rifiuta categoricamente qualsiasi partizione di ordine castale o gerarchico.

The recognition of the unity and oneness of humankind is the foundation for the practice of all spiritual life. Those who are "bound by racial prejudices" (*jāti-vāda-vinibbaddhā*) as well as those who are "bound by caste prejudices" (*gotta-vāda-vinibbaddhā*), says the Buddha, "have strayed far from the way of salvation" (*ārakā anuttarāya vijjā-caraṇa-sampadāya*) (KARUNADASA 2018: 178).

Eppure, pur rifiutando i ruoli sociali, il buddhismo non fa a meno dell'idea di purezza, evidentemente funzionale ad aspetti dottrinali che, in un pensiero così legato alla medicina, non potevano essere cancellati. Cercando dunque di riassumere come si struttura l'idea di purezza nella cultura indiana ho estratto questi concetti principali da Olivelle (1998: 192-203).

Termine	Traduzione	Uso
<i>śuci</i>	"brillante" (<i>śuc</i>) > "puro" Semanticamente esteso a questioni morali: la purezza si sovrappone all'onestà o alla giustizia, finanche all'innocenza in termini giuridici.	Solitamente utilizzato per le persone, seppur non in modo esclusivo. Può essere esteso ad animali, abiti, acqua (cf. <i>sucāu deṣe</i> "luogo pulito/purificato"). Nell'uso comune indica <i>generalmente</i> la purificazione piuttosto che l'essere puri.
<i>śauca</i>	derivativo di <i>śuci</i> ; indica la "purezza" in senso più astratto e generico.	Indica il processo con cui una persona acquisisce la purezza, il che include abluzioni, lavaggi, riti, e così via.

<i>Termine</i>	<i>Traduzione</i>	<i>Uso</i>
<i>śuddhi</i>	dalla radice <i>śudh</i> “purificare”, si riferisce all’atto di purificazione in sé.	Legato alla purezza di oggetti o animali (cf. <i>dravyaśuddhiḥ</i>). Si usa per indicare processi che portano all’eliminazione di qualità inappropriate, impure/im-morali.
<i>śuddha</i>	participio passato che acquisisce una semantica statica (“purificato” > “puro”)	Usato per indicare semplicemente qualcosa che è “puro” o, talvolta, “bianco”, es. “cibo puro” (<i>śuddhā bhikṣā</i>), cioè buono da mangiare.
<i>śuddhyati</i>	verbo che indica l’atto di purificarsi. Il derivativo nominale <i>śodhana</i> è utilizzato in modo analogo.	Usato prevalentemente con persone e cose che vengono purificati da elementi inquinanti o comportamenti illeciti. Anche il pagamento di una penale, nell’ultimo caso, può essere un atto purificatorio.
<i>aśuci</i>	negativo di <i>śuci</i> , come sostantivo indica un tipo di persona immorale o che adotta atteggiamenti non permessi come avere rapporti con fuoricasta (<i>patita</i>) o persone degradate (<i>apapātra</i>). Un <i>aśucin</i> , che etimologicamente dovrebbe essere “impuro”, è in realtà inteso come un “immorale” o un “colpevole”.	Legato a situazioni di comportamento illecito o anomico, ma include in specie comportamenti che causano degrado di classe (<i>patanīyāni</i>).
<i>aśauca</i>	negativo di <i>śauca</i> che qui però assume un significato rigidamente tecnico legato all’impurità acquisita in specifiche situazioni.	Legato a forme di impurità temporanea seguenti ad eventi come nascita (<i>sūtaka</i>) e morte (<i>śavāśauca</i>).

Lo schema non riassume tutti i termini analizzati da Olivelle ma solo quelli più frequenti, che qui ci servono per orientarci⁵. Nella concezione antropologica indiana la purità agisce in almeno due dimensioni: una intrinseca, legata alla *jāti*, ed una modificabile, determinabile da negoziazioni che sono solitamente inerenti al comportamento conforme. L’identità sociale è connotata da una certa appartenenza gerarchica, che corrisponde ad un determinato grado di purezza immutabile. Questo perché le tre caratteristiche (*lakṣaṇa*, termine che indica anche il sintomo) fondamentali della struttura sociale indiana sono l’endogamia, il costume e l’ereditarietà della propria posizione sociale. Queste tre regole sono ovviamente aspetti di un’unica condizione: il costume, inteso come l’etichetta da mantenere nei rapporti sociali, perfino come mangiare, salutare il prossimo

e il gergo da utilizzarsi, pertiene la propria condizione sociale, e dunque anche l'impossibilità di sposarsi al di fuori di certi limiti. La condizione sociale è immutabile e anzi, il soggetto hindū anche oggi è tenuto a mantenerla, non sforzarsi di migliorarla. Il comportamento corretto (*svakarman*) è inteso come qualcosa di intrinseco al proprio sé (*sva-*), e dunque cercare di alterarlo è considerato una devianza. Come una malattia comporta anomalie nel corpo, chi non agisce secondo il proprio dovere sociale è un malanno per il corpo collettivo (SQUARCINI 2008: 138, 175; LESLIE 1999). È preferibile addirittura compiere male il proprio dovere piuttosto che bene il dovere altrui, poiché anche la legge è "propria" ad ognuno (*svadharma*). La commistione delle caste è dunque vista come una forma di inquinamento, il che ci porta al tema del corpo e della salute, a cui si estendono queste norme.

Un reame dove prevalgono gli *śūdra*, dominano i 'negatori' [*nāstika*], mancano i nati-due- volte [*akrāntadvijam*], va rapidamente in rovina, colpito da carestia e malattia⁶.

L'espletamento delle funzioni corporee porta impurità come anche l'alimentazione stessa. Qualunque cosa passi per il corpo, in ingresso o in uscita, ne compromette l'integrità e dunque la purezza. La malattia, di ogni genere, è intesa come un fattore invasivo. Per inteso, il contatto (*sparsā*) tra corpi diversi trasmette potenziale impurità, e dunque è rigidamente regolamentato. Poiché il contatto intercastale è veicolo di impurità, i lavori che più hanno a che fare con sostanze indesiderate, legati dunque al lavaggio del corpo (abluzioni), al contatto con i cadaveri o animali, sono i lavori appannaggio delle caste più basse.

L'ascesi interviene soprattutto come dispositivo dialettico. Come ci ricorda Olivelle, l'ascesi è stata strumento teoretico di numerose discipline, dall'antropologia alla psicoanalisi e perfino la biologia, che ha supposto una sorta di predisposizione naturale al comportamento dei rinuncianti (OLIVELLE 2006: 27). In questa analisi sulle ragioni dell'ascesi un aspetto fondamentale emerge, e più che mai questo è vero per i *samaṇa* buddhisti, ovvero che non c'è asceti senza domesticità, e non c'è pratica ascetica senza il conflitto con la vita domestica. La spiegazione semplice è che l'asceta si pone in contrasto con il pensiero normativo, da cui traccia uno stile di vita totalmente antitetico, a volte anche auto-punitivo. La medicina è un elemento imprescindibile di questa dialettica: la società struttura una norma soprattutto in funzione di stabilire un *controllo dei corpi* intesi come parte del *corpo sociale*. La "cura" della società è una metafora che passa per la tutela degli interessi delle classi egemoni da cui discende la volontà normativa. È inevitabile dunque che, oltre a modelli di controllo dei corpi in senso prescrittivo, la società eserciti anche un inevitabile dominazione dei discorsi medici, la cui codifica seguirà necessariamente gli interessi dei legislatori. Potremmo leggere

in questo senso il contrasto tra la medicina brāhmaṇica e quella “ascetica” di cui ci parla ZYSK (1991). Tuttavia, la cura del corpo che interessa ai buddhisti sembra in parziale contrasto con la trascuratezza che caratterizza l’ascesi più radicale (RIGOPOULOS 2018: 92).

La Taittirīya Upaniṣad presenta un’idea di corpo come stratificato in più sfere (*kośa*), riportando una delle prime concezioni anatomiche a più livelli, e che è a sua volta probabile retaggio della medicina ascetica. Procedendo dallo strato più esterno abbiamo: il “cibo” (*annamaya*), comprendente gli aspetti più grossolani della fisiologia e più facilmente soggetti a inquinamenti; il soffio (*prāṇamaya*), che include sia flussi fisiologici che energetici; il pensiero (*manomaya*), anch’esso pertinente ad una sfera che – vedremo a breve – riveste un’importanza centrale nella concezione medica buddhista; la pura gnosi o sapienza (*prajñā/vijñānamaya*), che pertiene l’intelletto (*buddhi*) e connette in modo diretto la sfera fisiologica della purezza a quella cognitiva; e per finire, un nucleo autentico (*ānandamaya*), perfettamente puro ma “sepolto” da tutti questi strati di mediazione che lo dividono dal mondo, e che sono soggetti a inquinamenti. Vedremo come nella concezione medica buddhista c’è molto di questa antica teoria upaniṣadica.

Figure della purezza

Se nel precedente articolo abbiamo osservato come la pratica medica costituisca un fondamento arcaico del movimento buddhista, risalendo alle tradizioni degli asceti itineranti che tramandavano conoscenze mediche come parte del loro retaggio, adesso vediamo non solo come questa tradizione ascetica permanga, nei suoi elementi fondamentali, anche nel pensiero buddhista, ma come a partire da essa si evolvano sofisticate riflessioni sul ruolo del corpo, del puro e dell’impuro a seguito dello scontro con il potere costituito. Non possiamo infatti esimerci dal considerare il ruolo della “città” quale elemento-chiave nella dialettica che gli *śramaṇa* instaurano contro i *brāhmaṇa*. Diversi studi hanno connesso inoltre il successo del buddhismo proprio all’antropizzazione delle crescenti città commerciali, da un lato in quanto esse avrebbero favorito maggiormente la diffusione di queste idee popolari, e dall’altro perché con l’arricchimento della classe dei commercianti, il divario con i nobili-guerrieri e i sacerdoti quali gerarchicamente superiori si sarebbe accentuato. Il messaggio di pace e di uguaglianza del buddhismo poteva essere facilmente apprezzato da una classe che, sebbene maggioritaria, era comunque condannata ad essere più “impura” delle altre due (per non parlare dei lavoratori a contatto con elementi impuri, gli intoccabili). Come abbiamo infatti visto all’inizio, le logiche brāhmaṇiche hanno operato da subito

una medicalizzazione vera e propria delle caste in India, creando un'implicita analogia con la purezza.

Indeed, the idea of brāhmanical corruption and impurity is emphasized. Most especially, brahmins are found wanting in the comparison with *kṣatriyas*. For some, this comparison has seemed to fortify the supposition that, in the structure of very ancient Indian society, it was already possible to identify priests and lords as distinct classes in competition with each other. [...] At all events, it is clear that Buddhist teachers made the comparison of the two classes directly, to the advantage of the lords (BAILEY, MABBETT 2003: 120).

Inoltre, come già si è detto nell'articolo precedente, i buddhisti presentavano un'idea alternativa di purezza, che fosse non solo anti-dualistica (opposta ad un impuro intrinseco), ma anche estremamente caritatevole. Non dobbiamo infatti dimenticarci che la magia brāhmaṇica, al di là di fare uso di amuleti e incantesimi, disprezzava le forme di intervento sul "corpo", proprio perché considerato impuro. Il "medico" appartenente dunque all'altra tradizione (ascetica o pre-āyurvedica) era inevitabilmente avversato in quanto avente a che fare con i fluidi corporei (ZYSK 1991: 23). I buddhisti, d'altro canto, hanno accettato da sempre il ruolo di medici-asceti itineranti, offrendo dunque cure, a patto che fossero gratuite, e operando in uno stato di liminalità, ai margini del villaggio, senza abbracciare dunque l'ascetismo estremo che proponeva l'esilio nella foresta (CHAKRAVARTI, RAY 2011: 12-25; BAILEY, MABBETT 2003: 227). Wujastyk che il buddhismo e l'Āyurveda si siano sviluppati in un processo di mutua influenza, tuttavia «l'estensione esatta di queste influenze è ancora oggetto di ricerche» (WUJASTYK 2011: 23). Anche questa dialettica va tenuta a mente, in quanto, come abbiamo visto per le prescrizioni alimentari, è possibile identificare nella distanza estrema dal villaggio la maggior parte degli animali più impuri, appunto gli abitanti della foresta-alterità estrema. D'altro canto, nelle prescrizioni mediche degli asceti più estremi, criticati dai buddhisti, si tende spesso a giungere a un parossismo. Aśvaghōṣa riporterà ad esempio «come in base al tipo d'asceta il nutrimento si faccia sempre più rarefatto e sottile: dal duro grano (base della dieta degli uccelli) ai tenui fili d'erba (base della dieta di ruminanti come il cervo), sino a giungere all'immaterialità dell'aria (di cui sono creduti nutrirsi i serpenti)» (RIGOPOULOS 2017: 205).

Certamente la carne della tigre, come quella del leone, è considerata impura dall'apparato normativo brāhmaṇico, ed è facile comprendere il perché, trattandosi di un animale estremamente lontano dal nucleo del villaggio. Tuttavia, vale anche il ragionamento opposto, per quanto concerne gli animali fortemente domesticizzati. L'altro lato del leone infatti, come abbiamo visto anche per i simbolismi ascetici, è il toro⁷. Non v'è dunque da stupirsi se la sacertà della vacca o del *bos taurus* in generale, è tale da risultare ambigua come per il caso

del cavallo: l'animale estremamente sacro è tanto immangiabile quanto sacrificio ideale (TULL 1996: 235). Non dobbiamo dimenticarci l'importanza del bovide quale animale che permette la fondazione stessa della città proprio attraverso il suo *aggiogamento*. Dunque il "giogo" tra il bue e lo *yoga* è la fondazione della città. L'essere umano è legato a questo animale da tempo immemore, ed i riti vedici celebrano questo legame in vari modi, come nel caso del rito di avvolgimento del corpo di un sacrificante defunto in un bue. Addirittura, «in the context of the Indo-Iranian mythological complex of a first man/bovine, this practice suggests a revision to the state of creation, as men and cattle are reunited into a single being in the other world» (*ivi*: 233).

Certamente il corpo umano possiede il massimo grado di sacertà – ed è stato infatti il sacrificio prediletto nell'estrema antichità vedica (si veda il *puruṣamedha*, per approfondimenti cfr. BRONKHORST 2012; TULL 1996; OBEYESEKERE 1989) – sebbene tale status sia garantito solo all'interno dei confini normativi. In qualunque momento infatti l'essere umano può diventare come un animale, rinunciando ai suoi diritti e fuggendo nella foresta come gli asceti, vivendo in uno stato di sospensione normativa. Il corpo umano è, nella visione brāhmaṇica, un contenitore di fluidi, secrezioni ed escrescenze impure che devono costantemente essere controllate.

La purezza e il corpo nel canone pāli

Una peculiare concezione mitologica che vede, come da tradizione panindiana, il corpo formarsi dall'aggregazione dei cinque grandi elementi, afferma altresì che lo *yoga*, è quell'attributo che può portare il corpo dell'asceta alla liberazione dalla malattia (RIGOPOULOS 2018: 84). Tale concezione del corpo quale crogiuolo in cui i cinque grandi elementi che compongono ogni cosa coesistono ed interagiscono a vicenda, è una visione perfettamente canonica anche nel buddhismo. In più parti (si prendano ad esempio SN 12.62, AN 5.162, DN 22) il corpo è espressamente identificato come formato da questi cinque elementi (*mahābhūta*): terra, fuoco, acqua, e aria, che sono poi i quattro elementi tradizionali della concezione indiana, a cui si aggiunge anche lo "spazio" come quinto elemento. Al di là degli sviluppi successivi di questa idea, va detto che il buddhismo sembra condividere parzialmente la concezione tradizionale che vede nel corpo un epicentro di potenziali impurità (*aparissuddhakāya*), ma non perché ne ripudia fluidi e secrezioni, come è il caso del brāhmaṇesimo, quanto piuttosto vede come impuri proprio i cinque elementi che lo compongono. Con ciò però, va detto, tale condizione non rappresenta una condanna.

Certamente, lungi dalla visione di un'ascesi rigida e punitiva, il buddhismo ha sempre promosso un'idea di corpo molto più in linea con la salute: «health and a good digestion are among qualities which enable a person to make speedy progress towards enlightenment» (HARVEY 1993: 29). Ciò è da tenersi presente in un contesto in cui le pratiche ascetiche sono generalmente associate ad un'austerità se non addirittura ad una rimozione totale della cura per il corpo. Ciò che dobbiamo tenere a mente è che il dualismo viene avversato con tutti i suoi estremi, ma l'idea di impurità non è abbandonata, bensì usata contro la stessa concezione dualistica di puro/impuro, passando dall'essere un dispositivo di controllo del corpo ad un modo per indicare come fuggire dalla normatività. Solo in questo contesto possiamo capire discorsi come quello presente in SN 4.1, dove la pratica della mortificazione, ascetica per antonomasia, viene denigrata come "impura", ma al tempo stesso si critica l'idea dualistica che include l'asse puro/impuro promosso dagli stessi asceti che praticavano la mortificazione: «tu [rivolto al Buddha] ti sei distaccato dalla pratica della mortificazione con cui gli umani si purificano, tu sei impuro ma ti pensi come puro, tu hai smarrito la strada della purezza» (*tapokammā apakkamma, ye na sujjhanti māṇavā; asuddho maññasi suddho, suddhimaggā aparaddho*). Con queste parole Māra, signore della morte, prova a traviare il Buddha, il quale però non vacilla: «io ho capito che è inutile; tutta la mortificazione alla ricerca dell'immortalità, è solo futile, come remi e timone in terra arida» (*anattasamhītaṃ ñatvā, yaṃ kiñci amaraṃ tapam; sabbaṃ natthāvahaṃ hoti, phiyārittaṃva dhammani*). Eppure, non si rinuncia all'idea di purezza, così recuperata e rigettata contro l'interlocutore: «la morale, la concentrazione e la sapienza; sviluppando questa via per il risveglio io ho ottenuto la purezza ultima, e tu sei lo sconfitto o terminatore» (*sīlaṃ samādhi paññaṅca, maggaṃ bodhāya bhāvayaṃ; pattosmi paramaṃ suddhiṃ, nihato tvamasi antakā*).

Pur se l'eccessivo rigore ascetico viene avversato, rimane fermo il punto: «si può andare oltre questo intero reame di percezioni» (*atthi imassa saññāgatassa uttariṃ nissaraṇaṃ*, MN 7), mantenendo dunque intatta l'idea che la malattia derivi dalle percezioni erranee, e che vi sia un collegamento tra l'errore e l'impurità.

Ciò non significa che il buddhismo faccia totalmente a meno di certe visioni centrali all'ascetismo. Uno dei termini più utilizzati per indicare il corpo è *sarīra*, il cui etimo lo collega chiaramente ad un termine utilizzato anticamente per indicare il cadavere (la radice *śr-* rimanda a qualcosa che si "rompe" o si guasta). Ciò non deve stupirci. La tutela del corpo è fondamentale per i buddhisti, ma ciò non toglie il fatto che esso sia visto sostanzialmente come una prigioniera, che impedisce alla vera natura dell'essere umano di esprimersi liberamente. Il corpo è una prigioniera nella misura in cui costituisce delle limitazioni alle facoltà umane.

Il corpo è “pesante”, affaticato da tutti i suoi limiti, dalla vecchiaia, dalla malattia, dall’essere soggetto a leggi fisiche. Quando i buddhisti vogliono riferirsi al corpo in senso tecnico, usano invece il termine *kāya*, un termine più vicino alla dimensione cognitivo-percettiva, e dunque sensoriale, che non a quella di contenitore o veicolo di una soggettività⁸. Infine, un terzo termine, *jīva*, etimologicamente legato all’idea di “vita” (la radice indo-iranica **ǵiHwás* è connessa tanto al latino *vīvus* quanto al greco *bíos*), è altrettanto utilizzato nel canone, talvolta per riferirsi all’idea di un’anima personalistica come distinta dal corpo, idea che però è criticata dal Buddha: «ad ogni modo, io non affermo che l’anima ed il corpo sono la stessa cosa, né che l’anima ed il corpo sono due cose diverse» (*atha ca panāhaṃ na vadāmi: ‘taṃ jīvaṃ taṃ sarīran’ti vā ‘aññaṃ jīvaṃ aññaṃ sarīran’ti vā’ti*, cf. DN 7). Questa forma di doppia negazione è una formula usata in più contesti, in quanto l’intento principale del buddhismo è superare qualunque dualismo concettuale, sia esso tra eternalismo e nichilismo o tra anima e corpo. Ciò non significa che il buddhismo non abbia una sua idea sul corpo, ma semplicemente che rigetta ogni concezione estrema su di esso. Per inciso, il riduzionismo estremo che riporta tutto al corpo e per cui esiste solo il corpo, o l’animismo radicale che vede il corpo come mero contenitore di una realtà da esso indipendente.

Dal punto di vista medico, la concezione attorno al corpo lo vede comunque come popolato da diverse “forze”, il cui agire in accordo o disaccordo ne determina gli stati di salute. Oltre alla teoria degli umori (DIVINO 2023: 6) ci si riferisce ad una facoltà di vita (*jīva-indriya*) determinata dal concerto di tre fattori: «the life-principle is not a separate *part* of a person, but is a process which occurs when certain conditions are present, namely ‘vitality (*āyu*)’ ‘heat (*usmā*)’ and consciousness» (HARVEY 1993: 31). Ma il corpo è anche definibile come l’epicentro in cui due forze archetipiche agiscono: il nome (*nāma*) e la forma (*rūpa*). Mentre la prima fa riferimento agli aspetti identitari che coinvolgono gli atti di designazione con cui la coscienza determina gli elementi del mondo, la forma ha una funzione doppia: essa agisce come significato ideale designato dal significante nominale, di cui è dunque la controparte indispensabile, ma essa è anche la nuda materialità plasmabile, che è infatti definita come derivata (*upādāya*) dai quattro grandi elementi: acqua, fuoco, terra, aria. Ogni elemento è definito da una proprietà specifica, in ordine: coesione, calore, solidità, mobilità. Queste nozioni basilari le ritroviamo nella successiva teoria abhidhammica della realtà, come nella medicina e nell’alchimia buddhiste.

Il termine *suddha* per indicare la purità che abbiamo visto all’inizio compare diverse volte anche nel canone pāli. In Snp 4.4 troviamo un intero discorso in versi dedicato alla purezza⁹. Qui la purezza è collegata alla condizione di *aroga*,

“assenza di malattia”: «vedo un essere puro privo di malattia, è la [retta] visione che è la purificazione di un uomo» (*passāmi suddham paramaṃ arogaṃ, diṭṭhena saṃsuddhi narassa hoti*), e ancora, «praticando così la conoscenza dell’assoluto, essi comprendono colui che contempla la purezza» (*evābhijānaṃ paramanti ñatvā, suddhānupassīti pacceṭi ñānaṃ*). Viene dunque ribadito il tema centrale del buddhismo antico, ossia la connessione diretta tra gnosi e purezza¹⁰. Qui l’equivalenza è chiara: tramite la [retta] visione un uomo ottiene la purezza, così come tramite la gnosi si abbandona la sofferenza (*diṭṭhena ce suddhi narassa hoti, ñāṇena vā so pajahāti dukkhaṃ*). A questo punto il testo redarguisce la visione brāhmaṇica, bloccata nel dualismo di “bene e male” (*puñṇe ca pāpe ca anūpalitto*) e dunque ad un’analoga idea di purezza ed impurità.

Sappiamo che il tema della visione (*diṭṭhi*) è fondamentale nella pratica buddhista, essa concerne il “modo” di vedere le cose del mondo. Sappiamo che l’ignoranza è direttamente collegata a sofferenza e impurità, e non a caso, anche la visione oscilla tra una sua forma retta (*sammā*) e scorretta (*micchā*). Cosa più importante, è compito del buon buddhista “purificare” la propria visione (*diṭṭhi-visuddhi*). Anche qui la metafora medica è impiegata in funzione pragmatica. Come rileva Fuller, una visione purificata è considerata addirittura in grado di raggiungere il *nibbāna* (FULLER 2005: 97). Tale purificazione, consiste nel saper conoscere cosa sono realmente “nome e forma”. Anche in questo caso, si vuole proporre la purezza come un dispositivo in grado di superare la stessa dualità semantica, una purezza che trascende il dualismo del puro e dell’impuro: «Purification of view is clearly a form of *paññā*, not a correction of wrong-view. As I have been suggesting, right-view is not the opposite of wrong-view, but a completely different order of seeing» (*ivi*: 97-8). Faccio notare come l’idea della visione pura/corretta come conoscenza di ciò che «rise and fall (*udayabbaya*)» (*ivi*: 100) è perfettamente comparabile con la figura del Buddha quale conoscitore dell’origine e della fine del mondo il che rimanda a possibili connessioni con l’antropologia della fine del mondo di De Martino (DIVINO 2023). Del resto, la visione pura, che è anche identificata come visione dei nobili (*ariyā*) è quella che porta non solo alla salvezza (*niyyānika*) ma anche alla dimensione ultra-mondana (*lokuttarā*). L’idea in questo caso è che il “mondo” sia intrinsecamente patogenetico, ma trascenderlo non significa abbandonarlo o cambiarlo, bensì capire che il vero mondo è uno solo, e che esso si rivela trascendendo, più propriamente, la *mondanità*, che è fatta di dualismi impuri (FULLER 2005: 126). La tendenza ad associare la purezza al superamento degli “ostacoli” o all’illuminazione in generale è presente anche nei commentari. Importante è inoltre l’associazione tra fenomeni di percezione luminosa e l’acquisizione di detta purezza (COUSINS 2022: 7). Quando, in un episodio narrato in SN 22.89, il monaco Khemaka si presenta al

monastero di Ghosita lamentando una grave malattia (*khemako badarikārāme viharati ābādhiko dukkhito bālhogilāno*), la terapia a cui lo sottopongono gli altri monaci non prevede unguenti o altri preparati, ma formule ed esercizi mentali sulla forma, la sensazione, la percezione, i costrutti mentali, la coscienza e la cessazione di questi cinque fenomeni. Lo stesso episodio è presente in diversi paralleli. In 22.87 è Vakkali a presentarsi malato, e la terapia somministrata consiste in una riflessione sull'impermanenza.

Ascesi e tecniche della presenza

Abbiamo visto che il buddhismo promuove un'idea del corpo molto più curata rispetto all'estremismo delle altre pratiche ascetiche. Nel canone si narra di come il Buddha sia passato per quelle pratiche, esercitando un rigido controllo sul proprio corpo attraverso esercizi di apnea (*appānaka*) o di digiuno (*sabbaso āhārupaccheda*). Tutte pratiche che lo hanno condotto solo ad una sofferenza estrema (*duṣkaracaryā*), che non avevano un reale beneficio. È proprio la fondamentale idea di un'ascesi medica intesa come cura da ogni sofferenza, che fece realizzare al Buddha durante la sua astinenza austera che vi fosse «no worse asceticism than this» (FREIBERGER 2006: 236). Se osserviamo le pratiche buddhiste, il controllo del respiro è comunque presente, come anche rigide prescrizioni votate al potenziamento delle facoltà mentali e fisiche; ma queste, appunto, non sono intese come pratiche punitive, al contrario come forme terapeutiche di liberazione¹¹. Alle pratiche cosiddette di “mortificazione”, il Buddha oppone una via mediana, «which consists of contemplating body, thoughts, feelings, and dhammas» (*ivi*: 239).

Auspicio che sia altrettanto evidente l'impossibilità di tracciare un confine, netto o anche solo sbiadito, tra sfera psicologica e fisiologica. Per i buddhisti la cognizione ed il pensiero sono, da un lato, fatti corporei, ma dall'altro il corpo è irriducibile alla sua materialità. La visione è quella di un sistema complesso, stratificato su più piani, i quali non sono considerabili come parti divisibili. Va dunque fatta rientrare nella sapienza medica buddhista la pratica contemplativa quale *tecnica del corpo* nel senso più alto. Che poi tale pratica, oltre ad essere connessa ad una peculiare conoscenza del corpo e della salute, derivi da un retaggio vallindo e mesopotamico, sembra quantomeno verosimile, dato il suo, ormai innegabile, legame con la figura taurina, come riscontrato anche nell'archeologia dello yoga proposta da McEvilley (1993: 74). Ma la concezione del corpo, come dell'associazione tra passioni e figura taurina (fertilità) è riletta dai buddhisti nell'ottica di uno *yoga* diverso, disinteressato tanto al soggiogamento di tali forze quanto

dall'eccessivo godimento delle stesse. Da un lato, l'ascesi dei rinunciati aggioga tali forze (*kāma*) in un'ottica repressiva, il che conduce comunque a sofferenza per i buddhisti. Dall'altro, una visione più libertina che potremmo – non senza un certo grado di licenza poetica – definire “tantrica”, affermerà l'eccesso opposto, riprendendo tradizioni già esistenti nel passato indiano. Questo “yoga” è comunque una forma di soggiogamento per i buddhisti, in quanto il soggetto diventa passivo di fronte alla forza delle proprie pulsioni. È dunque un *agito-da*. La via mediana è dunque quella di una sublimazione, che incanali queste acque a favore del “percorso” interessato.

La meditazione dovrebbe portare ad una condizione di imperturbabilità (*upekha-ka*) nei confronti del mondo fenomenico, al punto da distinguerne chiaramente ogni fattore, senza che ciò ci influenzi. L'imperturbabilità concerne la capacità di guardare (*īkṣ*) al di sopra (*upa*), acquisendo «an impartial tolerance in regard to all mental states» (SWEARER 1973: 452), il che rimanda non tanto ad un'indifferenza totale, ma piuttosto ad una indifferenza verso la mondanità (per come intesa nei *lokasutta*), e dunque l'imperturbabile è anche l'ultramondano, il trascendente, «a transcendence of the thing seen» (*ivi*: 454). Le visioni sono pregiudizi che subiamo passivamente, laddove siamo inconsapevoli del loro agire, e le pulsioni rientrano allo stesso modo in tali forme di influenza retroattiva poiché, come i fattori sociali dell'educazione, non sono controllabili, e qui interviene l'aspetto più “psicologico” (agli occhi occidentali) della meditazione, vale a dire la terapia *mindfulness*.

Lo stadio che tradizionalmente si considera un equivalente della *mindfulness* è la *sati*. La meditazione legata alla *sati* coinvolge massivamente la corporeità. In MN 10 (e versione lunga in DN 22) il corpo è esaminato “internamente ed esternamente” (KUAN 2008: 117). Secondo Shulman «the meditative space developed by these practices involves a careful and vigilant alertness to corporeal reality at any specific moment, creating an intense state of awareness and presence» (SHULMAN 2010: 401). L'ultima parola non può che evocarci una connessione peculiare con le scelte terminologiche di De Martino. Se vi sia una connessione tra lo stato di *mindfulness* e quello di presenza può essere un interessante tema di ricerca. Del resto, De Martino dimostra di aver riflettuto sullo yoga e la meditazione nell'ottica della sua antropologia (DIVINO 2023: 15). Tornando però al tema centrale della nostra ricerca, dobbiamo chiederci come la “presenza mentale” (*sati*) sia connessa all'idea di purezza¹². Ebbene, viene fuori che la presenza è proprio adibita a scovare le innumerevoli *impurità* di cui il corpo è pieno. Ancora in MN 10 il corpo è epicentro di una serie di impurità che vengono elencate: capelli, narici, denti, epidermide, carne, tendini, ossa, e poi una serie di organi, tra cui i reni, il cuore, la milza, l'intestino e vari altri sono tutti considerati impuri. Oltre

a questo, in linea con altre tradizioni indiane, tutte le secrezioni e fluidi corporei sono considerati impuri: dalle feci al sangue, il sudore, il grasso, le lacrime, la saliva, l'urina, e così via. La concezione di impurità più generalizzata del buddhismo non può essere una coincidenza rispetto all'idea gerarchica e rigidamente classificatoria dei brāhmaṇa. Il buddhismo sembra attaccare il corpo in generale quale ricettacolo di impurità, ma non per proporre una via di purificazione che passi esclusivamente per abluzioni rituali. Certamente, essendo la componente medica un elemento centrale del loro pensiero, va detto che la concezione igienica non è del tutto assente. L'idea di purezza è però nel buddhismo estesa ad un'idea medica più olistica. L'impurità e l'ignoranza sono *de facto* equiparate, e dunque una scorretta visione implica necessariamente una condizione di impurità. Tra gli elementi su cui il meditante deve concentrare la propria attenzione vi è il *byāpada* "malevolenza" o, più precisamente, la volontà "malata" (*byādhi*). L'uso di un termine medico per indicare la volontà indesiderata conferma l'idea che la deiezione cognitiva sia intesa come una vera e propria malattia. Non a caso, le fasi progressive della meditazione *sati* si concentrano sul purificare i sei organi sensoriali (*chasu ajjhātika-bāhiresu āyatanesu*), laddove sappiamo che il buddhismo pone un'equivalenza perfetta tra la percezione e l'equivalente organo sensoriale: la vista è l'occhio, l'udito è l'orecchio, il gusto è la lingua, l'olfatto è il naso e il tatto è nell'epidermide. Il sesto organo, il "pensiero" (*mano*) è comunque concepito come corporeo. La rinnovata consapevolezza raggiunta dalla purificazione di questi organi (*pajānāti*) è ugualmente vista come una forma di *embodiment* delle rette nozioni: «internalized the meaning of these same truths» (SHULMAN 2010: 408).

Nel *sutta* dedicato ai benefici della via ascetica (DN 2) il successo nel percorso del *jhāna* è connesso all'idea di purezza ultima (*parisuddha*)¹³. In questo testo non solo è presente il medico Jīvaka, ma vengono proposte numerose metafore legate alla purezza e alla medicina. L'asceta è qui comparato ad un fiore di loto, che emerge in superficie ma si nutre con le radici immerse nell'acqua, così il meditante si immerge nell'ascesi, al punto che «non vi sia una sola parte del suo corpo non permeata dalla pura e chiara presenza mentale» (*nāssa kiñci sabbāvato kāyassa parisuddhena cetasā pariyoḍātena apphuṭaṃ hoti*). Vediamo dunque comparire l'idea di una "purezza" onnipervasiva (*pari-suddha*) che è direttamente connessa con i frutti dell'ascesi.

Allo stesso modo, in DN 1 l'idea di un mondo splendente raggiungibile con la creazione di un corpo fatto di puro pensiero (*manomaya*) è presentata come uno stato di purezza superiore a cui la meditazione può condurre (SWEARER 1973: 447). Così anche la purificazione dagli "inquinanti" più grossolani permette anche di ottenere un corpo sottile, mentale, si ottengono dall'ascesi capacità sovran-

naturali (*iddhi*), la cui tendenza generale, quando vengono presentate, è sempre quella di liberare il corpo dal fardello delle leggi fisiche, permettendo invisibilità, ubiquità, controllo della materia e così via. Si è suggerito che questi poteri siano un retaggio “sciamanico”, date le somiglianze tra questi poteri ascetici che lo *samaṇa* buddhista otterrebbe dalla meditazione e le esperienze estatiche solitamente connesse allo sciamanismo (*ivi*: 448). Il Buddha però parla con disprezzo delle tecniche magiche (DN 11 e 18), distinguendole dagli *iddhi*, che sarebbero invece capacità sviluppabili dalla meditazione, creando così un divario tra «noble» e «ignoble powers» (SWEARER 1973: 449).

In una ricerca precedente (DIVINO 2023) mi sono dedicato ad analizzare la concezione buddhista arcaica sul mondo (*loka*), rilevando come alle origini della pratica buddhista vi sia l'idea di trascendere la mondanità, e la condizione di buddhità è *de facto* descritta come equivalente a quella di ultra-mondanità (*lokuttara*), ed il Buddha stesso è un finitore di mondo (*lokantagū*), perché conosce – e può realizzare – la fine del mondo (*loka-anta*). Queste idee sembrano comparabili ad un viaggio sciamanico in un mondo astrale, raggiunto trascendendo il mondo comune proprio grazie alle tecniche estatiche. È infatti importante segnalare in fase conclusiva questo aspetto in quanto l'idea di trascendenza si mescola a quella di purezza intesa come “purezza ultima” al di là del dualismo. Se infatti la dimensione mondana comprende la concezione del binomio puro/impuro come quella di bene/male, il buddhismo non rinuncia al “bene ultimo”, inteso come traguardo impossibile da esprimere concettualmente, e raggiungibile solo nella trascendenza di questi due binomi. Quale evidente tratto tipico del suo carattere ascetico, il buddhismo tende ad una ultra-mondanità (*lokuttara*) allo stesso modo in cui tende ad una ultra-purezza (*parisuddha, suddham paramam*). In alcune occasioni (COUSINS 2022: 67) assistiamo alla descrizione dell'ottenimento dello stato “privo di forme” (*ārūpa*) come “l'assoluta più alta purificazione” (*paramatthavisuddhi*). La pratica ascetica porta anche al buddhismo un particolare legame con la dimensione estatica, spesso espunta o dimenticata dagli studiosi che vogliono tracciare dei buddhisti un'immagine estremamente razionale. Un senso di estrema gioia, quale cura definitiva dal male umano, è riscontrabile infatti nell'esperienza di *pīti*, che nel canone si vuole specificamente distinguere dal piacere mondano, legato alle passioni (*sāmisā*). Questa forma di “estasi” indipendente dalla mondanità (*nirāmisā*) è importante proprio perché culmine della pratica meditativa e sinonimo della guarigione dai mali del mondo (*ivi*: 12-3). Per non parlare della centralità dei cosiddetti poteri psichici (*iddhi*), la cui descrizione ricalca perfettamente le esperienze di trascendenza attribuite all'estasi sciamanica: dal saper volare fino al sole alla più complessa «astral-projection» (*ivi*: 146).

Conclusioni

In questo articolo abbiamo cercato di andare alle origini della concezione medica a fondamento del pensiero buddhista per concludere quanto detto in un lavoro precedente sul ruolo della figura medica nel buddhismo antico. A partire da questa centralità dello *samaṇa* come asceta-medico (DIVINO 2023) e poi del *bhikkhu* come mendicante/monaco che mantiene inizialmente caratteristiche del medico (*īvi*), siamo andati alla ricerca delle ragioni antropologiche che ci permettono di indagare la connessione profonda tra pratiche ascetiche (*yoga*) all'origine del movimento buddhista, e il complesso rapporto tra concezione di salute e malattia, pratica medica e lotta per il controllo dei corpi tra potere istituzionale e forme di alternativismo.

In un recente studio si è riconosciuta la consapevolezza medica del buddhismo antico (SALGUERO 2022: 26), affermando però che la visione medica fornita in antichità dai buddhisti non si struttura in un sistema coerente (*īvi*: 31). Mi trovo in disaccordo con questa affermazione, e auspico che le informazioni fornite in questo articolo rappresentino sufficientemente i motivi di tale divergenza. Le ragioni principali vanno da cercarsi nel retaggio ascetico del buddhismo, che è stato il punto di partenza che ci ha fornito Zysk, la cui idea è abbastanza in linea anche con i nostri intenti. Ad ulteriore conferma di questo fatto, è opportuno segnalare che il buddhismo vanta un rapporto a dir poco peculiare con le tradizioni mediche dell'India pre-vedica, o più precisamente pre-indoaria. Tali rapporti, se non peculiari, sono quantomeno curiosi. Basti pensare alla documentata capacità medica e chirurgica della civiltà della valle dell'Indo, le cui operazioni sembrano riecheggiare nelle testimonianze delle tradizioni buddhiste¹⁴. In merito ad alcune di queste operazioni eseguite su corpi i cui resti si sono ritrovati negli scavi dei siti di civiltà vallinde, Zysk ci dice:

As the wounds show signs of healing, it is likely that the child survived the operation. If indeed this skull was trepanned, it demonstrates a unique method of performing it. Trepanation is not mentioned in ancient Indian medical literature. A reference to such a surgical procedure does, however, occur in a Pāli Buddhist text from about the fourth century B.C. (ZYSK 1993: 4).

Le tradizioni ascetiche dell'India pre-buddhista possedevano certamente un forte radicamento nell'idea "medica" e delineavano un'idea complessa circa il rapporto tra malattia e terapia. Il buddhismo eredita questa concezione, e la sviluppa a suo modo, ponendosi anche in critica con la comunità dei rinuncianti più "estremi", e ciò rientra perfettamente nella concezione "medica" di cui stiamo parlando. Laddove la pratica ascetica intesa come austerità radicale è riformata nell'ottica di un ascetismo che cerca il trascendimento anche attraverso altre forme di

estasi, ciò che si sta discutendo è sempre un'idea di terapia del corpo, nell'uno o nell'altro senso.

L'idea di un ascetismo come pratica estrema di rinuncia e di rigido controllo del corpo non è compatibile con la realtà antropologica, dove i rinuncianti costituiscono solo una parte delle possibilità ascetiche, le quali sono piuttosto accomunate dall'idea di "sforzo" per ottenere "padronanza" sul corpo in modi che non prevedono necessariamente l'auto-mortificazione (*tapo-jigucchā*). Quest'ultima era avversata radicalmente dal buddhismo, che vedeva queste tecniche come un vero e proprio spreco non necessario (*nijjhāma*). Il Buddha è dunque portato a distinguere due categorie di asceti (*paribbājaka*) principali: una che si serve di tecniche di mortificazione del corpo, e che conduce solo ad ulteriore sofferenza, ed un'altra che combatte le cattive attitudini e le impurità (*upakkilesa*) che invece verrebbero accumulate nell'ascesi scorretta come nella vita sociale. Tuttavia, il Buddha è titubante a definire l'ascesi corretta come *parisuddha*, "pura", in quanto il dualismo (compreso il binomio tra purezza e impurità) è visto come impuro. L'obiettivo è andare "totalmente oltre la percezione delle forme" e delle identità (*sabbaso rūpasaññānaṃ... nānattasaññānaṃ*, MN 25).

Abbiamo dunque raggiunto il concetto di purezza nel buddhismo antico. Tale concetto entra pienamente nel dibattito sulla "vera asceti" che il Buddha conduce: «the Buddha silently deprives the severe ascetic practices of any value. [...] Instead, a person who has destroyed the *āsavas* (the "intoxications" of craving, hatred, and delusions) is to be considered a (true) *samaṇa*» (FREIBERGER 2006: 240). La lotta è tra diverse idee di tutela del corpo: una normativa che vede la purezza in funzione della conformità sociale, ed un'altra che la vede invece come il superamento di ogni dualismo, compreso quello categoriale. Il dibattito diventa anche interno alla stessa proposta alternativa, laddove alcuni buddhisti inizieranno a chiedersi se non sia il caso di promuovere forme più rigide di ascetismo. In questo contesto emerge la forma dell'abitatore delle foreste (*araññaka*) come alternativa più estrema (*dhutaṅga/dhutagūṇa*) a quei primi buddhisti che invece professavano una forma più moderata (*ivi*: 241), il che rimanda alla dicotomia classica tra villaggio e foresta, ma anche al problema dei primi asceti-medici buddhisti di cui anche i greci documentano l'esistenza, e che appunto vivevano nelle prossimità del villaggio, né totalmente al di fuori (nella "foresta"), né totalmente all'interno (DIVINO 2023: 8). Va detto che la menzione dei *dhutaṅga* appare nei testi antichi, ma non è da considerarsi originaria, e pertiene una lunga lista di asceti "alternative" (ad es. MN 113) che sono comparse probabilmente in seguito ad un dibattito interno (FREIBERGER 2006: 244).

Il lessico buddhista è esemplare in questo senso, servendosi di termini istituzionali per ribaltarne il significato in chiave alternativa. Ne sono un esempio termini come *dharma*, pertinente per Olivelle, «royal vocabulary», così come *śāsana*, un “insegnamento”, ma anche un editto reale, oppure lo stesso appellativo *cakravartin* o *jina* che rimanda a terminologie legate alla guerra, co-optate dai buddhisti forse per acquisire prestigio (OLIVELLE 2006: 26). Anche l’uso massivo del termine *ariya* “nobile” nel canone pāli (usato per riferirsi sia ai “discepoli” che alle quattro verità fondanti) è un indice di questo meccanismo.

Dopo esserci occupati della dimensione storica e culturale che ha portato la medicina ad essere la radice stessa della pratica buddhista, abbiamo visto che anche nel simbolico la medicina ricopre un ruolo fondamentale, descrivendo con metafore terapeutiche le condizioni di ignoranza/impurità, la meditazione come una medicina, e la “visione” (FULLER 2005: 136) che si trasforma in veleno (se scorretta) o in farmaco (se purificata).

La pratica yogico-meditativa applicata alla clinica biomedica è stata associata a benefici legati sia a condizioni psicologiche come la depressione che a problemi umorali legati anche a pazienti malati di cancro (CHAOU, COHEN 2010: 151). I benefici della pratica meditativa nella contemporaneità sono comprovati da studi di settore. All’antropologo interessa però la possibilità di documentare tali effetti attraverso le esperienze stesse dei meditanti. Oggi gli occidentali si avvicinano alla meditazione anche attraverso diverse tradizioni come quelle indiane, tibetane, cinesi e giapponesi. In una ricerca sulle esperienze energetiche scaturite dalla meditazione (ELSE) è stato documentato che anche in tradizioni diverse i meditanti testimoniano di sentire flussi energetici, espressi con metafore varie (idrauliche, pneumatiche o elettriche per la maggior parte) e i cui effetti sono spesso ricadute dirette sulla quotidianità. Ciò che stupisce è che molti praticanti, pur dichiarando di non credere al tipo di sistema fisiologico-energetico afferente alla tradizione buddhista di riferimento, praticano comunque la meditazione e ne esperiscono gli effetti sul corpo imputandoli alla tecnica. Un caso esemplare: «despite his skepticism about subtle body systems, one Tibetan Buddhist practitioner still felt aligned with notions of “energetic” purification and a progressive trajectory of personal development» (COOPER *et al.* 2021: 16).

L’idea di purezza così strutturata in un’unità tra medicina e ascesi in cui la meditazione funge da terapia olistica per rimuovere le defezioni cognitive e fisiche non scompare, e dal buddhismo antico si evolve in concezioni più elaborate anche nelle scuole Mahāyāna. Nello Yogācāra, ad esempio, inizia a svilupparsi l’idea di un nucleo presente in tutti gli esseri umani, perfettamente puro e illuminato. La meditazione non ha altro scopo che far riemergere questo nucleo originario.

Nell'analisi del *Mahāyānasūtrālamkāra* si propone una visione in cui il *citta* di ogni umano sia originariamente puro, accumulando man mano impurità nel corso dell'esistenza, che possono essere però rimosse come l'acqua è ripulita (resa trasparente) dalla sedimentazione della sabbia (KEENAN 1982: 8). Nasce quindi l'idea di un'essenza (*dharmatā*) originale del *citta*, che coincide con la primordiale luminosità (*prakṛtiprabhāsvaraṃ*). Nell'articolo precedente abbiamo visto come nella medicina buddhista sia centrale il concetto di luminosità, e come spesso la luce sia paragonata ad un farmaco capace di purificare la mente. Adesso comprendiamo come vi sia una connessione più che simbolica tra il luminoso e il puro. Questo nucleo originale è detto *garbha* (*ivi*: 9). Il che non può che rimandarci ad un altro uso del termine, legato all'embriologia alchemica (CROSBY 2020).

Quando la consapevolezza originariamente pura si "inquina", questa diventa una coscienza illusoria. La realtà, di per sé (*tatvaṃ*) rimane pura. Ciò che cambia è la percezione di essa, ora inquinata da queste decezioni avventizie (*kleśa*) e confondenti. Tale illusione consiste nel pensiero dualistico, che porta però ad una concezione tripartita della realtà: la purezza è espressa dall'aspetto *pariniṣpanna*, in cui la purezza coincide con l'assoluta non-dualità (*dvayena rahitaṃ*). Il meccanismo illusorio sorge nel rapporto tra la natura immaginaria (*parikalpita*) e la sua origine, che costituisce la natura dipendente dei fenomeni (*paratantra*). Questi due aspetti sono impliciti l'uno nell'altro, si generano e sostengono vicendevolmente, e sono, naturalmente, impuri in quanto dualistici. Qui sta anche la matrice dell'*impurità* che si stabilisce come meccanismo perpetuo: *paratantra* è la base del fraintendimento, dunque delle illusioni che inquinano *pariniṣpanna*, descritta come «the originally pure mind», di per sé "incontaminata" (*amalaṃ*), ma che «must be purified from adventitious defilements» (KEENAN 1982: 9). Essendo totalmente non-duale, questa purezza sfugge alla comprensione dei nostri ragionamenti, in quanto non-concettualizzabile (*yaccāprapañcātmaṃ*). Il dualismo è invece un meccanismo che si autoalimenta nel rapporto tra la concezione impura del *parikalpita* e la sua natura dipendente *paratantra*. Questi aspetti non sono sostanziali proprio in quanto co-implicanti. È presumibile, come sostiene Masao Abe, che questo faccia parte di una concezione più generalizzata nel Mahāyāna a credere in una purezza originaria di tutte le cose (本性清淨) che la meditazione può riportare alla luce da una valanga di impurità che la soffocano. Leggendo Abe circa queste questioni, che ci confermano come l'impurità inizi ad accumularsi proprio dai processi di oggettificazione che la cognizione attua per "distinguere" gli enti (ABE 1966: 184), sorge un dilemma, un paradosso della purezza, che qui ripropongo: posto che 1) il dualismo è la suprema impurità e che 2) lo scopo del buddhista è di raggiungere la purità assoluta, ossia il non-dualismo, come è possibile raggiungerlo se 3) pensare alla purezza in questi termini la

oppone ad un'opposta impurità? Il punto 3 pone infatti un dualismo sostanziale. Pertanto, il meditante deve risolvere il paradosso che consiste nel raggiungere la purità abbandonando quello stesso pensiero duale che concepisce il mondo in termini binari, tra cui purezza/impurità. Abe non risolve del tutto il paradosso, ma rileva che la soluzione non sta nel pensarsi come “purificati”, in quanto la purezza che si raggiunge con l'illuminazione è una “purezza originale”, che precede le dicotomie del puro e dell'impuro, pertinenti già al meccanismo dualistico che è, di per sé, impuro. Insomma, il binomio puro/impuro è in realtà un'illusione tutta inclusa nell'impuro dualismo, mentre “divenire *puri*” in ottica buddhista non è che un mezzo per diffondere un messaggio più profondo (*ivi*: 188).

Note

⁽¹⁾ Il termine Āyurveda significa letteralmente “conoscenza (*veda*) della longevità (*āyus*)”. Si tratta di un sistema medico le cui origini si perdono nella notte dei tempi. Sappiamo che «si delineò probabilmente in una forma riconoscibile intorno all'epoca del Buddha» (WUJASTYK 2011: 20). Abbiamo una sistematizzazione di un a prima forma strutturata e organizzata di Āyurveda nel *Carakasamhitā* (II secolo d.C.). In questo testo si riconoscono tre tipologie di malattie: «quella causata internamente, l'invasiva e la mentale» (*ivi*: 91). Nell'Āyurveda è fondamentale conoscere la relazione tra alimentazione, e tutto ciò che il corpo assimila o gli viene somministrato, e fisiologia. Grande importanza è dunque dato al processo digestivo, che il termine sanscrito riconduce ad una continuazione della cottura (*pācana* e *dīpana*). La funzione digestiva stessa è ricondotta al fuoco (*agni*) ed è dunque chiamata “fuoco del ventre” (*jāṭharāgni*). Siamo quel che mangiamo, e infatti l'Āyurveda afferma che l'assimilazione degli alimenti trasformi il cibo in tessuti (*dhātu*) somatici. I fluidi vitali generati dall'alimentazione viaggiano nel corpo attraverso una serie di canali (*nāḍī*).

⁽²⁾ Vedasi l'Appendice A in COUSINS 2022: 230. Preciso altresì che il *Visuddhimagga* è un'opera di Buddhaghosa risalente approssimativamente al V secolo d.C., il che mi ha portato ad escluderla da questa analisi che per ragioni di spazio ha dovuto scegliere di concentrarsi su un'area più specifica, ossia quella del canone pāli.

⁽³⁾ La necessità di emendare l'etnografia in questo senso è un fatto sempre più evidente. Non solo dunque l'accettazione di esperienze autoetnografiche può interessare la ricerca antropologica sulla salute e la pratica medica, ma anche l'etnografia testuale, che tragga dunque le esperienze a partire dalle testimonianze e le descrizioni di determinate pratiche nei testi antichi, può rappresentare un mezzo più che valido, oltre che l'unico adottabile in casi come questi, in cui la nostra attenzione è rivolta a delineare l'antropologia di una concezione medica di un passato remoto, di cui la modernità può presentare solo esiti che sono passati attraverso secoli di evoluzione. L'antropologo che si immerge nelle testimonianze presenti nei testi antichi può ugualmente “etnografare” un mondo che può porsi in relazione con la modernità. Si vedano a tal proposito le idee espresse nel lavoro di Bettini (2009). L'importanza di un'indagine antropologica che approfondisca le concezioni mediche del buddhismo è fondamentale non solo per l'antropologia religiosa che, con tali basi, può approfondire ed inquadrare al meglio

gli esiti che nella modernità certe pratiche e concezioni hanno assunto, ma soprattutto, nel fenomeno della transculturazione che attualmente investe la meditazione, il ruolo della salute e della malattia si rivela centrale nel definire le basi culturali della pratica meditativa, la cui evoluzione nella moderna *mindfulness*, appunto transculturata in un fenomeno gestibile dalla “cultura clinica” della biomedicina allopatrica, mantiene comunque al suo interno forme di pensiero che affondano le radici nelle antiche concezioni attorno alla salute e alla malattia.

⁽⁴⁾ La questione di un’antropologia dell’antichità è stata già menzionata nella nota precedente. A ciò vorrei aggiungere l’importanza della trasformazione del “campo” quale sfondo della ricerca etnografica. Oltre infatti alla maggiore considerazione guadagnata da esperienze innovative come l’autoetnografia, bisogna segnalare come anche un’esperienza testuale, di immersione in un “documento”, possa rappresentare a tutti gli effetti un’esperienza etnografica, come dice la Williams, «embodied as fieldwork» (WILLIAMS 2007: 66). Specie dunque nell’ambito della sua ricerca, che indagava l’antropologia della coscienza, si è rivelato fondamentale «the sustained contact between authors and readers» (*ivi*: 67) che qui si propone di considerare come esperienza etnografica legittima. Nell’immersione di un testo, sia esso antico o più moderno, si esperisce il portato storico-culturale e soggettivo dell’autore o degli autori che lo hanno prodotto, e sebbene tale esperienza sia, ovviamente, mediata da quella dell’antropologo che vi si immerge, ciò accade anche nelle etnografie “sincroniche”, il che dovrebbe farci riflettere sulla legittimità di un’esperienza etnografica attraverso un testo.

⁽⁵⁾ I termini omessi (*aśuddha*, *prayata*, *pūyate*, *pavitra*, *pāvana*, *ucchiṣṭa*, *medhya*, *amedhya* e *mala*) sono perlopiù legati a funzioni rituali, atti di purificazione (*pū*) in generale, l’agente di purificazione (*pavitra*), sostanze animali (*medhya*) o secrezioni corporali (*mala*), per le spiegazioni complete si veda OLIVELLE 1998: 204-9.

⁽⁶⁾ Traduzione in SQUARCINI 2008: 176. Originale: *yad rāṣṭram śūdrabhūyiṣṭham nāstikākrāntam advijam | vīnaśyaty āśu tat kṛtsnaṃ durbhikṣavyādhipīḍitam*, in *Mānavadharmasāstra* 8,22. L’espressione “nato-due-volte” è un riferimento alle caste più alte che compiono un rito di passaggio che li purifica e li conduce simbolicamente ad una seconda vita. Gli *śūdra* sono una classe di lavoratori al di sotto dei commercianti (*vaiśya*).

⁽⁷⁾ A tal proposito è imprescindibile per me fare riferimento ad uno studio in cui sono state analizzate la figura del toro e del leone nell’India antica, con particolare riferimento al loro ruolo simbolico (e pratico) nel processo di antropizzazione e, con esso, di sviluppo della medicina fino alla costituzione del pensiero buddhista, che eredita da queste figure importanti usi simbolici. Lo studio è consultabile in DIVINO 2023, ma è opportuno rafforzare questa tesi facendo riferimento al rapporto tra gli *yogin* teriomorfi nei sigilli dell’antica civiltà vallinda che collegano la figura del sacerdote-toro all’asceta che è sia mago che medico (ZYSK 1993: 3), così come la figura del toro in generale che in uno studio significativo come *Cattle, Priests, and Progress in Medicine* viene connessa altresì il processo di addomesticamento all’urbanizzazione e, conseguentemente, alle elaborazioni magiche e mediche delle nascenti strutture sociali (SCHWABE 1978: 10-13). Nello specifico del contesto indiano, dove la pratica ascetica abbiamo visto essere centrale, mi limito a ricordare che «*śramaṇa teachers were not just rustic medicine men from the wilderness. They were active everywhere*» (BAILEY, MABBETT 2003: 175).

⁽⁸⁾ Nello sviluppo della radice indoiranica **kahya* > **kāya* v'è una chiara reminiscenza dell'archetipo indoeuropeo **kweh₁-* il cui significato a sua volta rimanda alla percezione. Si veda KÜMMEL 2020: 183, cit. «**kaHy-a* > Iran. **-kāya-* 'perception, perceiving' > Av. *-kaiia-*, MP *gāy*».

⁽⁹⁾ La questione della purezza e del suo rapporto con la salute è onnipresente nel Sutta Nipata. Non potendo, per ragioni di spazio, proporre una disamina accurata, mi limiterò a citarne le occorrenze più interessanti, ovvero Snp 3.6, 3.10, 4.4, 4.8, 4.9, 4.13, 5.8.

⁽¹⁰⁾ È opportuno prestare la dovuta attenzione allo stato di "assenza di malattia" (*āroga*) che testimonia una sostanziale differenza dall'assenza di disagio (*adukkha*). Dall'articolo che precede il presente lavoro, abbiamo osservato come il disagio (*dukkha*, letteralmente lo "star male" *dus-sthā*) sia fondamentalmente un complesso disagio esistenziale irriducibile al malessere fisico o psicologico, in quanto condizione generalizzata della limitatezza del corpo umano. La malattia (*roga*) investe precipuamente quest'ultimo aspetto, laddove il disagio (*dukkha*) è una condizione più generalizzata, spesso riferita allo stesso mondo (*loka*). Non significa che esse non siano collegate, in quanto in un rapporto di subordinazione. Il *dukkha* include il *roga* ma non viceversa. Perciò, la condizione di "assoluta non-malattia" (*ārogyaparamā*) riveste un ruolo fondamentale nel buddhismo antico. Se vediamo in Dh 204: "l'assenza assoluta di malattia è la suprema conquista, gioia nella suprema salute" (*ārogyaparamā lābhā, santuṭṭhi paramam dhanam*) e così, anche la "liberazione" è descritta come "supremo bene" (*nibbānam paramam sukham*).

⁽¹¹⁾ Un ruolo centrale è dato al respiro, fonte di vita. L'ossigeno è fonte di energia per le cellule, e la medicina indiana ha sempre dato al corretto modo di respirare un'importanza fondamentale. Così come nello yoga esiste il *prāṇāyāma*, la tecnica per il controllo del respiro, anche nelle arti marziali cinesi la respirazione *dāntián* è il fondamento per acquisire un controllo del corpo. Anche l'Āyurveda si concentra nello studio nell'aria, o "vento", e nei suoi squilibri. Abbiamo cinque tipi di vento classificati dalla medicina indiana, a seconda di dove si posiziona nel corpo: «anteriore (*prāṇa*), ascendente (*udāna*), mediano (*samāna*), inferiore (*vyāna*) e discendente (*apāna*), e quando risiedono nei luoghi loro propri essi sono ciò che causa il movimento in tutte le creature incarnate» (WUJASTYK 2011: 189).

⁽¹²⁾ È necessario spendere alcune parole sul termine *sati*. Tradotto qui come "consapevolezza", questa parola presenta in realtà alcune problematiche. Appare strettamente collegata ad un altro termine: *sampajañña* (SWEARER 1973: 435-6) che, etimologicamente, ha a che fare con la retta sapienza, il corretto modo di "sapere" (*ñāṇa*). Swearer spiega questa connessione in virtù del loro legame con la pratica meditativa: la retta sapienza è un'integrazione di *sati*, sebbene la definizione che egli dà di *anattā* come «nonbeingness» ignori la posizione radicalmente antinichilista del buddhismo antico. Se però non è alla inesistenza che la meditazione ambisce, è vero che tale obiettivo sia strettamente legato al rapporto tra "gnosi" e *sati*. La *sati* è descritta come una fase meditativa particolare, peraltro non la più alta, in quanto è sorpassata dal *samādhi*. Mentre etimologicamente *sati* è legata alla memoria (sanscrito: *smṛti*), il *samādhi* richiama un'unificazione (*sam-ā-dhā*), per inciso, l'unificazione tra l'oggetto percepito e la coscienza del meditante. Mentre la *sati* è descritta come una forma di attenzione focalizzata in cui i sensi non sono più agenti automatici scollegati dalla presenza del meditante, il *samādhi* «begins when the senses are no longer subject to the rule of the objects of sense» (*ivi*: 442). Per questo si parla di cognizione monofocale (*cittassa ekaggatā*). La *sati* è dunque collegata alla

“memoria”, da cui si suppone che si siano estesi i concetti di “consapevolezza” e “conoscenza”, ma dai testi appare evidente che «*sati* pertains to a unique ability, perhaps a potential, of the mind to be in continuous and intense contact with its object» (SHULMAN 2010: 395).

⁽¹³⁾ Il *jhāna* è la fase meditativa che segue al *samādhi*. Dalla radice *dhyai* “contemplazione”, il termine *jhāna* indica un esercizio per certi aspetti inverso a quello del *samādhi*, il cui scopo era l’abbattimento delle barriere che dividono percettivamente soggetto e oggetto. Acquisito questo stadio, il meditante espande la sua consapevolezza senza limiti: «from concentration and onepointedness to the gradual expansion of the consciousness to hithertofore unexpected dimensions» (SWEARER 1973: 443).

⁽¹⁴⁾ In merito alla chirurgia è opportuno aggiungere quanto segue. Sebbene la chirurgia sia un aspetto della pratica medica che non interessa questo scritto, il quale si vuole concentrare piuttosto sulla farmacologia, la psicoterapia e le tecniche del corpo, va menzionato che l’Āyurveda ha anche sviluppato un sofisticato sistema di chirurgia di cui abbiamo anche testimonianze dirette (WUJASTYK 2011: 133).

Bibliografia

- ABE M. (1966), *The Idea of Purity in Mahāyāna Buddhism*, “Numen”, Vol. 13(3): 183-189.
- ANALAYO B. (2012), *The Historical Value of the Pāli Discourses*, *Indo-Iranian Journal*, Vol. 55(3): 223-253.
- APPLE J.B. (2010), *Eschatology and World Order in Buddhist Formations*, “Religious Studies and Theology”, Vol. 29(1): 109-122.
- BAILEY G., MABBETT I. (2003), *The Sociology of Early Buddhism*, Cambridge University Press, Cambridge.
- BETTINI M. (2009), *Comparare i Romani. Per una antropologia del mondo antico*, “Studi Italiani di Filologia Classica” supplemento al Vol. VII(1): 1-47, in *Atti del Convegno Internazionale di Siracusa 21-23 maggio 2007*.
- BRONKHORST J. (1998), *The Two Sources of Indian Asceticism*, Motilal Banarsidass, New Delhi.
- BRONKHORST J. (2012), *Buddhism and Sacrifice*, “Asiatische Studien/Études Asiatiques”, Vol. 66(1): 7-17.
- CHAKRAVARTI R., RAY K. (2011), *Healing and Healers Inscribed: Epigraphic Bearing on Healing-Houses in Early India*, Kolkata, Institute of Development Studies, Occasional paper, pp. 1-30.
- CHAOL M.A., COHEN L. (2010), *Rethinking Yoga and the Application of Yoga in Modern Medicine*, “Crosscurrents”, Vol. 60(2): 144-167.
- CHATURVEDI N. (2009), *The Literary Characteristics of the Sutta Nipāta*, “Proceedings of the Indian History Congress”, 70: 73-77.
- COOPER D.J., LINDAHL J.R., PALITSKY R., BRITTON W.B. (2021), “*Like a Vibration Cascading through the Body*”: *Energy-Like Somatic Experiences Reported by Western Buddhist Meditators*, “Religions”, Vol. 12(12): n. 1042.
- COUSINS L.S. (2022), *Meditations of the Pali Tradition. Illuminating Buddhist Doctrine, History & Practice*, Shambhala, Boulder.
- CROSBY K. (2020), *Esoteric Theravada: The Story of the Forgotten Meditation Tradition of Southeast Asia*, Shambhala, Boulder.

- CRUDO A. (2004), *Ripensare la malattia. Dall'Etnomedicina all'Antropologia Medica e alla Psichiatria Culturale della Harvard Medical School*, Argo, Lecce.
- DHAMMAJOTI K. (2021), *Meditative Experiences of Impurity and Purity—Further Reflection on the aśubhā Meditation and the śubha-vimokṣa*, “Religions”, Vol. 12(2): 86.
- DIVINO F. (2023), *Reaching the End of the World: An Anthropological Reading of Early Buddhist Medicine and Ascetic Practices*, “Religions”, Vol. 14(2): 249; <https://www.mdpi.com/2077-1444/14/2/249> [pp. 1-30].
- FREIBERGER O. (2006), *Early Buddhism, Asceticism, and the Politics of the Middle Way*, pp. 235-258, in FREIBERGER O. (a cura di), *Asceticism and Its Critics: Historical Accounts and Comparative Perspectives*, Oxford University Press, Oxford.
- FULLER P. (2005), *The Notion of Dīṭṭhi in Theravāda Buddhism*, Routledge, Oxon.
- HARVEY P. (1993), *The Mind-Body Relationship in Pāli Buddhism: A Philosophical Investigation*, “Asian Philosophy”, Vol. 3(1): 29-41.
- HICKEY W.S. (2010), *Meditation as Medicine: A Critique*. “CrossCurrents”, Vol. 60(2): 168-184.
- HOERNLE R. (1916), *The Sutta Nipāta in a Sanskrit Version from Eastern Turkestan*, “Journal of the Royal Asiatic Society” Vol. 48 (4):709-732.
- KARUNADASA Y. (2018), *Early Buddhist Teachings. The Middle Position on Theory and Practice*, Wisdom Publications, Somerville.
- KARVE I. (1962), *On the Road: A Maharashtrian Pilgrimage*, “The Journal of Asian Studies”, Vol. 22(1): 13-29.
- KEENAN J.P. (1982), *Original Purity and the Focus of Early Yogācāra*, “The Journal of the International Association of Buddhist Studies”, Vol. 5(1): 7-18.
- KUAN T.F. (2008), *Mindfulness in Early Buddhism: New Approaches through Psychology and Textual Analysis of Pali, Chinese and Sanskrit sources*, Routledge, New York.
- KULKE H. (1992), *The Rājāsūya: a Paradigm of Early State Formation?*, pp. 188-198, in KOLLF D.H.A. “Ritual, State, and History in South Asia. Essays in Honour of JC Heesterman”, Brill, Leiden.
- KÜMMEL M.J. (2020), *Voiceless High Vowels and Syncope in Older Indo-European*, “Italian Journal of Linguistics”, Vol. 32(1): 175-190.
- LESLIE, J. (1999), *The Implications of the Physical Body: Health, Suffering and Karma in Hindu thought*, pp. 23-45, in Hinnells J. R., Porter R. (a cura di), *Religion, Health and Suffering*, Kegan Paul International, London.
- LÉVI-STRAUSS, C. (1964), *Mythologiques – Le Cru et le Cuit*, Plon, Paris.
- MCÉVILLE T. (1981), *An Archaeology of Yoga*, “RES: Anthropology and Aesthetics”, Vol. 1: 44-77.
- MCÉVILLE T. (1993), *The Spinal Serpent*, “Res: Anthropology and Aesthetics”, Vol. 24: 67-77.
- NELSON D.N. (2020), *Vedic govyacchā ‘herdsman’*, 東京大学言語学論集 (eTULIP)= Tokyo University linguistic papers (eTULIP), Vol. 42: e254-e268.
- OBEYESEKERE G. (1989), *The myth of the Human Sacrifice: History, Story and Debate in a Buddhist Chronicle*, “Social Analysis: The International Journal of Social and Cultural Practice”, Vol. 25: 78-93.
- OLIVELLE P. (1993), *The Āśrama System: The History and Hermeneutics of a Religious Institution*, Oxford University Press, Oxford.
- 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. (2005), *Food for Thought: Dietary Rules and Social Organization in Ancient India*, pp. 1000-1026, in OLIVELLE P. (a cura di), *Language, Texts, and Society: Explorations in Ancient Indian Culture and Religion*, Firenze, Firenze University Press.
- OLIVELLE P. (2006), *The Ascetic and the Domestic in Brahmanical Religiosity*, pp. 25-42, in FREIBERGER O. (a cura di) *Asceticism and Its Critics: Historical Accounts and Comparative Perspectives*, Oxford University Press, Oxford.
- OTT M.J. (2004), *Mindfulness Meditation: A Path of Transformation & Healing*, "Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services", Vol. 42(7): 22-29.
- PIZZA G. (2005), *Antropologia medica: saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma.
- POWERS J. (2009 [2012]), *A Bull of a Man: Images of Masculinity, Sex, and the Body in Indian Buddhism*, Harvard University Press, Cambridge (MA).
- POZZI C. (2018), *Decostruire e costruire: il ruolo dell'antropologia nell'interazione tra biomedicina e medicina tradizionale cinese*. Intervento presentato a: "Un'antropologia per capire, per agire, per impegnarsi. La lezione di Tullio Seppilli. Secondo Convegno nazionale della Società Italiana di Antropologia Medica", Perugia, <https://hdl.handle.net/10281/226267> (consultato il 5 giugno 2023).
- RIGOPOULOS A. (2017), *Asceti e termitai. A proposito di Buddhacarita 7, 15*, "Consonanze", Vol. 11(1): 195-215, in *Anantaratanaprabhava Studi in onore di Giuliano Boccali*, Ledizioni.
- 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 C.P. (2022), *A Global History of Buddhism and Medicine*, Columbia University Press, New York.
- 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.
- SCHWABE C.W. (1978), *Cattle, Priests, and Progress in Medicine*, Vol. 4, Minnesota Archive Editions, University of Minnesota, Minneapolis (MN).
- SHARF R.H. (2015), *Is Mindfulness Buddhist? (And Why It Matters)*, "Transcultural Psychiatry", Vol. 52(4): 470-484.
- SHINDE V., WILLIS R.J. (2014), *A New Type of Inscribed Copper Plate from Indus Valley (Harappan) Civilisation*, "Ancient Asia", Vol. 5(1): 1-10.
- SHULMAN E. (2010), *The Sati-Paṭṭhāna-Sutta on Mindfulness, Memory and Liberation*, "History of Religions", Vol. 49(4): 393-420.
- SQUARCINI F., SENESI M. (2006), *Il buddhismo contemporaneo: rappresentazioni, istituzioni, modernità*, Società Editrice Fiorentina, Firenze.
- SQUARCINI F. (2008), *Tradens, traditum, recipiens: studi storici e sociali sull'istituto della tradizione nell'antichità sudasiatica*, Società Editrice Fiorentina, Firenze.
- SQUARCINI F. (2011), *Pāṣaṇḍin, Vaitaṇḍika, Vedanindaka and Nāstika. On Criticism, Dissenters and Polemics and the South Asian Struggle for the Semiotic Primacy of Veridiction*, "Orientalia Suecana", Vol. 60: 101-115.
- SQUARCINI F. (2015), *Patañjali Yogasūtra*, Einaudi, Torino.
- SWEARER D.K. (1973), *Control and Freedom: The Structure of Buddhist Meditation in the Pāli Suttas*, "Philosophy East and West", Vol. 23(4): 435-455.
- TAHERI S. (2012), *The Prototype of Lion In Ancient Iran, Mesopotamia & Egypt*, "Honar-Ha-Ye-Ziba: Honar-Ha-Ye-Tajassomi", Vol. 4(49): pp. 83-93.

TULL H.W. (1996), *The Killing That Is Not Killing: Men, Cattle, and the Origins of Non-Violence ("Ahimsā") in the Vedic Sacrifice*, "Indo-Iranian Journal", Vol. 39(3): 223-244.

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.

WILLIAMS J.M.G., KABAT-ZINN J. (2011), *Mindfulness: Diverse Perspectives on Its Meaning, Origins, and Multiple Applications at the Intersection of Science and Dharma*, "Contemporary Buddhism", Vol. 12 (1).

WILLIAMS S. (2007), *Meditations on Anthropology without an Object: Boulder Hopping in Streams of Consciousness*, "Anthropology of Consciousness", Vol. 18(1): 65-106.

WILTSHIRE M.G. (1990), *Ascetic Figures Before and in Early Buddhism: The Emergence of Gautama as the Buddha*, Mouton de Gruyter.

WUJASTYK D. (2011), *Le Radici dell'Āyurveda*, Adelphi, Milano.

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.

Sistema di abbreviazioni usate

DN: *Dīghanikāya*

MN: *Majjhimanikāya*

SN: *Samyuttanikāya*

AN: *Aṅguttaranikāya*

Snp: *Suttanipāta*

Dhp: *Dhammapādā*

Scheda sull'Autore

Federico Divino (Roma 1995) è dottorando di ricerca in Studi Transculturali all'università di Bergamo e in Scienze Sociali all'università di Anversa. La sua ricerca verte sull'Antropologia delle pratiche contemplative. Si occupa anche di storia e filosofia buddhista, con particolare riferimento alla storia della medicina e dello sviluppo dalla meditazione fino 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 in inter-ateneo con l'università di Padova.

Riassunto

Tra Purezza e Ascesi. Conclusioni sul problema della visione medica nel Buddhismo.

Partendo dal rapporto tra buddhismo e medicina, questo articolo traccia una storia della pratica yogico-meditativa quale dispositivo di terapia del corpo e della mente col tentativo di for-

nire gli strumenti teorici adeguati a un'analisi antropologica delle pratiche contemplative. In particolare, sarà analizzato il rapporto tra queste pratiche e la cultura ascetica, incluse le sue trasformazioni nel tempo e negli ideali, e le implicazioni che quest'ultima ha con i concetti di purezza ed impurità, nonché l'utilizzo di questi termini nel canone pāli e successive elaborazioni teoriche, quale strumento dottrinale che si serviva di metafore mediche per promuovere una terapia delle cognizioni.

Parole chiave: buddhismo, mindfulness, antropologia medica, dukkha, yoga

Resumen

Entre la Pureza y el Ascetismo. Conclusiones sobre el tema de la visión médica en el budismo temprano.

A partir de la relación existente entre el budismo y la medicina, este artículo propone una historia de la práctica yóguico-meditativa como herramienta terapéutica para el cuerpo y la mente, con el fin de proveer las bases teóricas apropiadas para un análisis antropológico de las prácticas contemplativas. Específicamente, se examinará la relación entre estas prácticas y la cultura ascética, incluyendo sus transformaciones a lo largo del tiempo y los ideales, así como las implicaciones que estas últimas tienen en relación a los conceptos de pureza e impureza. Se abordará también el uso de estas nociones en el canon y en posteriores elaboraciones teóricas, como herramientas doctrinales que utilizaron metáforas médicas para promover una terapia de cognición.

Palabras claves: budismo, mindfulness, antropología médica, dukkha, yoga

Résumé

Entre pureté et ascèse: Conclusions sur la vision médicale dans le bouddhisme primitif.

Cet article explore la relation entre le bouddhisme et la médecine, retraçant l'histoire de la pratique yogi-méditative comme outil thérapeutique du corps et de l'esprit. L'objectif est de fournir des outils théoriques adéquats pour une analyse anthropologique des pratiques contemplatives, et plus spécifiquement, de comprendre la relation entre ces pratiques et la culture ascétique, ainsi que leurs transformations au fil du temps et des idéaux. Les implications de ces pratiques sur les concepts de pureté et d'impureté sont également analysées, ainsi que l'utilisation de ces notions dans le canon et les élaborations théoriques ultérieures. Les métaphores médicales sont présentées comme un outil doctrinal pour promouvoir une thérapie des cognitions.

Mots-clés: bouddhisme, mindfulness, anthropologie médicale, dukkha, yoga

I rimorsi della Terra

Leggere Ernesto de Martino tra pandemie, incendi e guerre: un esercizio di immaginazione antropologica

Roberto Beneduce

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

Abstract

The Land's Remorses. Reading Ernesto de Martino in the Time of Pandemics, Fires, and Wars: An Exercise of Anthropological Imagination

Living in times of catastrophes, as Stengers writes, among the ruins of capitalism, as Tsing observes, requires an exercise of anthropological imagination. It is within this horizon that the reading of Ernesto de Martino, and of the unique way in which he intertwined the analysis of cultural and psychopathological apocalyptic, can offer decisive cues for thinking about the risk and the feeling of anguish that loom over our planet today. Starting from the recent re-edition of De Martino's works, some of his major concepts are here connected with other theoretical perspectives which, even if coming from other epistemological regions, nevertheless intend to carry out the same, project: to promote effective responses to the crisis. After all, taking care of territories injured by contamination or voracious extractivism, protecting the beings (human and non-human persons) who inhabit them, fighting against the temptation to abdicate, is the task of every authentic cure, and of culture in its deepest and most profound sense.

Keywords: history's apocalypses, ecology, ethnopsychiatry, institutional dehistoricization

Il ritorno di Ernesto de Martino sulla scena internazionale è un segno da cogliere e l'invito a riprendere i dossier del nostro antropologo per riflettere sul presente. La riedizione in questi anni da parte di Einaudi de *La fine del mondo* (2018), *Morte e pianto rituale* (2021), *Il mondo magico* (2022), e – ultimo – *La terra del rimorso* (2023), è una scelta saggia e puntuale, cui si aggiunge alcuni anni fa quella del secondo libro della sua trilogia meridionale, *Sud e magia*, da parte di Donzelli (2015), che stringe la mano all'imminente traduzione della prima di queste opere in inglese con la prestigiosa

Chicago University Press, grazie all'opera instancabile di Dorothy Zinn, che aveva già tradotto *La terra del rimorso* e *Il mondo magico*¹.

Ciascuno di questi libri ha una storia a sé: a cominciare dal primo, la cui avventura singolare è di vedere la nuova edizione ricavata oggi non da quella originale, curata da Clara Gallini, apparsa una prima volta nel 1977 e ancora nel 2002, sempre per Einaudi (parzialmente rivista e rielaborata da Clara Gallini, che riconosceva in modo autocritico i limiti della prima edizione, e da Marcello Massenzio), ma dall'edizione francese uscita per l'EHESS nel 2016, curata amorevolmente da Giordana Charuty, Daniel Fabre (purtroppo scomparso poco prima della sua pubblicazione) e Marcello Massenzio.

Si tratta di un libro "fantasma" (così lo definiscono i curatori), la cui vita ha nutrito infinite controversie come solo gli spettri sanno fare, fondamentale per cogliere oggi le questioni che interrogano il posto del sapere antropologico e che de Martino poneva profeticamente sessant'anni fa (questioni di metodo, epistemologiche, politiche; questioni relative al rapporto con altri saperi). La nuova versione introduce tagli, scelte, sopprime ripetizioni, introduce nuovi contributi, trasforma il lavoro in un'opera nuova, si potrebbe dire, e conduce il lettore per mano lungo i grandi assi della ricerca demartiniana, ora più visibili e compatti di quanto avesse reso possibile l'edizione del 1977.

Il progetto è esplicitato nella Premessa da Marcello Massenzio, là dove il lettore italiano apprende che, quella proposta, non è la riedizione dell'opera postuma di Ernesto De Martino, pubblicata nel 1977 a cura di Clara Gallini e riproposta successivamente, nel 2002, dall'editore Einaudi. Il testo che il lettore ha davanti agli occhi presenta non pochi elementi di sostanziale novità: esso riproduce l'edizione francese dell'*opus magnum* demartiniano, frutto di un approfondito riesame dei materiali raccolti ed elaborati dall'Autore per tradurre in atto il vasto progetto di ricerca sulle apocalissi culturali. Progetto che il grande antropologo e storico delle religioni napoletano, prematuramente scomparso, non ha potuto portare a compimento ma che, pur nella sua incompiutezza, lascia ben scorgere la solidità dell'impianto metodologico e la ricchezza concettuale che pervade ogni sua parte. In breve, la presente pubblicazione offre al lettore italiano l'opportunità di scoprire e/o riscoprire un'opera in fieri che, a buon diritto, merita di essere annoverata tra i classici del pensiero europeo contemporaneo.

Scrivere su un testo incompiuto, su "un'opera-vita", è d'altronde sempre arduo: un esercizio di responsabilità epistemologica e morale, e una sfida

per chi intenda proporsi di raccoglierne le tracce e farne lievito per il proprio lavoro. Guidati dalle parole dei curatori, i lettori potranno immediatamente riconoscervi la profetica qualità dell'antropologia demartiniana, in grado di immaginare connessioni e domande che in pochi a quell'epoca erano riusciti a formulare in modo così originale ed efficace (a cominciare dal rapporto con la psichiatria e la psicoanalisi, nei territori di quelle alterità – l'inconscio, il sogno – che secondo de Martino – andavano esplorate sistematicamente al pari di quelle tradizionali: il mito, la magia, la vita religiosa).

Come per le altre opere menzionate, anche de *La fine del mondo* (d'ora innanzi LFM) si è detto quasi già tutto², se mai tutto si possa dire di un libro come questo e di un pensiero come quello di De Martino. A noi rimane il compito di farne quello che è: un libro incompiuto, riconoscendovi le originali «articolazioni» (CLIFFORD 2013: 59) e gli intrecci teorici che vi sono suggeriti (i nostri colleghi anglosassoni adorano il termine *entanglements*), articolazioni e intrecci da interrogare e sviluppare con pazienza di fronte alla nostra fine del mondo.

Prendo avvio proprio da LFM, libro postumo, per dire brevemente anche degli altri apparsi negli ultimi tre anni con Einaudi – certo più ragionati e sorvegliati – con l'ambizione di intravedere sentieri che oggi devono essere percorsi in modo nuovo, e riscoperti con urgenza di fronte a un mondo nel quale, nel nostro stanco Occidente, abbiamo la penosa sensazione che “qualcosa” di indefinito stia accadendo, qualcosa che non sappiamo ancora nominare o riconoscere, e che anche da noi *things fall apart* (ACHEBE 1958). Le riflessioni qui presentate non sono d'altronde concepite come letture puntuali di testi autonomi. Rispettando il principio di considerare l'opera di de Martino come quella di una “persona intera”, come lui stesso aveva auspicato, queste note vogliono riprenderne piuttosto l'itinerario in alcuni dei suoi tratti decisivi, e le promesse annunciate dalle ipotesi formulate, avendo come sola guida la comune trama che le unisce. Non è facile in una breve nota come questa. Evocherò pertanto solo tre temi: il motivo della fine del mondo nel dialogo fra de Martino e noi; la centralità del documento psicopatologico nella sua ricerca; il rapporto con la psicoanalisi.

Mi fermo un istante. E provo a immaginare il suo tavolo. Lo vedo sommerso da testi, appunti, riviste, ricoperto dai libri sui quali annotava instancabile le proprie intuizioni immaginando sentieri personalissimi, connessi l'uno all'altro da note aggrappate a questa o quella pagina, e fogli sparsi ovunque, partoriti da una macchina da scrivere esausta. Lo spazio di lavoro

di Ernesto de Martino, nell'anno in cui ci ha lasciati, doveva essere un campo di battaglia in cui si combattevano e si alleavano idee, autori, scritti, ed emergevano temi che pochi scorgevano allora con la stessa urgenza. E che un'ansia ricopriva come un'ombra quelle pagine, a me pare evidente: sta immaginando un'altra antropologia, sta forzandone i confini e lo stile, non molto diversamente da come avrebbe suggerito nel suo esercizio di "immaginazione sociologica" il superbo lavoro di Avery Gordon (GORDON 2022).

Alla sua maniera, come sempre irriverente e coraggiosa, de Martino andava percorrendo ambiti eterogenei che svelano però al lettore attento una segreta coerenza. Come nel testo che apre la raccolta de LFM, e che era stato presentato l'anno prima della morte a un convegno³, dove troviamo – in una successione tematica che ha il tocco della vertigine – i materiali della sua provocazione: riflettere non sul mondo di domani, come il titolo del convegno invitava a fare, ma sulla possibilità che il mondo domani "può finire":

Per un verso il mondo, cioè, la società degli uomini attraversata da valori umani e operabile secondo questi valori, non deve finire [...]; per un altro verso il mondo può finire, e non tanto nel senso naturalistico di una catastrofe cosmica che può distruggere o rendere inabitabile il nostro pianeta terra, ma nel senso che l'intera umanità può annientarsi [...] Se dovessi individuare la nostra epoca nel suo carattere fondamentale, direi che essa vive come forse non mai è accaduto nella storia nella drammatica consapevolezza di questo deve e di questo può: nell'alternativa che il mondo deve continuare ma che può finire, che la vita deve avere un senso ma che può anche perderlo per tutti e per sempre, e che l'uomo, solo l'uomo, porta intera la responsabilità di questo deve e di questo può, non essendo garantito da nessun piano della storia (DE MARTINO 2018: 69-70).

Questa idea dischiude l'evocazione delle diverse "manifestazioni" di quello che per de Martino è la possibile «perdita di senso e di operatività del mondo»: una perdita riconoscibile nelle figure del vissuto schizofrenico, nelle pagine che da Heidegger e Sartre a Lawrence e Moravia dicono il crollo e la "malattia degli oggetti", sino al freudiano "istinto di morte" e al "tramonto" di Spengler, per compiere poi il salto nella storia del suo tempo, nel dolore dei campi di sterminio e dei corpi-fantasma di Hiroshima. De Martino sembra guardarsi indietro e scoprire i modi particolari in cui le memorie e le "patrie culturali" stanno scomparendo: gli accelerati processi migratori, l'angoscia che assedia il pastore di Marcellinara quando l'immagine del campanile a lui familiare scompare alla vista⁴, e poi le danze di possessione ritratte da Jean Rouch ad Accra nell'indimenticabile *Les maîtres fous*, dove i posseduti utilizzavano, in luogo di quelle liturgiche, le nuove

“formule burocratiche” tratte dalla traumatizzante condizione della vita urbana, e i loro disordini e conflitti, «fatti defluire nell’ordine rituale della possessione», potevano ricevere «orizzonte in figurazioni mitiche definite» (DE MARTINO 2018: 75).

Sono poche righe in cui l’affresco demartiniano racconta tutta la potenza del suo progetto: catturare i significati e le forme diverse, infinite, di questo “rischio della fine” che incombe su tutti e su tutto. Persino sull’efficacia dei simboli e dei riti stessi, come aveva osservato in un passaggio decisivo de *La terra del rimorso* (2023), che è importante qui ricordare:

Avevamo ancora nella memoria l’esorcismo musicale visto pochi giorni prima a casa di Maria di Nardò, così ordinato e regolare, così nettamente scandito nei suoi cicli coreutici sempre uguali, così controllato dal ritmo del tamburello e dalla melodia del violino, così drammaticamente impegnato verso l’evocazione e il deflusso di oscure sollecitazioni psichiche mediante la musica, la danza e i colori: *ma ora, davanti ai nostri occhi, non vi era che un intrecciarsi di crisi individuali senza orizzonte, il disordine e il caos*. In cappella non vi erano né la musica, né i nastri colorati, né l’ambiente raccolto del domicilio, né tutto il vario simbolismo messo in moto dall’esorcismo musicale in azione: e in assenza di questo tradizionale dispositivo di evocazione e di deflusso i tarantati naufragavano. Di tanto in tanto sembravano accennare a qualche passo di danza, battendo il ritmo palma contro palma, o addirittura, togliendosi le scarpe, suola contro suola; oppure tentavano per breve tempo di levare canti ora gai e ora melanconici, ritmi di tarantelle e nenie funebri: ma come se si aggrappassero per qualche istante a rottami di un naufragio affioranti sulle onde di un oceano tempestoso, e poi perdessero la presa, essi erano ben presto risommersi dalla crisi incalzante. Le scene che vedevamo dall’alto della nostra tribuna ad audiendum Sacrum ci davano l’impressione delle pietruzze colorate di un caleidoscopio in frantumi, già atte a comporre figure geometriche ma ora non più, inerti abbandoni al suolo, agitazioni psicomotorie incontrollate, atteggiamenti di depressione ansiosa, scatti di furore aggressivo, e ancora archi isterici, lenti spostamenti strisciando sul dorso, abbozzi di passi di danza, tentativi di preghiera, di canti, conati di vomito. Tutto tornava di quanto già avevamo avuto occasione di osservare durante gli esorcismi domiciliari, ma senza nesso dinamico, senza ordine finalistico, come in un palazzo crollato in cui si ritrovano mescolate nelle macerie esattamente le stesse cose che arredavano le stanze quando il palazzo era ancora in piedi. Dominava questa disperata agitazione il grido stilizzato dei tarantati, il grido della crisi, un ahiii variamente modulato, e che meglio si sarebbe detto un guaito che non un grido umano (pp. 112-113; corsivo mio).

Questo passaggio è decisivo per molte ragioni, non solo nelle espressioni scelte con cura: quando l’ordine rituale si decompone in rottami e frammenti, e assenti sono il ritmo musicale, la danza, i colori, anche i protago-

nisti sembrano perdere il loro carattere umano: animali che guaiscono, vermi che strisciano, mentre i sintomi riprendono a dominare (agitazioni, atteggiamenti di depressione ansiosa, archi isterici), non più controllati dal dinamismo “ordinato e regolare” dell’esorcismo musicale che aveva saputo con quegli stessi materiali comporre “figure geometriche”. Al di fuori del tradizionale dispositivo di evocazione e deflusso”, non restava che il naufragio e il caos di crisi individuali. (Il tempo gliene è mancato: ma sono certo che le trame della fine del mondo e del crollo delle tradizioni che andavano scrivendo gli intellettuali e i narratori africani di quegli anni pensando la loro crisi della presenza, il vacillare del loro mondo, lo avrebbe interrogato al pari di Sartre e Moravia. Perché i mondi di Chinua Achebe (1958), Cheick Hamidou Kane (1961), Yambo Ouologuem (1968), il loro e il nostro, avevano conosciuto entrambi il veleno e il morso della situazione coloniale e del razzismo, e le tenebre della Seconda guerra mondiale non erano state solo europee: avevano trascinato nelle trincee della morte tanti africani, gli stessi incontrati da Fanon, e riprodotto, persino in quei solchi di dolore, il dispositivo razziale e coloniale: come per i soldati di Camp Thiaroye⁵).

Torniamo al breve intervento del 1964. Vi ritroviamo tutti o quasi i temi della sua passata ricerca: i modi attraverso cui la crisi della presenza si manifesta; il rito e la sua efficacia, mediata dalla “destorificazione istituzionale”; l’ethos del trascendimento; il magma di una sofferenza psichica da interrogare con categorie storicamente e culturalmente orientate, pena il fallimento dell’incontro clinico e della diagnosi. Quei temi si sarebbero aperti sino a includere la letteratura dell’esistenzialismo, i temi dell’apocalisse cristiana, i movimenti millenaristici, ma soprattutto le inquietudini del suo tempo: la minaccia nucleare sempre più prossima e la consapevolezza che il rischio della fine (di una planetaria perdita della presenza) tornava nuovamente a farsi concreto. Ed è questo intreccio che mi preme qui portare alla luce. Prima voglio però sottolineare ancora una volta l’importanza del dialogo con la letteratura, un dialogo che aggiunge a LFM un ulteriore pregio.

Il progetto demartiniano è certo uno dei primi incontri riusciti fra letteratura e antropologia, e ciò che oggi sembra ovvio e necessario, de Martino lo aveva già visto. Del resto in quegli scritti, quello di Navel in particolare, de Martino non incontra solo un’autobiografia, ma la storia stessa, come sarebbe accaduto per le opere di Cheikh Hamidou Kane (1961), Kossi Efovi (2011), Toni Morrison (1993) o Chimamanda Ngozi Adichie (2008), dove i protagonisti sono ciascuno a modo loro *documenti involontari* di epoche e di vicende particolari. E che de Martino scelga di riprendere, nel corso di

un breve intervento presentato a un convegno, un lungo passaggio di quel raro cristallo della scrittura proletaria che è *Travaux*, pubblicato nel 1945, è una scelta la cui rilevanza va sottolineata. Quello citato è un frammento particolarmente intenso, in cui il corpo-memoria dell'autore rievocava nell'atto di salare la minestra la figura della madre, il gesto quotidiano di quella mano che per una strana magia ritornava ora nella memoria del suo gesto.

La scelta di ricorrere alla scrittura dell'operaio-scrittore Georges Navel (il vero nome era Charles François Victor) per pensare la crisi, il corpo e la memoria è per noi doppiamente preziosa. Nipote di un vignaiolo emigrato in Algeria, figlio di un operaio che aveva lavorato nelle colonie, dall'Indocina al Marocco, Navel sarebbe stato evacuato ragazzo in Algeria dalla Croce Rossa durante la Prima Guerra Mondiale. Tornato in Francia, fa diversi lavori, frequenta i gruppi anarchici, tenta il suicidio, e si sottrae miracolosamente all'arresto per essere renitente alla leva. Decide poi di fuggire in Spagna, nel 1936, con falsi documenti, e raggiunge la colonna anarchica Francisco Ascaso durante la guerra civile.

Navel offre nei suoi romanzi la dolorosa saggezza di chi ha potuto nelle sue stesse membra, e in quelle delle generazioni che l'hanno preceduto, toccare la fine, apprendere la storia e la violenza dello sfruttamento, vivere la tragedia coloniale e l'imprescindibile necessità di lottare contro il fascismo. E l'espressione di un'esistenza nel cui impegno de Martino vede forse la metafora del crollo, della tentazione di abdicare, ma anche della volontà di resistere e di opporvisi. Che de Martino, già attento a registrare ed annotare le voci e le denunce dei braccianti lucani si faccia dalla scrittura operaia di Navel, è un aspetto che non va trascurato: questi corpi-memoria custodiscono una potente coscienza storica del mondo e della crisi, come solo lo è quella degli ultimi. Il riprendere l'autobiografia di Navel suggerisce inoltre un tema fondamentale anche per l'etnografia contemporanea, che al racconto degli individui torna sempre più spesso: non per ridurre la cultura o il mondo a esperienza soggettiva e privata ma, semplicemente, per ricordare che sono le esperienze, le memorie e le parole delle persone a rivelare i modi unici in cui ciascun individuo vive nel corso della sua esistenza gli eventi e la storia globale, la violenza e i soprusi, i mutamenti e le apocalissi.

Negli anni in cui scrive de Martino, il tema della fine del mondo, di un tempo fratturato, è d'altronde largamente presente e morde insistentemente tanto la coscienza comune quanto quella degli intellettuali. Sono in molti

a condividere uno stesso vocabolario, e il comune sentimento di “un mondo che crolla”, come ricorda il titolo dato allo straordinario carteggio di Giovanni Pirelli con i genitori (PIRELLI 1990). Pirelli era nato nell’anno di un’altra apocalisse, il 1918, quando “la spagnola” aveva mietuto oltre 350.000 vite soltanto in Italia. Che abbia trovato la forza di oltrepassare l’orrore della guerra, e impegnarsi negli anni successivi nella lotta anticoloniale, è un’altra felice metafora di come la fine, il dolore⁶ e la ripresa si susseguano ininterrottamente nella nostra esistenza, sempre, imponendoci una domanda: saremo, dopo, ancora gli stessi?⁷ Oggi, a 75 anni da un’altra dolorosa tragedia il cui termine ancora non si intravede, quella della naqba (era il 1948), siamo morsi da un’ulteriore domanda: quante sono le apocalissi? L’elenco va dispiegandosi dinanzi a noi, infinito e monotono, come è accaduto a de Martino (CASES in MASSENZIO 2018: 8), e siamo costretti ad ammettere che non ha molto senso parlarne nei termini di un evento singolare. Come evento, l’apocalisse rimane solo figura testuale. Ma a chi sa scrutare la storia e i suoi segni opachi, la fine è esperienza che sembra ripetersi all’infinito (“la fine del mondo” è sempre “fine del proprio mondo”, scriveva De Martino): nei linciaggi della Luisiana, nelle foreste della Cambogia, sulle colline di Kigali, nelle miniere che seppelliscono i corpi degli ultimi, nelle imbarcazioni dei richiedenti asilo lasciate naufragare, nel fuoco delle foreste, nelle specie che si estinguono con velocità crescente, nei fiumi che esondano dopo essere stati a lungo, invano, imprigionati...

Leggendo Amitav Ghosh (2022) abbiamo un’altra prova di questo susseguirsi ininterrotto di catastrofi: un elenco che solo si allunga non appena cambiamo prospettiva o dilatiamo il compasso del tempo. Quello che accadeva nel 1621 in Indonesia, nell’arcipelago Banda, durante la guerra fra impero britannico e impero olandese per il monopolio dell’esportazione e del commercio della noce moscata e del macis, dovette avere lo stesso carattere di irrimediabile, incomprensibile fine del loro mondo: Mi chiedo – scrive Ghosh –

come ci si senta nel ritrovarsi di fronte a qualcuno che ti dice chiaro e tondo che ha il potere di mettere fine al tuo mondo, e che ha tutta l’intenzione di farlo [...] In breve, nel giro di pochi mesi dalla caduta di quella lampada, i bandanesi, comunità mercantile un tempo orgogliosa e intraprendente, avevano cessato di esistere come popolo. *Il loro mondo era stato annientato in meno di dieci settimane* (GHOSH 2022: 14 e 38; corsivo mio).

Cosa stavano vivendo i bandanesi di fronte al sistematico progetto di occupare, distruggere, deportare, uccidere se non l’apocalisse? Cosa avrebbero vissuto alcuni anni dopo dall’altro lato del mondo gli indiani Pequot, se

non l'apocalisse, allorquando, sullo sfondo della stessa odiosa guerra fra imperi coloniali, i loro villaggi furono ridotti in cenere nel massacro di Mystic, in Connecticut, e persino il loro nome venne vietato?⁸ Ho a tratti la sensazione che de Martino sentisse il dovere faticoso ma imprescindibile di fare un inventario delle apocalissi. Anche Fanon, di fronte alle atrocità della violenza coloniale, aveva utilizzato la nozione di apocalisse⁹ e richiamato nelle sue opere la necessità di fare un "inventario del reale", dei suoi nodi dolorosi, ma come? E perché?

Prima di tornare a de Martino e ai temi delle altre opere qui menzionate, è necessario aprire due parentesi.

La prima: Hiroshima, Nagasaki. Nel 1945, l'immagine dello scoppio della bomba atomica e dei corpi agonizzanti, arsi, uccisi da un semplice sorso d'acqua, segna un passaggio decisivo nella nostra rappresentazione della fine del mondo. L'atrocità dei campi di sterminio aveva messo il mondo di fronte alle astuzie con le quale il male poteva essere programmato, gestito, banalizzato e nascosto. Per Hiroshima e Nagasaki la razionalità nella scelta dei luoghi e la pianificazione dell'attacco, sebbene tutt'altro marginali, perdono rilievo di fronte a un'altra questione. La catastrofe non verrà celata o negata. Al contrario, sarà magnificata nella sua potenza devastatrice. Ma è soprattutto il tempo della devastazione a essere decisivo nella percepita potenza del nuovo dispositivo di morte: solo pochi istanti, qualche minuto, e decine di migliaia di vite, di esseri, di cose, scompaiono. Perché sorprendersi della follia e dei tentativi di suicidio di Claude Eatherly, il pilota che lanciò la bomba? Distrutto dalla potenza del suo gesto (una semplice contrazione dei muscoli della mano aveva ucciso centinaia di migliaia di uomini, cancellato edifici, ponti, cantieri, e ciò che era rimasto – un albero, una fabbrica – sarebbe diventato un monumento, un altare), Eatherly è una figura esemplare di ciò che il Post Traumatic Stress Disorder non riesce ancora a dire. A sorprendere, ricorda Anders nella famosa lettera inviata a Eatherly nel 1959, è piuttosto l'impotente tranquillità dei medici che provavano a curarlo ricordandogli che lui non aveva colpe, o la serenità del suo compagno di missione, Joe Stiborik, che negava la tragica dimensione dell'evento ("solo una bomba più grande").

Pochi furono del resto in quegli anni gli psichiatri statunitensi che provarono a uscire dal crampo diagnostico-classificatorio e avviare una riflessione critica sui temi del disastro nucleare e il ruolo del proprio sapere. Fra le poche eccezioni, Robert Jay Lifton (1987), lo psichiatra del quale in Italia sono noti soprattutto i lavori sui medici nazisti, autore di riflessioni quanto

mai acute su Hiroshima e gli *hibakusha* (le persone esposte agli effetti delle radiazioni) che sopravvissero alla bomba¹⁰.

Anche laddove il tempo di una apocalisse è più lento, facciamo però fatica a credere che la fine possa davvero arrivare, e proviamo ancora a voltare altrove il nostro sguardo per non vedere che la fine del nostro e di altri mondi è davvero possibile, lì, fra noi. Questa resistenza, questo impulso a obliare, ha a che fare – osservava nel 1956 Günther Anders – con la nostra cieca fede nel progresso: ce ne siamo talmente ubriacati che, senza rinunciare alla “speranza escatologica”, come dimostrano le rivoluzioni dei secoli scorsi, abbiamo finito col dimenticare la concreta possibilità che il mondo possa finire (ANDERS 2007). L’incapacità di riconoscere la minaccia delle nuove apocalissi nasce ancora dalla stessa fede nel progresso e dalla stessa ingenua malattia del nostro pensiero?

Queste tracce mi servono per ricordare quello che è probabilmente uno dei nuclei più importanti del progetto teorico di Ernesto de Martino, e riprendere con lui un dialogo che non sia solo filologico per riflettere sulle nostre angosce e i nostri dilemmi, chiedendoci insieme a lui: di fronte alla minaccia della fine, allo scandalo della morte, alla sinistra violenza dell’uomo sull’uomo, gli esseri, le cose, che cosa è possibile fare? Come le società e gli individui (e i non umani, occorre aggiungere d’ora innanzi) hanno saputo riprendere a camminare nella storia, nel mondo? Quando non riescono più a rispondere alla minaccia? L’immagine prima ripresa da *La terra del rimorso* e relativa a Galatina, quando i simboli e la cultura del tarantismo cessavano di essere operanti e i sintomi naufragavano in mute espressioni individuali senza più trovare orizzonte nel dispositivo rituale, è oggi la metafora letterale dell’incapacità della nostra cultura ad agire e curare, in un medesimo gesto, tanto la sofferenza degli uomini (la solostalgia, e quelle crisi di ansia – la sensazione di non riuscire più a respirare, l’impressione di morte imminente, ecc. – che la nostra psichiatria ha provato malamente ad anestetizzare con la formula di “crisi di attacco di panico”) quanto quella degli altri esseri e dell’intero pianeta? Anche la nostra crisi rischia di essere senza *eschaton*? È forse da queste tracce che bisogna provare a ripartire.

De Martino vede i temi apocalittici come il terreno elettivo per il confronto sistematico fra “quattro distinti tipi di documenti”: quello della crisi della società borghese e della sua fine nel discorso marxista; quello relativo all’apocalisse nella tradizione giudaico-cristiana; quello delle religioni storiche, con il suo ciclo di distruzioni e rigenerazioni periodiche; quello,

infine, dei movimenti millenaristici, la cui voce montava in quegli anni sempre più “in collera”¹¹, accompagnata dal tuono della società un tempo colonizzate.

Un simile progetto comparativo rischiava però di sgretolarsi, o essere considerato come illegittimo, tanta l’eterogeneità delle crisi e delle apocalissi di cui intende redigere l’inventario, tanta l’ampiezza degli orizzonti e delle epoche di cui vuol dar conto, soprattutto per quanto concerne le apocalittiche culturali, se non fosse stato possibile offrire un’interpretazione integrata e coerente: «D’altra parte tale confronto riuscirà con tanta maggiore energia a individuare differenze storico-culturali estremamente significative quanto più farà al tempo stesso valere l’esigenza di *una interpretazione unitaria* del tema apocalittico nel suo significato antropologico più generale» (2018: 550; corsivo mio).

Ora questa “interpretazione unitaria” de Martino riesce a pensarla grazie al contributo di un quinto “documento”, di cui a più riprese sottolinea il fondamentale “valore euristico”, quello psicopatologico: «che ci mette in rapporto con *un comune rischio umano di crisi radicale*, rispetto al quale le diverse apocalittiche culturali, comunque atteggiare, si costituiscono tutte i come tentativi, variamente efficaci e produttivi, di mediata reintegrazione in un progetto comunitario di esserci-nel-mondo» (*ibidem*; corsivo mio).

Si tratta di uno snodo decisivo per comprendere il progetto demartiniano e il suo interesse per i dossier clinici, di cui quello del contadino di Berna è il più celebre. Forse, quando venne pubblicata la prima edizione di LFM, pochi seppero comprendere l’importanza di questo caso per la costruzione di una etnopsichiatria autoctona (come suggerisce anche Charuty) e critica, che avrebbe dovuto attendere ancora molto prima di cominciare ad essere riconosciuta o immaginata. Dobbiamo pertanto essere doppiamente grati alla nuova edizione de LFM che offre inedite chiavi di lettura di temi attualissimi e restituisce loro la giusta salienza.

Il programma demartiniano – invocando i contributi dell’etnopsichiatria e della psichiatria transculturale – suggeriva di fatto una critica radicale della psichiatria (è il tempo in cui sembra annunciarsi una stagione feconda nel dialogo fra psichiatria e antropologia, e in de Martino l’incontro con Callieri, sottolineato in tutte le edizioni de LFM, sta a ricordarlo). Contro una psichiatria bloccata dall’ossessione nosografica (è negli anni Cinquanta che veniva pubblicata la prima edizione del DSM) o irretita dalla false promesse delle sue molecole (le stesse, in fondo, ad essere utilizzate da oltre cinquant’anni), de Martino vuole far valere all’interno di una pro-

spettiva storico-culturale il “valore euristico” del sintomo, della malattia, suggerendo che la sofferenza individuale può diventare un prisma epistemologico per cogliere tanto il valore della cultura (delle apocalittiche culturali) quanto il significato di altre apocalissi. Ciò perché nel sintomo opera una verità che non è storica, sociale, culturale, biologica o psichica, privata e interiore, ma tutte queste cose insieme. E da questa premessa che il “documento psicopatologico” può dispiegare il suo ruolo decisivo nel programma dell’etnopsichiatria demartiniana:

Se si vuole illustrare il particolare valore euristico che spetta alle apocalissi psicopatologiche nello studio storico-culturale e antropologico delle apocalissi culturali, viene innanzi tutto in considerazione ciò che abbiamo chiamato l’apocalittica moderna e contemporanea della società borghese in crisi. La elettività di questo punto di partenza, nel quadro di una più vasta ricerca comparativa, è in rapporto al fatto che dell’apocalittica d’oggi possiamo parlare in prima persona, cioè in quanto occidentali e in quanto «borghesi» che vivono e combattono i rischi della loro epoca e che sono partecipi di una storia culturale che quei rischi ha maturati. Ciò comporta la possibilità di utilizzare un documento interno di comprensione che soltanto con minore immediatezza è raggiungibile a proposito di altre apocalittiche culturali, come per esempio quella del protocristianesimo o quelle delle grandi religioni storiche o dei popoli cosiddetti primitivi (DE MARTINO 2018: 523).

La dialettica fra presenza e crisi della presenza, estratta dal lessico heideggeriano e janettiano, aveva trovato in de Martino una feconda riconfigurazione permettendogli di pensare in modo originale la pulsione di morte come il rovescio della prima (e criticare allo stesso tempo l’antropoanalisi di Danilo Cargnello, di cui sottolinea la fragilità quando pensa di «prescindere da valutazioni storico-culturali o etnopsichiatriche»). La crisi della presenza è il riemergere del negativo, il ritrarsi della volontà di essere in una storia umana, contro il quale intervengono le “apocalittiche culturali”. L’analisi dei modi della reintegrazione è una preoccupazione costante del pensiero di De Martino, che guarda all’aspetto più autentico della cultura, quello della cura:

Se la cultura è lotta contro la crisi radicale dell’umano – cioè contro l’amalarsi della mente, come potrà lo storico ricostruire la vita culturale prescindendo dal significato che di volta in volta assume questa lotta e come potrà lo psicopatologo comprendere i suoi malati senza una presa di coscienza sistematica della norma culturale e della sua storia? (DE MARTINO 2018: 200)

Qui l’autore non sembra molto lontano da quanto Eric de Rosny avrebbe suggerito riferendosi al caso specifico delle terapie dei guaritori in Camerun¹².

La necessità di combattere contro la crisi della presenza non è realizzata soltanto dal ricorso alle tecniche del rito: essa traduce la consapevolezza di dover inventare sempre nuove strategie per operare efficacemente nei mutevoli luoghi della crisi. Come ricordano Massenzio nell'introduzione alla nuova edizione de *Il mondo magico* e *Ciavoletta* in un recente e dettagliatissimo lavoro di ricostruzione storica del periodo demartiniano fra il 1943 e il 1945 (CIAVOLELLA 2016; 2018), de Martino non aveva rinunciato a combattere nella resistenza durante gli anni della guerra: anni che gli avevano rivelato che «Tutto, nella vita dello spirito, può essere rimesso in causa». Questa frase richiama la nostra attenzione perché de Martino sembra suggerire la labilità ontologica dell'esserci, che la revocabilità della presenza è la cifra della condizione umana:

Occorre appena avvertire che anche nella nostra civiltà vi sono situazioni «marginali» (cioè estranee al suo carattere individuante) in cui tali forme possono ancora mantenersi ovvero riprodursi, acquistando in dati casi un rilievo anche culturale, sebbene secondario: basterà pensare alle tradizioni magiche ancora vive presso le nostre popolazioni contadine, alla magia dei circoli spiritistici, e a quella che si collega a determinati stati psicopatici, come la psicastenia, la schizofrenia, la paranoia. In tutti questi casi si ha un persistere o un riprodursi, in forma più o meno autentica, dei modi della realtà magica e del correlativo dramma esistenziale, il cui modello è offerto dall'epoca magica. Del resto anche l'uomo colto e «normale» può essere più o meno fuggacemente tocco, nella sua vita quotidiana, da queste realtà arcaiche. *Tutto, nella vita dello spirito, può essere rimesso in causa*, anche quelle conquiste che sembravano messe al riparo da qualunque rischio, e quindi anche la conquista fondamentale di esserci nel mondo. In una situazione di particolari sofferenze e privazioni, nel corso di una guerra, di una carestia, ecc. *l'esserci può non resistere alla tensione eccezionale, e può quindi di nuovo aprirsi al dramma esistenziale magico* (DE MARTINO 2022: 131, nota 89; corsivo mio).

Se questo è il principio della crisi “nella vita dello spirito”, il progetto de LFM sembra voler allargare questa intuizione e guardare ora fuori non solo alle apocalissi ma anche e soprattutto ai contesti in cui “particolari sofferenze e privazioni” hanno nuovamente messo in discussione quanto sembrava garantito, schiudendo nuovamente la porta al “dramma esistenziale”. Non è solo l'efficacia simbolica a interessarlo, come in Lévi-Strauss, quanto i modi attraverso i quali la cultura risponde al dramma della presenza e tenta di ricondurlo all'interno di un “progetto comunitario”. Al progetto di indagare il potere delle immagini, delle metafore e dei simboli de Martino affianca l'urgenza di esplorare ciò che nel mondo magico non è ancora deciso («Nella magia il mondo non è ancora deciso, e la presenza è ancora

impegnata in quest'opera di decisione di sé e del mondo»). Perché è solo la decisione che può risolvere l'angoscia di non esserci e oltrepassare il paralizzante sentimento di una minaccia incombente: ciò che potremmo definire come il nucleo comune di ogni "patologia del divenire", affermando risolutamente l'assenza ma reiterandola anziché subirla (il potere dello *haunting* si potrebbe aggiungere, superiore a quello dell'ontologia). Ecco la geniale cattura di Freud e del suo rocchetto, grazie al quale il bambino controlla la propria angoscia, la crisi della presenza scatenata dall'allontanamento della madre.

La celebre immagine della scala è a questo proposito esemplare, anche a confermare l'anima fotografica della riflessione demartiniana: su uno stesso scalino, il sintomo e il gesto rituale s'incontrano e si assomigliano dando l'impressione, a chi si accontenta di un'istantanea, di avere di fronte a sé due persone colte nello stesso istante e nello stesso agire. La prospettiva diacronica rivela invece un uomo che scende e si allontana dall'ethos comune, e uno che sale, e grazie al rito, alla "destorificazione istituzionale" resa così possibile, riprende il proprio cammino all'interno del suo gruppo: oltre la caduta, oltre la crisi. Per de Martino questo significa che «lo stesso comportamento può apparire nello stesso individuo due volte: *come sintomo di una crisi e come simbolo di reintegrazione* durante il funzionamento regolare di un istituto culturale definito» (DE MARTINO 2018: 205; corsivo mio). Basta ricordare le scene di un culto di possessione per averne la prova. Si tratta di un passaggio che sembra congiungersi direttamente con quanto Lévi-Strauss aveva scritto parlando di quella particolare "scaltrezza" del pensiero selvaggio, una "scaltrezza che noi sottovalutiamo", che sta non nel «negare il divenire storico, ma nell'ammetterlo come una forma senza contenuto» (LÉVI-STRAUSS 1964: 257). La lévi-straussiana "diacronia domata" è senza dubbio il concetto più vicino, sebbene di diversa ispirazione, a quello di "destorificazione istituzionale".

De Martino offre qui un chiasmo epistemico di grande potenza: «il trauma psichico dissocia: cioè dissolve la storicità della presenza [...] Qui sta la destorificazione o la alienazione come rischio» (DE MARTINO 1995: 127; corsivo mio), ma la dissociazione *rituale* (ossia la transe sperimentata nel corso di una crisi di possessione, come nel tarantismo), cura. La ripetizione, quando è semplicemente *subita*, è sintomo ossessivo, abdicazione dell'esserci, ma l'iterazione intenzionale, *decisa*, permette il governo della crisi («La destorificazione istituzionale è la difesa culturale dalla dissociazione traumatica»; quanto a quest'ultima, essa sarà risolta «come iterazione metastorica di uno stesso evento anch'esso metastorico»; [*ibidem*]). L'ana-

lisi demartiniana delle tecniche di destorificazione istituzionale non può essere ripresa in queste note come meriterebbe: in essa sta, evidente, una peculiare e originalissima concezione tanto del tempo storico quanto del tempo soggettivo, che nel rito (e nella crisi) s'intrecciano in un nodo unico, incontrando nel mito un altro chiasmo:

Il mito è parola, e al pari di ogni parola arresta e configura. Tuttavia mentre la parola profana arresta e configura il mondo, il mito dà orizzonte al rischio di perdere la presenza e la stessa possibilità di esserci in un "mondo" [...] Il mito è quindi parola della crisi, cioè *crisi fermata e riaperta al processo di reintegrazione* (ivi: 145; corsivo mio)

Le tecniche di «mediata reintegrazione in un progetto comunitario di eserci-nel-mondo» (DE MARTINO 2018: 550) avevano già conosciuto in *Morte e pianto rituale* una delle letture più dense, ma in quel libro a catturare il lettore è anche la tensione rivolta a cogliere il *ripetersi* delle forme della passione, del dolore, del lamento funebre in epoche e contesti diversissimi (DE MARTINO 2021). Se de Martino avrebbe seguito un analogo proposito ne *La terra del rimorso*, suggerendo "l'affinità di funzioni" fra la possessione nel Salento e nel vodù ad Haiti, fra il tarantismo pugliese e il culto bori in Niger o quello zar in Etiopia, in *Morte e pianto rituale* avremmo visto nelle iscrizioni e nelle immagini trovate sulle tombe di Tebe o in Attica, nei dipinti di Giotto o del Ghirlandaio, e poi ancora nei gesti e nei capelli delle lamentatrici lucane, le stesse, potenti figure del dolore di fronte allo scandalo della morte. È uno straordinario archivio delle passioni umane, che ancora una volta rivela in tutta la loro potenza le tecniche culturali di difesa dal rischio di non esserci, come aveva già osservato de Martino in un brevissimo ma decisivo articolo apparso due anni prima, dove già si coglieva la seduzione esercitata su de Martino dalla magia di Warburg¹³. Perché anche Warburg, scrutando le figure del dolore, e trovandosi sempre di fronte all'immagine del serpente, «quintessenza del dolore umano e della redenzione [...] al quale spetta un capitolo a parte nella filosofia del come se» (WARBURG 1998: 62)¹⁴, non aveva esitato ad affiancare i serpenti di Laocoonte dei Musei Vaticani, quello delle Menadi danzanti in un rilievo neoattico, il serpente di Asclepio dei Musei capitolini a quello dei disegni degli indiani Pueblo...

La potenza di questa magia delle forme, essa stessa ripetizione, è per noi uno dei capitoli più affascinanti del percorso demartiniano, come Masenzio (2022) non manca di ricordare riferendosi alla ricerca dello storico Georges Didi-Huberman. È il concetto di *Nachleben*, "sopravvivenze", centrale in Warburg, a fare da sfondo a questa invisibile ma potente ragnatela

che intreccia memorie, corpi, segni, testi, passioni, documenti, discorsi, una ragnatela lacerata che sperimenta le lacerazioni provocate dai colpi di vento della storia.

Ora però, a guisa di conclusione, e proprio riflettendo sulle innumerevoli tecniche dirette a controllare la crisi della presenza fra coloro che volevano essere guariti ma insieme emanciparsi ed essere riconosciuti soggetti della storia (come ricorda DEI 2023: LII), dobbiamo porci una domanda: quelle tecniche, possono ancora, e con quale grado di efficacia, realizzare quel progetto di “uccisione momentanea della storia” di cui erano strumento ed espressione? Quando la sofferenza e la morte travolgono il pianeta intero, i suoi esseri, e il sentimento di un’apocalisse quotidiana ci afferra alla gola, quando la domanda insonne che abita il nostro pensiero più segreto è quando e come il mondo finirà, dove trovare i presupposti perché la storia sia decisa e non solo subita?

Qui introduco uno scarto, e mi servo di lavori che muovono l’orizzonte di riflessioni fin qui considerato verso altre memorie e altre testimonianze di fine del mondo: quelle dei pescatori della baia di Minamata, intossicati dal mercurio disperso nelle falde acquifere dalla Chisso Company; di coloro che sono stati ammalati dalla Solvay in Toscana, dal carbone di Brindisi o dalle polveri di Taranto (come mostra la recente e densissima ricerca di Jasmine Pisapia; PISAPIA 2022). Come pensare a queste apocalissi e ai loro effetti? De Martino accetterebbe la sfida di sfogliare un tale catalogo infinito, ne sono certo, aggiungendo le pagine in cui Laura Ogden intreccia foto, storie di uomini e castori, racconti di lingue uccise e ghiacciai che si ritraggono nel sud del Cile e dell’Argentina (OGDEN 2021). E analizzerebbe insieme a noi queste ed altre apocalissi, pensando alla singolare capacità che l’uomo ha, malgrado tutto, di passare “da un mondo all’altro” e sopravvivere “alle catastrofi dei suoi mondi” senza smettere di riconoscere alla vita culturale quella misteriosa qualità che è la capacità di coprire “la crisi della presenza” e “i modi dell’assenza”, e ripetere che è proprio questo negativo, “messo a nudo dalla follia”, a dare rilievo all’incessante sforzo che la vita culturale compie (DE MARTINO 2018: 210).

Occorrerebbero pagine e pagine per dispiegare questo pensiero fulminante, secondo il quale la follia rivela, attraverso la catastrofe individuale, l’enorme lavoro realizzato dalla cultura per “coprire” la crisi della presenza. E siamo spinti a chiederci perché de Martino usi qui ripetutamente il termine “coprire”, e perché tale “copertura” identifichi la vita culturale: quasi che quest’ultima abbia il compito non solo di curare ma anche quello

di occultare le proprie fraglie. Forse è qui che il dialogo con i temi contemporanei sulla fine del mondo si fa più serrato, più opaco e più necessario. Anche perché quel sentimento di “mutamento pauroso”¹⁵ non è oggi l’isolata manifestazione dei vissuti schizofrenici, ma un’esperienza epidemica che infesta un tempo dominato da catastrofi sempre più imprevedibili, sempre più difficili da controllare: come per i grandi incendi (*wildfires*) di questi anni, in grado di sfidare persino i più sofisticati modelli matematici (PETRYNA 2022).

La crisi ecologica, l’antropocene o meglio, il capitalocene, sono oggi lo spettro che soffoca e consuma il futuro, le sue possibilità. È a questo orizzonte che voglio guardare in queste conclusioni, intrecciando il contributo demartiniano con prospettive eterogenee, la prima delle quali è la minaccia rappresentata dalla crescente diffusione di un’altra forma di apocalisse psicopatologica: non il delirio di fine del mondo ma il ritiro dal mondo, la fine del progetto comunitario, quali si colgono facilmente in una sindrome come quella *hichikomori*, in Giappone, o *tout court* nel ritiro caratteristico della condizione depressiva.

Mark Fisher ha voluto riprendere i temi della sofferenza sociale e politica ricorrendo al concetto di *hauntology*, forgiato da Derrida giocando sulle parole “ontology” e *hauntology* (la prima riferita a ciò di cui si può dire che esiste, la seconda a ciò che opera paradossalmente a partire dalla sua assenza). La maniera in cui Fisher si appropria di questi concetti sta al centro di un progetto teorico dove si ha però l’impressione di incontrare un’altra diagnosi: che della cultura – il cui importante ruolo nell’oltrepassamento della crisi e nella reintegrazione de Martino aveva sottolineato – mostra invece il rovescio:

Negli ultimi 10-15 anni in particolare, le tecnologie internet e le comunicazioni attraverso i cellulari hanno alterato la struttura dell’esperienza quotidiana al di là di ogni possibile riconoscimento. Tuttavia, forse proprio a causa di questo, c’è la sempre più diffusa impressione che la cultura ha perso la sua capacità di afferrare e articolare il presente. O che, in un senso davvero decisivo, non c’è più nessun presente da afferrare e articolare (FISCHER 2014: 19-20).

Questa impossibilità del riconoscimento, questo sentimento di alterazione dell’esperienza quotidiana e di generalizzata vulnerabilità alla quale i dispositivi mitico-rituali (e la cultura in senso più generale) non sembrano capaci di rispondere, ha dato origine a una copiosissima letteratura dove nuovi concetti stanno emergendo. Per esempio, il concetto di melanconia viene immaginato come utile a contrastare l’egemonia discorsiva della

“depressione”, esemplare metafora della modernità neoliberale e condizione catturata ormai delle lobbies farmaceutiche. Il ritorno di una categoria come quella di melanconia costituisce così uno scarto e un’opposizione: quasi ad evocare la possibilità di un sentimento “deciso” e non “subito”, per riprendere la terminologia demartiniana. Concepita come diffusa “struttura di sentimento” (la formula è di Raymond Williams), la cui caratteristica sarebbe quella di rimanere disciolta e sospesa nel milieu sociale, senza mai sedimentare nell’inchiostro scuro di un sintomo, di una diagnosi, la melanconia è stata immaginata come l’espressione dell’ostinata volontà di non dimenticare ciò è stato confiscato, sottratto, rubato, e così contestare l’ordine egemonico delle cose (i dominanti modelli di successo e di integrazione che hanno falciato in questi ultimi decenni la vita delle classi lavoratrici, in particolare; CRUZ 2018; 2022). D’altro canto, il convergere di tanti lavori sulla condizione delle minoranze (BENEDEUCE 2019; CLARKE KAPLAN 2007; ENG, HAN 2018; MBEMBE 2020) può essere considerato come il segno inequivocabile di quanto sia urgente tornare a pensare alle specificità dell’apocalisse razziale.

Su un altro fronte, l’invito a costruire modelli di “causalità ibrida” (WALKER 2010), una nozione suggerita anche nel lavoro già menzionato di Adriana Petryna, ci spinge a pensare diversamente l’altro dossier: quello dell’incombente catastrofe climatica, e dei segnali che sempre più spesso richiamano la nostra attenzione sulla possibile fine del mondo. Pensare nei termini di una causalità ibrida significa inoltre uscire dai vincoli epistemologici dei modelli scientifici dominanti e accogliere altre interpretazioni, altri saperi: quelli che sono stati a lungo assoggettati e marginalizzati. Si tratta di saperi nutriti dall’immaginario e dalla parola dei miti (Davi Kopenawa, Ailton Krenak, ecc.), da una semiotica capace di decifrare i presagi di una crisi, di una catastrofe, e che sarebbe urgente imparare ad ascoltare: come purtroppo non accadde ai pescatori della baia di Minamata, ai cui racconti di pesci che si comportavano in modo strano, uccelli che precipitavano nel mare o gatti che cominciavano a danzare, nessuno dette molto credito, fino a quando le terribili lesioni nervose provocate dal mercurio disperso nelle falde acquifere dalla Chisso Company avrebbero determinato le loro evidenti e tragiche conseguenze (MICHIKO 1972; WALKER 2010).

I riferimenti potrebbero essere moltiplicati, e il programma di ricerca sulle apocalissi culturali e psicopatologiche trasformarsi nell’invito a non abdicare, a sviluppare una diversa maniera di osservare il mondo (una *art of noticing*, scrive Tsing), a resistere (epistemologicamente, politicamente) fra le rovine di un “capitalismo di cattura”: che trasforma ogni cosa in oggetto, in

beni commercializzabili, anche ciò che non è stato prodotto (TSING 2015). Nella prefazione all'edizione francese del libro, Stengers commenta così questa proposta:

Se [Tsing] pone la questione delle possibilità di vivere nelle rovine del capitalismo, non è perché si colloca in una prospettiva post-capitalista, dal momento che le rovine e i loro funghi sono a questo proposito muti. È piuttosto per difendere questa possibilità contro la mutilazione delle immaginazioni, in particolare quella dei suoi colleghi accademici quando conferiscono alle loro categorie il potere di definire ciò che conta e ciò che non sarebbe altro che aneddoto o parassitario (STENGERS 2017: 27).

È con lo spirito di chi non vuole abdicare che siamo dunque invitati oggi a ripercorrere "l'inquieto" (MASSENZIO 2021) dossier Ernesto De Martino, immaginando strategie epistemologiche e politiche che contribuiscano a curare le odierne "paure di fine del mondo" (DANOWSKI, VIVEIROS DE CASTRO 2017).

Come suggeriscono molti dei lavori citati, di fronte alle catastrofi ambientali, alle malattie provocate dall'industria e i suoi disastri, il sapere antropologico che si vuole erede del sentiero tracciato da de Martino è chiamato a costruire nuove alleanze disciplinari, con tre obiettivi maggiori: non cessare di guardare alla durezza della storia e alle sue violenze; ricordare che i soggetti etnografici non chiedono solo di essere riconosciuti come "soggetti della storia" ma anche come soggetti di sapere; infine, apprendere come diventare «non disponibili alla servitù, alla subordinazione o a vivere sotto condizioni del cui farsi non si è fatto parte e il cui fine è renderti niente o nessuno, o qualcuno utile solo a loro» (GORDON 2022: 12)¹⁶.

Minamata, 31 marzo 2023

Note

⁽¹⁾ Ernesto de Martino, *The Land of Remorse. A Study of Southern Italian Tarantism*, Translated and annotated by D.L. ZINN, Foreword by Vincent Crapanzano, London, Free Association Book, 2005; Ernesto de Martino, *Magic. A Theory from the South*, translated and annotated by D. L. ZINN, Chicago, HAU Books, 2015. La nuova edizione di *Sud e magia* è stata curata da F. Dei e A. Fanelli (*Sud e magia. Edizione speciale con le fotografie originali di F. Pinna, A. Gilardi e A. Martin e con l'aggiunta di altri testi e documenti del cantiere etnologico e lucano*), Firenze, Donzelli, 2015.

⁽²⁾ Cfr., a titolo d'esempio, la discussione apparsa sulla rivista italiana ANUAC ("Ernesto de Martino – La fine del mondo", 10, 2, Dicembre 2021: 49-109). Cfr., sul tarantismo,

Giovanni Piza (2015) nonché l'introduzione di Marcello Massenzio (2023: XII-XXXIII) e Fabio Dei (2023: XXXIV-LII) all'ultima edizione de *La terra del rimorso*.

⁽³⁾ *Il problema della fine del mondo* è il testo presentato a un convegno organizzato da Pietro Prini e pubblicato nel 1964 in P. Prini (a cura di), *Il mondo di domani* (Roma, Abete, 1964, pp. 225-231). Sempre nel 1964 appare il testo riprodotto ora in appendice, "Apocalissi culturali e apocalissi psicopatologiche", pubblicato in *Nuovi Argomenti* (69-71: 105-141). Il 1964 è anche l'anno in cui appare il film di Michelangelo Antonioni *Deserto Rosso*, nel quale ritroviamo intrecciate le figure della crisi psichica (la malattia psichiatrica di cui ha sofferto la protagonista), il destino di incomunicabilità e di solitudine dei personaggi, il vuoto di un mondo borghese che scivola inesorabilmente nell'insignificanza, sullo sfondo delle raffinerie fumanti del Ravennate: efficace metafora, quest'ultima, della modernità industriale e delle sue minacce). Sono grato a Marcello Massenzio per avermi ricordato l'importanza di questo film.

⁽⁴⁾ Imbriani osserva però giustamente che de Martino non chiede all'anziano pastore i veri motivi del suo disagio, che poteva nascere dal non riuscire ad afferrare il segreto progetto di quegli sconosciuti ben più che dall'essersi allontanato dal campanile a lui familiare: esperienza, questa, tutto sommato frequente nella vita di un pastore (Imbriani 2014).

⁽⁵⁾ A Camp Thiaroye si consuma il tristemente noto massacro contro i militari africani che avevano combattuto per la Francia durante la Seconda guerra mondiale e, collocati provvisoriamente nel campo militare di Thiaroye, non lontano da Dakar, avevano osato chiedere la paga loro dovuta e un abito civile prima di tornare a casa. Di fronte al rifiuto delle autorità militari francese, i soldati decisero di non lasciare il campo, come era stato loro ingiunto, se non fossero stati prima pagati. Per il governo francese questo comportamento altro non era che un ammutinamento, le autorità decisero allora l'invio di uomini del Primo reggimento di *tirailleurs* senegalesi e di carri armati che il 1° dicembre 1944, dopo piccole scaramucce, avrebbero ucciso decine (secondo altre testimonianze centinaia) di soldati. Molti di essi furono arrestati e puniti severamente con anni di prigionia. Alcuni di essi morirono in carcere. Ousmane Sembène e Thierno Faty Sow avrebbero realizzato nel 1988 un film su questo evento, reso più tragico dal fatto che furono soldati africani a sparare, ancora una volta, su altri africani.

⁽⁶⁾ «13 Giugno 1943 [...] Un film Luce, ieri sera, riproduceva la scena del rientro di un battaglione della Iulia. In testa al battaglione, subito dietro al comandante, inquadrato come gli alpini, le madri e le mogli dei caduti. La dolorosa fierezza di quei volti... Io mi sentii una morsa nel corpo, sensazione di soffocare nel tentativo vano di gridare... Cos'è, cos'è, questo qualcosa di trascendente alla mente, che con tanta potenza mi assale e mi dà uno spasimo anche fisico, soprattutto fisico?» (PIRELLI 1990: 343).

⁽⁷⁾ Questa, per certi versi, anche la domanda che si poneva Cedric Robinson quando si chiedeva quale condizione potessero sperimentare gli schiavi e i loro discendenti dopo la fine della schiavitù e il *ricoscimento* della loro condizione umana.

⁽⁸⁾ Il resoconto di uno dei responsabili del massacro dei Pequot, John Mason, è eloquente: «Il capitano [Mason stesso] disse dobbiamo bruciarli [...] E l'onnipotente investì i loro spiriti di un tale terrore che schizzavano via da noi e si gettavano tra le fiamme [...] Così adesso erano allo stremo quelli che non molte ore prima si esaltavano nel

loro grande orgoglio. [...] Ma dio era sopra di loro, e rideva con sdegno dei suoi nemici e nemici del suo popolo, e li ridusse a un forno fiammeggiante» (cit. in GHOSH 2022: 32-33).

⁽⁹⁾ «In regola generale, la psichiatria clinica pone i diversi disturbi presentati dai nostri ammalati sotto la rubrica “di psicosi reazionali”. Così facendo, si privilegia l’evento che ha scatenato la malattia benché, qua e là, sia menzionato il ruolo del terreno (la storia psicologica, affettiva e biologica del soggetto) e quello dell’ambiente. Ci sembra che, nei casi presentati qui, l’evento determinante è soprattutto l’atmosfera sanguinosa, spietata, il generalizzarsi di pratiche disumane, l’impressione tenace che ha la gente di assistere ad una vera apocalisse» (FANON 1962: 178).

⁽¹⁰⁾ Lifton riflette sul paradosso epistemologico che attraversa ogni tentativo di riflettere sul *nulla*, perché Hiroshima è il trionfo del nulla, e scriverne è una singolare lotta per mantenere “un senso di continuità” e trovare “un modo per respingere questo destino”. Nel capitolo *Is Hiroshima Our Text?* osserva: «Più un evento è decisivo, meno ha probabilità di essere studiato [...] Con Hiroshima una delle ragioni ha certo a che fare con il dolore e la paura che suscita [...] Ma un’altra ragione di questo rifiuto è la minaccia che esso pone ai nostri presupposti e ai nostri convenzionali stili di ricerca”. Lifton definirà la prima fase della sua ricerca come un immergersi “nel mare dei morti e di coloro che erano sopravvissuti per un soffio” (*sea of dead and near-dead*), l’inizio di ciò che sarebbe diventato un “incontro permanente con la morte”» (LIFTON 1987: 33-40).

⁽¹¹⁾ Faccio riferimento qui al lavoro di Barbara Glowczewski (2004), dove l’autrice discute le strategie degli aborigeni australiani per pensare e resistere, malgrado gli elevatissimi costi sociali e psichici, alla catastrofe dell’incontro coloniale, strategie costruite intrecciando esperienza, corpi, memorie, rocce, sogni e arte.

⁽¹²⁾ De Rosny dice testualmente che è proprio nella cura, nel tempo della guarigione rituale, che cogliamo il senso più autentico della cultura. Scrivendo delle spettacolari performance notturne del suo maestro Din, nganga della città di Douala, scrive: «Essa non cerca di dimostrare l’esistenza di una cultura africana, ma è l’esercizio stesso di questa cultura in una delle sue funzioni principali: la guarigione. *Qui nessuno dà l’impressione di giocare*» (1981: 25; corsivo mio).

⁽¹³⁾ Nel 1956 apparve sulla rivista *Meridione* il breve articolo “Amore e Morte”, dove le tesi essenziali di *Morte e pianto rituale* sono già delineate, e dove ricorrono termini propri del vocabolario di Warburg: “vestigii”, “documenti”, ecc. (DE MARTINO 1956). Cfr. anche Pisapia mette in luce a partire dalla sua densa etnografia a Taranto (2013; 2022).

⁽¹⁴⁾ Superfluo annotare che, accanto alle questioni della ripetizione, del “trauma che dissocia”, della suggerita analogia fra la nozione di “presenza” e quella di “pulsione”, e della relazione fra lutto e melanconia, anche quella del “come se” (delle sue connessioni con la nozione di “destorificazione istituzionale”) è fra i capitoli maggiori del dialogo tra Ernesto de Martino e psicoanalisi freudiana.

⁽¹⁵⁾ Questa espressione è ripresa da de Martino a partire dagli scritti di Sergio Piro e di Francesco Coppola, che in quegli anni andavano esplorando l’esperienza e il sentimento di crollo, di fine del mondo nel vissuto dei pazienti schizofrenici; fu Coppola a

coniare tale espressione (COPPOLA 1991). Un testo fondamentale per la comprensione del “vissuto di fine del mondo”, purtroppo scarsamente ripreso, è quello di Tosquelles (1986), che ne parla in riferimento alla follia di Nerval. La pubblicazione riprende la tesi di medicina discussa dall’autore a Parigi nel 1948.

⁽¹⁶⁾ Qui Avery Gordon (il cui lavoro è finalmente disponibile al lettore italiano nella riuscita traduzione di Consigliere e Rahola), si ispira ai lavori di Cedric Robinson: un altro autore irrinunciabile della nostra agenda di ricerca, della nostra etnopsichiatria.

Bibliografia

- ACHEBE C. (1958), *Things Fall Apart*, William Heinemann Ltd., Portsmouth.
- ANDERS G. (2007 [1956]), *L'uomo è antiquato. Considerazioni sull'anima nell'epoca della seconda rivoluzione industriale*, Bollati Boringhieri, Torino.
- BENEDEUCE R. (2019), *Racial Haunting. A Symptomatic Reading of Suffering*, Conferencia sobre Vínculos e Saúde Mental, Bento Gonçalves, 22-24 agosto 2019 (non pubblicato).
- CIAVOLELLA R. (2016), *L'intellettuale e il popolo dalla crisi morale al riscatto socialista. Ernesto de Martino in Romagna durante la guerra (1943-1945)*, “Nostos”, 1: 151-330.
- CIAVOLELLA R. (2018), *L'etnologo e il popolo di questo mondo. Ernesto de Martino e la Resistenza in Romagna (1943-1945)*, Meltemi, Milano.
- CLARKE KAPLAN S. (2007), *Souls at the Crossroads, Africans on the Water: The Politics of Diasporic Melancholia*, “Callaloo”, Vol. 30(2): 511-526.
- CLIFFORD J. (2013), *Returns. Becoming Indigenous in the Twenty-First Century*, Cambridge, Massachusetts, London, England, Harvard University Press.
- COPPOLA C.F. (1991), *Schizofrenia e mutamento pauroso*, Fidia, Abano Terme.
- CRUZ C. (2018), *Disquieting. Essays on Silence*, Book*hug Press, Toronto.
- CRUZ C. (2022), *Melanconia di classe. Manifesto per la working class*, Blu Antartide, Roma.
- DANOWSKI D., VIVEIROS DE CASTRO E. (2017), *Esiste un mondo a venire? Saggio sulle paure della fine*, nottetempo, Milano.
- DEI F. (2023), *Il tarantismo e il problema della cultura subalterna*, pp. XXXIV-LII, in E. DE MARTINO, *La terra del rimorso. Contributo a una storia religiosa del Sud*, Einaudi, Torino.
- DE MARTINO E. (1995), *Storia e metastoria*, Argo, Lecce.
- DE MARTINO E. (2015), *Sud e Magia*, Donzelli, Roma.
- DE MARTINO E. (2018), *La fine del mondo*, Einaudi, Torino.
- DE MARTINO E. (2021), *Morte e pianto rituale*, Einaudi, Torino.
- DE MARTINO E. (2022), *Il mondo magico*, Einaudi, Torino.
- DE MARTINO E. (2023), *La terra del rimorso*, Einaudi, Torino.
- DE ROSNY E. (1981), *Les yeux de la nuit. Sur les pas des maîtres de la nuit en pays Douala (Cameroun)*, Plon, Paris.
- EFOUI K. (2011), *L'ombre des choses à venir*, Seuil, Paris.

- ENG D. L., HAN S. (2018), *Racial Melancholia, Racial Dissociation. On the Social and Psychic Lives of Asian Americans*, Duke University Press, Durham.
- FANON F. (1962), *I dannati della terra*, Einaudi, Torino.
- FISHER M. (2014), *Ghosts of My Life: Writings on Depression, Hauntology and Lost Futures*, Zero Books, Winchester.
- GHOSH A. (2022), *La maledizione della noce moscata. Parabole per un pianeta in crisi*, Neri Pozza, Verona.
- GLOWCZEWSKI B. (2004), *Rêves en colère. Alliances aborigènes dans le Nord-Ouest australien*, Plon, Paris.
- GORDON A. (2022), *Cose di fantasmi. Haunting e immaginazione sociologica*, DeriveApprodi, Roma.
- KANE C.H. (1961), *L'aventure ambiguë*, Julliard, Paris.
- IMBRIANI E. (2014), *La malattia degli oggetti*, "Palaver", 2: 5-19.
- LIFTON R.J. (1987), *The Future of immortality, and Other Essays for a Nuclear Age*, Basic Books, New York.
- MASSENZIO M. (a cura di) (2023), *Etmologia e pietas storica*, pp. XI-XXXIII, in E. DE MARTINO, *La terra del rimorso. Contributo a una storia religiosa del Sud*, Einaudi, Torino.
- MASSENZIO M. (a cura di) (2022), *Un pensiero inquieto*, pp. VII-LX, in E. DE MARTINO, *Il mondo magico. Prolegomeni a una storia del magismo*, Einaudi, Torino.
- MASSENZIO M. (a cura di) (2021), *L'orizzonte formale del patire*, pp. VII-LXXXVIII, in E. DE MARTINO, *Morte e pianto rituale. Dal lamento funebre antico al pianto di Maria*, Einaudi, Torino.
- MBEMBE A. (2020), *Brutalisme*, La Découverte, Paris.
- MICHIKO I. (1972), *Paradise in the Sea of Sorrow. Our Minamata Disease*, Yamaguchi, Kyoto.
- MORRISON T. (1993), *Amatissima*, Frassinelli, Parma.
- ODGEN L. (2021), *Loss & Wonder at the World's End*, Durham and London, Duke University Press.
- OUOLOGEM Y. (1968), *Devoir de violence*, Seuil, Paris.
- PISAPIA J.C. (2022), *Inscription of Poison. Aesthetics, Remediation, and Environmental Catastrophe in Contemporary Italy's Postindustrial South*, Dissertazione di Dottorato, Columbia University, New York.
- PISAPIA J.C. (2013), *Archives of Pathos. Image and Survival in Ernesto De Martino's interdisciplinary ethnography*, "Visual Ethnography", Vol. 2(1): 1-26.
- PIZZA G. (2015), *Il tarantismo oggi. Antropologia, politica, cultura*. Carocci, Roma.
- PIRELLI G. (1990), *Un mondo che crolla. Lettere 1938-1943*, in TRANFAGLIA N. (a cura di), Rosellina Archinto, Milano.
- STENGERS I. (2017), *Préface*, pp. 5-30, in TSING A.L., *Le champignon de la fin du monde. Sur la possibilité de vivre dans les ruines du capitalisme*, Les empêcheurs de penser en ronde/La Découverte, Paris.
- TOSQUELLES F. (1986), *Le vécu de la fin du monde dans la folie: Le témoignage de Gérard de Nerval*, Toulouse, Editions de l'AREFPPI.
- TSING A.L. (2015), *The Mushroom at the End of the World. On the Possibility of Life in Capitalist Ruins*, Princeton University Press, Princeton.

VARMA S. (2020), *The Occupied Clinic. Militarism and Care in Kashmir*, Duke University Press, Durham.

WALKER B.L. (2010), *Toxic Archipelago. A History of Industrial Disease in Japan*, University of Washington Press, Seattle.

WARBURG A. (1998), *Il rituale del serpente*, Adelphi, Milano.

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

I rimorsi della Terra. Leggere Ernesto de Martino tra pandemie, incendi e guerre: un esercizio di immaginazione antropologica

Vivere al tempo delle catastrofi, come scrive Stengers, *fra le rovine del capitalismo*, come osserva Tsing, impone un esercizio di immaginazione antropologica. È dentro questo orizzonte che la lettura di Ernesto de Martino, e del modo unico in cui ha intrecciato l'analisi delle apocalittiche culturali e di quelle psicopatologiche, può offrire spunti decisivi per pensare il rischio e il sentimento di angoscia che oggi incombono sul nostro pianeta. A partire dalla recente riedizione delle opere demartiniane, alcuni dei suoi maggiori concetti vengono qui messi a confronto con altre prospettive teoriche che, pur all'interno di altre regioni epistemologiche, intendono tuttavia percorrere realizzare lo stesso, irrinunciabile progetto: realizzare efficaci strategie di risposta alla crisi. Dopo tutto, occuparsi di territori feriti da contaminazioni o pratiche estrattive voraci, occuparsi degli esseri (umani e non) che li abitano, lottare contro la tentazione di abdicare, è il compito di ogni cura autentica, e della cultura nel suo senso più profondo e radicale.

Parole chiave: apocalissi della storia, ecologia, etnopsichiatria, destorificazione istituzionale

Resumen

Los remordimientos de la Tierra. Leer a Ernesto de Martino en tiempos de pandemias, incendios y guerras: un ejercicio de imaginación antropológica

Vivir en tiempos de catástrofes, como escribe Stengers, *entre las ruinas del capitalismo*, como observa Tsing, requiere un ejercicio de imaginación antropológica. Es dentro de este horizonte que la lectura de Ernesto de Martino, y de la manera única en que él entrelaza el análisis de la apocalíptica cultural y de la apocalíptica psicopatológica, puede ofrecer pistas decisivas para pensar el riesgo y el sentimiento de angustia que hoy pesan sobre nuestro planeta. A partir de la reciente reedición de los trabajos de Ernesto De Martino, se comparan aquí algunos de sus grandes conceptos con otras perspectivas teóricas que, aunque dentro de otras regiones epistemológicas, quieren llevar a cabo el mismo e imprescindible proyecto: crear estrategias de respuesta a las crisis. Al fin y al cabo, cuidar los territorios heridos por la contaminación o las prácticas extractivas voraces, cuidar de los seres (humanos y no) que los habitan, luchar contra la tentación de abdicar, es tarea de toda auténtica cura, y de la cultura en su sentido lo más profundo y radical.

Palabras clave: apocalipsis de la historia, ecología, etnopsiquiatría, destorificación institucional

Résumé

Les remords de la Terre. Lire Ernesto de Martino au temps de pandémies, incendies et guerres : un exercice d'imagination

Vivre au temps de catastrophes, comme l'écrit Stengers, parmi les ruines du capitalisme, comme l'observe Tsing, requiert un exercice d'imagination anthropologique. C'est dans cet horizon que la lecture d'Ernesto de Martino, et de la manière singulière par laquelle il a conjoint l'analyse des apocalyptiques culturelles et des apocalyptiques psychopathologiques, peut suggérer des pistes pour penser les risques et le sentiment d'angoisse qui pèsent aujourd'hui sur notre planète. A partir de la récente réédition des travaux d'Ernesto De Martino, certains de ses concepts majeurs sont ici confrontés à d'autres perspectives théoriques qui, même si provenant d'autres régions épistémologiques, entendent pourtant mener à bien le même projet : activer des stratégies efficaces de réponse à la crise. Après tout, prendre soin des territoires blessés par la contamination ou de pratiques d'extraction voraces, prendre soin des êtres (humains ou non) qui les habitent, lutter contre la tentation d'abdiquer, est la tâche de chaque cure authentique, et de la culture dans son sens le plus profond et le plus radical.

Mots-clés: apocalypses de l'histoire, écologie, ethnopsychiatrie, déhistoricisation institutionnelle

L'antropologia tra politiche e pratiche del welfare state

Roberta Bonetti

Università di Bologna
[roberta.bonetti3@unibo.it]

Abstract

The Anthropology of Policies and Practices within the Welfare State in Italy

The two books, *Antropologia del welfare. La cultura dei diritti sociali in Italia* (2022), by Valentina Porcellana; and *Pensare un'antropologia del welfare. Etnografie dello Stato Sociale in Italia* (2022), edited by Luca Rimoldi and Giacomo Pozzi, aim to explore from an anthropological perspective, the complexities and contradictions of the welfare state, highlighting how the State is not an exogenous and monolithic entity, but an articulation of culturally and historically determined everyday practices that have profoundly transformed the collective imagination, producing new expectations, representations, rights and services. Ethnography, valuable for its cognitive purposes, allows us to delve into the meanders of bureaucratic, governmental and institutional edifices, revealing the power devices that structure social space.

Keywords: welfare state, ethnography, anthropology, public and private institutions

Se ad oggi, come dai più è sostenuto, non esiste una branca specifica della disciplina nota come “antropologia del *welfare*”, possiamo però dire che antropologi e antropologhe hanno lavorato e continuano a lavorare su temi ad esso connessi in diversi ambiti. In Italia, gli antropologi hanno una lunga storia di impegno in questo campo, nell'esplorare pratiche e rappresentazioni del *welfare*, e analizzando come le sue politiche vengono implementate e vissute dalle persone. Come sostenuto da Alberto Maria Sobrero, nel nostro Paese possiamo parlare di un'antropologia *nel welfare* piuttosto che *del welfare*, poiché gli antropologi anziché studiare il *welfare* come oggetto a sé stante, hanno lavorato *nel* contesto delle sue politiche come parte integrante della vita sociale e culturale (Sobrero in RIMOLDI, POZZI 2022: 38).

La transizione da un intervento universale destinato a tutti i cittadini a un intervento rivolto a pochi ha di recente attirato l'attenzione dell'antropologia sul *welfare* come specifico ambito tematico. Proprio lo "stato" del *welfare state* nel produrre confini multipli, mutevoli e contestati di inclusione ed esclusione è quanto richiede un'attenta analisi etnografica. L'etnografia, rispetto ad altri tipi di analisi, si rivela particolarmente preziosa non solo per le sue finalità conoscitive ma anche per il suo potenziale di modificare il senso comune e le concezioni della vita sociale. Ci consente, inoltre, pur con tutte le difficoltà del caso, di addentrarci nei meandri degli edifici burocratici, di governo e istituzionali svelando «quei dispositivi in cui si sostanziano i rapporti di potere che strutturano lo spazio sociale» (Capello in RIMOLDI, POZZI 2022: 83).

In questa prospettiva, due volumi usciti pressoché in contemporanea (2022) come la monografia di Valentina Porcellana *Antropologia del welfare. La cultura dei diritti sociali in Italia* e la curatela di Luca Rimoldi e Giacomo Pozzi *Pensare un'antropologia del welfare. Etnografie dello Stato Sociale in Italia*, si propongono di esplorare le complessità e le contraddizioni del *welfare*, evidenziando come lo Stato non sia un'entità esogena e monolitica, ma un'articolazione di pratiche quotidiane che hanno profondamente trasformato l'immaginario collettivo, producendo nuove aspettative, rappresentazioni, diritti e servizi. Senza pretesa di esaustività, entrambi i lavori forniscono una prospettiva unica e preziosa per comprendere il tema in tutta la sua complessità e contraddittorietà, mostrando come la disciplina possa contribuire criticamente alla comprensione e alla costruzione delle politiche e delle pratiche del *welfare*. Inoltre, poiché lo Stato come qualsiasi altra istituzione pubblica o privata si compone di persone, l'antropologia ha la possibilità, oltreché metodi e strumenti, di cogliere ruoli e posizioni dei diversi soggetti che fanno e/o non fanno lo stato del benessere sociale.

Ma chi sono le persone e le realtà pubbliche e private che si trovano negli interstizi dei nuovi accordi tra Stato, mercato e nuove forme di servizi? E come si muovono questi soggetti tra i diversi ambiti ed esigenze? Quale ruolo rivendicano o negoziano antropologi e antropologhe nel fare luce sulle dinamiche del *welfare* attraverso le loro etnografie? E quale contributo conoscitivo, metodologico e applicativo può dare l'antropologia per la progettazione e implementazione delle sue politiche?

Attraverso le lenti dell'etnografia, i saggi che compongono i volumi ci consentono di esplorare in profondità il *welfare* italiano, comprendendo come le persone siano una "unità di misura" delle relazioni sociali in cui

sono coinvolte, analizzando criticamente la condizione del *welfare* e come lo Stato stia assumendo sempre più un ruolo di mediazione nei servizi, permettendo alle organizzazioni private e al terzo settore di assumere un ruolo guida. Ciò ha portato a relazioni sempre più complesse tra i diversi soggetti che richiedono l'intervento di "nuovi esperti" tra i quali operatori, consulenti e volontari, che sappiano mediare e tradurre saperi e linguaggi tra istituzioni e attori diversi, compresi i cittadini più emarginati e le complesse burocrazie. Inoltre, l'aumento dei servizi privati e del terzo settore nel *welfare* sta facendo sì che gli antropologi assumano un ruolo sempre più importante come intermediari tra istituzioni e cittadini, soprattutto in contesti emarginati dove i beni e i servizi di base sono di difficile accesso.

Il lavoro di Porcellana, nel ripercorrere alcuni momenti cruciali della storia sociale e culturale italiana, esamina criticamente il passaggio da un modello di autorità statale che promuove il benessere dei cittadini a uno basato sulle politiche securitarie che ha ampliato le disuguaglianze economiche e ha esposto un numero crescente di persone a processi di marginalizzazione economica e politica (p. 15).

Tale esplorazione non viene effettuata attraverso una comparazione di casi etnografici, ma attraverso una rilettura di diversi studi e contributi antropologici che hanno caratterizzato il contesto italiano e che hanno saputo cogliere elementi culturali che compongono il sistema sociale e culturale del Paese. Una lettura, scrive Porcellana, che sappia tenere insieme diversi piani di analisi e giochi di scala (p. 21). Le etnografie mostrano come i cambiamenti demografici, l'innalzamento dell'età media, le conseguenze sociali e sanitarie della crescente crisi economica, si collegano alle nuove forme di organizzazione familiare, alla riduzione delle risorse destinate al *welfare*, all'organizzazione dell'assistenza e dei compiti di cura. Lo Stato, inoltre, non è solo un prodotto di elementi discorsivi, simbolici e culturali, ma anche burocratici, amministrativi e giuridici (p. 17) che diventano le «facce pubbliche del welfare e delle politiche» e al contempo lo «scudo» dietro cui spesso si nascondono i funzionari delle istituzioni (p. 18).

Le politiche del *welfare* (famiglia, lavoro, salute, migrazione, casa, istruzione e formazione) sono i temi che organizzano il discorso e le diverse sezioni del libro. Nella prima, *Antropologia e welfare state*, si delinea il profilo di un mercato sociale italiano basato su relazioni di reciprocità e economie del dono. Benché esso sia divenuto un'alternativa etica e politica al *welfare state* sempre più debole, al tempo stesso può alimentare forme di privatismo e conflitto di interessi tra le diverse parti coinvolte. In sintesi, lo Stato

si rivolge al privato sociale e all'associazionismo per adempiere compiti che non può o non vuole più assolvere. Gli antropologi hanno evidenziato i limiti e i rischi di questo principio di delega sottolineando come esso possa coincidere con l'aumento dei discorsi securitari e il rischio di rimanere intrappolati nella retorica dell'assenza dello Stato senza svelarne le forme specifiche e non di rado occulte della sua presenza (p. 27). Inoltre, il concetto di responsabilizzazione e colpevolizzazione nel nuovo modello assistenziale indica che c'è una tendenza ad attribuire la responsabilità delle disuguaglianze sociali agli individui, anziché identificare gli elementi strutturali che sono alla base di questi problemi (p. 31).

Il modello di protezione sociale italiano descritto nel capitolo *Culture del welfare* come «conservatore-corporativo» (p. 43) è stato definito, più di recente, anche come «mediterraneo» o «familista» (pp. 50-51). Esso tende a privilegiare i lavoratori dipendenti e i loro familiari, e a escludere le categorie sociali più vulnerabili. L'Autrice, attraverso il confronto con altri modelli di welfare, evidenzia le caratteristiche distintive del modello italiano e permette di comprendere meglio i suoi limiti e potenzialità.

Il tema della famiglia e delle forme di parentela rappresenta un altro punto cruciale nella riflessione sull'antropologia del *welfare* e della cura. Lo stato previdenziale italiano, nonostante la sua importanza, attribuisce poco peso economico e poca attenzione alle politiche per la famiglia, causando disuguaglianze interne ad essa: si protegge chi lavora ma non chi è disoccupato e, nonostante ciò, si delega alla famiglia una grande responsabilità in tema di distribuzione delle risorse. Nella sezione *Il ruolo della famiglia*, si sottolinea la condizione plurale delle sue forme da tempo presenti sul suolo italiano, così come sono molteplici i ruoli e le pratiche che la caratterizzano e a cui la Chiesa e lo Stato con i suoi apparati burocratici e normativi faticano a adeguarsi. Le ricerche antropologiche permettono di osservare gli esiti di fenomeni sociali come i nuovi modi di «fare famiglia» e l'instabilità coniugale, nonché le dinamiche di obbligazione intergenerazionale e gli sviluppi delle tecnologie per la procreazione medicalmente assistita (pp. 66-67). Sempre in questo settore di studi, l'etnografia fa emergere il *welfare* nascosto tra le mura domestiche (p. 79) evidenziando la rete di rapporti che legano la disabilità, la precarietà economica e le trasformazioni della famiglia che intrappola soprattutto donne e figlie in compiti di cura gravosi e non di rado indesiderati (p. 78). La famiglia ci permette di entrare negli aspetti relativi *al lavoro*, altra sezione del volume, che analizza i cambiamenti di questo mercato e dei lavoratori, tra cui il lavoro nero, la mobilità e la migrazione, il lavoro domestico e di cura, il ruolo di genere

e la disoccupazione descritta dall'Autrice come "fatto sociale totale" che influenza tutti gli aspetti della vita di una persona, privati e sociali (p. 99). La distinzione tra poveri «meritevoli» e «non meritevoli» è spesso utilizzata per giustificare e legittimare i tagli al *welfare* e mantenere gli equilibri sociali ed economici (p. 111). In tale cornice, il passaggio dal *welfare* al *workfare* prevede l'utilizzo temporaneo di disoccupati e lavoratori in esubero per lavori di pubblica utilità (p. 112), e ciò può essere visto come una forma di punizione per i poveri dove il paternalismo da un lato e l'enfasi moralizzante sul merito dall'altro, non sono che l'effetto collaterale dei sistemi di consulenza minacciati dai tagli. L'etnografia permette di analizzare come queste politiche vengono attuate e come i destinatari negoziano, non di rado in condizioni umilianti, la loro condizione lavorativa.

Nella sezione *La tutela della salute*, si evidenziano i modi in cui il processo di regionalizzazione e aziendalizzazione della sanità ha determinato un distacco del sistema sanitario dagli altri sistemi di assistenza e protezione sociale causando un aumento delle disparità territoriali (pp. 119-120). Le diverse etnografie condotte nei servizi hanno saputo mostrare come diverse percezioni e rappresentazioni della malattia rendono «complesso il rapporto tra medici, personale sanitario e pazienti, ciascuno portatore di una 'cultura' propria, sociale, organizzativa» (p. 123) e dove la medicalizzazione ha ridotto il fenomeno dalla malattia a una questione puramente individuale distogliendo l'attenzione dalle sue forme costitutive storiche e sociali. Nella sanità, la presenza di pazienti stranieri ha permesso di svelare stereotipi e questioni cruciali al di là di ogni provenienza geografica e culturale, ma anche paradossi, carenze legislative e strutturali, contraddizioni e debolezze dei servizi sociosanitari, interrogandoli sulle modalità di accesso e di gestione, in considerazione delle soggettività e delle esperienze multiformi dei vissuti di ognuno (p. 126).

Proprio le *politiche migratorie* in Italia hanno rivelato le lacune di una gestione emergenziale e poco pianificata dei flussi, il cui esito è una gestione contraddittoria tra istanze securitarie e umanitarie e con grandi differenze di trattamento nell'accesso ai diritti e alle risorse in base ai territori e allo status di cittadinanza delle persone (p. 162). I luoghi di violenza, in cui le persone vengono detenute per periodi variabili, rispondono a un sistema di delega, privatizzazione e profitto che interrogano gli antropologi sia sulle dinamiche e contraddizioni del sistema sia dal punto di vista etico sul tema del volontariato e del terzo settore (p. 160). Antropologi che si sono occupati di politiche migratorie possono posizionarsi in modo critico-politico per contribuire agli apparati giuridici socioassistenziali nella

comprensione delle trasformazioni del sistema sociale causate dall'immigrazione. Altra questione di rilevanza antropologica, non ancora risolta, è la cittadinanza che in Italia continua a fondarsi sullo *ius sanguinis*. Si tratta di una retorica identitaria che ha una ricaduta pesante sui diritti degli immigrati e delle nuove generazioni che vengono definite attraverso le categorie di pensiero tipiche del paese in cui immigrano. Così, anziché considerare la migrazione una risorsa e un diritto universale, la questione resta un problema di ordine pubblico (pp. 163-164).

Come i problemi di salute si aggravano ulteriormente in condizioni di precarietà abitativa, intaccando le risorse psicofisiche di persone anche in giovane età così, per molti stranieri, l'accesso alla casa rappresenta uno dei primi e maggiori problemi di inserimento nel nuovo Paese.

Nella sezione *Il diritto della casa*, Porcellana discute approfonditamente delle politiche abitative considerate da decenni il "diritto dimenticato" del *welfare state* italiano (p. 167). Dal dopoguerra, il mercato della casa in Italia ha vissuto la scarsa incidenza dell'intervento pubblico determinando, a partire dagli anni Sessanta e Settanta, azioni collettive per la sua rivendicazione. La denuncia della diminuzione degli investimenti nella sfera pubblica, a favore delle politiche di privatizzazione di settori tradizionalmente affidati alla competenza statale, è stata accompagnata da pratiche di occupazione di edifici non destinati a uso abitativo come atto politico (p. 172). L'etnografia ha potuto cogliere e descrivere nelle sue diverse forme alcune esperienze di resistenza e di azione creativa delle persone per il diritto pubblico di accesso alla casa.

Letto in chiave intersezionale, il tema della casa fa emergere la disparità di genere, le questioni della nazionalità e dell'accesso al lavoro rese ancora più evidenti con la pandemia da Covid-19 (p. 174). Come sostiene Porcellana, occuparsi di politiche abitative significa porre la questione non solo in termini materiali ma anche simbolici: se la casa è sinonimo di capacità di avere una rete di relazioni stabile, i "senza dimora" sono soggetti alla questione morale poiché, nell'opinione comune, sono coloro che non hanno saputo mantenere l'impegno di reciprocità a cui erano tenuti essendo esterni al lavoro salariato e al mondo della riproduzione. «Per un'ampia fascia di popolazione in condizione di grave povertà, non sono previste 'case', se non all'interno di specifiche sperimentazioni e progetti di singole amministrazioni» (p. 182) e senza il coinvolgimento diretto delle persone. Fa eccezione il modello *housing first*, sperimentato in molte città italiane a partire dal 2014 che «propone un cambiamento di paradigma ricono-

scendo la casa come diritto fondamentale e non come elemento premiale alla fine di un percorso riabilitativo» (p. 188). Si tratta comunque di un passaggio delicato, soprattutto per coloro che hanno vissuto a lungo la condizione della strada, in quanto riguarda le reti di prossimità e la riconfigurazione del proprio tempo e spazio di vita. Come sottolinea Porcellana, tutto ciò presuppone una attenzione maggiormente consapevole sul tema della casa, sia da parte dei ricercatori sia da parte degli operatori sociali impegnati nei percorsi di accompagnamento all'abitare (pp. 188-190).

Nell'ultima sezione *Istruzione e formazione*, la selezione di alcune etnografie restituisce un quadro di alcune delle richieste e delle trasformazioni avvenute nella scuola, sino a quelle più recenti operate dalla didattica a distanza. La sezione mostra, sinteticamente, opportunità, risorse e criticità dei servizi scolastici, nonché i rischi connessi alla medicalizzazione delle istituzioni educative e ai modi di transizione dalla formazione al mondo del lavoro, dell'apprendistato e dei percorsi professionalizzanti. L'antropologia è fondamentale per l'apporto che può dare alle istituzioni pubbliche e private, nelle politiche educative e nell'affrontare il tema della diversità culturale, creando nuove opportunità di incontro tra persone per storie di vita, genere, provenienza e classe sociale. Nonostante l'ingresso dell'antropologo a scuola possa risultare complesso, proprio questa istituzione, come fondamento dei processi di socializzazione e apprendimento, interpella l'antropologo sulla dimensione applicata dell'antropologia e sulle pratiche educative. L'interesse degli ultimi trent'anni scaturito in diversi ambiti disciplinari nei confronti del mondo dell'istruzione e della formazione più in generale, ha riguardato molti altri campi che attendono di essere esplorati dagli antropologi. Pensiamo, solo per fare un esempio, all'ambito della pianificazione urbanistica che interseca la ricerca antropologica nell'analisi del rapporto tra infanzia e territorio.

Rimoldi e Pozzi, nel loro volume, esplorano il concetto di *welfare state* da una prospettiva diacronica e «privilegiando una analisi che proceda dal basso verso l'alto» (p. 28). Il lavoro ha principalmente due obiettivi. Da un lato, attraverso una varietà di casi, si propone di mostrare «le trasformazioni, le ambiguità, le processualità che abitano l'intervento statale nella promozione del benessere individuale e collettivo», dall'altro, «intende mettere in luce il contributo che l'etnografia può fornire all'analisi delle pratiche, delle politiche e delle rappresentazioni del welfare» (p. 27). A tal fine, i curatori utilizzano etnografie già esistenti, chiedendo ai ricercatori e alle ricercatrici di rileggerle attraverso le lenti del *welfare*. Gli Autori e le Autrici dei saggi evidenziano come il *welfare state* sia non soltanto una

formazione politico-economica ma anche morale che crea confini di inclusione ed esclusione attraverso una varietà di attori, funzionari, burocrazie ed istituzioni. Il lavoro offre una visione complessa e articolata sullo stato attuale del *welfare state*, analizzando gli effetti delle politiche di austerità e della riconfigurazione delle relazioni tra Stato e mercato sulla logica del consenso. Da un periodo di forte sostegno e finanziamento dello Stato, visto come pianificatore ed esecutore di programmi di vera e propria ingegneria sociale, alla messa in discussione delle responsabilità assistenziali dello Stato di oggi, il cambiamento nell'erogazione dei servizi pubblici è sia ideologico sia procedurale: anche qui l'etnografia ci consente di cogliere come il *welfare state* sta cambiando, non solo attraverso una riduzione del suo ruolo ma anche attraverso una riconfigurazione complessa e articolata tra mercato, terzo settore e istituzioni pubbliche.

I saggi rendono conto della complessità del *welfare* nella sua dimensione tematico-analitica, tuttavia, gli Autori e le Autrici mettono in guardia sulla difficoltà di classificare i casi in base a temi specifici, poiché le questioni del welfare tendono a convergere in "cluster" di problemi interconnessi.

Il saggio di Carlo Capello mostra come i problemi del debito, della formazione e dei titoli di studio si intersechino con questioni come la disoccupazione e l'alloggio. La crisi economica del 2008, e il crollo immobiliare globale, hanno dimostrato che i bisogni di assistenza non riguardano solo i poveri e gli esclusi, ma anche ampie fasce di classe media e di persone non più giovani, in condizioni precarie. Capello sottolinea come le intenzioni redistributive siano rese sempre più difficili dai tagli ai finanziamenti e dagli effetti negativi dei regimi di *austerity* che intaccano il cuore del *welfare*, rendendo le persone "espropriabili" (DAVEY 2016 in KOCH, JAMES 2022: 3). L'Autore si concentra sui significati della «espulsione della forza-lavoro eccedente» (p. 86) di persone di non più giovane età e su come questo si collega a questioni sociali e ai processi di frammentazione delle periferie urbane. Studiare, in condizione di prossimità, le esperienze della perdita e ricerca di lavoro è anche un modo per ricostruire una rappresentazione della città al di là delle sue retoriche di città globale in dinamico cambiamento. Infine, denuncia la sua difficoltà a collaborare con le istituzioni governative che si occupano della ricerca del lavoro a Torino a causa della loro «connaturata tendenza a nascondersi in piena luce» (p. 84).

Il saggio di Giuliana Sanò esplora le esperienze della perdita e della ricerca di lavoro e della condizione di liminale attesa dei disoccupati, utilizzando come punto di partenza le osservazioni maturate nelle sue indagini nel

Meridione d'Italia, in particolare nel lavoro agricolo e nella traiettoria lavorativa di persone fuoriuscite dai circuiti di accoglienza. Attraverso un'analisi puntuale e di prossimità, l'Autrice utilizza una prospettiva performativa per cogliere la relazione tra individui, istituzioni, territori e sistema di *welfare*, mettendo in luce come le pratiche di contro-narrazione messe in atto dai soggetti coinvolti smascherino le istanze istituzionali nel loro tentativo di spolicizzare le forme e le pratiche di socializzazione dei soggetti.

Manuela Vinai, grazie a una lunga esperienza di lavoro, durata sette anni, in provincia di Biella, presso uno "sportello di accoglienza del cittadino" e, in seguito, nella valutazione del mandato dello "Sportello Casa", ha potuto maturare uno sguardo e una pratica esperta per restituire, con una solida auto etnografia riflessiva, l'esperienza dei servizi dall'interno, sia dal punto di vista delle persone che hanno fatto uso del servizio, sia attraverso le pratiche dei suoi operatori di cui lei stessa, in prima persona, è stata rappresentante. Un dialogo tra "noi e loro", con l'ausilio di differenti tecniche di ricerca, ha potuto beneficiare «delle relazioni di fiducia costruite negli anni precedenti e della familiarità acquisita con le problematiche delle persone che si rivolgono ai servizi» (p. 136). La "presa in carico" di tante storie durante gli anni di sportello unico le ha consentito di «entrare in sintonia con le persone intervistate nella ricerca sul tema della casa» (p. 144) ascoltando, con particolare sensibilità, le emozioni dei suoi interlocutori mentre, a livello delle pratiche, è stato un utile esercizio di analisi per cogliere le differenze della loro relazione a contatto con gli operatori/consulenti. La sua lunga esperienza dall'interno del servizio, oltre ad accrescere consapevolezza del suo funzionamento, ha reso possibile porre l'analisi etnografica al servizio di un suo miglioramento per andare, come indica il titolo del saggio, *oltre lo sportello* al fine di incidere concretamente nelle azioni e nelle politiche abitative (p. 140).

Come Vinai, Davide Biffi analizza il suo campo di indagine dal duplice ruolo e posizionamento di ricercatore e di operatore impiegato in un servizio per richiedenti asilo e rifugiati nella città di Milano. Facendo ricorso al concetto di vulnerabilità applicato ai servizi sociosanitari, il suo contributo ci pone in condizione di prossimità con le difficoltà dell'accesso al diritto alla salute dei rifugiati, in particolare della salute mentale, e ci mostra come tale concetto tenda ad essere tradotto e in parte tradito dall'uso che ne fanno gli operatori, nel momento stesso in cui, nell'essenzializzare i soggetti, ne trascurano le loro storie e traiettorie di vita. Al contempo, si evidenziano criticità e ambiguità nelle azioni dei servizi, laddove la vulnerabilità, se da un lato riduce il soggetto alla categoria di "fragile e bisognoso"

dall'altro, proprio la riproduzione di tale stereotipo sociale, pare essere l'unica via che, guidata dalle "buone intenzioni" degli operatori, serve a rivendicare l'ottenimento di diritti che diversamente sarebbero negati, e permettere così l'accesso degli assistiti alle prestazioni sociosanitarie (p. 163).

In questi casi, la riduzione dei fondi pubblici per l'aiuto e l'assistenza ha portato da un lato a un aumento delle persone che ne hanno bisogno e, dall'altro, all'entrata di nuovi attori per compensare la mancanza del sostegno.

In ogni caso, l'"etica della cura" (HELD 2006) rimane al centro del lavoro svolto dagli operatori. La cura orienta la distribuzione e la (cattiva) allocazione delle risorse e quindi diventa un nodo centrale e critico per la governance tra gruppi sociali diversi. Alcune volte, le agenzie private possono mediare tra lo Stato e le persone, permettendo politiche escludenti e creando nuove forme di disuguaglianza, mentre il ritorno di forme paternalistiche di carità attraverso il lavoro di consulenza indica una ricostituzione della moralità della povertà.

In tale prospettiva, il saggio di Sabrina Tosi Cambini esplora il rapporto tra operatori/assistenti sociali e le persone che richiedono assistenza e cura. L'Autrice mostra come le logiche dominanti siano contestate e riprodotte attraverso diverse istituzioni e richieste etiche in competizione tra loro.

Le etnografie dimostrano che la relazione tra austerità e assistenza è complessa e non univoca. Da un lato, il lavoro degli operatori può essere visto come la legittimazione delle politiche dell'austerità e dei tagli al settore pubblico. Dall'altro, quando i consulenti colmano i "vuoti" nei servizi sociali, possono anche diventare complici nel sostenere questa riconfigurazione e il sistema più ampio. In questo modo, Tosi Cambini mette in luce come l'etica della cura e la governance possono diventare meccanismi di esclusione e di potere, in cui l'assistenza sociale può trasformarsi da curatore a giudice e l'austerità può diventare un'altra forma di neoliberismo che l'Autrice indica come «una vera e propria operazione sulla vita delle persone che avviene in quel meta contesto della relazione» (p. 202). Questo crea una dinamica complessa in cui la relazione tra l'assistente sociale e le persone che necessitano di assistenza diventa luogo di negoziazione e potere, che può portare a esiti drammatici. L'antropologia, come disciplina, è chiamata a valutare, negoziare e, in alcuni casi, sfidare queste dinamiche complesse. In tali casi, gli antropologi non si limitano a rimodulare i loro ruoli e le loro alleanze in base alle contingenze e alle pressioni cui sono sottoposti: essi possono attivarsi anche per promuovere cause particolari e aiutare i loro clienti.

Il saggio di Vincenzo Luca Lo Re analizza le pratiche di assistenza e cura offerte da lavoratrici e lavoratori del sesso nel quartiere di San Berillo (CT) che vengono rivendicate da coloro che le praticano come attività lavorative alla stregua di qualsiasi altro servizio sociale. L'Autore sottolinea come questi operatori siano agenti trasformativi e fautori di nuove pratiche di *welfare*, non solo come destinatari di assistenza, ma anche come attori che negoziano nuove regole e forme di mutualismo. Il saggio evidenzia la varietà e complessità degli operatori del sesso, che occupano posizioni mutevoli nel mercato del lavoro e hanno motivazioni e obiettivi concorrenti. Attraverso un'analisi diacronica della sessualità, dello spazio e del potere, il saggio svela i processi di assimilazione, marginalizzazione e trasformazione all'interno delle pratiche di assistenza e cura prodotte nel lavoro sessuale.

In casi come questi, l'antropologia applicata può dirsi "impegnata" nell'analizzare l'impatto delle disuguaglianze sociali e nel supportare gruppi mentre resistono ai tentativi di assimilazione o rimozione.

Silvia Stefani, come componente di un gruppo di ricerca interdisciplinare nel contesto torinese, attraverso l'etnografia, analizza due processi partecipativi di co-progettazione nelle politiche sociali. Il primo mira a contrastare l'*homelessness*, il secondo mira a costruire un Piano Sociale Cittadino in linea con la strategia regionale di innovazione sociale (p. 236). Partecipando ai processi (riunioni, *backstage*, conversazioni) analizza attraverso una "riflessione densa" le dinamiche partecipative, i modi, le potenzialità, le criticità e le ambiguità dei servizi sociali, spesso gestiti in modo emergenziale, e come sono costruiti, progettati e condotti. L'Autrice invita ad uscire dalle retoriche della partecipazione e a prestare attenzione alle arene tecniche della produzione delle politiche sociali, che sono spesso precluse alla vista e all'analisi dei non addetti ai lavori.

In questi casi, i partecipanti, pur riconoscendo la necessità di aderire a tavoli di confronto congiunto tra colleghi e partner, possono essere «parzialmente accontentati senza che ci sia un confronto reale sul piano del 'senso' delle politiche sociali» (p. 236) con il rischio di diventare strumenti acritici che inibiscono il dissenso e la conflittualità creativa tra punti di vista diversi. L'antropologo può aiutare a mediare una circolarità dialogica e un confronto tra soggetti coinvolti e orientare i processi di lavoro verso la costruzione di comunità di pratica.

Paolo Grassi chiude il volume con un saggio che riflette sul *welfare* con una sensibilità e un linguaggio maturato dal mondo dell'educazione. Egli cerca di far emergere le reali esigenze dei territori e le criticità che, di norma, le

istituzioni non riescono a cogliere. Durante l'evento pandemico, Grassi ha potuto rileggere il suo campo di indagine, attraverso le lenti del *welfare*, e a guardare la relazione tra cooperative sociali e Comune di Milano da una nuova angolatura, attraverso le narrazioni degli operatori sociali effettuate tramite il servizio di "sportello telefonico". Tutto ciò lo ha portato a vedere in modo nuovo San Siro, un quartiere di edilizia residenziale pubblica di Milano, come testimonianza materiale di un *welfare* abitato di mattoni e cemento armato, esito degli ultimi ottant'anni di politiche sociali sul tema dell'abitare.

In conclusione, entrambi i volumi rappresentano un contributo importante per l'avvio di un ambito di ricerca certamente fecondo per l'analisi antropologica. La solida tradizione di antropologi e antropoghe come Tullio Tentori, Tullio Seppilli e Amalia Signorelli, solo per citare alcune tra le figure di primo piano e antesignane dell'antropologia del *welfare* in Italia, viene sottolineata dagli Autori e dalle Autrici dei saggi come fattore cruciale nella creazione di questo nuovo ambito.

Senza la pretesa di essere rappresentativi del *welfare* e consci della sua complessità, i lavori aprono da diverse angolature, e con diverse modalità, un campo di riflessione e di indagine sul tema nel contesto italiano. Il volume collettaneo di Rimoldi e Pozzi, come abbiamo visto, lo fa attraverso etnografie in cui i ricercatori compaiono nella duplice veste di antropologi e di operatori/consulenti implicati nei processi da loro stessi osservati. La loro voce diventa quindi, a tratti, la voce degli operatori, mentre diversi sono i loro posizionamenti, i gradi di implicazione, i metodi, e le sensibilità rispetto ai campi di indagine, come sottolinea Porcellana nel suo volume (p. 41). Ciò apre ad una ulteriore riflessione sul potenziale della professionalità multipla praticata da antropologi e antropoghe in una condizione di liminalità e ambiguità, determinante per agire e riflettere nella complessità, rendendo possibile costruire strutture e modalità di lavoro più flessibili e adatte alle esigenze di interconnessione e di interdipendenza che sempre più caratterizzano le dimensioni collettive dei gruppi e delle organizzazioni (BONETTI 2018: 9). Con ciò, gli strumenti e i metodi di analisi solitamente utilizzati possono essere utili per lo sviluppo di un pensiero e di una pratica sistemica come "registrazione" del movimento cognitivo ed esperienziale che il ricercatore assume contestualmente come antropologo e come membro dell'organizzazione in cui è chiamato ad intervenire, per mediare l'esperienza oggetto della sua indagine.

Nella costruzione delle politiche del benessere sociale, la questione riguarda anche il processo lessicale degli attori coinvolti, nel continuo scambio e confronto tra le parti, e nel passaggio tra un ruolo e l'altro, e alla cui base sta l'inevitabile attraversamento di molteplici confini geografici, culturali, simbolici, politici ed economici (*ibidem*). Lo "stare tra" è fondamentale anche per comprendere come il potere è costruito, sostenuto, e diffuso nella società. È necessario considerare attentamente le interazioni quotidiane tra i soggetti nei diversi contesti, tra i quali l'università e la scuola, per comprendere la loro influenza sulle forme e modi di legittimazione del potere e su come questa viene riprodotta, contestata, rinegoziata attraverso pratiche e discorsi. Il processo di incontro e costante attraversamento dei ruoli è critico, ma al tempo stesso rappresenta una risorsa per dare attivamente ascolto alle diverse voci, nella consapevolezza che «non esistono persone senza voce ma persone messe forzatamente in silenzio» (RIMOLDI, POZZI 2022: 56).

Bibliografia

- BONETTI R. (2018), *Riti di passaggio. Un approccio antropologico al mondo delle imprese*, "DADA", 1: 7-25.
- FORBESS A., JAMES D. (2014), *Acts of Assistance: Navigating the Interstices of the State with the Help of UK non-Profit Legal Advisers*, "Social Analysis", Vol. 58(3): 73-89.
- HELD V. (2006), *The Ethics of Care: Personal, Political, and Global*, Oxford University Press, Oxford.
- KOCH I., JAMES D. (2022), *The State of the Welfare State: Advice, Governance and Care in Settings of Austerity*, "Ethnos", Vol. 87(1): 1-21.
- PORCELLANA V. (2022), *Antropologia del welfare. La cultura dei diritti sociali in Italia*, Licosia, Ogliaastro Cilento.
- RIMOLDI L., POZZI G. (a cura di) (2022), *Pensare un'antropologia del welfare. Etnografie dello Stato Sociale in Italia*, Meltemi, Milano.

Scheda sull'Autrice

Roberta Bonetti insegna Antropologia Applicata, Antropologia dell'Educazione e Antropologia della Cultura Materiale all'Università di Bologna. Ha svolto ricerche sulla produzione funeraria e sui riti funebri dei Ga del Ghana e ha pubblicato articoli su diverse riviste internazionali come *Res*, *African Arts*, *Nka Journal*, *Cahier d'Etudes Africaines*.

Sui temi dell'apprendimento e dell'educazione ha scritto monografie e articoli e ha condotto ricerche in diverse organizzazioni pubbliche e private. Si interessa di processi creativi e del modo in cui le persone apprendono e sperimentano cambiamenti nelle loro vite professionali o in contesti di educazione formale come la scuola e l'università.

Tra le pubblicazioni su questo tema: *La trappola della normalità*, SEID, Firenze 2014; *Far Volare i banchi*, BUP, Bologna 2019; *Etnografie in bottiglia* Meltemi, Milano, 2019 e *Apprendimento a KmZero*, CISU, Roma 2020.

Riassunto

L'antropologia tra politiche e pratiche del welfare state

La monografia di Valentina Porcellana, *Antropologia del welfare. La cultura dei diritti sociali in Italia* (2022), e la curatela di Luca Rimoldi e Giacomo Pozzi, *Pensare un'antropologia del welfare. Etnografie dello Stato Sociale in Italia* (2022), si propongono di esplorare da una prospettiva antropologica, le complessità e le contraddizioni del welfare, evidenziando come lo Stato non sia un'entità esogena e monolitica, ma un'articolazione di pratiche quotidiane che hanno profondamente trasformato l'immaginario collettivo, producendo nuove aspettative, rappresentazioni, diritti e servizi. L'etnografia, preziosa per le sue finalità conoscitive, ci consente di addentrarci nei meandri degli edifici burocratici, di governo e istituzionali svelando quei dispositivi di potere che strutturano lo spazio sociale.

Parole chiave: welfare state, etnografia, antropologia, istituzioni pubbliche e private

Resumen

La Antropología entre políticas y prácticas del estado de bienestar

La monografía de Valentina Porcellana, *Antropología del welfare. La cultura dei diritti sociali in Italia* (2022), y la edición a cargo de Luca Rimoldi y Giacomo Pozzi, *Pensare un'antropologia del welfare. Etnografie dello Stato sociale* (2022), quieren explorar desde una perspectiva antropológica, la complejidad y las contradicciones del estado de bienestar, poniendo en claro como el Estado no sea una entidad exógena o monolítica, sino una articulación de prácticas cotidianas que han transformado en el profundo la imaginación colectiva, produciendo nuevas expectativas, representaciones, derechos y servicios. La etnografía, indispensable por sus finalidades de conocimiento, nos permite adentrarse en los recovecos de los edificios burocráticos, de gobierno y de las instituciones desvelando los dispositivos de poder que estructuran el espacio social.

Palabras clave: estado de bienestar, etnografía, antropología, instituciones públicas y privadas

Résumé

Anthropologie entre les politiques et les pratiques du welfare

La monographie de Valentina Porcellana, *Antropologia del welfare. La cultura dei diritti sociali in Italia* (2022), et le volume édité par Luca Rimoldi et Giacomo Pozzi, *Pensare un'antropologia del welfare. Etnografie dello Stato Sociale in Italia* (2022), se proposent d'explorer

les complexités et les contradictions du welfare d'un point de vue anthropologique. Ils soulignent comment l'État n'est pas une entité exogène et monolithique, mais une articulation de pratiques quotidiennes qui ont profondément transformé l'imaginaire collectif, produisant de nouvelles attentes, représentations, droits et services.

L'ethnographie, précieuse à ses fins cognitives, permet de plonger dans le dédale des édifices bureaucratiques, gouvernementaux et institutionnels, révélant les dispositifs de pouvoir qui structurent l'espace social.

Mot-clés: *welfare*, ethnographie, anthropologie, institutions publiques et privées

Le esperienze di giovani immigrati dall'Africa occidentale: fra violenza e desiderio

Roberto Beneduce
Università di Torino

Rita FINCO, *Maitres et disciples. Analyse transculturelle du parcours migratoire de l'école coranique à l'Europe, Préface de Marie Rose Moro, La Pensée Sauvage, Paris 2020, 214 pp.*

Chi sono i giovani immigrati che ci accontentiamo spesso di chiamare Minori Stranieri Non Accompagnati? Quali sono le traiettorie psichiche, culturali, religiose che ne scandiscono il tempo, e che nella maggior parte dei casi ignoriamo del tutto? Quali effetti ha su di essi quella “segretofilia” (ZEMPLÉNI 1996) di cui un tempo erano gli antropologi a rappresentare l'esempio più noto, e oggi si riproduce negli spazi angusti delle nostre burocrazie, talvolta persino nei luoghi dell'incontro e della cura? Soprattutto, come le vite di questi giovani provano a domare la tensione fra mondi morali e sensibilità spesso in conflitto?

Porsi queste domande è urgente, tanto più in un'epoca lacerata dalle ansie razziali, dalle goffe dichiarazioni di un governo (quello francese) sull'“islamo-gauchisme”, e dal veleno di un nuovo fascismo che, silenziosamente, sta inquinando le democrazie europee, già esposte a una deriva illiberale (questo il giudizio sulla Francia di Macron espresso recentemente da Jean-François Bayart!).

Maitres et disciples vuole conoscere e far conoscere chi spesso vive accanto a noi in attesa di un riconoscimento sempre rinviato, di un ascolto sempre frammentario, sognando una relazione che, semplicemente, li aiuti a liberarsi dalla “maledizione di non essere nulla” (JEWISWICKY 1998). Chi svolge ricerche sui giovani in Africa sa quanto essi siano consumati dal desiderio di un'autonomia che per molti sarà faticosa o illusoria (il progetto di emigrare essendo regolato dalle rigide regole del gruppo e spesso sotto il segno di un debito psicologico ed economico protratto), e che in altri casi esprime soprattutto il bisogno di sfuggire ai vincoli di una tradizione nella quale è impossibile identificarsi. Per altri si tratta soprattutto della

necessità di sottrarsi alla violenza e al ricatto da parte di un familiare (la questione della terra e i conflitti con lo zio paterno, scatenati solitamente dalla morte del padre e dai problemi dell'eredità, sono temi centrali per comprendere la loro condizione e le loro inquietudini, di cui avremmo voluto leggere di più). Di fatto, queste giovani esistenze conoscono già la durezza della storia, e solo chi guarda il mondo in modo superficiale può ancora sorprendersi allorquando scopre i dolorosi percorsi che li hanno condotti in Europa.

Il lavoro di Rita Finco contribuisce a colmare un vuoto presentando le vicende e i racconti di giovani provenienti da diversi paesi dell'Africa Sub-sahariana. Lo fa a partire dallo spazio di un incontro sensibile che, pur essendo nato nel solco della psicologia clinica, non rinuncia al dovere di familiarizzarsi con vocabolari, immaginari e pratiche che spesso interrogano le nostre interpretazioni e i nostri modellini psicologici. Il testo offre al lettore la possibilità di apprendere termini e concetti utili per comprendere forme di apprendimento, di esperienza religiosa e di lealtà che si vanno costruendo all'interno di reti affettive, simboliche e gerarchiche sempre complesse: è un lavoro realizzato con cura, che aiuta a comprendere la relazione fra religione e cultura, che già Cheikh Hamidou Kane (1961) aveva definito come particolarmente ambigua.

Nel caso dei giovani *talibé* (o *garibou*, come li si chiama solitamente in Burkina Faso o in Mali), quello di cui sappiamo da tempo è il complesso e controverso processo di "de-genitorializzazione" (*déparentelisation*, per prendere a prestito un concetto proposto da Joseph Tonda anni addietro) e ri-affiliazione all'ombra di una figura di maestro (il *marabout*) spesso autoritaria, quando non violenta. È un tema di cui si discute con difficoltà, se non con imbarazzo, perché difficile rimane da comprendere il rapporto fra famiglia di origine e il *marabout* e rispondere alla domanda sulla consapevolezza della prima relativamente alla natura di un rapporto spesso vessatorio, sotto ogni aspetto.

Nel 2008 i Padri Bianchi di Bamako mi avevano parlato di una cupa vicenda delle quali erano venuti a conoscenza in strane circostanze, e della quale si sarebbe occupato successivamente con dettaglio Marcello Monteleone (2017), giurista da tempo impegnato in ricerche su diritto, cultura e leggi fondiarie in Mali.

Rita Finco, offrendoci la testimonianza e le parole di questi giovani immigrati incontrati in Italia, ci permette di cogliere da un'altra prospettiva il complesso orizzonte sociale di questi minori già adulti e ancora terribil-

mente fragili, consumati come tanti altri anche dal desiderio di mettersi alla prova e dalla necessità imperiosa e ossessiva di emigrare, in un'epoca in cui il viaggio in Europa ha preso il posto dei riti iniziatici, e in uno scenario dove emigrazione clandestina e "avventura" spesso coincidono (LOUIS 2013).

La sua ricerca si affianca così a quelle di Oliver Douville (2015), di Patricia Rodrigues Gonzáles e Jesús Diez Alcalda (2017), di René Collignon e Mamadou Diouf (2001), di Stefania Pandolfo (2007), apparse negli anni scorsi e fondamentali per comprendere lo statuto dell'infanzia e dell'adolescenza in un'Africa dove li vediamo di volta in volta indossare il ruolo di vittime o al contrario di attori protagonisti di atroci teatri di violenza, bambini-distrada, bambini-stregoni o bambini-soldato, o semplicemente "*makers and breakers*" (DE BOECK e HONWANA 2005) di un tempo convulso e inquieto: testimoni, in ogni caso, di una figura dell'infanzia e dell'adolescenza che le nostre psicologie fanno fatica a rappresentare.

È per questo che un approfondimento delle loro condizioni, quale quello presentato nella ricerca di Finco, si rivela un utile strumento per chi opera in questo ambito professionale anche perché sostenuta da una soddisfacente analisi della letteratura e da una consistente consapevolezza metodologica, che permette di esplorare alcuni temi (quelli relativi all'esperienza dei *jinn*, ad esempio) senza scivolare in banalizzanti esotismi.

Le pagine sulla questione dell'Islam e le scuole coraniche (*L'enfant du sacré*), della cui esperienza alcuni dei protagonisti della ricerca raccontano, sono senza dubbio fra quelle che potranno ulteriormente alimentare il dibattito sullo statuto di una religiosità ricca e differenziata al suo interno, talora controversa e intrisa di violenza, che s'intreccia senza soluzione di continuo a processi economici, educativi, politici. Il rapporto fra istituzioni religiose, esperienza di apprendimento, sviluppo psicologico (e violenza) è un capitolo trattato con attenzione e documentato anche dall'esperienza etnografica dell'autrice, che da tempo percorre i luoghi della clinica transculturale (in Italia e in Francia) così come i paesi dell'Africa occidentale. Interroga la scelta di proteggere l'anonimato dei suoi interlocutori con la scelta di nominarli con una sigla: L., S., F., avrebbero forse guadagnato maggiore spessore se un nome pieno (uno pseudonimo) ci avesse aiutato ad immaginarli.

Note

⁽¹⁾ BAYART J.-F. (2023), "Où va la France?", *letemps*, <https://archive.wikiwix.com/cache/index2.php?url=https%3A%2F%2Fwww.letemps.ch%2Fopinions%2Fva-france#federation=archive.wikiwix.com&tab=url>, ultima consultazione 30/5/2023.

Bibliografia

- COLLIGNON R., DIOUF M. (a cura di) (2001), *Les jeunes. Hantise de l'espace public dans les sociétés du Sud*, Paris, Paris, Ed. de l'Aube.
- DE BOECK F., HONWANA A. (a cura di), 2005, *Makers and Breakers: Children and Youth in Postcolonial Africa*, London, Currey.
- DOUVILLE O. (2015) *L'enfant dit sorcier en tant que figure de la modernité en Afrique*, "Figures de la psychanalyse", Vol. 30(2): 147-158.
- GONZÁLES P.R., ALCALDA J.D. (2017), *The "False Quranic Schools" and the Tragedy of Child Exploitation in West and Central Africa*, IEEE.ES, https://www.ieee.es/en/Galerias/fichero/docs/opinion/2017/DIEEEO48-2017_Falsas_EscuelasCoranicas_Talibes_P.Rguez-JDA.pdf.
- JEWSIWICKY B. (1998), *Les traumatismes des affirmations identitaires, ou la malédiction de n'être rien*, "Cahiers d'études africaines", Vol. 38(150-152): 627-637.
- KANE C.H. (1961), *L'aventure ambigüe*, Julliard, Paris.
- LOUIS M. (2013), *Approche ethnologique des migrations clandestines subsahariennes. L'aventure, ou de l'ontogenèse à la conquête de l'honneur*, "Cahiers d'études africaines", Vol. 53(211): 547-570.
- MONTELEONE M. (2017), *Dossier "écoles coraniques informelles et pratiques sacrificielles" au Mali: De l'anthropologie aux droits de l'homme - témoignage d'un rescapé*, L'Harmattan, Paris-Turin.
- PANDOLFO S. (2007), *The Burning' Finitude and the Politico-Theological Imagination of Illegal Migration*, "Anthropological Theory", Vol. 7(3): 329-363.
- TONDA J. (2007), *Entre communautarisme et individualisme : la «tuée tuée», une figure-miroir de la déparientélisation au Gabon*, "Sociologie et sociétés", 39(2):79-99.
- ZEMPLÉNI A. (1996), *Savoir taire. Du secret et de l'intrusion ethnologique dans la vie des autres*, "Gradhiva", 20: 23-42.

*Per un'antropologia medica...
fuori dall'accademia*

Chiara Quagliariello
École des Hautes Études en Sciences Sociales

Miriam CASTALDO, Maria Concetta SEGNERI, *Antropologue in cors(i)a. La professione dell'antropologo medico nella sanità pubblica italiana*, Licosia Edizioni, Ogliastro Cilento 2022, 296 pp.

Il volume curato da Miriam Castaldo e Maria Concetta Segneri mette a nudo i non-detti e le sfide incontrate da chi prova a fare dell'antropologia medica una professione esercitata, ed esercitabile, fuori dallo spazio accademico. Il libro si apre con un'introduzione scritta a quattro mani dalle curatrici del testo, seguono sette saggi rispettivamente divisi in tre sessioni tematiche. Un'intervista collettiva anonima, a cui hanno preso parte le diverse autrici¹, chiude infine il volume.

I saggi raccolti nel libro parlano di esperienze lavorative realizzate dagli anni 1990 ad oggi all'interno di spazi clinici, educativi e socio-sanitari afferenti all'universo della sanità pubblica italiana. Lucia Portis, nel primo saggio, si sofferma sul lavoro effettuato presso un dipartimento di patologia delle dipendenze e in diverse scuole di Torino dove, grazie alla presenza dell'antropologa, è stato possibile attivare percorsi educativi volti alla promozione della salute comunitaria e la prevenzione di comportamenti a rischio. Nel secondo saggio, firmato da Michela Marchetti, l'autrice ci racconta delle collaborazioni portate avanti con diverse realtà toscane e umbre (Oxfam Italia, Ausl Toscana sud-est, Fondazione Angelo Celli e alcuni consultori familiari di Arezzo) dove i percorsi costruiti dall'antropologa hanno agevolato l'introduzione di corsi di educazione sanitaria materno-infantile, rivolti a donne straniere. Nel terzo saggio Katia Bellucci descrive il lavoro da lei realizzato presso il Sert di Lavagna, in provincia di Genova, nell'unità in strada e nel carcere in cui risiedono alcuni degli utenti presi in carico dal Sert. Il quarto saggio si concentra sul lavoro svolto da Anna Ciannameo presso l'Ausl di Reggio Emilia e all'interno del Centro studi

e ricerche in salute internazionale e interculturale dell'Università di Bologna. Nel quinto saggio Nicoletta Landi descrive, invece, il suo lavoro di educazione alla sessualità al fianco di soggetti adolescenti e preadolescenti, presso un consultorio e diverse scuole di Bologna. Il sesto saggio, di Caterina di Pasquale, racconta dell'esperienza di collaborazione con l'Organizzazione Toscana Trapianti dove l'antropologa ha esplorato temi quali le decisioni legate al fine vita, la morte celebrata, le complessità associate ai percorsi di donazione e trapianto di organi. Nell'ultimo saggio, Chiara Moretti riflette, infine, sulle proprie esperienze lavorative presso una Fondazione Italiana di Ricerca nel campo del dolore cronico, e all'interno del progetto I.c.a.r.e. (*Integration and Community Care for Asylum and Refugees in Emergency*) realizzato in diversi territori ed Asl della regione Toscana.

Aldilà delle differenti situazioni ed istituzioni attraversate dal lavoro delle antropologhe, è possibile rintracciare almeno quattro temi trasversali che accomunano i saggi e che mostrano la ricchezza delle analisi raccolte nel volume. Il primo tema corrisponde ad una riflessione sui modi in cui si esercita l'antropologia professionale all'interno dei servizi. Come emerge dal libro, le mansioni identificate, percepite e proposte come attività antropologiche cambiano da un contesto all'altro, impendendo di classificare come antropologica un solo tipo di prestazione portata avanti nei servizi. Partendo da questo tipo di consapevolezza (CASTALDO, SEGNERI 2019), le esperienze descritte mostrano un'ampia gamma di ruoli assegnati e rivestiti dalle professioniste antropologhe: attività di progettazione e ricerca fondi, attività di supervisione destinate al pubblico dei servizi, organizzazione di incontri, seminari e corsi di formazione rivolti al personale sanitario, ancora partecipazione ad attività cliniche e colloqui individuali o di gruppo, in qualità di membro dell'équipe terapeutica o consulente esterno. D'altra parte per poter fare antropologia all'interno dei servizi è necessario assumere una *postura spuria* o aprirsi – come ci dicono le autrici – ad una costante sporcatura del proprio sapere di partenza. Di fatto, è solo attraverso la capacità di sapersi lasciar contaminare, mescolandosi con altri linguaggi, conoscenze e pratiche, senza per questo aver paura di 'deformarsi' o 'trasformarsi' in qualcos'altro (SEVERI, TARABUSI 2019) che appare possibile l'incontro tra prospettive analitiche distanti tra loro. Tale scambio interprofessionale è al centro del lavoro di squadra realizzato all'interno dei servizi, lontano dal poter essere svolto autonomamente o in maniera individuale. Diversamente dall'antropologia accademica, nell'antropologia applicata e/o professionale, la funzione attribuita all'antropologo è quella di *elemento di una rete* fatta di più professionisti (medici, psicologi, psichiatri,

educatori, assistenti sociali, mediatori culturali) chiamati a lavorare insieme, in maniera sinergica, per il benessere dei pazienti. All'interno di questo sistema, la messa a valore degli strumenti offerti dall'antropologia dipende in buona parte dal saper costruire alleanze, limitando all'opposto l'insorgenza di conflitti interprofessionali. È così che, come evidenziato nel libro, per poter lavorare come antropologi all'interno dei servizi non basta *saperci entrare* ma occorre anche, e soprattutto, *saperci stare*, facendosi spazio, lavorando sulle relazioni (MARCHETTI 2019), o ancora, come suggerito nel suo saggio da Caterina Di Pasquale, abitando quegli interstizi lasciati vuoti da altri saperi, eleggendoli a punti di osservazione e ascolto utili allo scambio reciproco.

I saggi raccolti nel volume restituiscono una dimensione multiforme e polivalente della professione antropologica all'interno dei servizi, sottolineandone non solo la validità sociale e terapeutica, ma anche i limiti. Tra gli ostacoli menzionati nei capitoli troviamo innanzitutto il fattore tempo. A questo proposito, se il successo dei percorsi di antropologia applicata richiede un tempo lungo, al contrario, la velocità delle tempistiche richieste dalle istituzioni per proporre soluzioni pratiche a problemi complessi mal dialoga con un'effettiva possibilità di valorizzazione del sapere antropologico. Un altro limite è dato dalle aspettative di stampo culturalista nutrite nei confronti dell'Antropologo. La necessità di smarcarsi dal ruolo di esperto delle culture degli Altri, lavorando al contempo sulla decostruzione di stereotipi ed immaginari etnocentrici applicati alle popolazioni straniere, appare come un tema-chiave nel libro. Rifacendosi agli insegnamenti di Tullio Seppilli (1996), Chiara Moretti, nel suo saggio, ricorda ad esempio come l'obiettivo dell'azione antropologica al fianco degli operatori sanitari vada aldilà del miglioramento della relazione di cura con soggetti stranieri dal momento che l'eterogeneità di motivazioni e di valori possono erigersi anche nella relazione tra operatori e pazienti italiani proprio perché ogni rapporto tra medico e paziente è, almeno in una certa misura, un incontro di culture.

Il secondo asse tematico esplorato nel volume consiste in un'interrogazione su quanto sia possibile portare avanti attività di ricerca per chi sceglie di fare del lavoro antropologico all'interno dei servizi la propria *occupazione stanziale* (PASQUARELLI 2020), diversamente da chi, con le proprie ricerche etnografiche, vive queste realtà *solo di passaggio*. Le risposte che emergono dai saggi aprono una serie di riflessioni interessanti. In alcuni casi, il lavoro svolto nei servizi è vissuto, e descritto, come un costante terreno di ricerca su sé stesse, sui pazienti, sui colleghi e sul funzionamento delle istituzioni

in cui si opera. In altri casi, all'opposto, la tensione tra l'essere, il sentirsi e l'essere percepite come professioniste che gravitano anche al di fuori dei servizi, ad esempio prendendo parte a convegni e seminari di antropologia, emerge in maniera evidente. Diverse autrici si interrogano a questo proposito sul proprio *ruolo semi-accademico*, mostrando numerosi dubbi sulla possibilità di riuscire a tenere insieme la dimensione scientifica e la dimensione applicativa del proprio lavoro. Le parole di Nicoletta Landi, a suo avviso *tropo ricercatrice* per lavorare quotidianamente in un servizio socio-sanitario e *tropo operatrice* affinché il suo approccio venga considerato abbastanza scientifico all'interno del mondo universitario, sintetizzano bene questo tipo di tensione.

Parallelamente, un altro dei non-detti esplorati nel volume è fino a che punto sia possibile procedere alla divulgazione delle informazioni e dei dati raccolti quotidianamente nei servizi, senza svolgere programmi di ricerca autonomi. Le esitazioni condivise da molte delle autrici evidenziano il peso assunto dai dubbi etici, personali ed interprofessionali all'intero del mondo dell'antropologia professionale – una tendenza questa in contrasto con i *diktat* del mondo accademico, dove i criteri bibliometrici impongono all'opposto una iper-produttività divulgativa. Fatta eccezione di quei casi in cui il divieto alla divulgazione dei dati è stabilito dallo stesso contratto di lavoro, la sensibilità dei dati trattati, la delicatezza dei contesti osservati, i vincoli legati alla legislazione e ai protocolli ospedalieri, o ancora la volontà di tutelare i rapporti con i colleghi, sono tutti elementi che sembrano funzionare da freni di fronte alla scelta di pubblicazione. Pertanto, sebbene uno degli obiettivi del libro sia quello di scardinare la supposta gerarchia di ruoli tra antropologia accademica e antropologia professionale (SEVERI 2016), esso mostra ugualmente come i modi di fare ricerca così come le scelte legate alle pratiche di divulgazione non siano gli stessi nei due contesti.

Il terzo tema affrontato nel volume è il livello di riconoscimento contrattuale ed economico conosciuto dall'antropologia professionale all'interno dei servizi. Riguardo a questo tema, le situazioni vissute dalle autrici appaiono per molti versi paradossali. Come descritto, la professione antropologica sembra essere sempre più spesso giudicata dalle direzioni sanitarie come un elemento indispensabile della sanità pubblica, in grado di contribuire – al pari di altre prestazioni attigue (servizio di mediazione linguistico-culturale, servizio di etnopsichiatria etc.) – al successo del lavoro interdisciplinare. La crescente identificazione di un'utilità delle pratiche e del sapere antropologico è in buona parte legata ai risultati tangibili, ottenuti nei

servizi in seguito all'introduzione dell'antropologo. La capacità di rendere i servizi dei luoghi più inclusivi, plurali ed adeguati ai bisogni dei pazienti, sulla base di valori come la non discriminazione, l'equità e il contrasto alle disuguaglianze, o ancora la capacità di cura della relazione medico-paziente rappresenterebbero alcuni degli apporti fondamentali dell'antropologia. Secondo quanto evidenziato nei saggi, la *competenza relazionale* distintiva della professione antropologica trova spesso espressione nel ruolo di ponte giocato tra il punto di vista di chi cura e il punto di vista di chi viene curato, ampliando le visioni inerenti alla salute e la malattia aldilà della sola prospettiva biomedica. È così che la costruzione di percorsi di conoscenza e fiducia reciproca tra medici e pazienti passa dal saper *stare-in-relazione* dell'antropologo, rendendo quest'ultimo un professionista che, attraverso un'assistenza fatta soprattutto di *parole* (LÈVI-STRAUSS 2009), co-partecipa all'obiettivo di cura.

Eppure, per quanto il valore del sapere antropologico sia ampiamente documentato, i percorsi delle autrici – volutamente ricchi di dettagli autobiografici – testimoniano una realtà lavorativa fatta di collaborazioni discontinue, prestazioni sottopagate ed esperienze prive di un inquadramento istituzionale. Ciò che colpisce è la durata prolungata di un precariato fatto di contratti a progetto i quali, insostenibili sul lungo periodo, possono condurre alla scelta di abbandonare il proprio lavoro all'interno dei servizi. A questo proposito una delle sfide più interessanti poste dal volume consiste nella scelta – di natura politica – di disvelare, e per molti versi denunciare, situazioni e condizioni professionali di cui si tende a parlare poco. Ancora una volta il parallelismo con quel che accade dentro le università, dove la mancanza di un adeguato inquadramento contrattuale e salariale rimanda al tema della precarizzazione delle vite delle giovani generazioni di antropologi (PALUMBO 2018), sembra essere inevitabile. L'apporto del volume consiste, in questo caso, nel mettere in evidenza il peso – per non dire la responsabilità – delle scelte portate avanti in accademia sui possibili percorsi di costruzione di opportunità di impiego fuori dalla cerchia universitaria. Emblematica a questo proposito la differenza tracciata nel testo tra altre scienze sociali, prime tra tutte la sociologia, oggi riconosciute come possibili professioni all'interno del sistema sanitario, e la laurea in antropologia assente tra i requisiti di accesso per qualsiasi concorso (compresi quelli per laureati nel comparto amministrativo) previsto nella sanità pubblica italiana. Da qui il comune impiego di forme contrattuali (principalmente borse di studio) non adatte alle attività portate avanti nei servizi né rispondenti ai titoli di studio (spesso rappresentati da dottorati

di ricerca) di chi sceglie di destinare il proprio impegno a questo genere di attività. Quel che emerge, in altri termini, è un *sistema contrattualistico a ribasso* il quale, come sottolineato dalle autrici, può condurre ad un mancato riconoscimento di sé come professioniste a pieno titolo.

In continuità con questo tema, la quarta ed ultima questione affrontata nel libro è quanto la formazione antropologica, svolta nelle sedi universitarie, contribuisca alla trasmissione di competenze spendibili al di fuori del mercato accademico. Le storie delle autrici mostrano importanti lacune, urgenti da affrontare, per la nostra disciplina. Sulla base delle esperienze vissute all'interno dei servizi, dove si è trattato per loro di 'farsi da sole', imparando il mestiere sul campo, vedendo fare, e facendo insieme ad altri colleghi, la critica rivolta all'offerta formativa universitaria riguarda lo scarso investimento nella trasmissione di conoscenze applicate. La carenza in Italia di corsi professionalizzanti in antropologia ha come risultato la ricerca di percorsi di auto-formazione o di formazione mista da parte di chi cerca lavoro come antropologo nello spazio pubblico. Nonostante questo, la mancanza di una formazione applicata e di una profilazione netta della professione antropologica, conduce ad una *competizione asimmetrica* con altre figure professionali, meglio definite sulla carta e più facilmente inquadrabili nelle classificazioni istituzionali. La messa in evidenza delle difficoltà incontrate in Italia nell'essere riconosciuti e nel collocarsi professionalmente come antropologi è affiancata dunque, nel libro, da un invito a mettere in atto un cambiamento rafforzando i percorsi di preparazione al mondo del lavoro per gli studenti di antropologia. È solo lavorando in questa direzione che sarà possibile superare quello che è descritto da alcune voci del libro come un *tradimento* da parte dell'università, e dell'antropologia accademica, nei confronti dell'antropologia professionale.

In conclusione il volume, primo nel suo genere in Italia, mostra fino a che punto gli insegnamenti trasmessi dai padri dell'antropologia medica italiana, qui intesa come disciplina critica, impegnata in processi trasformativi nello spazio pubblico (SEPPILLI 1996), abbiano trovato terreno fertile negli ultimi trent'anni. In questa cornice, le voci delle autrici e delle curatrici del libro fanno da *testimonial* di un'esperienza collettiva, volta a rendere l'antropologia medica una professione sempre più riconosciuta come *tassello fondamentale* della sanità pubblica italiana. Tuttavia, se le testimonianze raccolte nel volume evidenziano quanto nelle corsie ospedaliere a correre non ci siano più soltanto i medici ma anche gli antropologi, i passi da fare per la costruzione di un'antropologia medica professionale a pieno titolo sembrano essere ancora molti. In particolare, sebbene il diritto, e la capa-

cià, di esserci all'interno dei servizi sanitari appaiano sempre più spesso dati evidenti e situazioni percorribili, la trasformazione di collaborazioni nate in modo casuale o fortuito, grazie all'interesse di dirigenti illuminati, in collaborazioni strutturali e durature; il riconoscimento sistematico, e non occasionale, dell'antropologia medica come sapere utile all'interno di un panorama interdisciplinare composito; ancora, la creazione di contratti di lavoro come antropologi dentro le istituzioni pubbliche – un tema questo su cui verte molto del lavoro portato avanti dall'Associazione Nazionale Professionale Italiana di Antropologia (Anpia) e a cui dovrebbe contribuire in maniera sinergica anche il mondo universitario – sono alcune delle sfide che si pongono per le generazioni future. Come sottolineato nel libro, per quanto la costruzione di percorsi professionali alternativi al mondo delle università sia cominciata da tempo, la corsa degli antropologi nella sanità pubblica italiana *di fatto* è appena iniziata.

Note

⁽¹⁾ L'utilizzo del femminile è legato al fatto che le autrici dei saggi, e le curatrici del volume, sono tutte donne.

Bibliografia

CASTALDO M., SEGNERI M.C. (2019), *Storiografia di un'antropologia nella sanità pubblica. Intorno agli approcci, ai metodi, agli strumenti*, pp. 339-363, in SEVERI I., TARABUSI F. (a cura di), *I metodi puri impazziscono. Strumenti dell'antropologia e pratiche dell'etnografia al lavoro*, Licosia, Ogliaastro Cilento.

LÈVI-STRAUSS C. (2009), *L'efficacia simbolica*, pp. 210-229, in LÈVI-STRAUSS C., *Antropologia strutturale*, Il Saggiatore, Milano [1964].

MARCHETTI M. (2019), *Operare nello scarto. Un contributo antropologico alla realizzazione di itinerari di inclusione socio-sanitaria con richiedenti asilo nigeriane*, "L'Uomo", Vol. 9(2): 41-60

PALUMBO B. (2018), *Lo strabismo della DEA. Antropologia, accademia e società in Italia*, Edizioni Museo Pasqualino, Palermo.

PASQUARELLI E. (2020), *Osservazioni negoziate. Prospettive e implicazioni metodologiche dell'etnografia in ospedale*, "La ricerca folclorica", Vol. 75: 59-71

SEPPILLI T. (1996), *Antropologia medica: fondamenti per una strategia*, "AM. Rivista Italiana di Antropologia Medica", 1-2: 7-22

SEVERI I., TARABUSI F. (2019), *I metodi puri impazziscono. Strumenti dell'antropologia e pratiche dell'etnografia al lavoro*, Licosia, Ogliaastro Cilento.

SEVERI I. (2016), *Antropologia pubblica. Esperienze e riflessioni tra Usa e Italia*, pp. 7-42, in SEVERI I., LANDI N. (a cura di), *Going public. Percorsi di antropologia pubblica in Italia*, CIs, Dipartimento di Filosofia e Comunicazione, Università di Bologna.

Governance riproduttiva e corpi significanti
Prospettive di ricerca antropologica tra incorporazione
e nuove identità

Patrizia Quattrocchi
Università degli Studi di Udine

Corinna Sabrina GUERZONI, Claudia MATTALUCCI (a cura di), *Reproductive Governance and Bodily Materiality. Flesh, Technologies and Knowledge*, Emerald Publishing Limited, Wagon Lane, Bingley, UK, 2022, 225 pp.

Reproductive Governance and Bodily Materiality. Flesh, Technologies and Knowledge, a cura di Corinna Sabrina Guerzoni e Claudia Mattalucci (Emerald Publishing Limited 2022) è un testo teorico, prima che un compendio di interessanti campi etnografici che toccano quattro continenti: Europa, America, Asia e Africa. È volume esplicito nelle riflessioni proposte, fin dal titolo. Due concetti rilevanti nel dibattito internazionale delle ultime tre decadi (LINDEBAUM, LOCK 1993; DAVIS FLOYD, SARGENT 1997; LOCK, FARQUHAR 2007; MORGAN, ROBERTS 2012) caratterizzano quest'ultimo e rimandano alla traccia fondativa che delinea la prospettiva delle curatrici e delle undici autrici. L'intreccio – a volte inedito – tra governance riproduttiva, ossia l'insieme di modalità attraverso le quali differenti gruppi sociali e istituzioni «use legislative controls, economic inducements, moral injunctions, direct coercion, and ethical incitements to produce, monitor, and control reproductive behaviors and population practices» (MORGAN, ROBERTS 2012: 243) e processi corporei esperiti in contesti specifici (la materialità del corpo) viene indagato attraverso un'ampia gamma di tematiche, che da tempo interessano le antropologhe e gli antropologi che si occupano di salute riproduttiva: dall'allattamento alla procreazione assistita; dall'aborto e la morte perinatale ai modelli assistenziali ospedalieri e no (come il parto a domicilio); e ancora, dalle traiettorie riproduttive nazionali e transnazionali alle politiche e pratiche di inclusione/esclusione delle differenti genitorialità.

Il volume è suddiviso in tre parti. La prima parte – intitolata *Parents by Bodies* – presenta i lavori di Chiara Quagliariello, Caroline Chautems e Corinna Sabrina Guerzoni. Si concentra sulla costruzione e sull'esercizio

della genitorialità, delineando i processi complessi che rimandano a meccanismi di (bio)potere ben radicati nell'immaginario sociale e nelle pratiche sanitarie e che consistono – nelle parole di Dominique Memmi, che apre il volume – in quelle «actions that parents need to perform in order to avoid social sanctions. Those who resist prescribed behaviours are considered bad parents» (p. 2). Nei lavori delle tre Autrici, in modi e contesti diversi (Italia, Svizzera e Stati Uniti) il corpo materiale è plasmato biologicamente e psicologicamente per ottemperare alle aspettative e ai modelli introiettati e naturalizzati. Per essere “buoni genitori” non basta prepararsi nel migliore dei modi possibili (dal punto di vista fisico, psicologico, familiare, relazionale, ecc.) ad accogliere una nuova vita. Bisogna allinearsi alle attese sociali, che (ri)producono e legittimano ciò che è “corretto” fare e in che modo. È la messa in atto del sapere autorevole di cui ci parla Jordan (1997), così potente e pervasivo socialmente non tanto «because it is right but because it is the one that counts» (JORDAN 1997: 131). Così, le madri svizzere che allattano i loro bambini contribuiscono alla costruzione di un immaginario di “buona genitorialità”, legittimando i loro comportamenti alla luce di valori condivisi; mentre le donne che respingono l'epidurale – di cui parla Quagliariello – costruiscono un'eroica idea di “naturalità” di un processo che, in realtà, sempre culturale è. Che dire poi dell'accompagnamento della partorientista da parte degli *intended parents*, in cui il corpo della madre surrogata – come riporta Guerzoni – diventa non solo arena di negoziazioni e relazioni (prima, durante e dopo il parto), ma anche materialità continuamente risignificata dai soggetti in campo (professionisti della salute compresi) nella costruzione del vincolo/non vincolo genitoriale? Questioni che aprono profondi interrogativi in merito alla «great collective narrative» (p. 18) sui processi corporei, riproduttivi e identitari ai nostri giorni.

La seconda parte del volume si intitola *Body's Imaginaries and Ontologies* e presenta i lavori di Claudia Mattalucci, Lucia Gentile e Kara E. Miller. Ci si interroga sul ruolo dell'immaginario locale nella costruzione del corpo materiale e sulla specificità dei singoli contesti socioculturali che – intrecciando le istanze globali di cui è portatrice la biomedicina – danno vita a inedite risignificazioni. È il caso per esempio delle donne della città indiana di Bhuj (Stato del Guarjat) di cui narra Gentile, per le quali la sterilizzazione è pratica contraccettiva comune, percepita ed esperita come meccanismo femminile per gestire il potere riproduttivo; o delle rappresentazioni locali della morte neonatale, indagate da Mattalucci, che investono le pratiche dei professionisti sanitari e la società tutta in un non sempre

chiaro distinguo tra aborto volontario e aborto spontaneo e in un intreccio complesso tra governance riproduttiva (in cui l'istituzione cattolica gioca un ruolo di primo piano) e i diritti (più o meno acquisiti ed esercitati) delle donne. Infine, il lavoro di Miller che analizza le pratiche di gestione ospedaliera della placenta negli Stati Uniti (resa tossica dal formaldeide) alla luce di interrogativi sulle ingerenze bio-industriali nel trattamento di una parte che è "corpo della donna"; da una parte, si rileva il diritto di disporre di una placenta "sana" da utilizzare a uso personale e familiare; dall'altra, emerge la complessità simbolico-spirituale-rituale di questo organo così speciale, come risulta dalle ricerche svolte dalla stessa autrice in Uganda.

La terza sezione – *Reproductive and Bodily Disruptions* – è invece dedicata alle interruzioni riproduttive (INHORN 2007), ossia quelle esperienze che interrompono le traiettorie ideali che portano alla nascita di bambini sani e alla formazione di famiglie (MATTALUCCI 2017). Percorsi di procreazione medicalmente assistita tra Spagna, Francia e Italia – di cui si occupano rispettivamente Natalia Fernández-Jimeno, Alexandra Desy e Diana Marre e Léa Linconstant, e riconfigurazioni riproduttive alla luce di malformazioni neonatali – nel lavoro di Rossana de Silvio in Italia – sono parte di questa riflessione. L'infertilità come malattia e la natura culturale della sua diagnosi e definizione nei diversi contesti costituiscono lo sfondo sul quale si innestano le riflessioni di Fernández-Jimeno che, da una parte, ricostruisce il discorso ufficiale sulle tecniche di procreazione assistita; dall'altra interroga le donne e le coppie che si trovano davanti a un "tempo" che interrompe la quotidianità e richiede la rapida messa al mondo di un figlio. Nelle esperienze analizzate da Linconstant in una clinica pubblica italiana, emerge che questo processo rimanda non solo alla costruzione del genere maschile e femminile, ma pone al centro dell'attenzione la costruzione stessa del sapere biomedico quale costruito di genere, come ricerche ben più antiche hanno ampiamente dimostrato (MARTIN 1997). In che modo ciò contribuisca alla costruzione di traiettorie di azione specifiche per i soggetti che intraprendono percorsi di procreazione assistita è l'interrogativo esplorato dall'Autrice, anche in termini di rappresentazioni e pratiche sul possibile "miglioramento" del processo negli uomini e nelle donne. Desy e Marre pongono invece l'accento sulle traiettorie riproduttive interrotte da norme legali che impediscono l'accesso alle donne o alle coppie alla luce delle etichette normative vigenti (in Francia, donne con età superiore ai 43 anni e coppie eterosessuali). La prosecuzione del proprio percorso si sposta dunque in altri paesi, per esempio in Spagna. Processi che aprono a una discussione critica sul concetto stesso di "famiglia" e di "eteronormatività".

Emerge inoltre il tema della *permanent violence*, violenza fisica e psicologica insita in processi di appropriazione e disumanizzazione del corpo da parte della biomedicina e dei suoi rappresentanti, che senza dubbio rientra nelle diverse forme di violenza ginecologica e ostetrica, ormai ben delineate dalla letteratura internazionale (SADLER *et. al.* 2016). Corpi e menti “non appropriati” che subiscono a volte appropriazioni indebite, alla luce di rappresentazioni sociali che intrecciano genetica, corporeità e dimensione morale. È ciò che dimostra Di Silvio nel suo lavoro sulla diagnosi di ADHD nei bambini italiani, disturbo interpretato in termini morali (prodotto da una “cattiva genitorialità”) e da una non ben definita “ereditarietà”.

La diversità dei contesti etnografici esplorati che spaziano dall’Italia, alla Francia, alla Svizzera per oltrepassare i confini europei e volgersi agli Stati Uniti, in India e in Uganda – e la complessità delle singole tematiche, che a volte pongono l’accento su categorie e percorsi teorici specifici, non inficiano minimamente la dimensione collettiva del testo, che ne rappresenta il valore aggiunto. I rimandi interni – di certo frutto di un percorso formativo di una generazione di studiose che condivide prospettive teoriche radicate nel dibattito internazionale e fortemente attente ai processi politici che investono il corpo, i saperi e le pratiche riproduttive, rende questo volume doppiamente esperibile: da una parte, permette di entrare a pieno in questo dibattito, cogliendo l’importanza di categorie di analisi consolidate (come quella di governance riproduttiva); dall’altra, di accogliere nuove e originali prospettive di ricerca, che irrompono attraverso le specificità etnografiche delle differenti studiose.

Nell’intreccio dei diversi campi di indagine – che si dà in queste pagine in maniera del tutto naturale – emergono alcuni elementi interessanti, che compaiono e ricompaiono, più o meno accentuati nei diversi lavori. Sottolinearli, può risultare utile per meglio delineare il contributo dell’intero volume al dibattito attuale. Il primo elemento riguarda la necessità di continuare a decostruire “il sapere autorevole” di cui parla Jordan, nelle sue vertenze ideologiche e retoriche e nelle sue pratiche (auto)legittimanti. La biomedicina, lo Stato, la Chiesa e gli altri apparati che costruiscono “normatività” vanno indagati nel loro divenire ontologici e pervasivi di uno stato di “normalità” in cui i differenti soggetti si “accomodano”. Mettere in luce questi meccanismi, decostruirne la “naturalità” e rimettere al centro dell’*agency* il diritto di “fare e pensare altrimenti” (il tema dei diritti riproduttivi è ricorrente nel volume) può essere il filo conduttore di una giustizia epistemica (FRIKER 2009) che va ben oltre il mero esercizio di diritti riproduttivi specifici, dei quali nel volume pur si parla. In questo discorso,

si innesta il secondo elemento che intendo sottolineare, e che compare in maniera più o meno esplicita in alcuni lavori. La necessità urgente di decolonizzare i “corpi biomedici”, prodotto di una medicina autorevole e autoritaria, che appare sempre meno in grado di (e interessata a) dialogare con i contesti locali e con i soggetti in campo. Il terzo elemento è la componente attivista, che sottende a molti lavori e che rimanda a una “antropologia militante”, che “prende parte”, come suggeriva diversi anni fa Schepher-Hughes in un articolo del 1995 (SCHEPER-HUGHES 1995). Mi sembra che questa prospettiva sia presente nel volume e possa contribuire a nuove contaminazioni tra il tentativo di comprendere e decostruire i meccanismi di potere che impongono socialmente corpi “giusti” – come emerso in alcuni lavori – e la visibilizzazione e denuncia di dispositivi di violenza fisica e simbolica, che in ambito riproduttivo rimandano a specifiche forme di violenza gineco-ostetrica. Molte pratiche di cui si discute in questo volume (da quelle funerarie che riguardano i neonati morti, indagate da Mattalucci a quello dell’impossibilità di utilizzare la placenta perché resa tossica “istituzionalmente”) possono essere considerate alla luce delle definizioni condivise a cui oggi siamo giunti su questo complesso termine, che rimanda a una violenza istituzionale, di genere e a una violazione dei diritti umani allo stesso tempo (QUATTROCCHI, MAGNONE ALEMÁN 2020).

Bibliografia

- DAVIS FLOYD R., SARGENT C. (a cura di) (1997), *Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-Cultural Perspectives*, University of California Press, Berkeley.
- FRIKER A. (2009), *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*, Oxford University Press, Oxford.
- INHORN M.C. (2007), *Reproductive Disruptions: Gender, Technology, and Biopolitics in the New Millennium*, Berghahn Books, New York.
- JORDAN B. (1997), *Authoritative Knowledge and Its Construction*, pp. 55-88, in DAVIS-FLOYD R., SARGENT C.F. (a cura di), *Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-Cultural Perspectives*, University of California Press, Berkeley.
- LINDEBAUM S., LOCK M. (a cura di) (1993), *Knowledge, Power and Practice: The Anthropology of Medicine and Everyday Life*, University of California Press, Berkeley.
- LOCK M., FARQUAHAR J. (a cura di) (2007), *Beyond the Proper Body. Reading the Anthropology of Material Life*, Duke University Press, Durham.
- MARTIN E. (1987), *The Woman in the Body. A Cultural Analysis of Reproduction*, Beacon Press, Boston.
- MATTALUCCI C. (a cura di) (2017) *Antropologia e riproduzione. Attese, fratture e ricomposizioni della procreazione e della genitorialità in Italia*, Cortina, Milano.

MORGAN L., ROBERTS E.F.S. (2012), *Reproductive Governance in Latin America*. "Anthropology & Medicine", Vol. 19(2): 241-254.

QUATTROCCHI P., MAGNONE ALEMÁN N. (2020), *Violencia Obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*. Ediciones EdUNLA, Lanús, Argentina.

SADLER M., SANTOS M.J., RUIZ-BERDÚN D., ROJAS G.L., SKOKO E., GILLEN P., CLAUSEN J.A. (2016), *Moving Beyond Disrespect and Abuse: Addressing the Structural Dimensions of Obstetric Violence*, "Reproductive Health Matters", Vol. 24(47): 47-55.

SCHEPER-HUGHES N. (1995), *The Primacy of the Ethical: Propositions for a Militant Anthropology*, "Current Anthropology", Vol. 36(3): 409-440.

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 relieves 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.

