

AMI



59 / giugno 2025

RIVISTA DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI ANTROPOLOGIA MEDICA
FONDATA DA TULLIO SEPELLI



In copertina: gli street artist di tutto il mondo hanno interpretato la pandemia da COVID-19 a modo loro. Monna Lisa, cioè la *Gioconda*, e l'interpretazione di TVBoy, al secolo Salvatore Benintende, che a Barcellona ha raffigurato il capolavoro di Leonardo nell'atto di proteggersi dal Coronavirus indossando la mascherina.



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

59

giugno 2025
June 2025



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 / Sara Cassandra, scrittrice, Napoli / 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 Milano-Bicocca / 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, Università di Messina / Nicoletta Sciarrino, Università di Torino / Alberto Simonetti, studioso indipendente, Perugia / Simona Taliani, Università di Napoli L'Orientale / 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 / Sara Cassandra, writer, Napoli, 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, Università di Milano-Bicocca, 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, Università di Messina, Italy / Nicoletta Sciarrino, Università di Torino, Italy / Alberto Simonetti, independent scholar, Perugia, Italy / Simona Taliani, Università di Napoli L'Orientale, Italy / Eugenio Zito, Università di Napoli "Federico II", Italy

Advisory Board

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

Technical Board

Massimo Cimichella, Università di Perugia / Alessio Moriconi, Università di Perugia / Stefano Pasqua, Università di Perugia / Raffaele Marciano, Aguaplano 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. 59, giugno 2025

n. 59, June 2025

Editoriale

- 9 Giovanni Pizza
Editoriale di AM 59: etnografie mediche
AM 59 Editorial: Medical Ethnographies

Ricerche

- 11 Nicola Martellozzo
La malattia viene col vento. L'esperienza della doppia epidemia in Val di Fiemme
The Disease Comes with the Wind. The Experience of the Double Epidemic in the Fiemme Valley
- 41 Chiara Moretti
Pharmaceutical Borders. The Twofold Function of Medications in the U.S. Immigration Policies
Frontiere farmaceutiche. La duplice funzione dei farmaci nelle politiche migratorie statunitensi
- 81 Giacomo Pasini
Precettare il tempo, disfare la tempesta.
I tiemperos, tra clima e cura alle falde di La Malinche
Predicting the Weather, Unravelling the Storm.
The Tiemperos, between Climate and Healing in the Foothills of La Malinche
- 107 Elisa Rondini
Mind the gap!
Storie oltre la rete della psichiatria territoriale
Mind the Gap!
Stories Beyond the Network of Territorial Psychiatry
- 135 Elena Sischarenco
Innovating through Transdisciplinary Knowledge. Bridging Engineering and Medicine through 3D Printing Technology
Innovare tramite la conoscenza interdisciplinare: collegamenti tra ingegneria e medicina nella tecnologia di stampa 3D
- 155 Domenico Maria Sparaco
Passaggi interrotti.
Lutti pandemici nella prima zona rossa d'Italia
Interrupted Transitions.
Pandemic Grief in Italy's First Red Zone

- 177 Lorenzo Urbano
La dipendenza è il contrario della consapevolezza. Mindfulness, corporeità e riabilitazione
Addiction is the Opposite of Awareness. Mindfulness, Embodiment, Rehabilitation
- Riflessioni e racconti* 211 Sara Cassandra
Malattia e revisione del concetto di felicità
Illness and a Reconsideration of the Concept of Happiness
- Recensioni* Amalia Campagna, *Quale buon uso sociale dell'antropologia davanti alla 'datificazione' dell'invecchiamento? Le pratiche di cura proposte dalla mobile-Health / What Good Social Use Can Anthropology Give to the 'Datafication' of Aging? The Care Practices Proposed by Mobile Health* [Charlotte Hawkins, Patrick Awondo, Daniel Miller (Eds.), *An Anthropological Approach to mHealth*], p. 217 • Francesco Diodati, *Narrare la fatica. Storie di caregiver informali fra Giappone e Inghilterra / Narrating Fatigue: Stories of Informal Caregivers in Japan and England* [Jason Danelly, *Fragile Resonance. Caring for Older Family Members in Japan and England*], p. 224 • Giovanni Pizza, *Il Ballo di San Vito / Saint Vitus' Dance* [Vincenzo Alastra, *Malattia di Huntington: una danza tra destino e speranza*], p. 231.

Editoriale di AM 59: etnografie mediche

Giovanni Pizza

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

In questo numero 59 ci sono due etnografie del COVID: una in Val di Fiemme, di Nicola Martellozzo, e una di Domenico M. Sparaco, a Codogno e comuni vicini. Il primo studia la doppia pandemia, *vegetale*, con il coleottero Bostrico dell'abete rosso, seguito alla tempesta Vaia avvenuta nell'autunno del 2018 con il forte vento di scirocco e le piogge, che ha interessato la fascia che va dalla Francia alla Croazia passando per l'Italia, l'Austria e la Svizzera, e *animale* con il COVID-19. Il secondo studia il cerimoniale del lutto nel primo COVID italiano nel Lodigiano. Se il primo ritiene che il concetto di salute sia interspecie, il secondo rinnova, per quello che può, *Morte e pianto rituale* di Ernesto de Martino.

La ricerca di Giacomo Pasini sui meteorologi popolari messicani rivela che non ci sono soluzioni di continuità fra *tiemperos* e *curanderos*. E che la religione fa da sfondo comune per quanto riguarda la correlazione clima-salute.

C'è poi l'esito della ricerca sui farmaci e la migrazione di Chiara Moretti, condotta in U.S.A.; la ricerca di Elisa Rondini sulla psichiatria territoriale condotta in Umbria; lo scritto di Elena Sischarenco che dà conto di una ricerca etnografica italo-slovena che fa della "consilienza", cioè della interdisciplinarietà avanzata, il perno centrale del discorso.

Chiude Lorenzo Urbano con uno scritto dedicato ai metodi che usano la *mindfulness* come riabilitazione per le dipendenze nei servizi toscani, che qui sono esplorati etnograficamente.

L'etnografia è ciò che accomuna questi scritti, un'etnografia consapevole del fatto che essa è una prassi e non un mero metodo, che si cala nei mondi di esperienza del malessere in tutte le sue forme.

Si prosegue con *Riflessioni e Racconti* che stavolta consiste in uno scritto dedicato al tema della felicità in rapporto alla malattia: si direbbe “ammalarsi fa bene”.

Infine, come sempre, si termina con le recensioni.

E speriamo che questo assortimento sia accolto bene. Come sempre.

La malattia viene col vento

L'esperienza della doppia epidemia in Val di Fiemme

Nicola Martellozzo

Università Ca' Foscari di Venezia
[nicola.martellozzo@unive.it]

Abstract

The Disease Comes with the Wind. The Experience of the Double Epidemic in the Fiemme Valley

In the past 4 years the Fiemme Valley has seen a co-presence of two epidemics: the first caused by the SARS-CoV-2 virus, and shared with the rest of the world; the second caused by the insect *Ips typographus*, and spread in the Eastern Alps. In articulating the suffering – both human and vegetal – of this double epidemic, valley residents intertwined the health of forests with that of people; in presenting and analyzing the main motifs of that intertwining, the article offers a reflection on the interspecific paradigm of disease.

Keywords: Fiemme Valley, Vaia Disaster, COVID-19, Spruce Bark Beetle, Epidemics

Introduzione

«Il bostrico per l'abete rosso è come il coronavirus per l'uomo. È un parassita molto selettivo, attacca le piante in difficoltà, le popolazioni con meno capacità di reazione, ma poi colpisce anche gli individui sani» (ANGELILLO 2020). Così commentò Andrea Bertagnolli, responsabile dell'Ufficio tecnico della Magnifica Comunità di Fiemme¹, intervistato da La Stampa. Nei mesi precedenti Bertagnolli aveva coordinato le squadre di operai e tecnici forestali per affrontare una epifittia – un'epidemia delle piante – diffusasi nei vasti boschi di abete rosso (*Picea abies*) della Val di Fiemme. Sul manto verde di questa vallata, già pesantemente colpito e ridimensionato dal disastro Vaia del 2018, cominciarono a comparire piccole macchie rossastre – “fiammate”, le descrivevano gli abitanti – che tra il 2020 e il 2021 cominciarono a espandersi lentamente ma inesorabilmente; il responsabile di questa trasformazione è un piccolo insetto, il bostrico (*Ips typographus*), una specie endemica dei boschi trentini e che coabita da millenni

con l'abete rosso (CORRADINI 1930: 17; AMBROSI, ANGHEBEN 1986) ma che in condizioni come quelle create da Vaia, si diffonde in modo epidemico disseccando e uccidendo migliaia di alberi. La comunità fiemmesa dovette affrontare questo fenomeno mentre viveva l'esperienza di un'altra epidemia, esperienza condivisa in tutta Europa e nel mondo con la diffusione del virus SARS-CoV-2. Che Bertagnolli abbia scelto di accostare i due fenomeni epidemici è più di una coincidenza: la Val di Fiemme, infatti, è stata uno dei principali *hotspot* trentini di COVID-19, e la sua comunità ha vissuto in modo particolarmente intenso le tensioni sociali e sanitari innescate dal virus.

Tra le due epidemie, va da sé, non c'è alcuna correlazione: il disastro Vaia non ha contribuito in alcun modo al diffondersi del COVID-19 nella valle, né ha provocato effetti deleteri sulla salute fisica degli abitanti; il caso in esame è pertanto completamente diverso dall'ormai classico studio di Nichter sulla *Kyasanur Forest Disease*, una patologia direttamente associabile alla deforestazione nell'India meridionale (NICHTER 1987). Lo studio dell'antropologo americano è però utile da citare in quanto è tra i pochi che abbiano considerato congiuntamente la salute umana e quella forestale, mettendole in stretta relazione alla specifica dimensione locale. Nonostante tra pandemia di COVID-19 e epidemia di bostrico manchi qualunque causalità – o forse proprio per questo – la loro coincidenza ha colpito fortemente l'immaginario degli abitanti; potrei descriverlo come un continuo tentativo di tracciare paralleli tra lo stato di salute dei boschi e quello delle persone, ovvero di quelle che – in termini di specie – sono le popolazioni più grandi della valle; anzi, a voler essere precisi sono gli abeti rossi che sopravanzano gli umani, con un rapporto di 3000 a 1. Oggi la proporzione si è considerevolmente abbassata, dato che il bostrico si è rivelato di gran lunga più mortale del COVID-19. I concetti di “salute”, di “malattia”, di “contagio” e di “sofferenza” hanno subito un peculiare ampliamento interspecifico, che intendo analizzare in questo contributo. Per descrivere l'esperienza di questa “doppia epidemia” ho scelto di presentare separatamente i due fenomeni, in modo da restituirne le specificità in termini sia di impatto socioculturale, sia di effetti sulla salute dei corpi contagiati, siano essi umani o vegetali. Il paragrafo conclusivo riannoda queste due storie, attraverso le narrazioni locali e una riflessione più propriamente antropologica.

Dal punto di vista etnografico, ho cominciato a osservare questa convergenza di epidemie durante la seconda metà del 2020, nei mesi del secondo *lockdown* e in quelli immediatamente successivi. Ebbi modo di passare

quel periodo sul campo, avvantaggiato nel lavoro sia dalle disposizioni provinciali più “morbide” rispetto ad altre regioni, sia dalla posizione relativamente isolata del mio alloggio, sia dalla rete di contatti che avevo già costruito prima dell’inizio della pandemia. Queste circostanze mi permisero un accesso doppiamente privilegiato al campo, garantendomi una certa continuità negli incontri e nelle visite ai miei informatori di fiducia nonostante un clima sociale piuttosto teso. Come per molti altri ricercatori, i limiti del *lockdown* mi hanno spinto a ricorrere anche all’etnografia online²; nonostante sia rimasta una componente decisamente accessoria della metodologia d’indagine, ne ho apprezzato le potenzialità specie per quanto riguarda la possibilità di seguire lo sviluppo di determinate narrazioni. A tal fine ho frequentato virtualmente i gruppi Facebook formati dai residenti dei vari Comuni di Fiemme, in cui sia il COVID-19, sia il botstrico sono stati argomenti particolarmente commentati e discussi. Oltre alla consultazione della letteratura scientifica di riferimento, per quanto riguarda l’epidemia forestale mi sono avvalso dell’esperienza e delle memorie di molti interlocutori locali che – per lavoro o per passione – vantavano una conoscenza profonda di quei fenomeni. Conoscenza che però quasi mai ha coinciso con una comprensione altrettanto chiara: se c’è infatti un aspetto che ha accomunato fin da subito il vissuto delle due epidemie, è stato proprio la necessità di dare senso a un fenomeno assolutamente straordinario. L’incapacità di spiegare le ragioni di quelle morti, umane o meno, di comprendere il comportamento di quel patogeno, virale o meno, è stata parte integrante della sofferenza provata dalla comunità fiemmese, di cui i corpi nei cimiteri e gli alberi disseccati sono stati la componente più evidente. Aniché leggere tutto ciò attraverso la categoria di “salute ambientale”, d’accordo con Raffaetà ritengo che l’etnografia possa fornire quegli «elementi di base da cui partire per dare sostanza e problematizzare assemblaggi di naturacultura» (RAFFAETÀ 2017: 121) finanche inaspettati, come quello che lega insieme quattro specie viventi in una doppia epidemia.

Pandemie umane...

Pochi giorni prima del secondo *lockdown* ero riuscito a tornare in Val di Fiemme. Me n’ero andato alla fine di febbraio, trovando un Veneto ad un passo dalla “zona rossa”. Il giorno dopo la dichiarazione del governatore Zaia, nella Provincia di Trento venne riscontrato il primo caso “locale” di Coronavirus. Ironicamente, il mio primo tampone lo feci proprio a

Cavalese, presso l'unica struttura ospedaliera nelle valli dell'Avisio (Fassa, Fiemme, Cembra). La ricordo come una delle esperienze più stranianti del mio campo; non tanto, o non solo, per le lunghe file di persone annoiate o innervosite davanti all'ospedale, né per il tampone in sé, e neppure per l'impressionante insieme di pratiche e dispositivi biomedici che permetteva tutto ciò. Ad attirare la mia attenzione – mentre provavo a intervistare alcuni residenti – fu l'arrivo di una piccola auto da cui scese un uomo di mezz'età, che iniziò a parlare da un microfono. La sua voce, amplificata dalla piccola cassa sopra l'auto, si rivolgeva ai presenti alcuni di quali – notai solo a quel punto – non sembravano affatto essere là per il tampone bensì proprio per quell'uomo. Solo dopo venni a sapere che si era sparsa la voce del suo arrivo in diversi gruppi chiusi su WhatsApp e Telegram, gli stessi gruppi da cui i giorni successivi cominciarono a condividere video e registrazioni di quel momento.

L'uomo, di cui preferisco non rivelare l'identità, si presentò come un medico avversato dalla sua categoria e in disaccordo con le pratiche di *lockdown* e vaccinazione. Nella mezz'ora in cui parlò vidi la gente reagire in modi molto diversi: un buon terzo dei presenti lo ignorava completamente, alcuni mostravano un certo fastidio, altri sorridevano dando di gomito ai propri amici e conoscenti. C'era però anche un ampio cerchio di persone intorno all'auto, e nonostante alcuni se ne andassero dopo pochi minuti, molti di più rimanevano e ascoltavano con estrema attenzione. I pochi che provarono a interrompere l'uomo non riuscivano ad avere il sostegno della (piccola) folla, neppure quando un infermiere spazientito gli chiese esplicitamente di andarsene. Lui continuò a parlare dei contagi gonfiati, dell'assurdità delle misure di contenimento, del potenziale pericolo costituito dai vaccini, e delle fallacie delle conoscenze mediche alla base di tutto questo. Il numero di sguardi scettici era compensato da quello di coloro che annuivano convinti; alcuni ripetevano sottovoce quanto veniva detto, mentre un paio di ascoltatori si lasciò sfuggire un movimento con l'indice e il medio della mano destra, sulla fronte e sul petto.

Fu un'esperienza decisamente breve ma che, per la sua "densità", mi colse mi sorpresa e mi convinse a portare la pandemia all'interno della mia ricerca etnografica. Benché possa suonare strano, fino ad allora avevo vissuto quel fenomeno come un fatto privato, o al più come un grosso problema per il mio lavoro di campo. Le tematiche di cui mi sono occupato per quattro anni riguardavano l'antropologia dell'ambiente, l'etnografia multispecie, la ricerca storico-economica, mentre l'antropologia medica occupava un posto decisamente minore, legato soprattutto al vissuto trau-

matico del disastro Vaia. Su quel piazzale, mentre guardavo tutte quelle persone contese tra tamponi e retoriche anti-vacciniste, decisi di prestare attenzione a come la pandemia stesse agendo sulla comunità di Fiemme e quali nuovi processi, saperi e pratiche stesse producendo; forse un po' in ritardo rispetto ad altri miei colleghi.

La pandemia causata dal virus SARS-CoV-2 è stata un fenomeno che, fin da subito, ha ricevuto un'ampia e articolata attenzione da parte degli antropologi in tutto il mondo (ABRAM, LAMBERT, ROBINSON 2023; BRINKWORTH, RUSEN 2022; SCHMIDT-SANE *et al.* 2022; SINGER *et al.* 2021; MANDERSON 2020; NAPIER 2020); riassumere le prospettive e i temi di quel corpus – tuttora in crescita – richiederebbe un contributo a sè stante, che esula dagli scopi di questo articolo. Per un punto sulla questione italiana rimando alla raccolta di interventi promossa da Fabio Dei (2020), ai numerosi contributi presentati nel corso del VIII Convegno SIAA 2020 e soprattutto al recente volume di *AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica* (55, 2023). Ovviamente l'antropologia medica si occupa dei fenomeni epidemici da molto prima del COVID-19 (KELLY, KECK, LYNTERIS 2019); l'eredità di pionieri come Paul Farmer è stata raccolta da nuove generazioni di studiosi che continuano ad occuparsi di AIDS (QUARANTA 2019), Ebola (ABRAMOWITZ 2017), malaria (CHANDLER, BEISEL 2017) o influenza aviaria (KECK 2020), solo per citare alcune delle patologie più famose. Una delle riflessioni che accomuna tutte queste ricerche – comprese quelle dedicate alla pandemia di COVID-19 – è il modo che hanno le epidemie di accelerare, creare da zero o comunque integrarsi in forme di disuguaglianza socioeconomiche più o meno istituzionalizzata; queste si accompagnano a determinate economie morali, che nella concisa definizione di Fassin comprendono «the production, circulation, distribution and use of norms and obligations, values and affects» (2011: 486). In altre parole, economie morali e patogeni si diffondono insieme, prendendo corpo all'interno delle comunità, dei sistemi sanitari, delle strutture economiche.

In questo senso, il modo in cui la Val di Fiemme ha sperimentato la pandemia di COVID-19 è stato influenzato da una serie di caratteristiche proprie del contesto trentino, *in primis* l'autonomia provinciale e l'importanza del turismo. Se il primo aspetto ha consentito alla Provincia di adottare misure di *lockdown* più “morbide”, il secondo ha rappresentato una costante spada di Damocle tesa sopra la testa dell'economia trentina. Come ben sintetizzato da Brunazzo, la gestione della pandemia ha attraversato varie fasi: «negazione (per cui “non sta succedendo nulla di grave”), normalizzazione (secondo cui “il problema non riguarda noi”), reazione limitata (che

comporta il “far vedere che prendiamo delle decisioni”), riconoscimento (“il problema esiste”) e riformulazione (“il problema è anche nostro e dobbiamo affrontarlo”)» (BRUNAZZO 2021: 170). Dopo Lombardia e Veneto, il Trentino è stata una delle prime regioni a venire colpita dalla pandemia di COVID-19, con l'accertamento del primo caso il 2 marzo 2020. Secondo Bianco e colleghi, le prime due ondate di contagi non erano correlate fra loro: mentre la prima era legata a molteplici e distinti “punti” di contagio, la seconda fu dovuta in buona sostanza ai flussi turistici dell'estate 2020, cosa che (almeno in parte) accadde nei primi mesi del 2021 dopo la stagione invernale. Il rapido aumento nei numeri dei contagiati e dei ricoverati non è stato omogeneo sul territorio provinciale ma ha riguardato specialmente le vallate a sud-ovest e a nord-est (BRUNIALTI *et al.* 2022: 90-91). Una prima differenza tra le due aree riguarda sicuramente la distribuzione delle strutture ospedaliere e delle RSA, che nei distretti sanitari orientali hanno una capacità minore rispetto al numero di abitanti. Per le valli dell'Avisio vi sono quattro RSA (Vigo di Fassa, Predazzo, Tesero, Lissignago) e un solo ospedale (Cavalese). I tre macro-distretti sanitari, con le loro sotto-divisioni e la distribuzione asimmetrica di strutture e servizi, riflettono bene la debolezza insita nel policentrismo del territorio trentino: se teoricamente questa strutturazione favorisce la centralità degli ospedali “periferici”, nel pratico l'Azienda sanitaria deve fare i conti con una sostanziale carenza di medici e infermieri, la riduzione dei posti letto e un aumento generale delle spese. Per i cittadini ciò si traduce in lunghe liste d'attesa, con la difficoltà aggiuntiva di doversi recare in altri ospedali per poter usufruire di visite o interventi specialistici.

Su queste fragilità preesistenti la pandemia di COVID-19 ha agito come un catalizzatore, riportando il tema della sanità trentina – in quanto questione sociale – al centro del dibattito pubblico. In Val di Fiemme ciò ha riguardato il destino dello storico ospedale di Cavalese: inaugurato nel 1955, la struttura venne realizzata sostanzialmente per volontà e con i fondi della Magnifica Comunità, venendo acquisita decenni dopo dalla Provincia. Durante il periodo pandemico l'ospedale è stato il principale centro vaccinale della zona orientale, servendo in sostanza le tre valli dell'Avisio e parte del Primiero. Durante il secondo *lockdown*, il contrasto tra l'alto numero di accessi e lo svuotamento dei servizi offerti nel corso degli anni precedenti (su tutti, quello del punto nascite) riaccese il dibattito sulla realizzazione di una nuova struttura ospedaliera; la questione ha fortemente diviso la comunità fiemmese, anche a causa delle modalità poco trasparenti sia attorno alla sua progettazione, sia ai legami tra enti pubblici e aziende private

coinvolte³. La struttura sarebbe dovuta sorgere nel fondovalle, sui terreni dell'ex-vivaio forestale sito a Masi di Cavalese, una posizione pensata per favorire l'accesso da parte dei residenti delle valli limitrofe. L'ospedale storico sarebbe stato conservato, seppure con funzioni e personale ridotto, anche se in molti temevano che questo sarebbe stato il primo passo verso una chiusura definitiva. Altri invece hanno criticato la scelta del nuovo sito, considerata a rischio per la sua vicinanza al torrente Avisio, e che avrebbe comportato la cementificazione di una zona di pregio dal punto di vista ambientale e agricolo. Dopo quasi 5 anni di scontri politici, incontri con la cittadinanza, dimissioni e interrogazioni in Giunta provinciale, l'ipotesi del nuovo ospedale è stata definitivamente abbandonata; se la pandemia può dirsi conclusa, non è così per dibattito che ha innescato intorno alla qualità dei servizi sanitari nella valle, un tema sociale particolarmente sentito proprio per l'intensità dell'esperienza epidemica. I dati nella tabella sottostante mostrano come i Comuni della Val di Fiemme⁴ abbiano registrato un tasso di contagiati superiore sia a quello medio provinciale, sia a quello dei Comuni limitrofi della Val di Cembra (Capriana e Valfloriana) e della Val di Fassa (Moena).

Comune	Popolazione	Contagi totali (e %)
Castello-Molina	2319	779 (34%)
Cavalese	4112	1220 (30%)
Panchià	827	258 (31%)
Predazzo	4528	1626 (36%)
Tesero	2999	945 (32%)
Ville di Fiemme	2569	762 (30%)
Ziano	1770	591 (33%)
Totale Fiemme	19124	6181 (32%)
Capriana	584	174 (30%)
Valfloriana	462	139 (30%)
Moena	2626	717 (27%)
Media PAT	540958	161427 (29%)

Il conteggio è riferito al periodo compreso tra il 3 marzo 2020 e il 29 aprile 2022⁵. Ancora nell'aprile del 2021, le valli di Fiemme e Fassa registravano il maggior numero di contagi di tutta la provincia, e uno dei primi focolai della variante "inglese" del COVID-19. Una delle prime motivazioni

date per spiegare questa “anomalia” – e che diventò presto una delle prime componenti dell’economia morale pandemica fiemmesa – fu quella del turismo; in particolare, si sospettò del principale evento sportivo invernale delle due vallate, la Marcialonga:

mentre in Trentino la progressione della pandemia nello stesso periodo si aggira su un aumento del 10 -12% dei contagi, in valle di Fiemme i contagiati, a partire dall’11 febbraio, siano più che raddoppiati, in valle di Fassa l’aumento sia del 30% e a Moena e Soraga, luoghi della partenza della gara, siano addirittura sestuplicati. È proprio un caso che i paesi più colpiti in Fiemme gravitino attorno alla zona di arrivo o dove si concentrano le ospitalità: Castello Molina, Cavalese, Tesero, Le Ville, con un effetto moltiplicatore dei casi di 3, fino a 6 volte? (CASANOVA 2021).

Al turismo si affiancò ben presto un altro tema, una causa “locale” stavolta, ovvero le persone contrarie alla vaccinazione e alle misure di contenimento, frettolosamente etichettate come *no-vax*. A giugno del 2021, nelle valli di Fiemme e Fassa la copertura vaccinale per il COVID-19 era ferma al 48% contro una media provinciale del 54%; si tratta di un dato particolarmente problematico se riferito a Fiemme, che possiede una popolazione potenzialmente vaccinabile doppia rispetto a quella fassana. C’è da dire che questa situazione non riguardava solo i vaccini contro la pandemia: i rapporti sullo stato delle vaccinazioni in Trentino per il 2021 e il 2022 sottolineano la differenza tra territori come la Bassa Valsugana, la Piana Rotaliana e la Val di Sole, con un alto livello di copertura, e le valli di Fiemme e Fassa, che si mantengono costantemente sotto la media. La popolazione fiemmesa mostrava in particolare una bassa propensione per le vaccinazioni entro i 2 anni di vita, tra i 4 e i 10 punti percentuali sotto la media provinciale. Va sottolineato anche il sorpasso fiemmeso (in negativo) della Val di Fassa, che negli anni precedenti era il territorio con meno copertura vaccinale in assoluto. Consultando i report provinciali disponibili (fino al 2016) si può notare come questa “resistenza” o “esitazione” vaccinale sia precedente alla pandemia di COVID-19, e abbia un certo radicamento proprio nelle vallate nord-orientali. Molti dei miei interlocutori – a prescindere dal genere, dal grado di istruzione o dall’età – hanno manifestato un certo grado di diffidenza, scetticismo, quando non di vera e propria contrarietà all’obbligo di vaccinazione; per essere più chiari, essi giustificavano il loro rifiuto al vaccino contro il SARS-CoV-2 sulla base di una contrarietà storica ad altri vaccini, specie quelli obbligatori per i bambini in età scolare.

Sono state proprio queste conversazioni, le confidenze e finanche i numerosi messaggi nei *social media* a farmi comprendere come l’economia

morale legata al COVID-19 non fosse nata dal nulla, ma fosse invece una rimodulazione di frizioni, posizioni e gruppi preesistenti; il principale di questi è l'associazione *Vaccinare Informati*, nata a Rovereto nel 2006 con l'obiettivo di promuovere la libertà di scelta vaccinale. Fattorini, sociologa che se n'è occupata nel 2018, sottolinea tre importanti differenze tra questa e altre associazioni analoghe: anzitutto, *Vaccinare Informati* non nasce in contrapposizione ad una specifica politica sanitaria o tipo di vaccinazione, cosa che solitamente contribuisce alla breve durata di quei gruppi; al contrario – ed è il secondo elemento – l'associazione trentina ha superato i confini provinciali diventando un riferimento per l'intero contesto *free- e no-vax* italiano; infine, la lunga esperienza unita a una forte capacità di dialogo ha reso questa associazione un interlocutore riconosciuto da parte della politica trentina (FATTORINI 2023: 83). Ne è un esempio la nota informativa scritta dall'allora presidente Marco Brazzo al Disegno di Legge provinciale del 26 gennaio 2010 (n. 88), in cui si legge:

Ciò che ci spinge ad impegnarci da anni ed in modo completamente gratuito e volontario per arrivare al superamento dell'obbligo, non è sicuramente la sanzione pecuniaria, ma il convincimento che il diritto al dissenso è prima di tutto un atto di civiltà e di rispetto che non si può certo spegnere con una multa. [...] Siamo fermamente convinti che nessuna Legge possa imporre un trattamento sanitario quando questo potrebbe arrecare un danno alle persone che vi si sottopongono. [...] Ci auguriamo che, piano piano, si faccia strada l'idea che, anche nel nostro caso, coloro che obiettano ai vaccini non sono individui che furbescamente “approfittano” e in un certo modo “sfruttano” coloro che si vaccinano, a scapito della salute pubblica, ma sono invece persone che difendono la salute pubblica con una scelta diversa.

Un primo importante momento di radicamento all'interno della comunità fiemmesese fu il periodo tra il 2017 e il 2018, quando *Vaccinare Informati* si schierò contro l'obbligo vaccinale ai bambini contenuto nel cosiddetto “Decreto Vaccini”, il DL 73/2017 promosso dall'allora ministra Lorenzin che reintroduceva l'obbligatorietà di alcune vaccinazioni nelle scuole per i bambini tra gli 0 e i 6 anni. Allora, proprio in Val di Fiemme, si tennero diversi incontri e conferenze cui parteciparono anche medici *free o no-vax*; questi, seguendo la tesi del premio Nobel Luc Montagnier, sostenevano una potenziale correlazione tra vaccini e autismo, uno degli elementi più caratterizzanti nel fenomeno dell'esitazione vaccinale (SANTULLO 2021). Come sottolinea Kaufman: «the vaccine-autism connection highlights the powerfully felt need among some parents of young children to broaden their knowledge base about vaccines and vaccine safety, to bring “expert knowledge” into the domain of personal responsibility» (KAUFMAN

2010: 25). Un altro gruppo che si avvicinò molto a *Vaccinare Informati* nel corso del 2018 fu l'associazione *Liberi di scegliere Val di Fiemme*, nata per promuovere e coordinare l'*homeschooling* nella valle. Anche in questo caso le statistiche provinciali indicano Fiemme e Fassa come i territori con la più alta percentuale di istruzione domestica, sebbene siano nell'ordine delle decine. Nonostante nel corso della ricerca non abbia conosciuto nessuna famiglia che si avvalsesse di questa pratica, ho comunque appurato l'interesse di molti genitori per forme alternative di educazione. Con la chiusura delle scuole e degli asili, diverse famiglie fiemmesi cominciarono a valutare altre opzioni, tra cui quella dell'"asilo nel bosco". Il progetto *Il cerchio nel bosco* – nome piuttosto evocativo – riscosse un notevole successo in valle, anche se i giudizi in merito potevano cambiare molto: da chi, come genitore, apprezzava molto la possibilità di avere uno spazio protetto e «all'aria aperta» per i propri figli, a chi invece tacciava l'asilo di essere solo una scusa comoda per "scaricare" il proprio figlio, addirittura una «combriccola di *no-vax*». Ho avuto modo di conoscere il progetto educativo e i suoi ideatori molto presto, grazie a un contatto pregresso e, in un certo senso, imprevisto; l'asilo può essere considerato come una sorta di *spin-off* della cooperativa agricola Terre Altre, che da anni si occupa del recupero di varietà vegetali autoctone, di orticoltura biologica e laboratori didattici⁶. L'area delle attività dell'asilo nel bosco coincide grosso modo con i terreni che ospitano le colture, una zona di poche centinaia di metri quadrati a Masi di Cavalese: proprio la stessa area dove sarebbe dovuto sorgere il nuovo ospedale di Fiemme, e che la Magnifica Comunità aveva concesso in comodato alla cooperativa.

Uno dei tanti "cortocircuiti" logici – sebbene sensato nel quadro dell'economia morale pandemica – che riscontrai nei miei interlocutori riguardava proprio questa coincidenza: da un lato erano contrari alla realizzazione dell'ospedale a Masi, in quanto progetto dannoso per il territorio; dall'altro però approvavano la possibilità intrinseca di far "sloggiare" la cooperativa e il suo asilo, considerato come altrettanto dannoso per (una parte del)la comunità fiemmese. La necessità di dare un senso all'epidemia, e in particolare all'intensità del fenomeno nella valle, trovò nei *no-vax* un capro espiatorio ideale. La stigmatizzazione di un'ampia gamma di atteggiamenti e pratiche – dall'esitazione vaccinale all'infrazione del *lockdown*, dall'asilo nel bosco alla "propaganda" anti-vaccinista – è stato uno dei principali modi attraverso cui la comunità fiemmese ha cercato di redistribuire la responsabilità dell'epidemia al proprio interno. In realtà, tra le molte persone con cui mi sono confrontato sull'argomento, prevaleva un senso di

insofferenza verso le restrizioni agli spostamenti: «io abito a mezzo chilometro dal paese, ti pare possibile che non posso andare a farmi un giro nel mio bosco? Ma chi devo incontrare, i cervi?». Sfoghi come questo sono stati all'ordine del giorno, e non hanno nulla a che vedere con le posizioni *free* o *no-vax*. Questo non significa che non ci fossero effettivamente abitanti estremamente critici verso le vaccinazioni e le disposizioni sanitarie, contro cui hanno messo in atto tattiche più o meno efficaci di resistenza. Si è trattato di pratiche piuttosto eterogenee, che in alcuni casi hanno anche attirato l'attenzione della stampa provinciale e nazionale; ad esempio, nel gennaio 2022 una donna ha inserito nel proprio naso il muco di un'amica positiva al COVID-19. Attraverso questo trasferimento di sostanze corporee – si badi, di una persona di fiducia – la donna sarebbe risultata positiva al tampone nasale senza però ammalarsi effettivamente, ottenendo così il *green pass* senza bisogno di vaccinarsi.

La frequentazione volontaria con persone positive è stata forse la pratica più comune, anche se sopravvalutata. «Qualcuno sostiene», scriveva il giornalista Francesco Morandini «che [...] c'è chi si sta facendo una sorta di indennità di gruppo senza prestare molta attenzione a distanziamenti e mascherine, ma a dire il vero infermieri e medici che abbiamo interpellato dicono di non esserne al corrente» (MORANDINI 2021). Questa era, per inciso, esattamente una delle critiche mosse alle famiglie che aderivano all'asilo nel bosco, equiparato ad una sorta di *pox-party* mascherato. Episodi come quelli del muco o del “comizio” davanti l'ospedale di Cavalese hanno contribuito a rinforzare questo atteggiamento di colpevolizzazione generale proprio dell'economia morale pandemica, polarizzando il dibattito pubblico senza però fornire rassicurazioni ai dubbi e ai timori suscitati da un fenomeno così intimamente destabilizzante. In questo senso, non mi ha sorpreso scoprire che una parte della comunità si è rivolta alla religione per avere queste rassicurazioni; un atteggiamento che, del resto, ha diversi precedenti storici in Val di Fiemme, dove la devozione mariana è ancora piuttosto forte. Si considerino questi due brani: il primo è un messaggio che nel marzo 2020 cominciò a diffondersi tramite le cosiddette catene di S. Antonio sia nei gruppi Facebook sia via WhatsApp/Telegram; il secondo, invece, è tratto da una seduta del consesso dei Regolani nel 1861, quando un'epidemia di colera minacciava di colpire la comunità:

O Madonna Addolorata, Vergine di Fiemme, tu che ci hai protetto in tante occasioni, oggi ti preghiamo affinché si possa trovare il modo di bloccare il contagio di quest'epidemia di Coronavirus nel mondo e in particolare proteggi la nostra gente, la nostra valle come l'hai già fatto in passato. Torneremo in molti in pellegrinaggio ai tuoi piedi per ringraziarti.

Persuasi gli abitanti di Fiemme che se dall'un canto giovevoli si appalesano le misure di precauzione concertate allo scopo di impedire la propagazione del "Colèra" in questa vallata, dall'altro canto però unico e più sicuro mezzo per ottenere il medesimo intento si è certamente quello d'invocare la divina misericordia, e la protezione della B.V. Addolorata, hanno oggidì a mezzo dei Rappresentanti della Comunità fatto solenne voto di portare ed accompagnare processionalmente l'immagine della Madonna Addolorata colle solennità usitate ab antiquo⁷.

Furono molte le comunità trentine che cercarono una protezione soprannaturale per fronteggiare le epidemie ottocentesche di quella malattia che, nel suo stesso nome, rimandava ad una sorta di collera divina (FOLGHERAITER 1993). La storia si è ripetuta anche durante la pandemia di COVID-19, con la comparsa tra le due Province autonome di piccoli gruppi d'ispirazione cristiana, i quali consideravano l'epidemia come una punizione divina; in Val Gardena, uno di questi gruppi sostenne che la Madonna stessa avesse rivelato che la vaccinazione contro il COVID costituiva un peccato. In Val Pusteria, invece, alcune famiglie legate ad altri gruppi religiosi finirono sotto processo per maltrattamenti domestici nel dicembre 2021, per aver costretto con la forza i propri figli all'educazione familiare. Anche la Val di Fiemme ha avuto la propria "setta" legata alla figura di un religioso locale; i *rumors* intorno a questo gruppo si sprecavano, e sovente facevano riferimento a pratiche di contagio volontario nei boschi della valle⁸. Ma al di là di questi gruppi organizzati, la religiosità personale è stato una componente importante dell'esperienza epidemica fiemmesa, particolarmente evidente nella *pietas* verso i defunti. La scomparsa di Raffaele Zancanella nell'aprile 2020, ex Scario della Magnifica Comunità, politico provinciale e profondo conoscitore della cultura fiemmesa, è stata una delle "morti illustri" che più ha commosso la valle. La sua vicenda non si discosta da quella di tanti altri convalligiani: un malessere imprecisato, un peggioramento improvviso, il ricovero a Cavalese e la conferma del COVID, il trasferimento a Trento nel reparto di rianimazione. La morte di Zancanella condivide con i tanti lutti privati la medesima mancanza di comprensione per un fenomeno invisibile, impalpabile, di cui non si riesce né a scorgere la logica dietro i contagi, né accettare fino in fondo gli interventi per contrastarlo. Lo stesso si può dire, *mutatis mutandis*, per l'epidemia di bostrico.

...ed epifitie forestali:

Una mattina d'autunno del 2022, durante il mio penultimo periodo di *fieldwork*, mi ritrovai sul ciglio della strada di fondovalle, a guardare i pendii del Lagorai insieme a due amici e informatori. Ilario, dottore forestale della Magnifica Comunità, aveva percorso molte volte quelle foreste, che

ricoprono buona parte del versante orografico sinistro di Fiemme. Andrea, micologo e accompagnatore di media montagna, controbilanciava con la sua prospettiva – orizzontale e micorrizica – lo sguardo verticale del tecnico. Non potevo chiedere una compagnia migliore per provare “leggere” quei versanti segnati dall’infestazione di bostrico, ormai pienamente visibile nella sua gravità. I piccoli nuclei e le “fiammate” di due anni prima arrossavano ormai ampie porzioni di bosco. Sebbene la maggior concentrazione di abeti colpiti si trovasse proprio nelle foreste del Lagorai, era difficile spiegare la modalità del contagio: oltre alle zone più ampie si notavano piccoli gruppi, a volte di appena due o tre alberi, ben distanti dai siti degli schianti. Ci chiedevamo allora il motivo di questa particolare punteggiatura, di questa “scelta” da parte dell’insetto. Per Andrea studiare la rete micorrizica che connette alberi e funghi poteva fornire indicazioni utili per comprendere la “logica” dietro la distribuzione delle piante colpite: gli abeti con più micorrize godrebbero di maggiori benefici fitosanitari e di un miglior accesso ai nutrienti, mentre le piante con pochi legami risulterebbero più svantaggiate e vulnerabili. Per Ilario invece – da buon dottore forestale – era l’eccesso di abete rosso nei boschi fiemmesi, unito alla proliferazione straordinaria degli insetti, che aveva fatto “saltare” parte dei normali schemi di comportamento del bostrico.

Pur con diverse prospettive, entrambi cercavano di combinare le loro conoscenze razionali e la loro personale esperienza della foresta con questo nuovo, “strano”, agire del bostrico. Questa ricerca di senso è stato un *Leitmotiv* per tutta la durata dell’epidemia, che secondo il Servizio Foreste della Provincia di Trento sta finalmente avviandosi al termine. Le ferite della tempesta non avevano fatto in tempo a guarire che la comunità fiemme sperimentò un nuovo aspetto del disastro Vaia, sotto forma di epifittia. A differenza del COVID-19, nella letteratura antropologica italiana e internazionale le epidemie delle specie vegetali hanno ricevuto poca attenzione (ROY *et al.* 2024). Molti studi riguardano la *Xylella* degli ulivi (REISMAN 2021), che in Italia ha trovato un osservatorio d’eccezione nel Collettivo Epidemia (2019). Più rari, ma comunque presenti, i riferimenti a specifiche patologie come il mal dell’inchiostro nei castagneti toscani (MATHEWS 2018), il deperimento del frassino (TSING 2017: 57-60), la *South American leaf blight* degli alberi della gomma in Amazzonia (KOHN 2013: 161-163), o la ruggine del caffè nelle piantagioni messicane (PERFECTO, JIMÉNEZ-SOTO, VANDERMEER 2019). Sulle infestazioni da bostrico gli studi in ambito sociale sono assai scarsi, ma vanno citati per la loro qualità la ricerca di Blava-sunas nel Parco Nazionale di Białowieża (2020), quella di Müller sulle fo-

reste bavaresi (2011), e infine diverse indagini sociologiche per il contesto nordamericano (PARKINS 2008; QUI, FLINT 2017; PRENTICE, QIN, FLINT 2018). È inoltre di recentissima pubblicazione un volume sull'epidemia di bostrico nel nord-est italiano, nato dalla collaborazione tra un antropologo e un dottore forestale (LACASELLA, TORREGGIANI 2024).

A differenza del virus SARS-CoV-2, il bostrico vanta un rapporto millenario con le foreste europee, in quanto specie endemica e parassita dell'abete rosso (FACCOLI 2015). Una delle più grandi sfide della selvicoltura scientifica moderna riguardò proprio la gestione delle periodiche epidemie di questo insetto. Tra gli eventi peggiori ci fu la morte di circa 40.000 abeti nelle foreste veneziane del Cansiglio, nel 1840 (LAZZARINI 2006: 240-242); la stessa cosa era accaduta circa un secolo prima, a causa dell'azione congiunta di una tempesta di vento e della siccità estiva. L'ispettorato ai boschi di Venezia imparò la lezione, e quando il parassita ricomparve venne rapidamente scortecciando gli abeti abbattuti e bruciandone il materiale fuori dal bosco (LUNARDONI 1889; LAZZARINI 2006: 242). Dopo una devastante epidemia nei boschi tedeschi dello Harz, nel 1772 la Camera Elettorale di Hannover creò una commissione *ad hoc* per trovare un rimedio al cosiddetto *Wurmtrockniss*, ovvero il disseccamento dell'abete (SCHWERDTFAGER 1973). La soluzione, del tutto simile a quella adottata dai selvicoltori veneziani, trovò diffusione nella selvicoltura mitteleuropea fino alla Seconda guerra mondiale, con l'avvento dei pesticidi (come il DDT) e la sintesi di feromoni artificiali.

Il bostrico non agisce da solo: l'insetto vive in simbiosi con alcune specie di funghi ascomiceti che contribuiscono al deperimento della pianta, indebolendone le difese e la resistenza all'attacco dell'insetto. Una volta che i coleotteri hanno lasciato l'albero, i funghi continuano a prosperare e colonizzano l'intera pianta, accelerando la degradazione del legno (FACCOLI 2015). Se l'indice della presenza del bostrico è l'arrossamento delle fronde, quello dei funghi è l'azzurramento del legno, partendo dagli anelli più esterni. L'*Ophiostoma minus*, la principale specie di funghi coinvolta nell'infestazione, mantiene un rapporto simbiotico con l'insetto, parassitario nei confronti dell'abete, e di competizione con altri funghi del genere *Ophiostoma*; ciò per sottolineare la numerosità e la varietà dei rapporti interspecifici tra non-umani in questo fenomeno epidemico. Rimanendo in tema, quella causata dal bostrico non è l'unica epifitìa attualmente in corso sul territorio trentino. Il 2022 ha visto la più grave infestazione di processionaria (*Traumatocampa pityocampa*) degli ultimi dieci anni. L'incidenza maggiore si è avuta nella zona di Monte Sole, in Val Venosta, nella

Bassa Atesina e nella Valle Isarco, ma ogni anno nella Provincia di Trento vengono colpiti circa tremila ettari. Le larve di questa falena attaccano i boschi di pino nero (*Pinus nigra*), la cui presenza in Trentino si deve quasi totalmente all'introduzione da parte dei selvicoltori, prima sotto il governo austriaco, poi sotto quello fascista.

C'è poi il caso della flavescenza dorata, nella vitivinicoltura trentina. Riconosciuta come emergenza fitosanitaria, nel marzo 2022 la Fondazione Edmund Mach ha registrato una condizione epidemica di questa malattia nei vigneti dell'Alto Garda, Valdadige, Vallagarina e soprattutto in Valsugana. Fino al 2018 la diffusione della flavescenza – presente in Trentino dal 2001 – era rimasta stabile, per poi triplicare all'improvviso nel 2019 e mantenere quest'incidenza per tutto il 2021, raddoppiando nuovamente nel 2022 a causa della siccità. Come per il bostrico, la flavescenza dorata è provocata dalla combinazione di più specie: un batterio parassita – che interrompe il passaggio della linfa nella pianta – un insetto vettore e certe varietà di viti particolarmente vulnerabili al batterio; sono molte le somiglianze con la *Xylella* negli uliveti pugliesi, non ultimo l'alta concentrazione di colture monospecifiche con una bassa biodiversità. Quest'ultimo aspetto è cruciale non solo per l'epidemia fiemmesa di bostrico, ma più in generale per buona parte delle epifitie globali. Come osserva Tsing:

casual introductions of pests are not the problem. [...] For plants, it is the industrialization of the tree nursery industry with its large-scale global export of soils and plants that causes both the rate and virulence of the contemporary spread of pathogens - and the resulting decline of even our most common trees. [...] plantations are breeding grounds for virulence. The industrial plant trade does not just move around pathogens; it breeds pathogenicity (TSING 2016: 12-13).

L'altissima concentrazione di abeti rossi nei boschi fiemmesi – esito di un modellamento selvicolturale lungo cinque secoli – ha reso particolarmente vulnerabili queste foreste ai danni da vento, il che spiega come mai proprio in questa valle si sia verificato un terzo di tutti gli schianti registrati nella provincia. Il disastro Vaia è pertanto frutto di una risonanza tra pratiche culturali di lungo periodo e fenomeni climatici estremi. Il trauma collettivo generato dalla tempesta si deve al fatto di essere stata percepita come un fenomeno isolato, imprevedibile e inspiegabile. A questa drammatica interruzione del quotidiano la comunità fiemmesa ha risposto in modi diversi, tutti tesi a dare un senso al disastro e inscrivere un ordine umano nel territorio ferito. Spicca in particolare la cerimonia di ringraziamento alla Madonna Addolorata: a un anno da Vaia, migliaia di abitanti provenienti

dall'intera valle presero parte al pellegrinaggio verso la chiesa dell'Assunta di Cavalese, forse il centro devozionale più importante di Fiemme. Molti ritengono che la Madonna sia intervenuta per proteggere la "sua" comunità dalla tempesta, spiegando in questo modo l'azione apparentemente selettiva di Vaia, che ha colpito solo gli alberi senza fare morti o provocare gravi danni alle infrastrutture. È importante sottolineare che la cerimonia del 27 ottobre 2019 è stata la replica di un rituale religioso locale, la *levada*, una processione istituita dopo la Seconda guerra mondiale in ringraziamento alla Madonna per aver protetto la Valle dai bombardamenti.

L'attuale epifittia è totalmente in continuità con la tempesta del 2018, trauma collettivo compreso; la massiccia diffusione del bostrico costituisce un'amplificazione delle consuete relazioni ecologiche tra albero e insetto, ma in questo caso non si tratta di un puro accidente naturale: senza la presenza soverchiante di abete rosso non ci sarebbero stati così tanti focolai, corrispondenti grosso modo alle zone schiantate. In altre parole, il bostrico si è manifestato come vera e propria epidemia solo nella corrispondenza con una specifica forma storica del paesaggio (TSING, MATHEWS, BUBANDT 2019: 186). Durante la primavera 2020 – nonostante un inverno piuttosto rigido – la siccità e le alte temperature trasformarono il legno rimasto a terra in focolai di diffusione. Le prime avvisaglie cominciarono a settembre, poco prima del secondo *lockdown*. Ho recuperato in proposito un post Facebook pubblicato nel gruppo degli abitanti di Predazzo, tra i primi che ricordo abbiano sollevato la questione: «Buona sera a tutti, da qualche mese si nota sulla destra del paese, venendo da Moena, nel bosco sopra la circonvallazione numerosissimi abeti rinsecchiti, penso causa bostrico. Vorrei sapere, vista la velocissima contaminazione, come si intende procedere in merito».

In Val di Fiemme i tecnici forestali si aspettavano degli attacchi di bostrico ma entro limiti tutto sommato contenuti, com'era già accaduto in passato: nel 2000 le forti raffiche di vento in Val Cadino – una vallata laterale di Fiemme – provocarono la caduta di 53.000 m³ di legname, che costituì un *habitat* ideale per la riproduzione del bostrico, favorita anche dall'annata siccitosa del 2003. Nei tre anni successivi le misure di contenimento dell'infestazione portarono al prelievo di circa 73.000 m³ di legname, prima che il fenomeno si arrestasse. Nel settembre del 2020 parlai delle "fiammate" sopra Predazzo con l'allora direttore dell'Ufficio forestale distrettuale di Cavalese, Bruno Crosignani:

[a Pergine] con gli schianti che ci sono stati quelli in piedi sono già attaccati dal bostrico. Lì non è un danno irreparabile, nel senso che se vengono portati via quegli abeti rossi rimane ancora il faggio e altre specie... quindi il bosco non perde neanche visivamente una grande valore. Qui da noi invece sarebbe un disastro. Predazzo è l'unico posto dove finora c'è un attacco di bostrico sull'abete rosso, proprio sul [territorio del]la Regola feudale. E lì ci sono proprio le fiammate di bostrico, popolamenti interi rossi mentre da altre parti, se lei guarda in giro, si vedono dei nuclei qua e là. Dobbiamo aspettare l'anno prossimo per vedere, perché ha fatto una generazione ed è andato a cercare nuove piante, quindi molte piante che adesso vediamo verdi probabilmente ce l'hanno già dentro. Bisogna vedere la primavera prossima, se quelle piante sono state danneggiate in modo forte, allora ci potrà essere un ulteriore sviluppo. Però, rispetto questo si vede chiaramente l'artificialità del fenomeno, aver forzato sull'abete rosso nelle zone basse, diciamo dagli ottocento metri in giù, e lì infatti adesso si sconta⁹.

Anche l'Ufficio tecnico della Magnifica Comunità concordava con le riflessioni di Crosignani, pur sottolineando il cambio di approccio interno alle scienze forestali verso la gestione delle infestazioni di bostrico:

Fino a vent'anni fa la regola era: "epidemia di bostrico d'abete rosso? Benissimo: tagliare immediatamente le piante secche e creare uno spazio vuoto intorno alle piante ancora vive". Ora non più: il bostrico lo fermi se lo lasci stare, si ferma da solo, e l'anno dopo intervieni a portar via le piante secche, quelle che attacca perché già indebolite. Magari sono solo quindici, e se continui a tagliare diventano cinquanta, il taglio è sempre uno stress per il bosco, poi diventano sessanta, ottanta, e così via, si continua ad allargare¹⁰.

Questa "inazione" contro il bostrico, nel senso di non combatterlo direttamente con pesticidi, trappole ai feromoni o tagli mirati, nei tre anni successivi è diventata una scelta obbligata. Applicare le pratiche tradizionali di controllo avrebbe provocato molti più danni, né del resto sarebbe stato auspicabile l'eliminazione completa di questa specie. Il bostrico, infatti, svolge un'azione utile al mantenimento della fitocenosi, colpendo – almeno normalmente – quelle piante troppo deboli e vulnerabili, permettendo così la selezione naturale dell'abete rosso (SALVADORI 2022: 79). Anche l'uso di pesticidi e feromoni era fuori discussione: i primi sono in buona parte incompatibili con una gestione forestale sostenibile, e pericolosi per altre specie di insetti; l'applicazione dei secondi, con l'installazione di trappole su tutto il territorio della valle, avrebbe richiesto un dispendio di lavoro e denaro perfino peggiore dei contraccolpi economici causati dall'epidemia sulla filiera del legno. Quel caso eccezionale e circoscritto cui faceva riferimento Crosignani fu l'avvisaglia dell'epidemia vera e propria: tra il 2019 e il 2022, nelle sole foreste comunitarie sopra Predazzo si è esboscato quello

che normalmente veniva lavorato in trentatré anni. Agli schianti del 2018, causati direttamente dalla tempesta, si aggiunsero altre cadute minori a carattere sparso nel novembre 2020 e luglio 2021; un riverbero della tempesta che ha agito come catalizzatore dell'epidemia, peggiorando la situazione di stress delle foreste fiemmesi (NARDI, FINOZZI, BATTISTI 2022). Oggi, l'*Ips typographus* ha quasi triplicato i danni provocati dalla tempesta, con quasi 10000 ettari colpiti in tutta la Provincia di Trento; un quarto di questa estensione riguarda i soli boschi della Magnifica Comunità, che ha visto il 35% del suo patrimonio forestale distrutto dal disastro Vaia (MCF 2023).

Dal punto di vista sociale, l'epidemia ha colpito la comunità essenzialmente in due modi: a livello economico, con un drastico calo dei prezzi del legname, la riorganizzazione del settore produttivo e la chiusura di diverse piccole aziende, nonché con un lieve calo del turismo; a livello di trauma collettivo, come paura di continuare a vivere all'interno di un disastro, subendo passivamente l'ennesima distruzione del proprio territorio. Il disagio derivante da questa condizione cronica di crisi testimonia il riverberarsi del disastro nella sfera emotiva. Come afferma Knight:

in chronic crisis, the obsession with the present, the stuckedness of life with no trajectory, the dazed state of concussion, is vertigo-inducing. The repetition of the same timespace, something that may be described as *déjà vu* [...] familiarity and normalisation are not remedies but often intensify a sense of mounting suffocation and urgency (KNIGHT 2022: 49).

Il vissuto traumatico dell'epidemia di bostrico è stato esasperato in negativo da due aspetti apparentemente paradossali nella percezione del fenomeno, che entrano in conflitto con il senso comune. Il primo riguarda la visibilità dell'epifittia: le "fiammate" rosse sono un indice del bostrico che spicca particolarmente, forse anche più degli schianti, segno di una presenza anomala e pericolosa; tuttavia si tratta di un indice parzialmente ingannevole, perché gli abeti arrossati sono sì quelli che hanno subito l'attacco dell'insetto, il quale però si è già spostato sulle piante sane circostanti. Scoprire quali di queste ospitano effettivamente il bostrico non è affatto semplice e richiede una visione decisamente più ravvicinata, di profondità del singolo albero. Ciò ha portato moltissime persone a interessarsi spasmodicamente ai più piccoli cambiamenti di colore nei boschi, ad ogni intervento dei tecnici forestali, e a tutte le possibili "varianti" nel comportamento del bostrico; per inciso, la comunità dimostrò un interesse molto simile anche per le mutazioni del COVID-19, come la già citata "variante inglese" rilevata per la prima volta in Trentino proprio tra i dipendenti della Cassa Rurale di Fiemme. Tornando alle varianti del bostrico, trovo utile riportare la testi-

monianza del custode forestale di Ville di Fiemme, Christian Guadagnin. I boschi sopra Varena – nella parte più alta del Comune – hanno subito storicamente pochissimi attacchi di bostrico e molto contenuti, al punto che Guadagnin ricordava solo un caso davvero memorabile in ventisei anni. La situazione è però cambiata nel 2020 con lo scoppio di alcuni focolai nelle zone a margine degli schianti di Vaia:

sì, c'è un bostrico specifico del larice. Non è così "cattivo" o numeroso come quello dell'abete rosso, ma è comunque presente nei boschi, anche se in modo sporadico. Qui da noi sono stati colpiti anche dei cirmoli, da un'altra specie ancora. Per fortuna, forse perché il cirmolo è abbastanza in quota e gli sbalzi di temperatura sono frequenti e quindi il periodo in cui il bostrico può agire è più breve, non ci sono attacchi estesi come succede nell'abete. Si vedono dei piccoli nuclei, di tre-quattro piante qui e lì, un po' a macchia di leopardo¹¹.

Da attento conoscitore dei "suoi" boschi, Guadagnin si accorse immediatamente di una variante anomala del bostrico, l'*Ips cembrae*, una sottospecie che attacca sia il pino cembro (o cirmolo, com'è conosciuto più comunemente) che il larice (CROOKE, BEVAN 1957). Il secondo degli aspetti in gioco riguarda invece l'azione umana, o meglio, la non-azione da parte delle amministrazioni e degli uffici tecnici forestali, spesso accusati di "limitarsi" a rimuovere i tronchi ormai secchi senza intervenire per contrastare l'epidemia come fenomeno. «Ma non si può fare proprio niente?»: questa è la domanda che ho sentito rivolgere più spesso a tecnici e custodi nel corso degli ultimi anni, formulata negli uffici pubblici, nei post su Facebook o nelle piazze di paese; le risposte, spesso, finivano per deludere gli abitanti o i turisti preoccupati. Del resto è difficile spiegare in modo chiaro e senza tecnicismi eccessivi che non si può "gestire" un'epidemia di questo tipo come si è fatto per anni in casi di attacchi circoscritti. Qui probabilmente entra in gioco anche una comparazione – abbastanza consapevole – con l'epidemia di COVID-19, che è stata affrontata attraverso tutta una serie di dispositivi legislativi, biomedici e sociali tesi a controllare la diffusione del virus, quantificarne la presenza (ossia renderlo "visibile") attraverso i tamponi, e combatterlo direttamente. Nel caso dell'*Ips typographus*, però, non si possono mettere in *lockdown* gli abeti, le trappole ai feromoni danno solo una quantificazione indicativa del contagio, né esiste un vaccino contro il bostrico.

Un altro aspetto in cui le esperienze delle due epidemie si toccano è nei riferimenti alla sofferenza "umanizzata" delle piante. Uno dei segni più evidenti della presenza del bostrico su di un abete è la perdita di resina,

emessa dall'albero come difesa per bloccare l'avanzata dell'insetto nella corteccia. La resina tende così a colare lungo il tronco, producendo quelle che boscaioli e tecnici forestali chiamano "lacrime dell'abete"¹². Lo stesso termine era usato nelle scienze forestali mitteleuropee di inizio Novecento: «su molti tronchi compaiono lacrime di resina (*Harztränen*), segno che il bostrico (*Borkenkäfer*) sta già "aiutando"» il deperimento dell'abete (GRABHERR 1934: 266). Anche il modo in cui si parla degli alberi malati ricorda molto il lessico usato per gli uomini, specie quando non si tratta di piante qualsiasi ma di esemplari che spiccano per la loro longevità o maestosità (i "monumenti vegetali") e a cui viene sovente dato un nome. Uno dei più conosciuti è senza dubbio la "Regina del Feudo", un esemplare di abete rosso che da due secoli resiste abbarbicato sui pendii sopra Predazzo. Di quest'albero viene spesso ricordato come sia stato in grado di superare entrambe le guerre mondiali e di resistere ai venti estremi della tempesta Vaia, solo per rischiare di morire per colpa del bostrico. Un post Facebook dell'agosto 2021 commentava: «La pianta, attualmente, non presenta segni di sofferenza, sembra stare bene. In condizioni normali, data la sua venerabile età, oltretutto vissuta in quella posizione scomoda, verosimilmente non potrebbe vivere ancora a lungo».

Due esperienze intrecciate

«Sai, 'sta *magagna* la vien col vento...» «Ah, ma aspetta, quale? [Parli] del COVID?» «Eh sì, *anca chel là*. Però parlava del *becherlo*». A volte sono conversazioni causali come questa, appuntate di fretta sul tavolino di un bar, che cambiano radicalmente il modo di guardare le cose. Non avevo mai pensato che il bostrico e il virus SARS-CoV-2 si muovessero ambedue nell'aria della valle – con modalità e sfere d'azione diverse, certo – ma trasportati dagli stessi venti. L'anziano fiammazzo con cui scambiai queste battute, nell'autunno del 2022, considerava l'infestazione del *becherlo* (nome dialettale del bostrico) alla stregua dell'epidemia di COVID-19 anche per la sua dipendenza dal clima. All'inizio non capii a cosa si stesse riferendo, finché non tirò in ballo la lunga siccità dell'anno precedente: il bostrico, infatti, prolifera con il caldo¹³, mentre la carenza d'acqua rende ancora più vulnerabili gli abeti (MCF 2023: 17). La primavera e l'estate del 2022 (come già quella del 2021) furono periodi particolarmente siccitosi nella valle, e contribuirono all'intensificarsi dell'epidemia. Apparentemente nulla di tutto ciò ha a che fare con la diffusione del virus; senonché c'è la diffusa convinzione – non solo in Val di Fiemme – che la pioggia possa "ripulire"

l'aria dai microorganismi, COVID compreso. La scarsità di precipitazioni nella prima metà dell'anno, dunque, avrebbe influenzato così anche l'epidemia umana. Benché tale credenza non abbia fondamento scientifico è significativo il fatto che mi venisse riproposta da persone diverse, che condividevano con l'anziano l'idea che entrambe le malattie avessero nell'aria la propria dimensione comune.

Questo legame è tra i motivi più ricorrenti nell'intreccio delle due epidemie, il cui accostamento è iniziato quando ancora l'infestazione degli abeti era al principio; ne fa fede il commento di Bertagnolli riportato in apertura. Tuttavia, non è la prima volta che la moria degli abeti provocata dal bostrico viene paragonata a una malattia infettiva umana. Mario Rigoni Stern, da profondo conoscitore delle realtà alpine e del mondo forestale, ci ha lasciato alcune riflessioni in proposito:

Ips typographus aveva trovato una condizione favorevolissima per poter esplodere in tutta la sua virulenza, proprio come fece la febbre spagnola tra le popolazioni civili. Molte volte mi pare di capire che il degrado del regno vegetale accompagna il degrado del regno animale, e troppe volte la causa è pur sempre l'uomo. Il ricordo del bostrico, che negli anni Venti aveva colpito i nostri boschi, è rimasto vivo tra la gente dell'Altipiano, tanto che fino a poco tempo fa si usava dire "ha preso il bostrico" quando si veniva colpiti dall'influenza¹⁴.

Questo insetto costituisce senza dubbio la più temibile insidia dei boschi di abete, specialmente dell'abete rosso. Ma [...] la sua azione è stata esaltata dalle conseguenze della guerra ed ha costretto ad una lotta così poderosa che milioni di lire sono stati spesi e migliaia di operai han dovuto dar mano a fermare un simile flagello (RIGONI 1924: 35).

È significativo che l'epifittia venga accostata a due malattie delle vie respiratorie, e in particolare proprio all'influenza spagnola. Negli anni del primo dopoguerra questa patologia uccise più di 20 milioni di persone in tutto il mondo, venendo ricordata come la pandemia peggiore di tutta la storia moderna. Il secondo brano ci permette di cogliere un importante punto in comune tra l'influenza spagnola e l'infestazione di bostrico nelle foreste alpine: entrambi i fenomeni sono stati intensificati dal primo conflitto mondiale, che intaccò fortemente tanto la salute delle comunità umane, quanto quella delle popolazioni d'abete. Questa analogia tra i due fenomeni epidemici di inizio Novecento è tornata nuovamente attuale con il COVID-19. Nonostante le due malattie virali siano provocate da patogeni differenti, mostrano notevoli somiglianze sia rispetto alla modalità del contagio – attraverso le vie aeree – sia per quanto riguarda la sintomatologia. La loro mortalità è legata alla capacità di colpire persone in piena salute anziché

solo gli individui fragili, una caratteristica condivisa anche dal bostrico. Ma è specialmente il carattere aereo, il fatto che tutte queste epidemie «vengano col vento», che connota la loro dimensione interspecifica. Tanto i virus della spagnola e del COVID-19 quanto il bostrico tipografo vengono incorporati nel processo di respirazione, proliferando all'interno dei corpi contagiati e da essi diffondendosi in altri soggetti.

Come ci ricorda Ingold, esiste una sorta di corrispondenza invertita tra i sistemi respiratori umani e arborei: «what is substantial in the body of the human being is aerial in the tree being, and vice versa. Thus, the tree allows us to see what is invisible in ourselves: the dendritic structure reveals the lungs. [...] Trees even breathe in reverse: what we breathe in, the trees breathe out» (INGOLD 2021: 36). Il corpo umano respira portando l'aria dentro di sé, l'abete respira immergendosi nel flusso gassoso, ma entrambi sono abitanti del medesimo mondo atmosferico (*weather-world*) in cui si muovono organismi patogeni come virus, funghi, batteri o insetti. Va però sottolineato come, dal punto di vista delle modalità epidemiche, i due organismi patogeni all'opera in Val di Fiemme siano completamente diversi: uno deve la sua pericolosità a un salto di specie (*spillover*) e la sua diffusione al traffico globale umano; l'altro è una specie endemica, che solo in seguito alla tempesta Vaia si è manifestata come minaccia. Per entrambi valgono le conclusioni di Keck, ovvero che questi esseri «are not intentional entities aiming at killing humans, but signs that the equilibrium between species in an ecosystem has been disrupted» (2020: 178). Tuttavia, per buona parte della comunità fiemmesa è stato difficile non assegnare un'intenzionalità ai due patogeni, quando la loro agentività è così intensamente e drammaticamente evidente.

Nei paragrafi precedenti ho già sottolineato tutta una serie di motivi ricorrenti nell'esperienza delle due epidemie: il timore verso una presenza opprimente ma invisibile; l'attenzione per le varianti del patogeno; l'atteggiamento scettico o critico verso le misure di contenimento e contrasto; il ricorso a dispositivi rituali di carattere religioso, legati alla devozione mariana¹⁵; l'umanizzazione della sofferenza vegetale, specie nel caso di esemplari già individualizzati; il coinvolgimento della Magnifica Comunità come proprietario forestale o di terreni; l'anomala intensità del fenomeno epidemico, causata da specifiche condizioni culturali proprie delle due popolazioni colpite. Aggiungo qui un ulteriore motivo – “esterno” rispetto al contesto fiemmeso – riguardante le pratiche di quantificazione del contagio: durante il periodo pandemico l'Azienda provinciale per i Servizi Sanitari ha avviato una collaborazione con la Fondazione Edmund Mach

per l'analisi dei tamponi molecolari; il centro di ricerca sito a San Michele all'Adige ha potuto fornire questo aiuto poiché normalmente conduce analisi genetiche su piante, animali e microorganismi, tanto che negli anni successivi è stato nuovamente coinvolto per il monitoraggio fitosanitario del bostrico.

Tutti i motivi appena elencati vanno, in un modo o nell'altro, dal COVID-19 al bostrico, nel senso che l'esperienza epidemica umana è stata trasposta a livello di atteggiamenti, narrazioni e persino pratiche nell'epifitìa degli abeti. Le differenze, come si è visto, sono comunque notevoli, in particolare per quanto riguarda l'applicazione e la distribuzione di agentività umana: la pandemia ha visto numerose e contrastanti forme di *agency*, da quella delle pratiche e dei dispositivi biomedici e legislativi a quella – di segno opposto – delle tattiche e delle retoriche anti-vacciniste (BULLED 2017) e anti-contenimento. Nel caso dell'infestazione da bostrico, al contrario, ciò che ha segnato in negativo la percezione comunitaria è stata proprio la mancanza di azione umana nei confronti del bosco e del patogeno. Ironicamente, se gli esperti e i tecnici forestali sono stati criticati – ingiustamente, è il caso di dire – per non aver affatto gestito l'epidemia, gli esperti e il personale sanitario sono stati attaccati – da una parte minoritaria – per una gestione eccessiva del fenomeno pandemico. A voler continuare con le (anti-)simmetrie, anche per il bostrico esiste un gruppo minoritario che sostiene l'inutilità o la dannosità dell'azione umana per contrastare l'epidemia, ma in questo caso esso si trova alleato con il sapere (fito)sanitario.

Che il problema stia nell'assenza o nell'eccesso di *agency*, in entrambe le esperienze epidemiche i corpi contagiati sono segnati da una profonda passività. Se nel caso degli abeti questa assenza di *agency* è qualcosa che fa già parte del modo in cui sono culturalmente immaginati, e che la tempesta Vaia ha rinforzato, per gli umani il discorso è diverso; come nella morte di Raffaele Zancanella ci si domanda il perché del contagio, non tanto per ricostruire una logica fattuale (la catena dei contagi, ecc.) ma per dare senso a un'esperienza profondamente disorientante. Seppure con intensità emotive diverse, la comunità fiemmesa ha vissuto la morte dei propri cari e dei propri boschi con un senso di ineluttabilità, come se il comportamento di quei patogeni partecipasse della stessa indeterminatezza ed elusività dell'aria in cui si muovono. In quanto esseri atmosferici (INGOLD 2021) sia noi che gli alberi siamo costantemente esposti al rischio di incorporare, respirando, tutta una serie di esseri e sostanze generatori di sofferenza ("patogeni", per l'appunto). Una doppia epidemia come quella vissuta dalla comunità fiemmesa ci mostra non solo come la salute sia un concetto

interspecifico, ma soprattutto come essa dipenda (anche) dal modo in cui conviviamo con altre specie in questo *weather-world*. In tal senso, parlare di pandemia, di epidemia o di endemia non significa solamente descrivere un fenomeno morboso, ma delineare le relazioni profonde che sussistono tra noi e altri attori non-umani nel territorio che abitiamo.

Note

⁽¹⁾ La Magnifica Comunità di Fiemme è un'istituzione nata ufficialmente nel 1111, e che da allora gestisce un consistente patrimonio agro-silvo-pastorale a nome dei suoi membri, i *vicini*, ossia i discendenti per via paterna delle famiglie originarie della valle. Nonostante i numerosi e importanti cambiamenti avvenuti nel corso dei secoli, la Magnifica Comunità ha sempre avuto il proprio punto di forza nella gestione dei boschi e nel commercio del legname (CORRADINI 1930), campo in cui è ancora uno dei principali attori economici di tutta la Provincia. Le sue foreste, amministrate come bene comune (*commons*), comprendono i due terzi di tutto il patrimonio boschivo fiemmeso. Il suo più autorevole rappresentante è lo Scario, scelto nel gruppo degli 11 Regolani eletti a loro volta dai capofamiglia della valle.

⁽²⁾ In proposito, i webinar *Pandemia e accelerazione digitale – Antropologia fra prossimità e distanza* promossi da SIAC tra 2020 e 2021 sono stati un'interessante occasione di riflessione.

⁽³⁾ Il coinvolgimento della Magnifica Comunità nella questione dell'ospedale di Fiemme richiede una breve contestualizzazione. I terreni dell'ex vivaio forestale, situato a Masi di Cavalese, sono stati acquisiti dalla Magnifica Comunità solo nel febbraio 2019, per potenziare le pratiche di rimboschimento, usando piantine coltivate *in loco*. Senza che la Magnifica Comunità venisse interpellata o coinvolta nel progetto, nel dicembre dello stesso anno l'ex Scario Boninsegna aveva cominciato a saggiare la disponibilità alla vendita di alcuni terreni privati limitrofi, cosa che portò ad un'interrogazione interna all'ente. Nel corso del 2020 la proposta di trasferire l'ospedale a Masi divenne effettivamente di dominio pubblico e oggetto di forte dibattito, e lo Scario venne accusato di aver preferito gli interessi della Provincia a quelli della sua comunità. Secondo voci smentite dallo stesso interessato, fu l'*affaire* dell'ospedale a portare alle dimissioni di Boninsegna. Nell'intervista che ebbi con lui nell'ottobre di quell'anno lo Scario mi era sembrato amareggiato da altre questioni, riferibili a dissapori interni all'ente che il progetto dell'ospedale aveva acuito.

⁽⁴⁾ In questo caso mi riferisco ai territori storici della Val di Fiemme, ovvero quelli compresi nel corso medio del torrente Avisio e parte della Magnifica Comunità di Fiemme. Da questo gruppo ho escluso il Comune di Trodena, che oggi si trova nella Provincia Autonoma di Bolzano, e Moena, che dagli anni Settanta del Novecento ha scelto di unirsi alla comunità della Val di Fassa.

⁽⁵⁾ <https://covid19trentino.fbk.eu/#datixcomune> (consultato l'8 marzo 2024).

⁽⁶⁾ La cooperativa si propone come un modello agricolo alternativo, e rappresenta una realtà piuttosto atipica nella Provincia di Trento. Nessuno dei soci fondatori è un agricoltore di professione, vi lavora un solo operaio agricolo fisso, mentre il personale rimanente è composto da volontari. Terre Altre è stata “scoperta” inizialmente dai turisti, che nei primi anni costituivano quasi l’80% dei partecipanti alle attività e che ora, stando a quanto afferma una delle fondatrici, Loredana Cavada, è sceso circa al 50%. Sebbene oggi sia una realtà molto conosciuta nella valle, far convivere la salvaguardia attiva del patrimonio ambientale con il turismo nel contesto alpino rimane difficile. La cooperativa fiemmesse ha trovato un proprio punto di equilibrio proponendo, oltre alle attività agricole, visite guidate nei propri terreni e laboratori didattici per adulti e scolaresche, puntando sulla dimensione esperienziale.

⁽⁷⁾ Archivio della Magnifica Comunità di Fiemme (Cavalese), *Consesso della Comunità: verbali (1818-1945)*, sc. 74, faldone 3, documento 80.

⁽⁸⁾ Sull’esistenza di questo gruppo non c’è dubbio, anche se le informazioni a riguardo sono state estremamente frammentarie e difficili da raccogliere. Sotto questo aspetto l’etnografia digitale si è rivelata uno strumento formidabile. Debbo precisare che in questo caso la stigmatizzazione ha raggiunto livelli al limite del panico morale, dando vita a racconti e descrizioni francamente inverosimili; ma questa è, come si dice, un’altra storia e dovrà essere raccontata un’altra volta.

⁽⁹⁾ Estratto dell’intervista a B. Crosignani, registrata a Cavalese il 16 settembre 2020.

⁽¹⁰⁾ Estratto dell’intervista con I. Cavada, registrata a Cavalese il 30 settembre 2020.

⁽¹¹⁾ Estratto dell’intervista con C. Guadagnin, registrata a Varena il 28 ottobre 2021.

⁽¹²⁾ “Lacrime dell’abete rosso” è anche il titolo della presentazione tenuta da Lara Giordana nell’ambito del convegno SIAC 2023. L’intervento ha offerto una prima restituzione del suo lavoro di ricerca nel Comelico, riguardante in particolare le Regole di comunanza familiare e l’infestazione da bostrico in quest’area del Bellunese.

⁽¹³⁾ Per inciso, la predilezione del bostrico per le alte temperature e l’anticipazione delle stagioni calde è il motivo per cui queste infestazioni si stanno manifestando con particolare forza in tutta Europa, alla luce dei recenti mutamenti climatici continentali (GANDHI, HOFSTETTER 2021); più in generale, l’intensificarsi delle epidemie vegetali a livello globale (POTTER, URQUHART 2017) è uno dei fenomeni che connotano maggiormente il piantagionocene (TSING 2016, 2017).

⁽¹⁴⁾ Estratto dalla *Lectio magistralis* tenuta da Mario Rigoni Stern presso l’Università di Padova nel 1998.

⁽¹⁵⁾ Va sottolineata una differenza nella funzione protettiva del rituale. Nel caso di Vaia si è trattato di una cerimonia collettiva *a posteriori*, di ringraziamento, mentre per il COVID-19 c’è stata una ritualità privata intesa a chiedere protezione. I presupposti di questa richiesta, tuttavia, stanno proprio nel “successo” storico di questo dispositivo, sia nel caso delle guerre, sia nel caso di altre epidemie passate, sia nel più recente disastro.

Bibliografia

- ABRAM S., LAMBERT H., ROBINSON J. (a cura di) (2023), *How to Live Through a Pandemic*, Routledge, New York - London.
- ABRAMOWITZ S. (2017), *Epidemics (Especially Ebola)*, "Annual Review of Anthropology", Vol. 46: 421-445.
- AMBROSI P., ANGHEBEN D. (1986), *Osservazioni sul ciclo biologico dell'*Ips typographus* L. nei boschi della Val di Fiemme (TN)*, "Esperienze e Ricerche", Vol. 15: 191-202.
- ANGELILLO M. (2020), *Nei boschi è allarme bostrico, il Covid dell'abete rosso*, "La Stampa", 28 ottobre 2020.
- BIANCO L., et al. (2022), *On the Origin and Propagation of the COVID-19 Outbreak in the Italian Province of Trento, a Tourist Region of Northern Italy*, "Viruses", Vol. 14: 580.
- BLAVASCUNAS E. (2020), *Foresters, Borders, and Bark Beetles. The Future of Europe's Last Primeval Forest*, Indiana University Press, Bloomington.
- BRINKWORTH J.F., RUSEN R.M. (2022), *SARS-CoV-2 Is Not Special, but the Pandemic Is: The Ecology, Evolution, Policy, and Future of the Deadliest Pandemic in Living Memory*, "Annual Review of Anthropology", Vol. 51: 527-548.
- BRUNIALTI T. et al. (2022), *Dinamiche epidemiologiche e governance sanitaria in Trentino Alto-Adige*, pp. 83-102, in CASTI E., RIGGIO A. (a cura di), *Atlante Covid-19. Geografie del contagio in Italia*, A.Ge.I., Roma.
- BRUNAZZO M. (2021), *Il Trentino e il Covid-19: le policies incerte di fronte alla pandemia*, pp. 169-188, in ALBER E., ENGL A., PALLAVER G. (a cura di), *Politika 2021*, Raetia, Bolzano.
- BULLED N. (a cura di) (2017), *Thinking Through Resistance. A Study of Public Oppositions to Contemporary Global Health Practice*, Taylor & Francis, Milton Park.
- CASANOVA L. (2021), *Boom di contagi in Fiemme e Fassa*, "QuestoTrentino", 3, 6 marzo 2021.
- CHANDLER C.I., BEISEL U. (2017), *The Anthropology of Malaria: Locating the Social*, "Medical Anthropology", Vol. 36(5): 411-421.
- COLLETTIVO EPIDEMIA (2019), *Epidemia 01 – Gli Ulivi di Puglia Al Tempo della Xylella*, Roma.
- CORRADINI S. (1930), *Le foreste, il commercio e l'industria del legname in Val di Fiemme*, La Rivista della Venezia Tridentina, Bolzano.
- CROOKE M., BEVAN D. (1957), *Note on the first British occurrence of *Ips cembrae* Heer (Col. Scolytidae)*, "Forestry", Vol. 30: 21-28.
- DEI F. (2020), *L'antropologia e il contagio da coronavirus – spunti per un dibattito*, <https://fareantropologia.cfs.unipi.it/notizie/2020/03/1421/> (consultato l'8 marzo 2023).
- FACCOLI M. (2015), *Scolitidi d'Europa: tipi, caratteristiche e riconoscimento dei sistemi riproduttivi*, WBA Handbooks, Verona.
- FASSIN D. (2011), *A Contribution to the Critique of Moral Reason*, "Anthropological Theory", Vol. 11(4): 481-491.
- FATTORINI E. (2023), *Rediscovering the Primacy of Scientific Expertise: A Case Study on Vaccine Hesitant Parents in Trentino*, "TECNOSCIENZA. Italian Journal of Science & Technology Studies", Vol. 14(1): 77-103.
- FOLGHERAITER A. (1993), *La collera di Dio. Storia delle epidemie di colera nell'Ottocento trentino*, Publilux, Trento.

- GANDHI K.J.K., HOFSTETTER R.W. (a cura di) (2021), *Bark Beetle Management, Ecology, and Climate Change*, Elsevier, Amsterdam.
- GRABHERR W. (1934), *Der Einfluß des Feuers auf die Wälder Tirols*, "Zentralblatt für die gesamte Forstwirtschaft", Vol. 60: 260-273.
- HINCHLIFFE S., BINGHAM N., ALLEN J., CARTER S. (2017), *Pathological Lives: Disease, Space and Biopolitics*, Wiley Blackwell, Chichester.
- INGOLD T. (2021), *Correspondences*, Polity Press, Cambridge.
- KAUFMAN S.R. (2010), *Regarding the Rise in Autism: Vaccine Safety Doubt, Conditions of Inquiry, and the Shape of Freedom*, "Ethos", Vol. 38(1): 8-32.
- KECK F. (2020), *Avian Reservoirs. Virus Hunters and Birdwatchers in Chinese Sentinel Posts*, Duke University Press, Durham.
- KELLY A.H., KECK F., LYNTERIS C. (a cura di) (2019), *The Anthropology of Epidemics*, Routledge, New York - London.
- KNIGHT D.M. (2022), *Vertigo and Urgency. Affective Resonances of Crisis*, "Social Anthropology/Anthropologie Sociale", Vol. 30(4): 37-53.
- KOHN E. (2013), *How Forests Think. Toward an Anthropology Beyond the Human*, University of California Press, Berkeley.
- LACASELLA P., TORREGGIANI L. (2024), *Sottocorteccia. Un viaggio tra i boschi che cambiano*, People, Busto Arsizio.
- LAZZARINI L. (2006), *La trasformazione di un bosco. Il Cansiglio, Venezia e i nuovi usi del legno (secoli XVIII-XIX)*, Isbrec, Belluno.
- LUNARDONI A. (1889), *Gli insetti nocivi ai nostri orti, campi, frutteti e boschi*, vol. I, Marghieri, Napoli.
- MAGNIFICA COMUNITÀ DI FIEMME [MCF] (2023) *Speciale bostrico*, "La Magnifica Comunità di Fiemme", Vol. 41(2): 8-27.
- MANDERSON L. (2020), *The Percussive Effects of Pandemics and Disaster*, "Medical Anthropology", Vol. 39: 365-366.
- MATHEWS A.S. (2018), *Landscapes and Throughscapes in Italian Forest Worlds: Thinking Dramatically about the Anthropocene*, "Cultural Anthropology", Vol. 33(3): 386-414.
- MORANDINI F. (2021), *Dai "No-Vax" alle feste in baita, perché in Val di Fiemme restano i più alti indici di contagio da Covid del Trentino?*, "Il Dolomiti", 4 giugno 2021.
- MÜLLER M. (2011), *How natural disturbance triggers political conflict: Bark beetles and the meaning of landscape in the Bavarian Forest*, "Global Environmental Change", Vol. 21: 935-946.
- NAPIER A.D. (2020), *Rethinking Vulnerability through Covid-19*, "Anthropology Today", Vol. 36(3): 1-2.
- NARDI D., FINOZZI V., BATTISTI A. (2022), *Massive Windfalls Boost an Ongoing Spruce Bark Beetle Outbreak in the Southern Alps*, "L'Italia forestale e montana", Vol. 77(1): 23-34.
- PARKINS J.R. (2008), *The Metagovernance of Climate Change: Institutional Adaptation to the Mountain Pine Beetle Epidemic in British Columbia*, "Journal of Rural and Community Development", Vol. 3(2): 7-26.
- PERFECTO I., JIMÉNEZ-SOTO M.E., VANDERMEER J. (2019), *Coffee Landscapes Shaping the Anthropocene. Forced Simplification on a Complex Agroecological Landscape*, "Current Anthropology", Vol. 60: 236-250.

- POTTER C., URQUHART J. (2017) *Tree Disease and Pest Epidemics in the Anthropocene: A Review of the Drivers, Impacts and Policy Responses in the UK*, "Forest Policy and Economics", Vol. 79: 61-68.
- PRENTICE E.W., QIN H., FLINT C.G. (2018), *Mountain Pine Beetles and Ecological Imaginaries: The Social Construction of Forest Insect Disturbance*, pp. 77-107, in URQUHART J., MARZANO M., POTTER C. (a cura di), *The Human Dimensions of Forest and Tree Health*, Palgrave Macmillan, London.
- QIN H., FLINT C.G. (2017), *Changing Community Variations in Perceptions and Activeness in Response to the Spruce Bark Beetle Outbreak in Alaska*, "Sustainability", Vol. 117(9): 1-23.
- QUARANTA I. (2019), *Corpo, potere e malattia. Antropologia e Aids nei Grassfields del Camerun*, Meltemi, Milano.
- RAFFAETÀ R. (2017), *Salute e ambiente in tempo di Antropocene*, "Antropologia", Vol. 4(1): 121-135.
- REISMAN E. (2021), *Plants, Pathogens, and the Politics of Care: Xylella Fastidiosa and the Intra-Active Breakdown of Mallorca's Almond Ecology*. "Cultural Anthropology", Vol. 36: 400-427.
- RIGONI P. (1924), *Danni fitopatologici derivanti dalla guerra: Bostrico delle Abetaie*, "Questioni fitopatologiche delle Tre Venezie", Vol. 3(2): 35-42.
- ROY K. et al. (2024), *Perceptions of Tree Diseases in Indigenous Communities: Native Alaskan and Hawaiian Insights*, "Journal of Forestry", Vol. 122: 123-130.
- SALVADORI C. (2022), *Epidemie di bostrico tipografo post-tempeste: minaccia, emergenze, opportunità*, "Dendronatura", Vol. 43(2): 76-87.
- SANTULLO C. (2021), *Il mo(n)do naturale: cura e prevenzione nell'orizzonte no-vax e free-vax*, "Rivista di Antropologia Contemporanea", Vol. 4(2): 295-326.
- SCHMIDT-SANE M. et al. (2022), *Introduction to the Special Issue. Operationalising Social Science for Epidemic Response*, "Anthropology in Action", Vol. 29(1): 1-4.
- SCHWERDTFAGER F. (1973), *Forest Entomology*, pp. 361-386, in SMITH R.F., MITTLER T.E., SMITH C.N. (a cura di), *History of Entomology*, Annual Reviews Inc, Palo Alto.
- SINGER M. et al. (2021), *Syndemics: A Cross-Disciplinary Approach to Complex Epidemic Events Like COVID-19*, "Annual Review of Anthropology", Vol. 50: 41-58.
- TSING A.L. (2016), *Earth Stalked by Man*, "The Cambridge Journal of Anthropology", Vol. 34(1): 2-16.
- TSING A.L. (2017), *A Threat to Holocene Resurgence Is a Threat to livability*, pp. 51-65, in BRIGHTMAN M., LEWIS J. (a cura di), *The Anthropology of Sustainability Beyond Development and Progress*, Palgrave Macmillan, New York.
- TSING A.L., MATHEWS A.S., BUBANDT N. (2019), *Patchy Anthropocene: Landscape Structure, Multispecies History, and the Retooling of Anthropology*, "Current Anthropology", Vol. 60: 186-197.

Scheda sull'Autore

Nicola Martellozzo è nato a Camposampiero (PD) il 27 febbraio 1994. Dottore di ricerca in antropologia culturale, attualmente è assegnista presso l'Università Ca' Foscari di Venezia. In Val di Fiemme ha condotto ricerche etnografiche sulle interazioni culturali ed ecologiche tra comunità montane e soggetti non-umani, in particolare le foreste d'abete rosso e il bostrico, nel contesto del post-disastro Vaia. Attualmente è impegnato, nel quadro del PRIN 2022 WilDebate, in Val Rendena, dove si occupa di conflitti e forme di coesistenza tra comunità e grandi carnivori. Si occupa di etno-

grafia multi-specie, antropologia dell'ambiente e immaginari culturali contemporanei. Autore di diversi articoli apparsi su riviste scientifiche di settore, ha recentemente curato il volume *Il filo e la trama. Viaggio nell'opera aperta di Ernesto de Martino* (Colibrì edizioni, 2023).

Riassunto

La malattia viene col vento. L'esperienza della doppia epidemia in Val di Fiemme

Negli ultimi 4 anni la Val di Fiemme (Provincia Autonoma di Trento) ha visto la compresenza di due epidemie: la prima causata dal virus SARS-CoV-2, e condivisa con il resto del mondo; la seconda provocata dall'insetto *Ips typographus*, e diffusa nelle Alpi orientali. Nell'articolare la sofferenza – sia umana, sia vegetale – di questa doppia epidemia, gli abitanti della valle hanno intrecciato la salute dei boschi a quella delle persone; nel presentare e analizzare i motivi principali di quell'intreccio, l'articolo propone una riflessione sul paradigma interspecifico di malattia.

Parole chiave: Val di Fiemme, disastro Vaia, Covid-19, bostrico, epidemia

Resumen

El morbo viene con el viento. La experiencia de la doble epidemia en valle de Fiemme

En los últimos cuatro años, el valle de Fiemme ha sido testigo de la coexistencia de dos epidemias: la primera causada por el virus SARS-CoV-2, y compartida con el resto del mundo; la segunda causada por el insecto *Ips typographus*, y extendida por los Alpes Orientales. Al articular el sufrimiento – tanto humano como vegetal – de esta doble epidemia, los habitantes del valle entrelazaron la salud de los bosques con la de las personas; al presentar y analizar las principales motivos de ese entrelazamiento, el artículo propone una reflexión sobre el paradigma interespecifico de la enfermedad.

Palabras clave: valle de Fiemme, desastre Vaia, Covid-19, escarabajo de la corteza, epidemias

Résumé

La maladie vient avec le vent. L'expérience de la double épidémie dans le vallée de Fiemme

Au cours des quatre dernières années, la vallée de Fiemme a été témoin de la coexistence de deux épidémies: la première causée par le virus SARS-CoV-2, et partagée avec le reste du monde; la seconde causée par l'insecte *Ips typographus*, et répandue dans les Alpes orientales. En articulant la souffrance – humaine et végétale – de cette double épidémie, les habitants de la vallée ont entremêlé la santé des forêts et celle des hommes; en présentant et en analysant les principales motifs de cet entremêlement, l'article propose une réflexion sur le paradigme interspécifique de maladie.

Mots-clés: vallée de Fiemme, désastre Vaia, Covid-19, bostryche, épidémies

Pharmaceutical Borders

The Twofold Function of Medications in the U.S. Immigration Policies

Chiara Moretti

Università degli Studi di Milano Bicocca
[chiara.moretti@unimib.it]

Riassunto

Frontiere farmaceutiche. La duplice funzione dei farmaci nelle politiche migratorie statunitensi

Basato su una ricerca etnografica condotta ad Albuquerque (New Mexico) tra settembre 2024 e marzo 2025, questo articolo esplora il ruolo ambivalente dei farmaci nel contesto delle politiche e dei sistemi di controllo della mobilità nella frontiera meridionale degli Stati Uniti. Lungi dall'essere un mero strumento terapeutico, il farmaco assume funzioni disciplinari e simboliche: diventa segno di disordine e di minaccia nello spazio pubblico mentre agisce come tecnologia disciplinare sui corpi migranti trattenuti sotto custodia. La doppia vita del farmaco – cura negata “dentro”, pericolo evocato “fuori” – rivela così come politiche e retoriche securitarie convergono nel produrre esclusione e sofferenza.

Parole chiave: farmaci, corpi, cura, mobilità, frontiera

Twelve Pills

Ysabel: Many individuals that we go and see at the detention have been there for several months living in very dehumanizing conditions [...] it's like a whole another world in there, and I also feel like their rights and everything are stripped from them. I truly believe that part of their punishment is the detention and for them just to be manipulated, or just mentally weakened them, if that makes sense... so, one of the strategies they use is that, they try to keep them in there as long as possible. And it works out because many of them are tired of being there. They're telling me that they'd rather just be back, making a little bit of money and at least helping their families, have something to eat instead of being detained forever. And so, they do just sign the deportation papers. It's all a mental game and it is mentally exhausting. They try to weaken them mentally and physically... from the food, from how they would talk to them. They would belittle them a lot, they would abuse them mentally so they could feel that they can't even speak.

Tina: That's why they enter they look like 50 and five months later they look like 65. They grew grays, they are so ill... they give them food they don't know what it is, but they say like raw potatoes... it's also about the conditions they live.

Ysabel: So when we go at the detention, sometimes we don't even know what to say since you don't know when they will be released, because many people technically should have been already released, so you have no answer. [...] what you can do is you make them aware of their rights because... you know, even myself, I just think about prior from this, we would be like any other immigrant because we were misinformed. We didn't know our rights. We didn't know that we had a voice and we had rights. Because that's what people forget, that... just because you're put as an immigrant that doesn't mean that you're powerless, that doesn't mean that you don't have a voice, that doesn't mean that you don't have rights. As a human being, you know, you have rights in this Country. So, you keep telling: «I wish they knew their rights, they need to know their rights».

As she utters these last words – her voice, as always, soft yet resolute – Ysabel's¹ fists tense and lightly strike the table that separates us in that moment. A silence follows, which Tina, Ysabel, and I share for a while before we each slowly lifts and sips from our glasses of water in turn.

It's the first of March 2025, and we are sitting in a crowded restaurant on Central Avenue in Albuquerque, the largest city in New Mexico, a southwestern U.S. State located about 260 miles from the border with Mexico, the area known as the *El Paso Sector*². Like other sectors monitored by the Customs and Border Protection (CBP), a federal law enforcement agency under the U.S. Department of Homeland Security (DHS)³, this area received a considerable attention since Donald Trump took office on January 20 of this year, declaring a national emergency at the U.S. southern border⁴, with the intent of demonstrating that the promises made during the election campaign – strengthening border security, regaining U.S. sovereignty and territorial integrity, and protecting national security – are promises kept.

I met Tina and Ysabel in September 2024. At that time, I was conducting an initial fieldwork phase as part of the CLIBOR project, aimed at analyzing the interactions between climate and environmental crises, migration, and border dynamics from the perspective of the body, embodiment and health⁵. The U.S.-Mexico border clearly emerges as a privileged site for observing how these phenomena intersect: increasingly crossed by migrants fleeing disastrous climate and environmental events (AYAZI, ELSHEIKH 2019; FETZEK 2023; IRAP 2024; ZHU *et al.* 2024), its enforcement and

securitization deeply affect the health of “exposed”, “mobile”, “illegal” and “excluded” bodies (ALUNNI, MORETTI 2024).

Tina and Ysabel share a migratory background. Tina was 18 when she arrived in 2011 with her family from Veracruz, Mexico. They crossed the border in El Paso, Texas, by showing a tourist visa, which allowed them to enter the U.S. “legally” only to become, six months later, “undocumented” migrants working in the low-wage domestic and cleaning sectors. Five years ago, Tina obtained a legal residence by marrying a U.S. citizen and eventually received her Permanent Resident Card (Green Card). Meanwhile, her family continued working in Albuquerque with expired passports and tourist visas, later applying for and receiving the ITIN (Individual Taxpayer Identification Number) and a Standard ID card⁶. Ysabel was 3 years old when she arrived in New Mexico. After being denied a tourist visa, her parents decided in 2006 to leave Cuauhtémoc, in the Mexican state of Chihuahua, and cross the desert on foot with a *coyote*. They entered through Palomas, then reaching Albuquerque. She and her parents also lived undocumented for years, negotiating the possibility of obtaining a fragile legal status through precarious jobs and the partial recognition enabled by the Standard ID card. Both lived in Albuquerque’s International District, a neighborhood where refugees have been resettled from Central America, Southern Africa, Vietnam, Cambodia, Laos and Cuba. Officially named as such since 2009, locals often refer to it as Albuquerque’s “War Zone” because of its associations with high crime, homicides and drug-related violence, a site of “exception” where policing and the use of excessive force is often considerate as necessary and justified (JUHASZ-WOOD 2020).

After being assaulted at an ATM machine, Ysabel’s father applied for a U-Visa and, later for the Green Card for himself and his family, which has not yet been obtained. *Deportability* constitutes a condition rooted in the everyday processes of the illegality “production” (DE GENOVA 2002) and tied to a selective border’ opening that serves a labor market-driven mobility (MEZZADRA, NEILSON 2013). It has shaped historically both the construction of the Mexican migrants’ subjectivities in the United States and the ways in which they are included or excluded from the citizenship space along ethnic-racial lines (SPENER 2009; CHAVEZ 2013; HOLMES 2013; CASTAÑEDA 2019). This condition has consistently marked Ysabel’s presence on the U.S. territory, as well as that of Tina and their families. However, following the recent policies introduced by the Trump administration – clearly intended to make the immigration regimes that define the contemporary era all the more visible – fear has further infiltrated her

everyday life. Perhaps for this reason, just a few days ago (I am writing on March 23, 2025), her photo, biography, and contact information disappeared from the website of the organization where she and Tina work as community advocates⁷.

As our conversation continues, Ysabel explains:

So, at the detention most of the individuals obviously have tried to take their life or hurt themselves in a way. But many of the individuals were letting us know that they would give them pills, but some of the pills made them really drowsy, made them feel like sleepy all day, which would even get them more depressed... and then they would pretty much keep them in a cold room, sometimes strip them of their clothes, instead of helping them. And another thing that we've noticed is that when people are feeling sick or just like one individual that tried to take his life, they do medicate them way too much and they don't even tell them what exactly it is for... or even, like when you're sick and you ask for pills, it would take weeks. So, like usually when you feel bad you have to make a report and then you have to give it to the officer who gives it to the nurse, and that's when the nurse comes and helps you. But they say that sometimes they don't even look at the reports until weeks after and like, you know, they're in pain or like... I mean, there is total negligence.

Tina: Daniel, for example, you remember?... He was from Nicaragua, he stayed like ten months in detention and one day he fell down because he was mopping, and he hurts his hip and they left him there asking for help for four hours. They didn't let anyone help him, they left him there crying, they would just pass across him and kick him or something, and he was asking for pills. He was asking for pills so much, like begging them to give him pain medications. Afterwards he had to make a request and do all of the filing and the paperwork for having twelve ibuprofen, twelve pills a day. And he said to me at the detention: «No, *senorita*, they're telling me that now I have to drink this, take this, forcibly, but I feel bad, like my stomach is not going well»... twelve pills a day! They forced him to drink it and he would just vomit... so dehumanizing.

Ysabel: Right, like make him more sick.

(Ethnographic Interview with Tina and Ysabel, March 2025)

Although the research I've already conducted thus far has exposed me to the pain density and complexity (MORETTI 2019; MORETTI, BARKER 2024), I find myself unprepared for the kind of suffering Tina and Ysabel are describing. It's a feeling that suddenly overwhelms me, eliciting an interplay of anger, guilt and impotence, coupled with the fear that my analytical tools may be inadequate for engaging with such issues. The literature in social sciences has examined the role of emotions in doing ethnography and

qualitative research (DICKSON-SWIFT *et al.* 2007; THORESEN, ÖHLÉN 2015); these are complex matters, frequently intertwined with the methodological and ethical considerations that arise when conducting research in sensitive contexts (MARCHETTI, MORETTI, SPADA 2024).

Daniel and the other individuals whom Tina and Ysabel meet on Thursdays at a detention center near Albuquerque are predominantly from Central or South America⁸. Many have surrendered themselves to U.S. Border Patrol agents after crossing the U.S.-Mexico border (in El Paso or elsewhere) to request asylum, or have been encountered in border areas. Accused of “illegal” entry into the United States, they are often first detained in processing facilities near the crossing points – commonly referred to in Spanish as *hieleras* or *carpas* (“freezers” or “iceboxes”) – where their personal, medical, and biometric data are collected and cataloged. They are then placed in removal proceedings and held in ICE’s custody in a detention center⁹. Some, after appealing to immigration court to contest their deportation, are awaiting the “Credible Fear of Persecution Interview”¹⁰ with an asylum officer. Others, having passed the interview, are waiting for a judicial proceeding to determine whether they will be released to continue their asylum process, or deported. Still others, following a negative interview outcome and a denied asylum request, remain subject to removal proceedings. Despite the diversity of their situations, many confined migrants remain, as Ysabel told, “stuck in detention”, held in custody for an indefinite period of time. They experience a temporal uncertainty, where time feels suspended, and the future becomes unclear and unpredictable (GRIFFITHS 2014).

Formally, individuals in ICE’s custody are not there as punishment for having committed a crime. Immigration detention is framed as an administrative/civil confinement for which the officially-stated purpose is to facilitate the removal of individuals lacking authorization to enter or remain in the Country or whose legal status is otherwise still under evaluation. However, the use of detention to deter “unauthorized” migration (MARTIN 2012; RYO 2019), its consolidation as a punitive apparatus (HERNÁNDEZ, CUAUHTÉMOC 2014), and its evolution into a containment system where law enforcement agencies abuse their power by preemptively applying highly coercive measures to individuals perceived as “hostile” “untrustworthy” or “dangerous” (CAMPESI 2020), have fundamentally reshaped the nature of these facilities. As a result, they become sites where “public safety” is pursued through procedures that target migrant bodies as primary objects of disciplinary intervention and control. A comparable dynamic is evident within processing facilities where migrants are detained under the CBP custody in

proximity to border areas. In these spaces, temporary detention serves not to punish specific actions but rather to criminalize conditions of existence, namely, being “unauthorized” and “undesirable” non-citizens, whose legal subjectivity is systematically obscured and suspended (DE GENOVA, PEUTZ 2010; MOUNTZ *et al.* 2021).

Tina and Ysabel’s narratives illustrate how such procedures, deeply impacting migrant health, elevate pharmaceuticals to roles that go far beyond their intended clinical use. Far from being neutral therapeutic tools, they indeed become key agents in institutional dynamics and governance technologies inscribed within a broader biopolitical rationality aimed at regulating human mobility through forms of exclusion. Whether withheld when requested, administered through mismanaged and clinically inappropriate modalities, or placed at the core of medicalization processes that become routine confinement practices, medicines emerge as a key medium through which migrant bodies are simultaneously made invisible and hyper-visible. They operate as agents in the production of these bodies as “sites” upon which political, historical, socio-cultural, and economic rationalities are materially and symbolically inscribed. In this sense, pharmaceuticals contribute to the consolidation of U.S. homeland security processes enacted *within* the spaces where migrants are held in custody.

These processes, however, appear to be further reinforced by the symbolic charge, the multiple uses, and the layered meanings that pharmaceuticals acquire even *beyond* these spaces.

«When you don’t secure the border that’s when national security threats enter the Country, that’s when sex trafficking goes up, that’s when the fentanyl comes in»¹¹. With these words, Thomas Homan (ICE Deputy Director and appointed “border czar” under the current Trump administration) justified the intensification of military control along the U.S. southern border to block individuals attempting to enter “illegally”. This narrative doesn’t come out of the blue. During the 2024 presidential campaign, Trump repeatedly asserted that the rollback of migration policies enacted during his first term, undertaken by the Biden administration, had contributed to a sharp increase in fentanyl-related overdoses across the Country¹². This argument was further amplified during the Republican National Convention, held in Milwaukee in July 2024, where the mother of a 15-year-old who died in 2022 after ingesting fentanyl-laced pills publicly faulted Biden over his border policies and the flow of illegal opioids into the United States¹³.

Fentanyl is a synthetic opioid medicine with narcotic and analgesic properties; it belongs to the opioid analgesics pharmacological class, but its potency is significantly greater than that of morphine which increases the risk of overdose and death. While fentanyl is generally used in pain management, since the early 2010s the substance has increasingly been obtained outside formal biomedical circuits.

In the United States, the spread and consumption of illicitly manufactured fentanyl and its analogs have been driven by a combination of different factors: fraudulent prescriptions and unauthorized distribution (involving patients, physicians, and pharmacists), purchases on the black market, and production in clandestine laboratories outside regulated pharmaceutical industries. These dynamics have led to the widespread consumption of fentanyl in the form of counterfeit pills, pure powder, or mixtures with cocaine, methamphetamine, or heroin (GARDNER *et al.* 2022). Since 2013, fentanyl consumption has become the leading cause of overdose-related deaths in the United States, marking what is commonly referred to as the “third wave” of the U.S. “opioid crisis”. This crisis has unfolded in three distinct phases: the first wave, which began around 2000 and steadily increased through 2016, was driven by a rising number of overdoses linked to opioid pills’ prescription; the second wave was characterized by a surge in heroin-related deaths, starting around 2007 and surpassing prescription opioid fatalities by 2015. Finally, the third wave has seen illicitly manufactured fentanyl replace heroin as the primary driver of opioid-related mortality (CICCARONE 2019; MONTERO *et al.* 2022; BRUZELIUS *et al.* 2024)¹⁴. It is estimated that between 1999 and 2022, approximately 727,000 people died in U.S. from an opioid overdose involving both prescription and illicit opioids (CDC 2024). A significant portion of these deaths occurred between 2013 and 2022, largely due to the spread of fentanyl across the drug markets¹⁵.

For these reasons, fentanyl represents a focal point of concern in public health and policy debates. However, rather than prompting a reflection on the substance abuse, or on access to healthcare inequalities in the United States context, public and political discourses have often conflated the “opioid crisis” with the “border crisis”, emphasizing how the latter has fueled the former. While this narrative has been present under both recent Democratic and Republican administrations, fentanyl has assumed an especially prominent role in Trump’s immigration policies. It has, for example, been portrayed as a lethal *poison* spreading death across the U.S. territory, allegedly circulating as a result of the uncontrolled entry

of “irregular” migrants, who are themselves framed as *contaminating* the «blood of the Nation»¹⁶.

Building on these premises, this article explores how pharmaceuticals, beyond their therapeutic function, are objects that can acquire multiple symbolic meanings and socio-political values, depending on the material and political contexts in which they circulate, and are administered, consumed, narrated and represented. In particular the analysis unfolds across two interrelated planes, interrogating the dual function of pharmaceuticals within the broader U.S.-Mexico border control apparatuses. On the one hand, I examine the role assumed by fentanyl and its analogs – in their “unexpected” deployment beyond clinical settings – within the discursive and policy frameworks advanced by the current Republican administration. In this context the pharmaceutical ceases to function solely as a curative substance and becomes instead a symbol of threat to the State, by fueling imaginaries of danger that serve to legitimize and intensify border enforcement practices. On the other hand, I examine the role played by medications within the spaces where migrants classified as having an “irregular” legal status are held in custody. Here, these objects acquire a distinctly symbolic and disciplinary valence: as technologies of control, they are implicated in processes through which the migrant body becomes a site of the border inscription and embodiment (FERRERO, QUAGLIARIELLO, VARGAS 2021; ALUNNI 2024).

The analysis draws on data collected during my ethnographic fieldwork in Albuquerque between September 2024 and March 2025, particularly from ethnographic interviews conducted with Venezuelan asylum seekers, as well as with representatives of local organizations providing legal and medical assistance to migrants¹⁷.

Poisons

My community is tired, my community is frustrated over the last three and a half years, what we've dealt in this County when it comes to crime. [...] Over the last thirty-one months here in Cochise County, to see the real impact on the community, we have booked 3762 people in my County jail for border related crimes. These are not immigration issues, these are border related crimes [...]. When President Trump took office six years ago, you probably never heard much about fentanyl. President Trump's last year in office in 2020, there was a little two million pills seized in Arizona. Last year, there was one hundred eleven million fentanyl pills seized in Arizona. You wonder where the epidemic is coming from... it's the cartels who have been allowed

to commit these crimes. And I will say this, thanks to 51% of Congress, we have cut our DEA budgets in this Country. We have less DEA agents in Arizona than we ever had before, and we lead the Nation with fentanyl. [...] The river behind you [...] we had the cartel come across the border early mornings to kidnap and kill one of my deputies because they're allowed to think that way. [...] America's sheriffs have stood strong on the voice to secure our borders. We have tried everything to meet with President Biden and Vice President Harris, the border czar. [...] this is the first Administration in modern days that has never met with one American sheriff to address border. That's a shame¹⁸.

With these words, Mark Dannels – sheriff of Cochise County and Chairman of the National Sheriffs' Association for Border Security – spoke on August 22, 2024, during a live broadcast from Montezuma Pass (Arizona), organized as part of Donald Trump's presidential campaign.

The camera frames a sunlit, dusty, unpaved road. On the right side of the image stands the completed section of the U.S.-Mexico border wall: tall, solid, and imposing. On the left, metal fence panels lie stacked on the ground, evidence of an unfinished barrier and a material trace of incomplete constructions. The visual contrast is intentional and reinforces narratives that emphasize the different levels of security associated with two competing political visions. In this sense, it also reaffirms the multiplicity of meanings ascribed to border walls and their related infrastructures. These structures operate both as practical and symbolic attempts to impose spatial order in a world shaped by mobility, and as mechanisms that politicize territory by materializing forms of socio-spatial exclusion through criminalization processes that disproportionately affect certain groups (FASSIN 2011; HEYMAN 2012). At the same time, they symbolically emphasize the pursuit of control aimed at safeguarding the “well-being” of a bounded and enclosed interior against an external realm perceived as unruly, threatening, or radically “other”. After all, this is precisely the role that the border has historically come to embody (HEYMAN 1994; ALVAREZ 1995; DUNN 2021), beginning with the “prevention through deterrence” strategy introduced in the U.S. during the 1990s, which relied on the intensified deployment of enforcement resources – including agents, physical barriers, lighting systems, and surveillance technologies – concentrated in the most accessible urban border areas, with the aim of discouraging or significantly reducing unauthorized crossings, by diverting migratory flows toward more remote, hostile, and dangerous terrains (MCGUIRE 2013; DE LEÓN 2015; MILLER 2019).

Trump, at the center of the stage, is accompanied by a young couple and two women who, over the course of the live broadcast, share their personal

testimonies. Although differing in contents, these narratives exhibit a structural similarity, likely shaped by their intended function: to share experiences of loss and violence allegedly resulting from an unsecured border framed as a key factor in the rise of the criminal activity within local communities. These accounts are interspersed with Trump's campaign address, which explicitly blames the Biden administration for adopting an "open-border" policy that, according to his rhetoric, has facilitated the entry of, I quote, «criminals, people from prisons and mental institutions, insane asylums, gang members, terrorists, and drug climbers». The political rhetoric thus transforms the suffering of those present into a spectacle, making it strategically shareable with the aim of reinforcing an already substantial electoral base – one that would ultimately lead Trump to win the presidential election on November 5 of that same year. Crucially, this political performance relies on a representation that is substantially detached from the empirical reality, particularly with regard to the migration policies and opioid control measures implemented under the recent Democratic administration¹⁹.

The opioid crisis was also a key pillar of Trump's 2016 campaign for the White House. The American "war on drugs" – officially declared in 1971 by Richard Nixon, and repeatedly reaffirmed over the decades without ever clearly identifying its true targets (TOWLE 2024) – has once again served as a platform to promote the fiction that undocumented migrants crossing the U.S.-Mexico border are the principal couriers of the illegal drug trade. While this narrative has allowed Republican candidates to gain electoral support, particularly in states with higher drug mortality rates (GOTTSCHALK 2023), it has also indirectly reinforced the drug-related immigration enforcement, that is the historical processes through which the U.S. immigration system becomes increasingly punitive and criminalizing toward non-citizens convicted of minor drug offenses, thereby rendering them more vulnerable to arrest and deportation. This dynamic constitutes what has been described as the "war on immigration" within the "war on drugs" (TOSH 2021; HUMAN RIGHT WATCH 2024). This "double war" led Trump, in 2017, to declare the opioid epidemic as a public health emergency²⁰, to reinforce border controls for curbing both unauthorized migration and the flow of fentanyl and its analogs, and to introduce policy measures for reducing substances' misuse and abuse. These efforts, however, ultimately proved ineffective as the years of Trump's presidency coincided with some of the highest overdose rates on record.

Today, compared to the years of his first term, the situation appears notably different, particularly with regard to the rates of drug overdose deaths involving fentanyl and its analogs. Following a sharp increase in fatalities in recent years, it has been observed that overdose deaths began to decline between 2022 and 2023 (GARNETT, MINIÑO 2024). Furthermore, provisional data from CDC's National Vital Statistics System predict a nearly 24% decline in drug overdose deaths involving fentanyl in 2024 compared to the previous year. Other data²¹ shows about 87,000 drug overdose deaths from October 2023 to September 2024, down from around 114,000 the previous year. This recent national evidence shows a continued steep decline in overdose deaths since June 2020. Multiple factors have likely contributed to this decline, including the widespread distribution of naloxone, a life-saving medication for overdose reversing; improved access to substance use disorders treatments and the restoration of long-term prevention frameworks following the structural interruptions instigated by the COVID-19 pandemic; finally, possible decline in demand in U.S. drug markets and changes in the same drug supply which are, in turn, influencing how people are consuming fentanyl (FAIRBAIRN *et al.* 2017; LOVE *et al.* 2023; RAWSON, ERATH, CLARK 2023; ROSENBLUM *et al.* 2024).

The decline in overdose deaths appears, in turn, to mirror the decrease in fentanyl seizures at the border in recent years: in 2024, the total weight of drug seizures was 21,889 pounds, compared to 27,023 pounds in 2023, a downward trend that has continued into fiscal year 2025 which began in October 2024. Between October and January 2025, 5,409 pounds of fentanyl were seized, representing a 22% decrease from the 6,932 pounds seized during the same period in the previous fiscal year, and a 38% decrease compared to the 8,673 pounds seized during that timeframe two years earlier²². Moreover, while overall seizures are declining, it is important to note that fentanyl is overwhelmingly intercepted at official land ports of entry. A recent analysis by the Cato Institute reveals that U.S. citizens constituted approximately 80% of individuals apprehended with fentanyl at ports of entry between 2019 and 2024²³. Corroborated by additional sources (FRIEDMAN *et al.* 2023; UNITED STATES SENTENCING COMMISSION 2023), these findings reveal that fentanyl smuggling by “irregular” migrants crossing the border without authorization constitutes a statistically marginal phenomenon.

These evidences show that concerns raised by the Trump administration emerged at a particularly inopportune moment. More importantly, they underscore how narratives portraying migrants as responsible for the

spread of fentanyl in the United States are rooted in rhetorical constructions that are fundamentally contradicted by empirical data. And yet, this distorted representation has allowed the current Administration to justify a wave of policy measures. Although these measures are ostensibly aimed at combating the abuse and misuse of fentanyl, they have instead reinforced the processes of border militarization and expansion of the homeland security in order to curb the so-called “invasion” of migrants who are portrayed, among other things, as responsible for overdose deaths in the United States.

One such measure is the executive order signed on the day of Trump’s inauguration, which classified Mexican cartels and transnational organizations as terrorist entities. This action has enabled expanded surveillance at the southern U.S. border, with CIA-operated MQ-9 Reaper drones covertly deployed over Mexican territory to monitor drug cartels, locate clandestine fentanyl laboratories, and disrupt trafficking routes. It also led to the invocation of the “Alien Enemies Act”, a 1798 law that can be activated during a “declared war” with a “hostile nation or government” or in response to an invasion or “predatory incursion” perpetrated, attempted, or threatened by a foreign power on U.S. soil.

On this basis, the Administration deported over two hundred Venezuelan nationals, alleging their affiliation with the *Tren de Aragua* criminal organization and transferring them to a detention facility in El Salvador²⁴ without giving them the opportunity to contest the accusations, or to go before an immigration or federal court judge, or to access any form of legal proceeding that might allow for the verification of the claims brought against them. This occurred despite the absence of evidence confirming their affiliation with the organization, despite the fact that the U.S. Department of State was aware of the ongoing and systematic human rights violations within detention facilities in El Salvador²⁵, and despite the intervention of a federal judge who had blocked the measure since it violates the U.S. Constitution²⁶. «I don’t care what the judges think», stated Tom Homan, explaining that the judge’s decision could not be enforced because it was issued when the deportation flight was already over international waters. He went on to assert that deporting members of one of the most recognized terrorist organizations which he claimed uses fentanyl to kill thousands of Americans was the right course of action for “making the Country safe again”²⁷.

However, according to Amnesty International²⁸, the people expelled include individuals who were in the midst of ongoing court processes, that

were arrested while complying with their immigration obligations, that were already granted protections in the United States, and were labeled as gang members for their connection to the Venezuelan state of Aragua with no other evidence. Even ICE officials have admitted that many of them had no criminal record and some were removed because of a perception they may commit crimes in the future (*ibidem*). These arrests and expulsions, carried out by agents operating beyond the immediate border zone – particularly by ICE – highlight a fundamental issue: operations aimed at ensuring national security are increasingly being conducted within the United States territory. This illustrates the concept of “shifting border” (SHACHAR 2009), which redefines the border not as a fixed, physical, and clearly delineated line, but as a dynamic and expanding mechanism of control. The border thus extends inward (as well as outward), by generating spaces in which legal and constitutional protections can be curtailed or suspended, especially in relation to those who do not have proper documentation or legal status. This trend is further corroborated by the current number of individuals held in immigration detention – 47,892 as of March 23, 2025²⁹ – the majority of whom, despite having no criminal convictions, were apprehended by ICE rather than by CBP.

This data once again illustrates the growing emphasis on interior enforcement operations, rather than on intensified removal efforts at the border – which have, moreover, diminished in response to a substantial reduction in the actual volume of “irregular” crossings recorded since July 2024³⁰. This decrease is likely due to a combination of enforcement policies and expanded legal pathways implemented by the previous Administration, as well as the measures undertaken by the Mexican government to control migration within its territory, including increased enforcement efforts at its northern border³¹. Nevertheless, Trump is likely to attribute this decline to his own leadership, a stance he has already publicly expressed. In his first address to Congress, for example, he framed the shift in immigration dynamics as a direct consequence of the Administration change, stating: «The media and our friends in the Democrat party kept saying we needed new legislation, we must have legislation to secure the border. But it turned out that all we really needed was a new President»³².

A “new presidency” which, facing a “double war” – the “war on immigration” and the “war on drugs” – has justified and implemented several policy measures that have so far targeted both individuals attempting to reach the U.S. borders and those already living in the United States. This include the acceleration of deportation proceedings, the tightening of asylum

access, the suspension of refugee resettlement programs, and agreements with third countries designed to both restrict migratory flows and facilitate removals³³. The declaration of a state of emergency at the U.S. southern border has also enabled an expansion of presidential executive powers, allowing for the release of federal funds to reinforce the U.S. homeland security apparatus. This has included the extension of the border wall, the construction of additional physical barriers, increased funding for the expansion of detention and deportation systems, and the deployment of personnel and resources – including military forces – to facilitate a greater arrests number. Notably, such operations have increasingly taken place in areas previously considered sensitive or “protected”, such as schools, hospitals, universities and churches³⁴.

The “double war” has also contributed to the expansion of foreign policy initiatives, transforming fentanyl from a substance at the core of a domestic public health crisis into a strategic instrument for the redefinition of international power dynamics and geopolitical influence. A pivotal dimension of this strategy has been the demand for the reinforcement of border control mechanisms along both the U.S. northern and southern borders, with particular pressure directed toward Mexico and Canada. Anchored in a securitization framework, this approach has once again discursively linked the proliferation of fentanyl to “irregular” migration, thereby consolidating a narrative that conflates public health, national security, and border governance. This rhetoric has not only facilitated the intensification of restrictive immigration policies, but has also provided the political justification for the adoption of coercive economic measures, most notably, the imposition of tariffs to both countries. Despite their formal participation in the United States-Mexico-Canada Agreement (USMCA), Mexico and Canada have been portrayed as insufficiently cooperative in efforts to combat the transnational trafficking of fentanyl, thus legitimizing punitive trade actions within a broader logic of “securitized diplomacy”. Tariffs have also been extended to China, which has been accused of exporting the chemical precursors of fentanyl to Mexico, of fueling the drug cartels’ supply chains, and, consequently, of bearing responsibility for the substance’s diffusion within the United States³⁵.

Within this context, U.S. strategy has evolved along two primary axes. On the commercial front, the fentanyl-related “crisis” has been used as a lever for negotiating new trade agreements and for strengthening the U.S. position in global relations, in alignment with the broader MAGA agenda. On the national security front, the constructed nexus between drug traf-

ficking and migration has reinforced the link between economic nationalism and the restriction of mobility (KINGSOLVER, MATHUR, ONTO 2022), facilitating the consolidation of border enforcement practices. This dynamic thus serves a dual purpose: on the one hand, to reassert economic sovereignty and autonomy vis-à-vis other states. On the other, to advance a broader program of nation-building – and nation-rebuilding (FETZER 2020, 2021) – designed to consolidate a cohesive national identity. This is achieved through the internal exclusion of perceived “outsiders” and the entry regulation for new groups represented as not belonging to the national community (NANDITA 2020; KINGSOLVER, MATHUR, ONTO 2022).

The economic and political pressures exerted by the United States – culminating in trade disputes with China, Canada, and Mexico – have prompted these three countries to respond through a combination of direct economic measures and diplomatic negotiations³⁶. While China has officially claimed to have tightened controls on fentanyl-related substances (THE STATE COUNCIL INFORMATION OFFICE OF THE PEOPLE’S REPUBLIC OF CHINA 2025), Mexico agreed to reinforce militarization measures by deploying 10,000 National Guard troops to the U.S.-Mexico border. Despite playing a comparatively minor role in the cross-border fentanyl trade³⁷, Canada also announced an investment of 1.3 billion dollars to mobilize additional law enforcement personnel and to enhance border security resources³⁸. Paradoxically, these developments unfolded at a time when the Trump administration is implementing significant reductions in public health funding. In particular, the Department of Health and Human Services (HHS) recently announced the withdrawal of approximately 11.4 billion dollars in grants previously allocated to essential healthcare services which is expected to severely undermine programs addressing substance abuse and opioid addiction treatments. In parallel, the Administration also suspended international aid programs funded by the U.S. Department of State, including those administered by the Bureau of International Narcotics and Law Enforcement Affairs (INL), the agency that has historically provided critical support to foreign governments and security forces in combating drug trafficking and organized crime. This is expected to have a significant impact in Mexico, where U.S. funding has played a vital role in efforts to curb fentanyl trafficking.

In Mexico, tariffs are also likely to have a substantial impact on the national economy, particularly affecting key sectors such as manufacturing, agriculture, and exports to the United States, one of the Country’s primary sources of income. This economic weakening could severely strain the

social structures resulting in worsening living conditions, rising poverty, and the expanded influence of organized crime, factors that may, in turn, intensify migratory pressure toward the United States.

«Don't Get Sick»

Recently, a team of marine biologists detected traces of fentanyl in 18 tissue samples collected from a group of 89 dolphins swimming in the waters of the Gulf of Mexico (today also referred to as the “Gulf of America”), in the Upper Laguna Madre area in Texas (OCAMPOS *et al.* 2024). As bioindicators of the ecosystems’ health in which they live, these bodies – in their becoming *toxic* (OPPERMANN 2015) – stand as critical markers of the intensifying dissemination of pharmaceuticals as emerging micropollutants in the ongoing climate crises and pervasive environmental degradation era.

Pharmaceutical contamination, however, is unfolding within an ecological context that is already deeply compromised, where the Gulf of Mexico is becoming gradually vulnerable to the environmental crises’ effects: rising water temperatures and ocean acidification, sea level rise and coastal erosion, loss of biodiversity, and the growing hurricanes’ frequency and intensity. These pressures increasingly threaten the livelihoods of coastal communities – particularly, though not exclusively, those in Mexico – by exacerbating socio-ecological vulnerability and prompting a growing number of people to leave their homeland (ALBO, ORDAZ DIAZ 2011; U.S. COMMITTEE FOR REFUGEES AND IMMIGRANTS 2023). United States has played a significant role in driving these environmental transformations, primarily, but not exclusively, through oil extraction activities and the outsourcing of industrial production³⁹. Yet, facing the growing environmental-induced displacement, the dominant response has been an intensification of the homeland security apparatus, marked by the border surveillance aimed at curbing such migratory flows (MILLER 2017; HUBER *et al.* 2023).

Not far from the Mexican side of the Laguna Madre lies Matamoros, a border city separated from Brownsville by the Río Bravo (Rio Grande), the river that runs along the entire length of the Texas-Mexico border up to El Paso. It is here that Martina Marchiò⁴⁰, a nurse of Doctors Without Borders, provided medical assistance between 2020 and 2021 to migrants arriving primarily from Venezuela, Haiti, Guatemala, El Salvador, and Honduras, as well as to those deported from the United States under the enforcement of the Title 42 measure. Matamoros, as Martina ex-

plains during our interview (march 2025), is a city marked by «pervasive and multi-layered violence», where migrants are continuously exposed to physical violence, including kidnappings for ransom, sexual assaults in public spaces, and abuse perpetrated by drug cartels as well as corrupt government authorities. Many arrived – and still arrive today (REYNOLDS *et al.* 2024) – with serious health issues such as respiratory infections, gastrointestinal and dermatological diseases, or exacerbations of pre-existing chronic conditions, largely caused by the harsh and precarious conditions endured during their journeys. Upon arrival, they are forced to live for months in precarious settlements, often makeshift shelters or unauthorized encampments beneath urban bridges, lacking basic services and with no access to healthcare infrastructure.

It is in Matamoros that José, a 34-year-old Venezuelan man, arrives in October 2023, after departing from Caracas and making his way through Colombia, the Darién Gap, Costa Rica, Nicaragua, El Salvador, and Guatemala, at times traveling on foot, at others by bus. Upon reaching Mexico City, he slept on the street to avoid being approached by cartels' members who control local hotels and are known to recruit migrants seeking refuge in shelters. Once in the state of Tamaulipas, he was detained by immigration agents and released after three days. He had attempted to schedule an appointment for his asylum application through the CBP One app; however, after several days of waiting and upon learning from other people about reported delays of six to seven months before receiving a response, he ultimately decided to surrender at the border. During those days, he was subjected to intimidation by armed individuals whom he identified as drug traffickers and these circumstances ultimately led him to leave Mexico. Upon reaching the border, U.S. agents recorded his personal information and placed him in custody for four days in a cold and overcrowded holding facility (the *hielera*), alongside approximately one hundred twenty other individuals. After undergoing an interview with immigration authorities to assess the basis of his asylum request, José was handcuffed along with fifty other individuals and transferred to a detention center. He would remain there for six months, until he was released following a positive outcome in his “credible fear interview”. After this, he came into contact with Tina, who provided ongoing assistance during the progression of his asylum claim. Thanks to Tina I met him a few months later.

Jose: The number was 556, the cell [...] I was there with other thirty-six people, it was a bit big with three showers and three toilets, all inside the cell [...] and the conditions of the place were not the best. They were catastrophic

in every sense. One day I got sick, I don't know, I had pain in my belly I think because of the food they give you there. [When you are sick] you have to fill a questionnaire to get picked up and taken to the doctor. I sent like eight of them. And I never went [...] I got treated by a man from Honduras, he had a cream, and he started massaging my body, my feet, my hands, my belly... then he gave me something to drink, it was basically like a laxative, something like that, and I got better with that. And then they came for me after twelve days. [...] when they came, I was better and I told the agent I won't go anywhere now. [...] during these months I've lost a lot of weight, I mean, I have always been thin, but at that moment... I didn't recognize myself... my size in kilograms is 67 or 68 and at that time I weighed, I don't know, 53. [...] [I've lost weight] for everything, for the food but also because I was staying in such a horrible place. Because a criminal maybe is used to, but a person who doesn't understand why he is in that kind of place... of course you lose weight because staying there is a psychological attack on your dignity as human being. [...] in this place, no one gives you attention... I mean, the motto inside was: «Don't get sick because they are not coming for you». [...] Once I asked for sleeping pills because after losing sleep for about three months, I just couldn't sleep anymore, that is, I had my sleep cycle completely out of whack and I think that also affected my health... not only me, other people who were with me as well. We asked for pills many times but nobody ever gave them to us.

(Ethnographic Interview with José, February 2025).

Systemic deficiencies in medical care provision are a defining feature of detention spaces across the United States (BONFIGLIO 2020; TELLEZ *et al.* 2022; DEKKER *et al.* 2024). This is further corroborated by a report issued by the Office of Inspector General (2024) of the U.S. DHS, which conducted several unannounced inspections of detention facilities between 2020 and 2023. The findings exposed a consistent pattern of non-compliance with established minimum standards for medical care, alongside deficiencies in environmental and sanitary conditions.

Medical neglect – as part of broader mechanisms that characterize the global carceral system extending beyond the U.S. context (KOBELINSKY, MAKAREMI 2009; RAVENDA 2011; CAMPESI 2012; CROSBY 2016; BOSWORTH 2018; VAN HOUT, LUNGU-BYRNE, GERMAIN 2020) – has a significant impact on migrants' health (CASTAÑEDA 2010; HUMAN RIGHTS WATCH 2018; SAADI *et al.* 2020; HAMPTON *et al.* 2022). Mirna, a mental health therapist and social worker, and Ana, a case manager – both working at healthcare centers in Albuquerque that provide services to migrants and community members – shared with me (March 2025) their insights on this impact. According to Ana, many individuals who voluntarily presented themselves to border authorities, seeking protection but ultimately detained,

endure extremely difficult conditions that increase their vulnerability to developing various health conditions or worsening existing ones. When they request medical care, their needs are frequently ignored. The conditions within detention facilities and the absence of adequate medical care are so grave that, in certain instances, they lead to fatalities, as Mirna recounts. Recently published reports confirm this; a federal analysis occurring between 2017 and 2021, underscores that fatalities were primarily the result of misdiagnoses, failure to provide timely emergency care, and inadequate, delayed and missed medical interventions (PHYSICIANS FOR HUMAN RIGHTS 2024).

Emily, an attorney who provides pro bono legal assistance to asylum seekers in Albuquerque, discussed the impact of these conditions within detention centers in New Mexico during our online conversation in November 2024. The organization she collaborates with has gathered multiple testimonies from asylum seekers who have reported a complete medical neglect, particularly within two detention centers in New Mexico: the Cibola County Correctional Center and the Torrance County Detention Facility, both located in the northern part of the State and designated exclusively for a male population⁴¹. Individuals arrive in physically and emotionally precarious conditions, a direct consequence of the hardships endured during the migratory journey. Many suffer from severe health issues, such as major fractures or infections resulting from untreated wounds, yet they do not receive adequate treatments. Access to medical care is indeed extremely limited: medical visits occur several days after a request, and even for severe conditions, ibuprofen is often administered with an approach that addresses only the superficial management of symptoms without tackling the underlying etiological causes. Additionally, there is no provision for an interpreter to facilitate the clinical interaction, rendering the therapeutic process ineffective. Often, medicines – both those prescribed and those requested without prescription, such as pain relievers – are not administered. Furthermore, living conditions are severely degrading; individuals report excessive use of force and verbal/psychological abuse by the agents, as well as material deprivations, such as a lack of potable water for extended periods of up to three days, poor-quality food, and insufficient sanitation facilities. These factors contribute to the exacerbation of their health issues. As Emily explains, expressions of sadness and distress, or the onset of symptoms such as insomnia, stress, or anxiety, can expose individuals to the real risk of solitary confinement – officially justified as a measure to prevent self-harm (suicide watch), but, in practice, functioning as a form

of punitive isolation. Alternatively, these symptoms may result in the prescription of psychotropic medications, including sedatives or sleeping pills. While not administered coercively, these medications ultimately become the only available option due to the almost complete lack of psychological support, making the choice “imposed”. The administration of these medications aligns with the broader strategy that Anthony Ryan Hatch (2019) describes as *technocorrections*, a set of actions and processes designed to reduce the costs of mass incarceration and minimize the risks posed by prisoners to society, making pharmacological containment an integral part of the governance of marginality.

Pharmaceuticals thus appear to play a central and ambivalent role within detention contexts as evidenced by several asylum seekers’ testimonies published in a report compiled by the organization with which Emily collaborates. For instance, a 31-year-old Venezuelan man held at the Cibola Center states: «Many people who experience headaches are not given pills for three or four days. A companion who had a fever for days was told it wasn’t an emergency and that he should just take a shower. We joked with him that he first had to die for them to see him» (NMILC 2024: 74). A 26-year-old Colombian man, held at the same center, asserts:

There is confusion with the medication; at night they give me medicine, but in the morning, they tell me they have nothing for me. Or vice versa. This happens even though they prescribed medication for both morning and nighttime but they don’t always give it to me. I inform them that I was prescribed medication twice a day, but the officers still tell me they have nothing for me, despite what the doctor prescribed (*ibid.*: 84).

Furthermore, a 23-year-old Venezuelan man, held at the Torrance County Detention Facility, claims:

I experience pain in my ribs and spine because of past injuries. [The doctor] gave me pills for the pain in my ribs and spine... I went to refill the medicine and they told me I’m not in the system anymore and would not get more. When I requested more medicine, they told me to get out. They make it seem like you are bothering them. If you continue to ask them, they put you in the cold room [...] If you say you are depressed, they take you to the cold room and leave you there alone because they think you are crazy. When they took me there, I wasn’t crazy, nor did I feel like I wanted to hurt someone (*ibid.*: 70).

The degrading conditions experienced by migrants also extend to the CBP processing facilities near border crossing points, which, in this sense, function as an extension of the detention logic, even though they are formally classified as transit or screening areas for those who have entered the

Country. Gabriela and Rafael, a young Venezuelan couple, both 28 years old, whom I met with Ysabel in March 2025, shared their experiences of enduring extreme conditions within these spaces. After a year-long journey that began in the summer of 2023 and after surrendering at El Paso border, they were separated by agents due to their unmarried status, and spent several days in a shelter facility that, however, reproduced the detention logic: they were forced to stay in rooms separated by glass, with the lights constantly on, in complete lack of privacy, and eating poor-quality food. Gabriela and her 5-year-old daughter slept on the floor with an aluminum blanket, compelled to share cramped spaces with ten other women and their children, with the option to take a cold, two-minute shower once a day, before putting on the uniforms they had been given. The semantic ambiguity between reception and detention also manifested in Rafael's case through discriminatory practices by border agents who treated him with hostility by telling to «go back home» when he stated that he was Venezuelan.

These practices, documented by multiple organizations⁴², place pharmaceuticals at the core of specific processes. Luis – who left Venezuela with his partner, his two children, and his mother in June 2023 – arrived in El Paso in August of the same year. I met him, along with Tina, in March 2025. After unsuccessfully attempting to secure an appointment for asylum through the CBP One app, the family made the decision to cross the border and voluntarily turn themselves to U.S. authorities. Luis was separated from his partner and mother, and detained with his children for ten days at a CBP processing facility. During this period, one of the children developed symptoms of diarrhea, likely a result of the harsh conditions of the journey, which were exacerbated by the poor quality of food provided, which Luis described as either frozen or spoiled. Other minors in the facility exhibited similar symptoms, which were attributed to the consumption of expired food, such as cookies and fruit juices, that were regularly distributed. In spite of repeated appeals for medical support and medications, no treatment was delivered. After several days without any response and in light of his child's worsening condition, he had multiple discussions with the border agents. As a result of these incidents, his partner was deported to Tapachula, in southern Mexico. Luis reported that the deportation was carried out through the falsification of her signature by the agents, who used her biometric data collected upon entry to falsely present it as a voluntary return.

The testimonies of Luis, Gabriela, Rafael, and Jose, along with those of Ana, Mirna, Tina, Ysabel, Emily, and the asylum seekers encountered by the organization with which Emily works, highlight the central role of pharmaceuticals in U.S. securitarian policies well before Trump's second term. These accounts describe indeed experiences that occurred during the Biden administration. On one hand, this confirms a structural continuity in the practices of controlling and managing migrant bodies, regardless of the political orientation of the governing administrations. On the other hand, they suggest the potential for an intensification of these practices in response to the recent political pressures for increasingly stringent border control measures⁴³.

Pharmaceutical Density

It has been consistently demonstrated that pharmaceuticals, across the multiple phases of their "life cycle" (VAN DER GEEST, WHYTE, HARDON 1996), cannot be anthropologically conceptualized as autonomous entities, or as pure objects existing independently of their socialization and interpretation. Rather, they should be analyzed within the socio-cultural and political matrices through which they circulate, are consumed, and are ascribed specific properties shaped by individual perceptions and collective imaginaries (DESCLAUX, LÉVY 2003; HARDON, SANABRIA 2017). Conceived as commodities bearing economic significance, as objects of exchange and as resources endowed with political value, medicines further reveal a distinct social life (WHYTE, VAN DER GEEST, HARDON 2002), a life "with" and "among" people, wherein their efficacy becomes not solely therapeutic, but inherently social: they operate as active agents reshaping relationships among individuals involved in their distribution and consumption, redefining social positions and establishing, reinforcing or challenging pre-existing hierarchies (SCHIRRIPA 2015). Arising from the interplay of these factors, pharmaceuticals disclose a primordial ambiguity, captured in the ancient Greek notion of *pharmakon*: a substance whose inherent potential is to act both as a "remedy" and a "poison", whose dual nature holds the potential both to heal and to harm (PERSSON 2004; MORETTI, PIZZA, SCHIRRIPA 2025). The ethnographic context I explored has revealed this dual nature.

Situated at the core of detention practices within border control policies, access to pharmaceuticals is discontinuous, shifting into a governance device

that operates based on logics of classification and exclusion regulation of migrant bodies. Far from being merely a therapeutic object responding to clinical rationality, the medication and its denial, inappropriate administration or “imposition” when no alternatives exist, becomes a tool through which power structures are shaped and the ethics and politics of life are negotiated (FASSIN 2018). In this context, it assumes a fundamentally relational value, serving as a mechanism through which institutions establish boundaries of legitimacy and belonging: between those recognized as worthy of care and those who are not, and between those regarded as citizens and those who are not. This selective logic results in invisible and yet socially determined suffering (KLEINMAN, DAS, LOCK 1997), in which the care denial constitutes a structural form of “punishment”. In this context, the institutional negligence is not an exception but a routine practice that both reflects and reinforces social hierarchies and the everyday, normalized violence inscribed in the “irregular” migrants’ bodies in the United States (HOLMES 2013; DE LEÓN 2015; SHERIDAN, MCGUIRE 2019). Simultaneously, outside of these contexts, the pharmaceutical object, and its unexpected uses, take on a central symbolic function in securitarian and nationalist discourses, which, in turn – and both directly and indirectly – shape the strategies and practices of migrant containment. Inextricably tied to a perceived threat posed to the Nation as well as to the representation of the “illegal alien”, fentanyl serves as a tool to strengthen the border apparatus and justify exceptional measures that extend beyond the geographical frontiers, permeating the legal, social, and political structures of the United States internal territory. In this sense, it operates as a medium between the everyday microphysics of suffering and the broader macropolitics of security, leaving imprints of exclusion and institutionalized violence on the bodies of people in motion.

Notes

⁽¹⁾ All names are pseudonyms.

⁽²⁾ El Paso Sector is one of the U.S. Border Patrol Sectors that run along the 1,954 miles U.S.-Mexico border from the Pacific Ocean to the Gulf of Mexico. It covers the geographical region of the entire state of New Mexico as well as two counties within far west Texas (El Paso and Hudspeth Counties). This consists of 125,500 square miles, 121,000 square miles in New Mexico and 4,500 square miles in Texas. In New Mexico, the majority of the border counties are situated within the Chihuahuan Desert.

⁽³⁾ The U.S. Customs and Border Protection (CBP), which includes the U.S. Border Patrol, is the agency responsible for monitoring and securing the U.S. borders. It asserts the authority to conduct operations up to 100 miles inland from the border. Immigration and Customs Enforcement (ICE), additional federal agency under the DHS, is tasked with immigration enforcement within the Country territory, beyond the 100-mile zone.

⁽⁴⁾ <https://www.whitehouse.gov/presidential-actions/2025/01/declaring-a-national-emergency-at-the-southern-border-of-the-united-states/>

⁽⁵⁾ *The Climate of Borders: Lessons from Borderlands on the Environmental Crisis* – National Recovery and Resilience Plan (PNRR), Mission 4, Component 2. University of Milano Bicocca, Department of Human Sciences for Education “Riccardo Massa”. Principal Investigator: Lorenzo Alunni.

⁽⁶⁾ Document issued in the state of New Mexico regardless of a work permit or any immigration status. It serves as a driver’s permit but it cannot be used for federal identification purposes.

⁽⁷⁾ Organization established in Albuquerque in 2019 with the aim of facilitating and strengthening the engagement of newcomer communities – including asylum-seekers, refugees and other immigrants – by addressing their needs through educational, economic, social, and health programs.

⁽⁸⁾ Visits inside the detention center take place as part of the *Know Your Rights Presentation*, a session designed to inform migrants about the procedures they may face during detention. These presentations are organized by civil rights advocacy organizations with whom Tina and Ysabel collaborate, and they are intended for the entire detained population, regardless of the nationality.

⁽⁹⁾ The U.S. detention system is characterized by a hybrid management model involving both federal agencies and private companies. These companies, as for example Core-Civic and Geo Group, are responsible for the daily operational, including logistical activities, surveillance, and internal security. ICE agents, although present within the facilities, play a limited role, primarily restricted to document handling or the legal and logistical procedures related to migrant deportations. The expansion of detention facilities – aimed at fulfilling the mass deportation promises made by Trump during his electoral campaign – has led to both an acceleration in the growth of the “detention industry” and an increase in profits and capital accumulation for the main private corporations operating in the sector (CHARALAMBOUS 2024; BERZON, MCCANN, ALEAZIZ 2025).

⁽¹⁰⁾ The “Credible Fear of Persecution Interview” is a key preliminary procedure within the U.S. asylum system designed to assess protection claims at an early stage. It applies primarily to individuals who, upon arrival at a U.S. port of entry or after crossing the border without authorization, express a fear of persecution or harm if returned to their homeland. The interview determines whether there is a *significant possibility* that the individual may ultimately qualify for asylum or withholding of removal. This mechanism plays a crucial role within the expedited removal process, where noncitizens

may otherwise be subject to immediate deportation without access to a full hearing before an immigration judge.

⁽¹¹⁾ <https://www.youtube.com/watch?v=hF7XIUHwE04>

⁽¹²⁾ <https://www.youtube.com/live/qqG96G8YdcE?feature=shared>

⁽¹³⁾ <https://www.youtube.com/watch?v=ITZRv-p4DLI>

⁽¹⁴⁾ The early stage of this crisis is rooted in the widespread consumption and misuse of opioids pills that were initially medically prescribed for pain management. This phase emerged from a combination of factors: the growing recognition of pain management as a “human right”, the medical community’s response to the pain undertreatment, and the influence of pharmaceutical companies. The perception of pain as an urgent medical issue led to the U.S. Food and Drug Administration’s approval in 1995 of OxyContin (and other new oxycodone formulations), sustained-release opioid designed to provide pain relief, yet highly addictive and prone to misuse. This regulatory milestone was soon followed by the classification of pain as the “fifth vital sign” (LEVY *et al.* 2018) and the beginning of the so-called “war against pain”, supported by the Federation of State Medical Boards through its 1998 model guidelines. From the 1990s onward, the production and marketing of opioid analgesics, especially oxycodone, were aggressively driven by pharmaceutical companies, most notably Purdue Pharma. These campaigns led to a sharp increase in opioid prescriptions: not only for cancer-related pain, but also for postoperative and chronic pain, even in its milder forms; physicians were encouraged to prescribe these medications more “liberally”, reassured by misleading claims that products like OxyContin were non-addictive (VADIVELU *et al.* 2018; MEIER B. 2022). Opioid prescriptions rose by over 400% between 1999 and 2010 (AYOOK *et al.* 2020). Millions of people – particularly living in rural and suburban areas across states such as West Virginia and Kentucky – were prescribed OxyContin (VAN ZEE 2009; MURCH 2019). By 2010, the Country was facing a full-scale “iatrogenic” epidemic (PODOLSKY, HERZBERG, GREENE 2019), with a dramatic rise in overdoses linked to “legitimate” opioid addiction (HERZBERG 2020). U.S. federal agencies introduced measures to curb opioid distribution by implementing prescription drug monitoring programs. However, these interventions failed to provide evidence-based treatment options for opioid use disorder or alternative pain management strategies for those who were already dependent (GOTTSCHALK 2023). Meanwhile, reductions in the availability of prescription opioids led many dependent patients to turn to illicit drugs. Heroin, fentanyl and its analogues quickly became the primary drivers of opioid-related overdose deaths (CICCARONE 2019; FELBAB-BROWN *et al.* 2020; TANZ *et al.* 2024). Non-therapeutic and recreational use of oxycodone also surged, fueled by pharmaceuticals’ theft as well as the access through fraudulent and illegal sale of medical prescriptions (AYOOK *et al.* 2020).

⁽¹⁵⁾ While deaths from opioid pills and heroin began to stabilize around 2017 (CICCARONE 2019), fatalities from fentanyl and other synthetic opioids have continued to rise. The spread of fentanyl, especially in urban areas, has reduced previous rural-urban and racial disparities in overdose deaths. By 2013, opioid-related death rates among African Americans surpassed those of White individuals, with signifi-

cant increases also seen among Hispanic populations (FURR-HOLDEN *et al.* 2021; GOTTSCHALK 2023). Initially concentrated in the Eastern U.S. (CICCARONE 2019; SHOVER *et al.* 2020), fentanyl use has expanded westward and now impacts both U.S. and Mexican border regions (FLEIZ *et al.* 2020; FRIEDMAN *et al.* 2022; ROMERO *et al.* 2023).

⁽¹⁶⁾ <https://www.nbcnews.com/politics/2024-election/trump-says-immigrants-are-poisoning-blood-country-biden-campaign-rcna130141>

⁽¹⁷⁾ This research would not have been possible without the support of Jessica Goodkind, Professor of Sociology at the University of New Mexico, and Director of the *Refugee & Immigrant Well-Being Project* (RIWP) at UNM, who facilitated my connection with Tina, Ysabel, and with other representatives of local organizations. Tina and Ysabel became key interlocutors throughout the ethnographic fieldwork, mediating my initial contact with seven Venezuelan asylum seekers, all of whom I could later interview. These individuals were introduced to Tina and Ysabel through support programs previously run by the organization where both are employed. They had been residing in the U.S. for over a year, with the majority having arrived in New Mexico with their families. Further semi-structured interviews were conducted with Tina, Ysabel and their parents, who, as previously mentioned, have been living in New Mexico for over twenty years and yet remain “undocumented”. All the interviews were conducted in Spanish, with Tina and Ysabel providing compensated interpretation services. Their contribution was crucial in preserving the nuance, richness, and depth of the interlocutors’ narratives. Prior to each interview, individuals received information about the research and were asked to provide informed oral consent. The consent form also stated that the interviews would be audio-recorded, verbatim transcribed and data dissemination would be aggregated by using a coding system and pseudonyms. In parallel, I conducted interviews with six representatives of local organizations based in Albuquerque. These included a case manager, a mental health therapist and social worker, a family physician, an attorney, and two executive directors of programs and projects. These interviews were conducted in English. During my ethnographic research, I also systematically monitored media sources related to migration and border issues in the U.S. context. This was a productive endeavor given the rapidly evolving nature of the border policies. Throughout this paper, I draw on these sources to support my arguments, particularly those addressing the intersections between drug enforcement and immigration policy.

⁽¹⁸⁾ https://www.youtube.com/watch?v=hv_AhqfIx_c

⁽¹⁹⁾ Under the Biden administration, migratory flows increased significantly, partly as a consequence of the restrictive immigration policies enacted during the first Trump era, which had sharply curtailed legal entry options. Despite a rhetorical shift toward a more humane migration approach, the Administration ultimately reinforced the existing border control and security infrastructure (MILLER 2017). Providing a comprehensive overview of all the measures involved is beyond the scope of this article, yet several key ones warrant specific mention. Funding for agencies such as ICE and CBP, as well as for private detention facility operators, rose sharply, alongside multi-billion-dollar investments in surveillance technologies – often implemented without

consultation with local communities. Expulsion and deportation policies reached historic levels, through Title 8 – the federal legislation that regulates immigration – and Title 42 – public health emergency measure introduced in 2020 by the Trump administration, officially aimed at containing the spread of COVID-19 and that allowed for the immediate expulsion of migrants without granting them the opportunity to apply for asylum. This latter measure was suspended in May 2023 after proving to be largely ineffective (CHISHTI, BUSH-JOSEPH, MONTALVO 2024). Meanwhile, detention numbers remained high (ACLU 2023), and new asylum regulations – such as the *Circumvention of Lawful Pathways Final Rule* (May 2023) and *Securing the Border Final Rule* (June 2024) – significantly restricted asylum eligibility. These rules effectively barred most non-citizens from entry, except for limited groups such as unaccompanied minors, trafficking victims, visa or permanent residency holders, and individuals who scheduled an asylum appointment via the CBP One mobile application. Due to frequent technical issues with the CBP One app and the limited number of available appointments, many asylum seekers were left stranded at the border for extended periods, often in precarious and highly vulnerable conditions (AMNESTY INTERNATIONAL 2024). In addition, an emergency 2024 policy enabled temporary border closures and suspension of asylum processing when daily unauthorized crossings exceeded 2,500 for a week, raising serious concerns over migrant safety and human rights violations. Concurrently, the Administration ramped up efforts to combat fentanyl trafficking by increasing DEA funding, deploying advanced scanning technologies at ports of entry, sanctioning traffickers, and prosecuting members of major drug cartels. On the public health front, investments in harm reduction – such as naloxone distribution and addiction treatment programs – were also expanded.

Also see: <https://www.dhs.gov/archive/news/2024/07/31/fact-sheet-dhs-shows-results-fight-dismantle-cartels-and-stop-fentanyl-entering-us>.

⁽²⁰⁾ <https://www.youtube.com/watch?v=KJHAm87W8NM>

⁽²¹⁾ <https://www.cdc.gov/nchs/nvss/vsrr/drug-overdose-data.htm>;
<https://www.cdc.gov/media/releases/2025/2025-cdc-reports-decline-in-us-drug-overdose-deaths.html>

⁽²²⁾ <https://www.cbp.gov/newsroom/stats/drug-seizure-statistics>

⁽²³⁾ <https://www.cato.org/blog/us-citizens-were-80-crossers-fentanyl-ports-entry-2019-2024>

⁽²⁴⁾ The Trump administration signed an agreement with the State of El Salvador to deport approximately three hundred individuals to be detained in the “Terrorism Confinement Center” (CECOT). Under this arrangement, the U.S. government pay six million dollars for one year of detention services.

⁽²⁵⁾ <https://www.state.gov/reports/2023-country-reports-on-human-rights-practices/el-salvador/>

⁽²⁶⁾ <https://www.nytimes.com/2025/03/15/us/politics/trump-alien-enemies-act-deportations-venezuelans.html>

⁽²⁷⁾ <https://www.foxnews.com/video/6370142440112>

⁽²⁸⁾ <https://www.amnesty.org/en/latest/news/2025/03/unlawful-expulsions-to-el-salvador-endanger-lives-amid-ongoing-state-of-emergency/>

⁽²⁹⁾ <https://www.ice.gov/detain/detention-management>

⁽³⁰⁾ According to official CBP data (<https://www.cbp.gov/newsroom/stats/nationwide-encounters>), encounters at the U.S. Southwest border began to decline months before the Trump administration, starting notably in July 2024. From the beginning of Fiscal Year 2025 (October 2024), this downward trend became consistent: encounters dropped from nearly 250,000 in October 2023 to just over 106,000 in October 2024, and further to approximately 94,000 in November 2024 – down from 242,399 the previous year. The term “encounters” includes three categories: “Apprehensions” (individuals temporarily detained for crossing the border between ports of entry), “Inadmissibles” (those denied entry at official ports under Title 8), and “Expulsions” (individuals removed under Title 42 from March 2020 to May 2023). The total number of encounters also counts repeat attempts by the same individuals following expulsion.

⁽³¹⁾ Alongside stricter enforcement measures, the Democratic administration expanded legal pathways to reduce unauthorized border crossings. Key initiatives included the CHNV *Humanitarian Parole Program* for Cubans, Haitians, Nicaraguans, and Venezuelans, allowing temporary entry and work authorization for two years. A *Family Reunification Parole Program* was also implemented, enabling migrants with U.S.-based relatives to apply for legal entry. Additionally, *Temporary Protected Status* (Tps) was extended to multiple nationalities, offering work permits and protection from deportation. Efforts were also made to maintain the DACA (Deferred Action for Childhood Arrivals) program. Internationally, the U.S. reached agreements with Mexico, which increased deportations and border enforcement, and with Guatemala and Honduras, which strengthened their own border controls and repatriation efforts to curb northward migration flows.

⁽³²⁾ <https://www.cbsnews.com/news/how-watch-trump-speech-address-congress-2025/>

⁽³³⁾ Following the ten executive orders signed by Trump in January 2025, additional measures have been implemented to drastically reduce so-called “illegal” entries. While not an exhaustive list, some of the most notable measures include: 1) Indefinite entry ban at the southern border for non-citizens seeking asylum without sufficient medical or background information (THE WHITE HOUSE 2025a). 2) Termination of *Temporary Protected Status* (Tps) for Venezuelans and suspension of all humanitarian parole programs (THE WHITE HOUSE 2025b). 3) Reinstatement of the Migrant Protection Protocols (“Remain in Mexico”), forcing asylum seekers to wait in Mexico during their immigration proceedings. This policy – introduced during Trump’s first term and suspended by the Biden administration – has forced thousands of individuals to live in extremely dangerous conditions in Mexican border cities, where they were exposed to severe risks of violence, including sexual assault, kidnapping for ransom, extortion, and armed robbery (DOCTORS WITHOUT BORDERS 2020; HUMAN RIGHTS WATCH 2021). 4) The end of the “catch and release” policy, previously allowing migrants, at times of high arrivals, to be released from custody pending their immigration court proceedings (THE WHITE HOUSE 2025b). 5) The deactivation of

the CBP One app, now used as a “self-deportation tool” through which individuals communicate their intention to voluntarily depart from U.S. According to the Robert Strauss Center for International Security and Law at the University of Texas (2025), approximately 13,000 migrants are currently stranded in major Mexican border cities after their scheduled appointments were canceled. 6) The indefinite suspension of the U.S. Refugee Admissions Program (USRAP) (THE WHITE HOUSE 2025c) halting all refugee resettlement in the Country. 7) The denial of the U.S. citizenship to children born on U.S. soil to undocumented or non-naturalized parents (THE WHITE HOUSE 2025d). This measure was temporarily blocked by a federal judge because it violates the XIV Amendment which guarantees citizenship to anyone born on U.S. soil. 8) The reinstatement of family detention during asylum processing; according to a DHS report (2016), this measure profoundly affects children’s well-being by exacerbating trauma, increasing anxiety and depression, and exposing them to inadequate healthcare services within detention centers. 9) The planned use of Guantanamo Bay facility to detain up to 30,000 undocumented migrants labeled as “high-priority criminals”. Further policies have been published on the official White House website: <https://www.whitehouse.gov/fact-sheets/2025/02/fact-sheet-president-donald-j-trump-ends-taxpayer-subsidization-of-open-borders/>

⁽³⁴⁾ <https://www.defense.gov/News/News-Stories/Article/Article/4119896/securing-the-southern-border-two-months-of-decisive-action/>;
https://www.ice.gov/about-ice/ero/protected-areas?utm_source=substack&utm_medium=email;
<https://www.cbp.gov/newsroom/local-media-release/texas-national-guard-sworn-support-border-patrol-efforts-el-paso>

⁽³⁵⁾ <https://www.whitehouse.gov/fact-sheets/2025/02/fact-sheet-president-donald-j-trump-imposes-tariffs-on-imports-from-canada-mexico-and-china/>

⁽³⁶⁾ Although the so-called “trade war” has, in recent months, expanded to include additional countries, it is particularly significant that drug policy has emerged as a central axis in trade negotiations with these specific nations.

⁽³⁷⁾ <https://www.cbp.gov/newsroom/stats/drug-seizure-statistics>

⁽³⁸⁾ https://www.canada.ca/en/services/defence/securingborder/strengthen-border-security.html?utm_campaign=ps-sp-borders-frontieres-24-%2025&utm_medium=gc-features&utm_source=web

<https://www.politico.com/news/2025/02/06/mexico-deploys-first-of-10-000-national-guard-troops-to-us-border-00202812>

⁽³⁹⁾ U.S. offshore oil platforms in the Gulf of Mexico significantly contribute to greenhouse gas emissions – especially methane – thus exacerbating climate change. Since 2010, offshore fracking has further intensified environmental risks by releasing millions of liters of toxic drilling fluids, threatening marine ecosystems and human health (NEGRON *et al.* 2020; CENTER FOR BIOLOGICAL DIVERSITY 2021). These environmental consequences should be contextualized within a broader policy realignment under the Trump administration, which consistently prioritized industrial expansion over

environmental sustainability. Multiple executive orders signed by Trump clearly signal this strategic orientation. The “energy nationalism” underpinning these decisions culminated in the renewed withdrawal of the United States from the Paris Agreement. It also legitimized the renewed push for fossil fuel extraction (symbolized by the “Drill, baby, drill” slogan) framed within a broader agenda of achieving energy independence and dismantling regulations seen as obstacles to the exploitation of conventional energy sources like oil and gas. Simultaneously, the Administration systematically curtailed support for scientific research that referenced “climate” or “climate change”, terms that were also removed from federal communications and official documents (YOURISH *et al.* 2025), reflecting a broader pattern of climate denialism associated with Trump’s political stance (MILLER 2017).

⁽⁴⁰⁾ Real name.

⁽⁴¹⁾ The third detention center, the Otero County Processing Center, is located in southern New Mexico and includes female migrants among detainees. Like other facilities in the State – operated by private companies – it has seen a marked increase in detainee numbers in recent years. This trend reflects both an intensification of migration flows and a rise in migrant fatalities, particularly in southern New Mexico (HERNANDEZ, EDGAR 2024) due to stricter federal immigration policies and more severe measures in neighboring states like Texas and Arizona. As crossings in those regions became more dangerous, more migrants indeed began entering through New Mexico, formerly known as a “Sanctuary State” for its limited cooperation with federal authorities. However, with the new Administration, this legal status and protections have become increasingly uncertain. The executive order signed by Trump, which designated international drug cartels as terrorist entities, also targeted “Sanctuary” jurisdictions, accusing them harboring individuals affiliated with terrorist-designated groups. It further allowed for the potential prosecution of public officials, local governments, and non-profit organizations for providing services to migrants allegedly linked to such groups. These developments are unfolding in a broader context in which the migrants’ administrative detention continues to expand within the State. Detention centers in New Mexico hold both individuals who cross the border near El Paso and others who are transferred from surrounding border areas. Whereas the majority of detained migrants were previously of Mexican origin, there is now a growing presence of individuals from Central and South America, with Venezuelans representing a particularly significant group. New Mexico has introduced the Immigrant Safety Act (House Bill 9), aiming to gradually eliminate civil immigration detention within the State. Although the bill has progressed legislatively, detention facilities remain operational during the transition phase.

⁽⁴²⁾ <https://www.nmilc.org/our-blog/asylum-seekers-stories>;
<https://www.americanimmigrationcouncil.org/research/hieleras-iceboxes-rio-grande-valley-sector>;
<https://nomoredeths.org/abuse-documentation/a-culture-of-cruelty/>

⁽⁴³⁾ While this may not be the appropriate context for a comprehensive historical reconstruction of U.S. immigration policy prior to the Trump and Biden administrations,

it is nevertheless important to emphasize that – despite divergent political orientations – these approaches exhibit significant continuities. These continuities, in turn, reveal a specific genealogy embedded within the enduring trajectory of U.S. immigration governance, through which both Democratic and Republican administrations have progressively intensified control measures since the 1990s (NAIL 2016; MILLER 2019; DUNN 2021; GANSTER, COLLINS 2021).

Bibliography

- ACLU (2023), *Unchecked Growth: Private Prison Corporations and Immigration Detention, Three Years Into the Biden Administration*, <https://www.aclu.org/documents/unchecked-growth-private-prison-corporations-and-immigration-detention-three-years-into-the-biden-administration> (accessed 10 April 2025).
- ALBO A., ORDAZ DIAZ J.L. (2011), *Migration and Climate Change: The Mexican Case*, https://environmentalmigration.iom.int/sites/g/files/tmzbdll1411/files/documents/2023-10/wp_1128_mexico_tcm348-267328.pdf (accessed 10 April 2025).
- ALUNNI L. (2024), *Le cicatrici di Ulisse. Corpi e frontiere nel Mediterraneo*, Meltemi, Milano.
- ALUNNI L., MORETTI C. (2024), *Il clima delle frontiere: per un'etnografia ambientale dei corpi*, in "EtnoAntropologia", Vol. 12(1): 101-115.
- ALVAREZ R.R. (1995), *The Mexican-U.S. Border: The Making of an Anthropology of Borderlands*, in "Annual Review of Anthropology", Vol. 24: 447-470.
- AMNESTY INTERNATIONAL (2024), *CBP One: A Blessing or a Trap?*, <https://www.amnesty.org/en/documents/amr51/7985/2024/en/> (accessed 10 April 2025).
- AYAZI H., ELSHEIKH E. (2019), *Climate Refugees: The Climate Crisis and Rights Denied*, https://belonging.berkeley.edu/sites/default/files/climate_refugees.pdf (accessed 10 April 2025).
- AYOOK K. et al. (2020), *The Opioid Crisis in North America: Facts and Future Lessons for Europe*, in "Anesthesiology Intensive Therapy", Vol. 52(2): 139-147.
- BERZON A., MCCANN A., ALEAZIZ H. (2025), *Private Prisons Are Ramping Up Detention of Immigrants and Cashing*, <https://www.nytimes.com/2025/03/07/us/politics/private-prisons-immigrants-detention-trump.html> (accessed 10 April 2025).
- BONFIGLIO G. et al. (2020), *The Long Journey Inside Immigration Detention Centres in the USA*, "Journal of Travel Medicine", Vol. 27: 7, 3 pp.
- BOSWORTH M. (2018), *Immigration Detention, Punishment and the Transformation of Justice*, "Social & Legal Studies", Vol. 27(3): 1-21.
- BRUZELIUS E. et al. (2024), *Law Enforcement Fentanyl Seizures and Overdose Mortality in US Counties, 2013-2020*, "Drug and Alcohol Dependence", Vol. 262: 111400.
- CAMPESI G. (2012), *Le libertà degli stranieri. La detenzione amministrativa nel diritto internazionale e dell'Unione Europea*, "Politica del Diritto", Vol. 43(2-3): 333-391.

- CAMPESI G. (2020), *Genealogies of Immigration Detention: Migration Control and the Shifting Boundaries Between the 'Penal' and the 'Preventive' State*, "Social & Legal Studies", Vol. 29(4): 527-548.
- CASTAÑEDA E. (2010), *Im/Migration and Health: Conceptual, Methodological, and Theoretical Propositions for Applied Anthropology*, "Napa Bulletin", Vol. 34(1): 6-27.
- CASTAÑEDA E. (2019), *Building Walls. Excluding Latin People in the United States*, Lexington Books, Lanham.
- CDC (2024), *Understanding the Opioid Overdose Epidemic*, <https://www.cdc.gov/overdose-prevention/about/understanding-the-opioid-overdose-epidemic.html> (accessed 10 April 2025).
- CENTER FOR BIOLOGICAL DIVERSITY (2021), *Toxic Waters. How Offshore Fracking Pollutes the Gulf of Mexico*, https://www.biologicaldiversity.org/campaigns/fracking/pdfs/Toxic-Waters-offshore-fracking-report-Center-for-Biological-Diversity.pdf?_gl=1*1dgjde6*_gcl_au*MTMIODM2ODk4Ny4xNzQ0MzA1MDg0 (accessed 10 April 2025).
- CHARALAMBOUS R. (2024), *In Trump's Mass Deportation Plan, the Private Prison Industry Sees a Lucrative Opportunity*, <https://abcnews.go.com/US/trumps-deportation-plan-private-prison-industry-sees-lucrative/story?id=115775702> (accessed 10 April 2025).
- CHAVEZ L.R. (2013), *Shadowed Lives. Undocumented Immigrants in American Society*, Wadsworth, Belmont.
- CHISHTI M., BUSH-JOSEPH K., MONTALVO J. (2024), *Title 42 Postmortem: U.S. Pandemic-Era Expulsions Policy Did Not Shut Down the Border*, Migration Policy Institute, <https://www.migrationpolicy.org/article/title-42-autopsy> (accessed 10 April 2025).
- CICCARONE D. (2019), *The Triple Wave Epidemic: Supply and Demand Drivers of the US Opioid Overdose Crisis*, "International Journal of Drug Policy", 71: 183-188.
- CROSBY A. (2016), *Governing Immigration through Crime at the Street Level. The Metamorphosis of an Immigration Detention Centre in Belgium*, pp. 145-166, in DE BIASE M., FERRARO S. (Eds.), *Bisogna difendere l'umanità. I diritti umani tra pratiche di guerra, relazioni di potere, mobilità internazionale e resistenze*, Mimesis, Milano.
- DE GENOVA N. (2002), *Migrant 'Illegality' and Deportability in Everyday Life*, "Annual Review of Anthropology", Vol. 31: 419-447.
- DE GENOVA N., PEUTZ N. (Eds.) (2010), *The Deportation Regime: Sovereignty, Space, and the Freedom of Movement*, University Press Durham, Duke.
- DEKKER A.M. et al. (2024), *A Call for Increased Transparency and Accountability of Health Care Outcomes in US Immigration and Customs Enforcement Detention Centers*, "The Lancet Regional Health", Vol. 36: 100825.
- DESCLAUX A., LÉVY J.J. (Eds.) (2003), *Cultures et médicaments*, "Anthropologie et Sociétés", Vol. 27(2): 5-247.
- DHS (2016), *Report of the DHS Advisory Committee on Family Residential Centers*, <https://www.ice.gov/sites/default/files/documents/Report/2016/ACFRC-sc-16093.pdf> (accessed 10 April 2025).

DE LEÓN J. (2015), *The Land of Open Graves. Living and Dying on the Migrant Trail*, University of California Press, Berkeley.

DICKSON-SWIFT V. *et al.* (2007), *Doing Sensitive Research: What Challenges Do Qualitative Researchers Face?*, "Qualitative Research", Vol. 7(3): 327-353.

DOCTORS WITHOUT BORDERS (2020), *No Way Out – The Humanitarian Crisis for Central American Migrants and Asylum Seekers*, <https://www.msf.org/report-no-way-out-central-american-migration>, (accessed 10 April 2025).

DUNN T. (2021), *The Militarization of the US–Mexico Border in the Twenty-First Century and Implications for Human Rights*, pp. 35-53, in RIBAS-MATEOS N., DUNN T. (Eds.), *Handbook on Human Security, Borders and Migration*, Edward Elgar Publishing.

FAIRBAIRN N. *et al.* (2017), *Naloxone for Heroin, Prescription Opioid, and Illicitly Made Fentanyl Overdoses: Challenges and Innovations Responding to a Dynamic Epidemic*, "The International Journal of Drug Policy", Vol. 46: 172-179.

FASSIN D. (2011), *Policing Borders, Producing Boundaries. The Governmentality of Immigration in Dark Times*, "Annual Review of Anthropology", Vol. 40: 213-226.

FASSIN D. (2018 [2017]), *Life: A Critical User's Manual*, Polity Press, Cambridge.

FELBAB-BROWN V. *et al.* (2020), *The Opioid Crisis in America. Domestic and International Dimensions*, https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2020/06/0_Overview.pdf (accessed 10 April 2025).

FERRERO L., QUAGLIARIELLO C., VARGAS A.C. (2021), *Embodying Borders. A Migrant's Right to Health, Universal Rights and Local Policies*, Berghahn, New York.

FETZER S. (2023), *Climate Change, Migration and Security in the Context of Urbanization in Northern Central America*, United Nations Environment Programme and International Organization for Migration, <https://www.un.org/climatesecuritymechanism/en/article/climate-change-migration-and-security-context-urbanization-northern-central-america-2023> (accessed 10 April 2025).

FETZER T. (2020), *Nationalism and Economy*, "Nationalities Papers", Vol. 48(6): 963-973.

FETZER T. (2021), *Beyond 'Economic Nationalism': Towards a New Research Agenda for the Study of Nationalism in Political Economy*, "Journal of International Relations and Development", Vol. 1: 235-259.

FLEIZ C. *et al.* (2020), *Fentanyl Is Used in Mexico's Northern Border: Current Challenges for Drug Health Policies*, "Addiction", Vol. 115(4): 778-781.

FRIEDMAN J. *et al.* (2022), *The Introduction of Fentanyl on the US-Mexico Border: An Ethnographic Account Triangulated with Drug Checking Data from Tijuana*, "International Journal of Drug Policy", Vol. 104: 103678.

FRIEDMAN J. *et al.* (2023), *Fentanyl, Heroin, and Methamphetamine-Based Counterfeit Pills Sold at Tourist-Oriented Pharmacies in Mexico: An Ethnographic and Drug Checking Study*, "Drug and Alcohol Dependence", Vol. 249: 110819.

FURR-HOLDEN D. *et al.* (2021), *African Americans Now Outpace Whites in Opioid-Involved Overdose Deaths: A Comparison of Temporal Trends from 1999 to 2018*, "Addiction", Vol. 116(3): 677-683.

- GANSTER P., COLLINS K. (2021), *The U.S.-Mexico Border Today. Conflict and Cooperation in Historical Perspective*, Rowman & Littlefield, Lanham.
- GARDNER E.A. *et al.* (2022), *The Opioid Crisis: Prevalence and Markets of Opioids*, "Forensic Science Review", Vol. 34(1): 43-70.
- GARNETT M.F., MINIÑO A.M. (2024), *Drug Overdose Deaths in the United States, 2003–2023*, https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db522.htm#section_4 (accessed 10 April 2025).
- GOTTSCHALK M. (2023), *The Opioid Crisis: The War on Drugs Is Over. Long Live the War on Drugs*, "Annual Review of Criminology", Vol. 6: 363-398.
- GRIFFITHS M.B.E. (2014), *Out of Time: The Temporal Uncertainties of Refused Asylum Seekers and Immigration Detainees*, "Journal of Ethnic and Migration Studies", Vol. 40(12): 1991-2009.
- HAMPTON K. *et al.* (2022), *Clinicians' Perceptions of the Health Status of Formerly Detained Immigrants*, "BMC Public Health", Vol. 22(1): 575.
- HARDON A., SANABRIA E. (2017), *Fluid Drugs: Revisiting the Anthropology of Pharmaceuticals*, "Annual Review of Anthropology", Vol. 46(1): 117-132.
- HATCH A.R. (2019), *Silent Cells The Secret Drugging of Captive America*, University of Minnesota Press, Minneapolis.
- HERNÁNDEZ G., CUAUHTÉMOC C. (2014), *Immigration Detention as Punishment*, "UCLA Law Review", Vol. 61(5): 1346-1414.
- HERNANDEZ J.R., EDGAR H.J.H (2024), *Migrant Deaths in New Mexico: What Is Known; What Is Unknown*, "Journal on Migration and Human Security", Vol. 12(3): 226-242.
- HERZBERG D. (2020), *White Market Drugs. Big Pharma and the Hidden History of Addiction in America*, The University of Chicago Press, Chicago - London.
- HEYMAN J. (1994), *The Mexico-United States Border in Anthropology: A Critique and Reformulation*, "Journal of Political Ecology", Vol. 1(1):43-66.
- HEYMAN J. (2012), *Constructing a 'Perfect' Wall: Race, Class, and Citizenship in US- Mexico Border Policing*, pp. 153-174, in GARDINER BARBER P., LEM W. (Eds.), *Migration in the 21st Century: Political Economy and Ethnography*, Routledge, New York - London.
- HOLMES S. (2013), *Fresh Fruit, Broken Bodies*, University of California Press, Berkeley.
- HUBER J. *et al.* (2023), *Climate-Related Migration and the Climate-Security-Migration Nexus in the Central American Dry Corridor*, "Climatic Change", Vol. 176: 79.
- HUMAN RIGHTS WATCH (2018), *The Fatal Consequences of Dangerously Substandard Medical Care in Immigration Detention*, <https://www.hrw.org/report/2018/06/20/code-red/fatal-consequences-dangerously-substandard-medical-care-immigration> (accessed 10 April 2025).
- HUMAN RIGHTS WATCH (2021), *Like I'm Drowning. Children and Families Sent to Harm by the US "Remain in Mexico" Program*, <https://www.hrw.org/report/2021/01/06/im-drowning/children-and-families-sent-harm-us-remain-mexico-program> (accessed 10 April 2025).
- HUMAN RIGHT WACH (2024), *Disrupt and Vilify. The War on Immigrants Inside the U.S. War on Drugs*, <https://www.hrw.org/report/2024/07/15/disrupt-and-vilify/war-immigrants-inside-us-war-drugs> (accessed 10 April 2025).

- IRAP (2024), *Enduring Change. A Data Review of Firsthand Accounts of Climate Mobility Impacts*, <https://refugeerights.org/news-resources/enduring-change-a-data-review-of-firsthand-accounts-of-climate-mobility-impacts> (accessed 10 April 2025).
- JUHASZ-WOOD C. (2020), *Contesting Historical Enchantment: Militarized Settler Colonialism and Refugee Resettlement in New Mexico*, PhD dissertation, https://digitalrepository.unm.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1107&context=amst_ctds (accessed 10 April 2025).
- KINGSOLVER A., MATHUR C., ONTO G. (2022), *Economic Nationalisms in a World on Fire. An Introduction*, "Anuac", Vol. 11(2): 113-126.
- KLEINMAN A., DAS V., LOCK M. (1997), *Social Suffering*, University of California Press, Berkeley.
- KOBELINSKY C., MAKAREMI C. (Eds.) (2009), *Enfermés dehors*, Éditions du Croquant, Broissieux.
- LEVY N. et al. (2018), "Pain as the Fifth Vital Sign" and Dependence on the "Numerical Pain Scale" Is Being Abandoned in the US: Why?, "British Journal of Anesthesia", Vol. 120(3): 435-438.
- LOVE J.S. et al. (2023), *Opioid Overdoses Involving Xylazine in Emergency Department Patients: A Multi-center Study*, "Clinical Toxicology", Vol. 61(3): 173-180.
- MARCHETTI M., MORETTI C., SPADA S. (Eds.) (2024), *Di quale antropologia il mondo ha bisogno? Confronto sulla sostenibilità delle prassi antropologiche*, "AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica", 57, 119-268.
- MARTIN L.L. (2012), 'Catch and Remove': Detention, Deterrence, and Discipline in US Noncitizen Family Detention Practice, "Geopolitics", Vol. 17(2): 312-334.
- MCGUIRE R.H. (2013), *Steel Walls and Picket Fences: Rematerializing the U.S.-Mexican Border in Ambos Nogales*, "American Anthropologist", Vol. 115: 466-480.
- MEIER B. (2022), *Pain killer. L'impero dell'inganno e la grande epidemia americana di oppiacei*, Mondadori, Milano.
- MEZZADRA S., NEILSON B. (2013), *Border as Method, or, the Multiplication of Labor*, Duke University Press, Durham.
- MILLER T. (2017), *Climate Change, Migration and Homeland Security*, City Lights, San Francisco.
- MILLER T. (2019), *Empire of Borders: The Expansion of the US Border around the World*, Verso Books, London.
- MONTERO F. et al. (2022), *Potency-Enhancing Synthetics in the Drug Overdose Epidemic: Xylazine ("Tranq"), Fentanyl, Methamphetamine, and the Displacement of Heroin in Philadelphia and Tijuana*, "The Journal of Illicit Economies and Development", Vol. 4(2): 204-222.
- MORETTI C. (2019), *Il dolore illegittimo. Un'etnografia della sindrome fibromialgica*, Edizioni ETS, Pisa.
- MORETTI C., BARKER K.K. (2024), *Suffering without Remedy: The Medically Unexplained Symptoms of Fibromyalgia Syndrome and Long COVID*, "Social Sciences", Vol. 13(9): 1-25.
- MORETTI C., PIZZA G., SCHIRRIPA P. (2025), *Pharmakon. Farmaci e vaccini tra rimedio e apocalisse*, pp. 114-130, in RANISIO G., ZITO E. (Eds.), *Fini del mondo, fine dei mondi Comunità e salute globale*, Morlacchi Editore, Perugia.
- MOUNTZ A. et al. (2021), *Conceptualizing Detention: Mobility, Containment, Bordering, and Exclusion*, "Progress in Human Geography", Vol. 37(4): 522-541.

- MURCH D. (2019), *How Race Made the Opioid Crisis*, <http://bostonreview.net/forum/donna-murch-how-race-made-opioid-crisis> (accessed 10 April 2025).
- NAIL T. (2016), *Theory of The Border*, Oxford University Press, New York.
- NANDITA S. (2020), *Against National Sovereignty: The Postcolonial New World Order and the Containment of Decolonization*, "Studies in Social Justice", Vol. 14(2): 391-409.
- NEGRON A.M. (2020), *Airborne Assessment of Methane Emissions from Offshore Platforms in the U.S. Gulf of Mexico*, "Environmental Science & Technology", Vol. 54: 5112-5120.
- NMILC (2024), "What They're Doing to Me is an Injustice": Violations of the 2011 Performance-Based National Detention Standards in New Mexico Immigration Detention Facilities, <https://www.nmilc.org/our-blog/what-theyre-doing-to-me-is-an-injustice> (accessed 10 April 2025).
- OCAMPOS A.I. et al. (2024), *Pharmaceuticals in the Blubber of Live Free-Swimming Common Bottlenose Dolphins (*Tursiops Truncatus*)*, "iScience", Vol. 27(12): 111507.
- OFFICE OF INSPECTOR GENERAL (2024), *Summary of Unannounced Inspections of ICE Facilities Conducted in Fiscal Years 2020-2023*, <https://www.oig.dhs.gov/sites/default/files/assets/2024-09/OIG-24-59-Sep24.pdf> (accessed 10 April 2025).
- OPPERMANN S. (2015), *Il corpo tossico dell'altro. Contaminazione ambientale e alterità ecologiche*, pp. 119-132, in FARGIONE D., IOVINO S. (Eds.), *Contaminazioni ecologiche. Cibi, nature e culture*, Led-Edizioni Universitarie di Lettere Economia Diritto, Milano.
- PERSSON A. (2004), *Incorporating Pharmakon: HIV, Medicine, and Body Shape Change*, "Body and Society", Vol. 10(4): 45-67.
- PHYSICIANS FOR HUMAN RIGHTS (2024), *Deadly Failures: Preventable Deaths in U.S. Immigration Detention*, <https://assets.aclu.org/live/uploads/2024/06/2024-07-01-ICE-Detainee-Deaths.pdf> (accessed 10 April 2025).
- PODOLSKY S.H., HERZBERG D., GREENE J.A. (2019), *Preying on Prescribers (and Their Patients): Pharmaceutical Marketing, Iatrogenic Epidemics, and the Sackler Legacy*, "New England Journal of Medicine", Vol. 380(19): 1785-1787.
- RAVENDA A. (2011), *Alì fuori dalla legge Migrazione, biopolitica e stato di eccezione in Italia*, Ombre corte, Verona.
- RAWSON R.A., ERATH T.G., CLARK H.W. (2023), *The Fourth Wave of the Overdose Crisis: Examining the Prominent Role of Psychomotor Stimulants with and without Fentanyl*, "Preventive Medicine", Vol. 176: 107625.
- REYNOLDS C.W. et al. (2024), *Epidemiology of Asylum Seekers and Refugees at the Mexico-US Border: A Cross-Sectional Analysis from the Migrant Settlement Camp in Matamoros, Mexico*, "BMC Public Health", Vol. 24: 489.
- ROBERT STRAUSS CENTER FOR INTERNATIONAL SECURITY AND LAW (2025), *Asylum Processing at the U.S.-Mexico Border*, <https://www.strausscenter.org/publications/asylum-processing-at-the-u-s-mexico-border-february-2025/> (accessed 10 April 2025).
- ROMERO R. et al. (2023), *Implementing a Decentralized Opioid Overdose Prevention Strategy in Mexico, a Pending Public Policy Issue*, "The Lancet Regional Health", Vol. 23: 100535.

- ROSENBLUM D. *et al.* (2024), *Estimating Changes in Overdose Death Rates from Increasing Methamphetamine Supply in Ohio: Evidence from Crime Lab Data*, “Drug and Alcohol Dependence Reports”, Vol. 11: 100238.
- RYO E. (2019), *Detention as Deterrence*, “Stanford Law Review”, Vol. 71: 237-250.
- SAADI A. *et al.* (2020), *Understanding US Immigration Detention: Reaffirming Rights and Addressing Social-Structural Determinants of Health*, “Health and Human Rights Journal”, Vol. 22(1): 187-197.
- SCHIRRIPA P. (2015), *La vita sociale dei farmaci. Produzione, circolazione, consumo degli oggetti materiali della cura*, Argo, Lecce.
- SHACHAR A. (2009), *The Shifting Border of Immigration Regulation*, “Michigan Journal of International Law”, Vol. 30(3): 809-839.
- SHERIDAN T.E., MCGUIRE R.H. (2019), *The Embodiment of Risk Along the U.S.-México Line*, The Arizona Board of Regents, Open-access edition.
- SHOVER C.L. *et al.* (2020), *Steep Increases in Fentanyl-Related Mortality West of the Mississippi River: Recent Evidence from County and State Surveillance*, “Drug and Alcohol Dependence”, Vol. 216: 108314.
- SPENER D. (2009), *Clandestine Crossing. Migrants and Coyote on the Texas-Mexico Border*, Cornell University Press, Ithaca and London.
- TANZ L.J. *et al.* (2024), *Detection of Illegally Manufactured Fentanyls and Carfentanil in Drug Overdose Deaths – United States, 2021-2024*, “MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report”, Vol. 73(48): 1099-1105.
- TELLEZ D. *et al.* (2022), *The United States Detention System for Migrants: Patterns of Negligence and Inconsistency*, “Journal of Migration and Health”, Vol. 6: 100141.
- THE STATE COUNCIL INFORMATION OFFICE OF THE PEOPLE’S REPUBLIC OF CHINA (2025), *Controlling Fentanyl-Related Substances – China’s Contribution*, http://english.scio.gov.cn/node_9015522.html (accessed 10 April 2025).
- THORESEN L., ÖHLÉN J. (2015), *Lived Observations: Linking the Researcher’s Personal Experiences to Knowledge Development*, “Qualitative Health Research”, Vol. 25(11): 1589-1598.
- TOSH S. (2021), *Drug Prohibition and the Criminalization of Immigrants: The Compounding of Drug War Disparities in the United States Deportation Regime*, “International Journal of Drug Policy”, Vol. 87: 102846.
- TOWLE S. (2024), *Crossing the Line. Finding America in the Borderlands*, She Writes Press, Berkeley.
- THE WHITE HOUSE (2025a), *Guaranteeing The States Protection Against Invasion*, <https://www.whitehouse.gov/presidential-actions/2025/01/guaranteeing-the-states-protection-against-invasion/> (accessed 10 April 2025).
- THE WHITE HOUSE (2025b), *Securing Our Borders*, <https://www.whitehouse.gov/presidential-actions/2025/01/securing-our-borders/> (accessed 10 April 2025).
- THE WHITE HOUSE (2025c), *Realigning The United States Refugee Admissions Program*, <https://www.whitehouse.gov/presidential-actions/2025/01/realigning-the-united-states-refugee-admissions-program/> (accessed 10 April 2025).

THE WHITE HOUSE (2025d), *Protecting the Meaning and Value of American Citizenship*, <https://www.whitehouse.gov/presidential-actions/2025/01/protecting-the-meaning-and-value-of-american-citizenship/> (accessed 10 April 2025).

UNITED STATES COMMITTEE FOR REFUGEES AND IMMIGRANTS (2023), *Climate of Coercion Environmental and Other Drivers of Cross-Border Displacement in Central America and Mexico*, <https://refugees.org/wp-content/uploads/2023/03/Climate-of-Coercion-Report.pdf> (accessed 10 April 2025).

UNITED STATES SENTENCING COMMISSION (2023), *Quick Facts on Fentanyl Trafficking Offenses*, United States Sentencing Commission, www.ussc.gov/sites/default/files/pdf/research-and-publications/quick-facts/Fentanyl_FY21.pdf (accessed 10 April 2025).

VADIVELU N. *et al.* (2018), *The Opioid Crisis: a Comprehensive Overview*, "Current Pain Headache", Vol. 22: 16.

VAN DER GEEST S., WHYTE S.R., HARDON A. (1996), *The Anthropology of Pharmaceuticals: A Biographical Approach*, "Annual Review of Anthropology", Vol. 25: 153-178.

VAN HOUT M.C., LUNGU-BYRNE C., GERMAIN J. (2020), *Migrant Health Situation When Detained in European Immigration Detention Centres: A Synthesis of Extant Qualitative Literature*, "International Journal of Prisoner Health", Vol. 16(3): 221-236.

VAN ZEE A. (2009), *The Promotion and Marketing of OxyContin: Commercial Triumph, Public Health Tragedy*, "American Journal of Public Health", Vol. 99(2): 221-227.

WHYTE S.R., VAN DER GEEST S., HARDON A. (2002), *Social Lives of Medicines*, Cambridge University Press, Cambridge.

YOURISH K. *et al.* (2025), *These Words Are Disappearing in the New Trump Administration*, <https://www.nytimes.com/interactive/2025/03/07/us/trump-federal-agencies-websites-words-dei.html> (accessed 10 April 2025).

ZHU J.L. *et al.* (2024), *Weather Deviations Linked to Undocumented Migration and Return between Mexico and the United States*, "Proceedings of the National Academy of Sciences", Vol. 121(46): e2400524121.

Scheda sull'Autrice

Chiara Moretti è nata ad Atessa (CH) nel 1983. 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 ricerche etnografiche, in Italia e in Francia, focalizzate sui processi di femminilizzazione, medicalizzazione e delegittimazione nel dolore cronico e sui gender bias che caratterizzano gli approcci e le teorie biomediche. Più di recente, ha condotto una indagine etnografica centrata sul nesso tra cambiamenti climatici, crisi ambientali, migrazioni, frontiere e salute analizzando il contesto statunitense, in particolare la zona di frontiera tra New Mexico e Messico.

Abstract

Pharmaceutical Borders. The Twofold Function of Medications in the U.S. Immigration Policies

Drawing on ethnographic fieldwork conducted in Albuquerque, New Mexico, between September 2024 and March 2025, this article examines the contradictory role of pharmaceuticals within the broader framework of mobility control policies at the U.S. southern border. Far from being mere therapeutic tools, medications assume both concrete and symbolic functions: they are represented as markers of disorder and threat in public discourse, while simultaneously operating as a disciplinary technology on migrants' bodies held in custody. The double life of pharmaceuticals – care denied “inside”, danger evoked “outside” – thus reveals how securitarian policies and rhetoric converge in producing exclusion and suffering.

Keywords: Pharmaceuticals, Bodies, Care, Mobility, Border

Resumen

Fronteras farmacéuticas. La doble función de los medicamentos en las políticas migratorias de Estados Unidos

A partir de una investigación etnográfica llevada a cabo en Albuquerque (Nuevo México) entre septiembre de 2024 y marzo de 2025, este artículo analiza el carácter ambivalente de los fármacos en el marco de las políticas y dispositivos de control de la movilidad en la frontera sur de los Estados Unidos. Lejos de limitarse a su función terapéutica, los medicamentos adquieren dimensiones disciplinarias y simbólicas: son construidos como marcadores de amenaza y desorden en el discurso público, al tiempo que operan como tecnologías de control sobre los cuerpos migrantes en custodia. La doble vida del fármaco – cura denegada en el “interior”, peligro invocado en el “exterior” – permite así visibilizar la convergencia entre políticas securitarias y retóricas de exclusión en la producción de sufrimiento.

Palabras clave: fármacos, cuerpos, cuidado, movilidad, frontera

Résumé

Frontières pharmaceutiques. La double fonction des médicaments dans les politiques migratoires des États-Unis

Basé sur une recherche ethnographique menée à Albuquerque (Nouveau-Mexique) entre septembre 2024 et mars 2025, cet article explore le rôle ambivalent des médicaments dans le cadre des politiques et des dispositifs de contrôle de la mobilité à la frontière méridionale des États-Unis. Loin d'être de simples outils thérapeutiques, ils acquièrent une portée à la fois disciplinaire et symbolique: sont mobilisés comme des signes de désordre et de menace dans l'espace public, tout en agissant comme des technologies de contrôle sur les corps des migrants placés en détention. La double vie du

médicament – soin refusé «à l'intérieur», danger invoqué «à l'extérieur» – révèle ainsi comment les politiques et les rhétoriques sécuritaires convergent dans la production de l'exclusion et de la souffrance.

Mots-clés: médicaments, corps, soin, mobilité, frontière

Precettare il tempo, disfare la tempesta

I tiemperos, tra clima e cura alle falde di La Malinche

Giacomo Pasini

Università degli Studi di Torino
[gi.pasini@unito.it]

Abstract

Predicting the Weather, Unravelling the Storm. The Tiemperos, between Climate and Healing in the Foothills of La Malinche

Based on ethnographic research carried out in Nahuatl-speaking communities in central-southern Mexico, this article sets out to investigate the figure of the *tiempero*, the ritual specialist of atmospheric weather. In this itinerary aimed at understanding the actions of “those who work with the weather”, it will be addressed the issues of their initiation, their practices and the continuity that exists between *tiemperos* and healers, between meteorological knowledge and healing knowledge. In the scenario in which these figures operate, the backdrop is the historical violence of religious conversion, together with that of the severe ecological crisis affecting the region.

Keywords: Tiemperos, Healers, Climate, Nahua, La Malinche

La Valle di Puebla-Tlaxcala

Il missionario spagnolo Bernardino de Sahagún, nel primo volume del *Codice Fiorentino* che raccoglie i dati di oltre sessant'anni di studio del mondo nahua nel XVI secolo, dedica la prima parte del suo lavoro alle «divinità che adoravano i naturali» (1829: 1). Qui viene esplorata la varietà degli dèi mexica, tra i quali compaiono i *tlaloques*, gli aiutanti del dio Tlaloc, signore delle acque, delle piogge e delle tempeste, che possedevano i loro referenti ontologici nelle montagne: «tutte le montagne eminenti, specialmente dove si formano le nuvole per la pioggia, si immaginava fossero degli dèi, e facevano di ognuna di esse la loro immagine secondo l'idea che avevano di loro» (ivi: 35). L'archeologo e antropologo messicano Arturo Montero García aggiunge che «questi *tlaloque* erano considerati le principali montagne del paesaggio dell'Altopiano centrale: Matlalcueye, Nevado

de Toluca, Popocatepétl, Iztaccíhuatl e Pico de Orizaba» (2012: 66). Tre di questi significativi rilievi racchiudono la Valle di Puebla-Tlaxcala, una regione dell'Altopiano Centrale situata tra gli stati di Puebla e Tlaxcala, nel Messico centromeridionale. Ad ovest della Valle si trovano il Popocatepétl, il cui nome deriva dal náhuatl e significa “montagna che fuma” per la sua incessante attività, e l'Iztaccíhuatl, “la donna bianca” o “addormentata” per la forma della sua cima; ad est si erge invece il vulcano La Malinche o Matlalcueye, che rappresenta la montagna isolata più elevata del Messico con i suoi 4460 metri. Di questi tre vulcani situati sulla Fascia Vulcanica Trasversale, è proprio quest'ultimo ad aver maggiormente richiamato l'attenzione della mia ricerca, iniziata nell'ottobre del 2021. Conosciuta anche come La Malinche, dal nome di doña Marina, schiava e interprete di Hernán Cortés durante la conquista, Matlalcueye è tradotto dal náhuatl con “signora dalla gonna blu” (da *matlactli*, verde scuro o blu, e *cueitl*, gonna), che trova un suo referente ecologico nella boscaglia che ricopre la montagna e che si va diradando in corrispondenza della cima¹. Questo rilievo è considerato la rappresentazione tlaxcalteca di Chalchiuhtlicue, importante divinità mexica di tutte le acque terrestri e compagna del dio Tlaloc².

L'importanza ecologica, economica e cosmologica di La Malinche si deve al fatto che esercita una grande influenza sul clima locale, attraendo l'umidità necessaria per l'agricoltura stagionale (ROBICHAUX 2008: 402). Tale influenza è messa oggi in crisi: i boschi di questa montagna soffrono una severa deforestazione, dovuta principalmente al massiccio processo di urbanizzazione, a una piaga che porta alla morte degli alberi (il *gusano descortezador*), agli incendi dolosi e al disboscamento illegale per mano dei *taladores*, i tagliatori di legna illegali. Nonostante la dichiarazione dell'area come Parco Nazionale del 1938, la deforestazione è divenuta un processo fuori controllo (ERIKSEN 2017) ed è fortemente legata all'importanza storica del legno per il metabolismo sociale della vicina città di Puebla (JUÁREZ FLORES 2015)³. La devastazione di La Malinche, unita all'inquinamento del fiume Atoyac e al suo tremendo impatto sulla salute umana, rappresentano attualmente le problematiche socioambientali più significative della Valle di Puebla-Tlaxcala. Alle devastazioni ecologiche della regione si affiancano quelle che sono percepite come trasformazioni dovute alla più ampia crisi climatica.

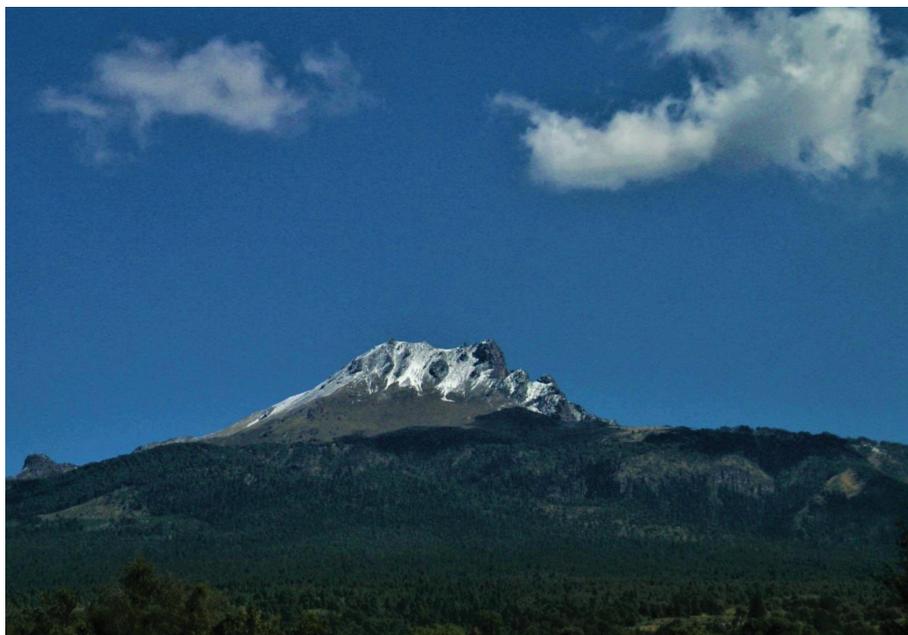


Fig. 1. La cima del vulcano La Malinche ha i tratti di un volto di donna rivolto verso l'alto, ancora più apprezzabile quando la cima è innevata⁴.

Il clima nell'area di La Malinche è scandito dall'alternarsi della stagione delle piogge, da maggio a settembre compreso, e della stagione secca, da ottobre a febbraio, in cui si assiste ad una netta diminuzione delle precipitazioni. Oggi questa netta alternanza vive momenti di incertezza a causa delle sempre più imprevedibili condizioni climatiche, riflesse nel mutamento del regime delle precipitazioni e nell'aumento delle temperature, che costringono i contadini ad un "adattamento locale climatico" (VAN AKEN 2020: 73) e a cambiare periodo della semina e del raccolto (PASINI 2022; HERNÁNDEZ VÁZQUEZ, JIMÉNEZ LÓPEZ 2009). In questo scenario di crisi emerge l'importanza della pioggia, ormai sempre più scarsa e imprevedibile, come elemento essenziale per le comunità nahua e otomí dell'area, le quali concepiscono La Malinche come un grande contenitore d'acqua e pongono l'acqua e la montagna al centro della vita comunitaria (BRODA 1982). Ciò rimanda inevitabilmente alle preoccupazioni inerenti alla *milpa*⁵, che hanno prodotto un'attenzione e un'interazione continua con i fenomeni atmosferici, all'interno di una "socialità più-che-umana" (TSING 2013) che ha dato forma a un apparato conoscitivo etnometeoro-

logico teso alla previsione del tempo atmosferico: un sapere che Van Aken definisce «molto locale, in quanto esposto consapevolmente al tempo e capace di leggerne i segni, seppur inediti» (2020: 73) e che a livello comunitario ha permesso di riscontrare le principali problematiche ambientali e climatiche nella regione (PASINI 2022)⁶. Come osservano Katz e Lammel, tale «conoscenza popolare degli elementi meteorologici si contrappone alla conoscenza specialistica di alcuni individui» (2008: 40): il dono del potere è l'elemento che distingue l'agire degli «sciamani iniziati dalla forza del fulmine» (*ibidem*) da quello delle altre persone.

Coloro che lavorano con il tempo

In *Sud e Magia* Ernesto de Martino individuava nella «tempesta distruttrice di seminati» un momento critico che apriva alla «grande possibilità negativa», da scongiurare attraverso quelle «pratiche magiche connesse con la fatica contadina e col lavoro dei campi» (2001: 64). La tempesta sembra trovare spazio nell'inventario demartiniano dei momenti critici dell'esistenza (insieme a malattia, lutto, ecc.) che aprono alla «tentazione di abdicare», «rischio contro il quale la cultura lancia il suo dispositivo di *tecniche*» (BENEDEUCE 2005: 135). In questo caso tale dispositivo corrisponde all'«arte di *precettare* il tempo, cioè di disfare la tempesta» (DE MARTINO 2001: 64), attraverso l'utilizzo di incantesimi e scongiuri, accompagnati da pratiche magico-rituali (ad esempio il cerchio magico disegnato sul terreno con la falce). In un altro mondo contadino, quello nahua, López Austin, nella sua ricompilazione delle *Quaranta classi di maghi nel mondo náhuatl* (1967), individuava i «dominatori dei fenomeni meteorologici» (*dominadores de los meteoros*), figure specializzate, preposte a prevenire i rischi provenienti da grandinate pericolose per i raccolti.

Uomini di economia agricola, *i nahua avevano tra le loro principali preoccupazioni quella di liberare i loro campi dai pericoli della grandine*. Per questo esistevano pratiche magiche tra i contadini [...] ma queste pratiche non sempre erano sufficienti e si doveva ricorrere a *maghi specializzati* che lavoravano in gruppi fino a dieci, a seconda della grandezza del pericolo, poiché il lavoro di uno solo non poteva bastare per dominare le nuvole cattive. Questi gruppi di maghi, almeno nei tempi successivi alla conquista, avevano una vera e propria organizzazione incaricata di raccogliere i contributi dei contadini per pagare i loro servizi (LÓPEZ AUSTIN 1967: 99-100, corsivo mio).

Conosciuti anche come *graniceros*⁷, per il loro legame con la grandine, i *tiemperos* sono coloro che «lavorano con il tempo» (BONFIL BATALLA 1968)

nella sua dimensione atmosferica, e l'importanza del loro lavoro si lega indissolubilmente alle attività agricole. Alla facoltà di richiedere la pioggia e di effettuare pronostici sul clima, si affianca quella di poter scacciare temporali, grandini e altri fenomeni meteorologici potenzialmente dannosi per i raccolti. Tuttavia, una lettura tesa solo alle preoccupazioni produttive sarebbe riduttiva nei confronti della figura dei *tiemperos* e di ciò che si cela dietro al loro agire: un insieme di elementi cosmologici che permeano la relazione sociale comunitaria con i fenomeni atmosferici. Scrive Lorente Fernández:

Indubbiamente, i mesoamericani sono sempre dipesi dall'agricoltura stagionale e dai suoi cicli. *Ma queste condizioni materiali non sono di per sé sufficienti per comprendere le relazioni locali che gli abitanti intrattengono con i fenomeni meteorologici.* Se la preoccupazione per la sussistenza è alla base di molti sistemi cosmologici, questi includono anche altre nozioni culturali che a prima vista possono sembrare poco correlate: *nozioni indigene della persona, idee circa la configurazione della società e procedure appropriate per stabilire un'intercessione tra il mondo umano e quello soprannaturale* (2009: 202, corsivo mio)⁸.

In questa direzione Alicia Juárez Becerril (2015), nel suo approfondito lavoro sugli specialisti meteorologici dell'Altopiano Centrale del Messico, mostra come proteggere il raccolto non fosse l'unica finalità dei *tiemperos*: l'autrice disegna un panorama completo degli studi storici ed etnografici intorno a questa figura, inserendola nella categoria degli "specialisti rituali", ovvero «attori esperti in questioni magico-religiose» (2015: 113). I *tiemperos* non si occupavano esclusivamente del tempo atmosferico, al contrario «le funzioni di questi personaggi non erano chiaramente delimitate e pure; vale a dire, potevano possedere anche altri poteri straordinari, come, per esempio, essere guaritori, fattucchieri, *nahuales*⁹ o stregoni allo stesso tempo» (ivi: 83). In base alle loro abilità i *tiemperos* possono assumere nomenclature differenti: nella regione di Tlaxcala, Nutini ha osservato come il *tiempero* che si occupa di evitare il mal tempo e impedire che tormenti e grandini distruggano la *milpa* veniva chiamato *conjurador* (scongiuratore); in alcune zone si applica la distinzione tra *tezitlazc* (da *teciuhltlazqui*), "scongiuratore della grandine", e *quiatlazc* "scongiuratore della pioggia" (NUTINI 1998).

Nel dicembre del 2023, nella comunità nahua di San Isidro Buensuceso, situata alle falde del vulcano La Malinche, ho ascoltato un racconto su questa figura da parte di una signora, doña Teresa, che utilizzò lo stesso termine per parlarmi del nonno da cui apprese e basi della sua conoscenza legata al clima.

Ho imparato qualcosa perché un nonno di lì, dove mia nonna andò a risposarsi, la madre di mio padre, era un *conjurador de las lluvias*. Ma io avevo nove anni e non sapevo cosa fosse. Ma lo ascoltavo, lo ascoltavo mentre pregava, cioè pregava ma non so cosa dicesse. E diceva che quando c'era una grandine leggera le dava delle *tortillas*, quando c'era una grandine forte le dava del *pulque*, e quando raschiava [l'agave], tirava fuori la sua brocca di *pulque* e la versava nel cortile. E la grandine se ne andava. Io gli chiesi "perché?", e lui mi disse che il sole era come una parte della vita, come la luce che brilla, come la vita stessa [...] Io lo ascoltavo: "ora la luna contiene acqua, la pioggia sta arrivando", diceva. "Sta per piovere, dobbiamo prepararci, dobbiamo mettere i *chinamites*¹⁰, dobbiamo mettere via la legna". E poi, per esempio, quando vedeva le nuvole, diceva: "sta arrivando la grandine". E io chiedevo: "come mai sta arrivando la grandine? Dove si vede?". Cominciamo a osservare e chiedevo a mia nonna: "nonna, come fa il nonno a sapere che sta arrivando la grandine?", perché arriva la nuvola un po' grigiastro, non è nera, è un grigiastro, è un grigio chiaro che viene arriva, quindi era grandine. E quando le nuvole sono nere nere, è solo pioggia. È per questo che da lì ho iniziato a osservare la luna e a dire che sì, è piena d'acqua.

Come emerge dalle parole di doña Teresa, il nonno, *conjurador de las lluvias*, leggeva i segni provenienti dal cielo per capire cosa sarebbe arrivato, se una normale pioggia o una grandine che avrebbe potuto mettere in pericolo i raccolti e la comunità. Oltre agli scongiuri e alle orazioni, il *tiempero* dispone di mezzi magico-rituali: nel caso del nonno della donna, egli gettava *tortillas* di mais o il *pulque* ricavato dall'agave per placare la grandine e saziare le nubi. Al lavoro dello specialista spesso si affianca in modo indipendente un altro lavoro rituale, comunitario o delle singole famiglie, che consiste nel bruciare rami di rosmarino, palme benedette e incenso per allontanare le tempeste attraverso il fumo dei loro bracieri, ma anche nello sparare fuochi d'artificio che nella loro esplosione "rompono" o "spaventano" le nuvole¹¹.

Nonostante doña Teresa abbia colto alcuni insegnamenti del nonno attraverso l'osservazione, l'iniziazione è un momento cruciale per la vita del *tiempero*, che conferisce alla persona un sapere e un potere che difficilmente possono essere trasmessi. Juárez Becerril scrive che l'iniziazione del *tiempero*, ovvero la chiamata divina che proviene dall'alto, può avvenire attraverso tre modalità: la caduta di un fulmine, la malattia o i sogni (2015: 119). Nel primo caso, come osserva López Austin, «la scarica elettrica obbliga le persone scelte a unirsi a società mistiche la cui funzione principale è l'adorazione dei signori dell'acqua e il controllo dei fenomeni meteorologici» (1996: 415). Diverse etnografie svolte nell'Altopiano Centrale evidenziano come la caduta del fulmine implichi in molti casi che la persona eletta

venga colpita direttamente. Glockner evidenzia come il fulmine rappresenti un'entità sacra di primaria importanza per due ragioni: «è un veicolo attraverso il quale si rivela la volontà divina, che decide il destino della persona che ne è stata colpita, e per i *cambiamenti ontologici che queste persone subiscono*, poiché quando lo Spirito del Fulmine viene ospitato nel loro corpo acquisiscono poteri curativi e divinatori che non esisterebbero se non fossero state toccate da questo essere celeste» (2016: 54, corsivo mio). In questa direzione Taussig scrive che Giambattista Vico individuava nel fulmine «una delle ragioni della civiltà», all'interno «di quella che chiama "saggezza poetica", basata sulla sensazione che gli esseri umani avevano un tempo, a parer suo, che ogni aspetto dell'universo fosse animato, consentendo di leggere la natura come un linguaggio» (2020: 117). Lo stesso Taussig, nel parlare di «un albero deforme colpito da un fulmine cinquant'anni fa nel Messico centrale», accenna a un guaritore iniziato dal fulmine: «il fulmine ha smembrato l'albero. Non ha testa. Nelle vicinanze viveva un guaritore di nome Don Lucio. Mi portò lì. Anche lui era stato colpito da un fulmine. Il nome Lucio significa luce» (2020: 118).

Come osservano Katz e Lammel, essere colpiti da un fulmine è molto più frequente ad altitudini elevate: «molto probabilmente per questo motivo, in Messico i *graniceros* si trovano sulla Fascia Vulcanica Trasversale, soprattutto nell'Altopiano Centrale, dove le loro pratiche sono associate al culto dei vulcani» (2008: 41). Mentre sul Popocatepetl (don Goyo come viene affettuosamente chiamato dagli abitanti locali) i *tiemperos* sono figure di prestigio diffuse e agiscono in forte connessione con il proprio vulcano (GLOCKNER 2008, 2016), presso le comunità situate alle falde di La Malinche questa figura è sempre più rara (ROBICHAUX 2008; HERNÁNDEZ VÁZQUEZ, JIMÉNEZ LÓPEZ 2009). Tuttavia, sebbene la maggior parte dei racconti da me ascoltati siano testimonianze indirette, nell'ottobre del 2021, a San Isidro Buensuceso, ho avuto modo di incontrare don Ernesto¹² e di ascoltare il racconto della sua iniziazione come *tiempero*. Quello di don Ernesto rientra nei «casi in cui il fulmine colpisce vicino alla persona e anche questo è visto nelle comunità come una "elezione" per diventare uno specialista» (JUÁREZ BECERRIL 2015: 128)¹³.

Ernesto: Beh sono stato lassù [su La Malinche]... non sono cose da libri... io sono molto *indio*, sono quello che sono, sono una persona semplice. Non ho terminato gli studi, ero solo al primo anno e mi hanno tolto... ma, beh, la verità? Quello viene da lassù. Guarda, ti racconto la storia... quando andavo sulla montagna *me cayan los rayos*, mi cadevano fulmini vicino e questa cosa mi ha perseguitato per circa sei anni.

Domanda: Così hai iniziato a dedicarti al lavoro di *tiempero*?

Ernesto: Sì, cos'altro dovevo fare? I fulmini mi perseguitavano, cosa dovevo fare? *È un lavoro sì, è un lavoro, è un lavoro ed è terribile. Una persona che vuole solamente imparare...beh, non può.*

Domanda: In cosa consiste il lavoro?

Ernesto: Beh, quando arrivano le nuvole, quando piove, quando arriva l'acquazzone, quello è il lavoro. Quello che si deve fare riguarda il tempo. Prima che arrivi l'acquazzone, prima che voglia venire qui, noi siamo avvertiti. Il tempo stesso ci avverte, si formano delle nuvole... si formano a ponente, a sud, a est, a nord. Si formano delle belle nuvole chiare come colombe, nuvole molto grandi. A quel punto noi dobbiamo fare questo: *avvertirlo di andarsene da qualche altra parte.*

Don Ernesto ci informa su quello che per lui «è un lavoro ed è terribile», sia per la persecuzione dei fulmini, sia per quella che appare come una vera e propria lotta, contro il maligno che pilota il nembo temporalesco (DE MARTINO, 2001: 65). A ciò si affianca l'impossibilità di apprendere il mestiere: si tratta di un dono che arriva dall'alto e che non si sceglie di ricevere.

Nelle ricerche etnografiche la malattia risulta meno frequente, ma è comunque ritenuta un modo per essere chiamati. Juárez Becerril osserva che «il fatto di avere una malattia, apparentemente mortale, diventa un attributo speciale per stabilire un legame di reciprocità: la salute (e quindi la vita) in cambio di una relazione permanente che si mantiene attraverso sogni, offerte e preghiere, elementi che servono a prevedere, propiziare e controllare la tempesta» (2015: 130). I sogni sono la terza modalità per il *llamado*, la chiamata del *tiempero*: spesso sono associati sia alla malattia che all'impatto del fulmine, durante i quali l'individuo passa un periodo di incoscienza in cui sogna situazioni e personaggi particolari. In altri casi il sogno può essere provocato attraverso l'assunzione di enteogeni, come i funghi, che permettono di ottenere il dono della divinazione (ivi: 135). I sogni ricorrenti sono un tratto caratteristico degli "eletti": «il sogno è l'unica forma che persisterà in tutti gli eletti (indipendentemente dal fatto che siano stati colpiti dal fulmine e abbiano sofferto qualche male, o meno), cioè, durante la loro vita avranno "il sogno" come spazio per entrare in contatto con i signori e sarà uno dei modi a cui ricorreranno quando avranno bisogno di prevedere la tempesta» (ivi: 136).

Nel caso specifico di don Ernesto l'iniziazione ha comportato sia la caduta di fulmini nelle sue vicinanze, sia la rivelazione del suo compito all'interno di un sogno particolare. Il sogno di una forte tempesta con i fulmini che

lo sollevavano da terra non fu l'unico a lasciare in lui un segno; infatti, alla domanda se il suo fosse un dono mi parlò di un altro sogno che condensa il carattere sincretico della sua figura: «sì, è la verità, anche se non vuoi crederci, è la verità. Ho sognato il mio dio padre, il sacro cuore di Gesù, l'ho sognato, è laggiù, con una veste bianca e rossa. E mi disse: guarda figliolo, continua a lavorare, non disperare». La mia domanda sulle pratiche che permettono l'allontanamento delle nuvole ottenne una risposta in cui gli elementi cattolici si fanno strumenti centrali per la buona riuscita dello scongiuro.

Ernesto: Con la parola di Dio, padre mio aiutami, che questi tempi mi ascoltino... e si dà questa benedizione: maltempi andate da un'altra parte, non maltrattate questo *pueblo*. Il maltempo mi avverte due o tre giorni prima. Le nuvole si riuniscono a ovest, a sud, a est, a nord. Si riuniscono nuvole orribili... bianche, molto grandi. A volte prendono la forma di un orso, lì nelle nuvole, un orso... o un serpente o un elefante, si formano nuvole diverse... lì è quando i grandi tempi stanno arrivando. Allora tu li avverti, li benedici: padre mio aiutami a difendermi da questi tempi, nel nome di dio padre, dio figlio, dio spirito santo. Tempo ascoltami, ascolta la parola di dio, vai da qualche altra parte, e se ne va, non sappiamo dove cadrà, non sappiamo dove cadrà, quale punizione gli manderà Dio, se credono in Dio o non credono in Dio.

Le nuvole assumono per il *tiempero* forme minacciose, "orribili", animalesche e inizia quella che appare a tratti una lotta, a tratti un lavoro di persuasione («tempo ascoltami»). L'immagine del serpente risulta la più significativa e ritorna in altri luoghi della Valle di Puebla-Tlaxcala: essa rimanda alla figura di Matlalcueye, «la cui capacità principale è quella di trasformarsi in serpente» (MONTIEL TORRES 2008: 64)¹⁴. Come sottolineato da diversi autori, questo elemento affonda le radici nella simbologia preispanica: «i serpenti erano l'antico simbolo dell'acqua, della fertilità e, nel caso di Tlaloc, anche del fulmine» (MONTERO GARCÍA 2012: 66). Non è infatti raro sentire sulle falde di La Malinche il termine náhuatl *mixcoatl* o quello spagnolo *víboras de agua* (vipere d'acqua), con cui gli abitanti locali si riferiscono ad acquazzoni rapidi e pericolosi che assumono forme serpentiformi¹⁵. Si cementifica un legame che merita ulteriori approfondimenti: quello tra il *tiempero*, l'immagine del serpente e Matlalcueye, montagna e divinità dell'acqua.

Clima e cura: elementi di continuità fra tiemperos e curanderos

I dati raccolti da Bernardino de Sahagún permettono di osservare come le facoltà di predire e controllare il tempo atmosferico sfumassero in quelle di diagnosticare e curare le malattie, all'interno di un sapere fortemente legato alla cosmologia nahua che non può ignorare le minacce, insieme ai benefici, provenienti dal cielo e dalle montagne.

[I mexica] *immaginavano anche che certe malattie, che sembrano essere malattie da raffreddamento, venissero dalle montagne, o che le montagne avessero il potere di curarle, così che coloro che venivano attaccati da queste malattie giuravano che sarebbero stati guariti.* E il popolo che ne era afflitto, faceva voto di fare una festa e un'offerta a tale o tal'altra montagna a cui erano più vicini o a cui erano più devoti. Anche coloro che erano in pericolo di annegare nell'acqua dei fiumi o del mare facevano un simile voto. Le malattie per le quali facevano tali voti erano la gotta delle mani, o dei piedi, o di qualsiasi parte del corpo, e anche la paralisi di qualsiasi arto, o di tutto il corpo; anche la presa del collo, o di qualsiasi altra parte, o il restringimento di qualsiasi arto, o rimanere sterile (DE SAHAGÚN 1829: 35).

Il potere delle montagne si associa al loro essere considerate le rappresentazioni delle divinità, le quali potevano punire la provocazione della loro invidia, una condotta riprovevole o un atto di volontà attraverso «particolari mezzi dannosi – gotta, storpiatura, lebbra, malattie veneree, emorroidi, scabbia, paralisi facciale – che esercitavano di solito in giorni o in luoghi a loro consacrati» (LÓPEZ AUSTIN 1993: 32, corsivo mio)¹⁶. Elisabeth Motte-Florac (2008) analizza la correlazione *clima-salute* attraverso due nozioni centrali nella medicina purépecha: quella di equilibrio e quella di castigo. L'autrice osserva come il tema del castigo divino fosse un concetto già presente in epoca preispanica, che assume però nuova linfa dalla fede dei *conquistadores*. Da qui osserva come per i purépechas calamità e malattie siano connesse dalla dimensione punitiva proveniente dall'alto, che provoca un senso di colpa individuale e collettivo.

Come per la maggior parte delle popolazioni la cui sopravvivenza è legata al lavoro della terra e a un unico raccolto annuale, l'esistenza dei purépecha è subordinata alla regolarità dei cicli stagionali e all'espressione moderata dei fenomeni atmosferici. Qualsiasi eccesso che intacchi la normalità ipoteca seriamente i raccolti e, oltretutto, la salute. La violenza del tempo con le sue drammatiche conseguenze, essendo imprevedibile, potente e incontrollabile, viene interpretata come una punizione, come un'espressione dell'ira celeste (MOTTE-FLORAC 2008: 499).

Queste osservazioni circa l'attenzione verso i fenomeni provenienti dalle montagne e dal cielo, influenzati dalle forze divine, trovano una loro con-

gruenza negli elementi di continuità tra *tiemperos* e *curanderos*, sottolineata anche da Johanna Broda, una delle maggiori studiosi di cosmovisione nahua in Messico: «I *graniceros* o *tiemperos* sono specialisti religiosi indigeni che in altri luoghi sono chiamati *nahuales* o *brujo*s e hanno una stretta relazione con i *curanderos*. Sono uno dei modi in cui i sacerdoti indigeni pagani sopravvivono in una posizione subordinata e semi-clandestina rispetto alla più grande società meticcia e al culto cattolico ufficiale» (1997: 77). Similmente López Austin osserva come nel quotidiano non esistessero nette distinzioni fra le varie tipologie di guaritori.

Le quaranta classi di maghi elencate non sono tutte quelle proposte dalle fonti, ma sono le più importanti. L'elenco dei *titici* o guaritori, ad esempio, potrebbe essere molto più lungo. D'altra parte, nella vita di tutti i giorni non esisteva una netta separazione tra gli uni e gli altri. I nomi corrispondono al tipo di attività, non alle funzioni che una persona esercitava in modo limitato. Un *nahualli* poteva essere un *tlacatecōlotl* se usava i suoi poteri a danno dei suoi simili, o un lettore di libri sacri, o un *maestro delle nubi di grandine*, o un *guaritore*, o tutte queste cose allo stesso tempo. Inoltre, era normale che certi uomini dalla personalità soprannaturale avessero diverse funzioni sociali (LÓPEZ AUSTIN 1967: 87, corsivo mio).

Secondo Lorente Fernández uno dei maggiori limiti degli studi etnografici sul tema è stata la tendenza ad «isolare e delimitare il concetto di *granicero* evitando la sua “contaminazione” con altre categorie di specialisti rituali, al fine di creare uno specialista ben definito» (2009: 217). Una simile prospettiva occulterebbe, oltre alla natura al tempo stesso benefica e maligna, la congiuntura tra sapere meteorologico e sapere di cura, attestata invece da figure che si situano a metà strada tra quella del *tiempéro* e quella del *curandero*. Sempre López Austin distingue due tipi principali fra i “dominatori delle meteore”: il *teciuh tlazqui*, “colui che getta la grandine” (o *teciuh pethqui*, “colui che sconfigge la grandine”) e l'*hecatl azqui*, “colui che lancia i venti e le nuvole”. Riguardo a quest'ultimo specialista rituale, l'autore osserva che egli non è un protettore dell'agricoltura, ma della salute dei bambini, poiché «alcune delle loro malattie erano attribuite ai venti e alle nuvole» (1967: 100). Hugo Nutini ha messo in luce le trasformazioni della figura del *tezitl azc*, il *tiempéro* nella zona di Tlaxcala e Puebla, attraverso una ricerca di campo condotta fra il 1955 e il 1965. L'autore, oltre a distinguere i *tezitl azc* ufficiali, in possesso di un vero e proprio dono, da coloro che apprendono il mestiere, sottolinea come questi specialisti potevano possedere altre funzioni nella comunità, come quelle di guaritori e di operatori di preghiera (NUTINI 1998; JUÁREZ BECERRIL 2015)¹⁷. I *graniceros* possono quindi agire anche come guaritori o sacerdoti e «la loro ‘specialità’ medica

consiste nel curare le malattie causate dall'*aire de cuevas*» (IWANISZEWSKI 2003: 405), oppure «di curare le malattie fredde» (LÓPEZ AUSTIN 1996: 415). Lorente Fernández (2012) riporta il racconto di un giovane il cui spirito venne catturato dagli *ahuaques*, spiriti proprietari dell'acqua, nella Sierra de Texcoco. Al complesso processo di cura parteciparono due *graniceros/curanderos*, iniziati rispettivamente dalle scariche del fulmine e da una lunga malattia. Il più anziano dei due possedeva il potere e la conoscenza necessari per scongiurare la grandine e curare i mali prodotti dagli *ahuaques*, ma anche di compiere il male attraverso la stregoneria: «la gente riconosceva il suo lavoro di protettore dei raccolti e di guaritore come un servizio comunitario, ma il suo stretto contatto con gli *ahuaques* suscitava paura e sospetto» (LORENTE FERNÁNDEZ 2012: 188).

Queste figure, esperte del tempo atmosferico e della cura, sono la testimonianza di come la medicina tradizionale diffusa in molte parti del Messico sia tesa alla ricerca di un equilibrio fra individuo e società, che include inevitabilmente gli agenti non-umani. Non è un caso quindi, come segnala García-Ugalde, che in epoca precolombiana «la funzione di guaritore, stregone e sacerdote ricadesse sulla stessa persona. Magia, medicina e religione formavano un triumvirato che costituiva la spina dorsale di queste culture» (GARCÍA-UGALDE 2019: 65, corsivo mio). In questo quadro si inserisce la definizione dell'antropologo Aparicio Mena della medicina mesoamericana come di una *medicina ecoculturale*, fortemente dipendente dalle risorse naturali, come le piante e gli animali considerati curativi, e attenta alle influenze ambientali sulla salute umana: «salute e malattia in questi contesti dipendono dall'equilibrio/squilibrio con l'ambiente naturale, sociale e culturale» (APARICIO MENA 2005: 5)¹⁸. Un progetto di cura in cui, come inteso da de Martino, la possibilità di «sottrarsi al rischio, all'esistenza malata, alla minaccia» appare «indissolubilmente legata all'essere fra gli altri, con gli altri. Quasi che senza legame sociale non possa esserci né cura né guarigione possibile» (BENEDUCE 2005: 135). Un legame in cui sembra trovare spazio il mondo non-umano.

Sebbene oggi le differenze fra *tiemperos* e *curanderos* sembrano essere più nette rispetto al passato, si possono comunque osservare elementi di continuità tra le due figure. Ciò emerge quando si osserva la sfumatura tra il sapere di cura e il sapere legato ai fenomeni atmosferici da un'altra angolazione, ovvero dal punto di vista di un guaritore locale. A San Isidro Buensuceso, ho avuto modo di conoscere don Salomon, uno dei *curanderos* più rispettati della zona. Mi rendo conto del suo prestigio quando, nell'inverno del 2021, uscito dal suo studio dopo la nostra chiacchierata, trovo

una dozzina di persone fuori ad aspettare, ansiose di poterlo consultare. Salomon si autodefinisce *tepahtic*, “guaritore” nella lingua náhuatl locale¹⁹, e il suo sapere «in parte è tradizione, in parte è un dono», come lui stesso afferma. Quando entro nel suo piccolo studio noto subito, sopra al lettino dove cura i pazienti, un piccolo altare con i *diositos*, uno spazio presente in molte abitazioni messicane con quadri e immagini di santi. Don Salomon è un buon oratore e mi racconta dell'apprendistato dalla nonna guaritrice.

Mia nonna ha curato per sessant'anni, quindi ho imparato con lei. A dodici anni già iniziavo... mi insegnava a leggere l'uovo o a curare con la medicina domestica [...] Ho studiato medicina per tre anni, non a scuola, ma ho lavorato con un medico. È dove ho studiato teoria e pratica, quindi è per questo che conosco un po' di medicina. [...] Quando avevo sedici anni mia nonna morì, prima che morisse dormivo sempre da solo e in un sogno vidi Gesù che scendeva, come quando lo si vede nei film, sale in cielo con la tunica bianca. Io ho sognato il contrario, è sceso, mi ha toccato la testa e mi ha detto “dovrai curare i tuoi fratelli”. Ho sentito un brivido nel mio corpo e in quel momento mi sono svegliato, ma era buio e mi è rimasta solo quella parola. Sentivo un formicolio nel mio corpo. Mancava una settimana alla morte di mia nonna. Rimasi con l'idea che dovevo curare o che lei voleva che io curassi. *Era come un dono che Dio mi stava facendo in quel momento. Mi svegliai dal sogno e sentii il brivido nel mio corpo. Io ero molto tranquillo e ricevetti una forma di potere.*

Il racconto di don Salomon circa la sua iniziazione come *curandero* rimanda ad alcune riflessioni di Julio Glockner, contenute in un suo resoconto sull'iniziazione di un guaritore da lui conosciuto: «i guaritori affermano sempre che non sono loro a guarire, ma Dio o gli spiriti del cielo, che intervengono impercettibilmente ma efficacemente nella guarigione dei malati. Essi si limitano a fare ciò che viene detto loro in sogno o a diagnosticare, prescrivere ed eseguire terapie di guarigione come indicato loro in stati di concentrazione o di trance» (GLOCKNER 2016: 57). Nel caso esposto da Glockner fu la caduta di un fulmine e la morte simbolica del guaritore a decretare il suo nuovo status, assunto solo dopo la sua stessa guarigione e avvenuta «a condizione che egli cambiasse la sua vita e la dedicatesse interamente al controllo della tempesta e alla guarigione dei malati» (ivi: 58, corsivo mio). Si aggiunge quindi un altro elemento di continuità: l'iniziazione del guaritore e del *tiempero* possono avvenire entrambe con la caduta di un fulmine o attraverso l'apparizione in sogno (questo è il caso di don Salomon), e per entrambi si tratta di un potere acquisito attraverso un dono divino. Nell'esempio offerto da Glockner i due ruoli si vanno a sovrapporre.

Dissonanze temporali: i “tiemperos della modernità” e il tempo di un sapere ai margini

Il passato di don Salomon come pastore e agricoltore, gli ha permesso di trascorrere molto tempo nei campi e nei boschi di La Malinche e di osservare le trasformazioni nei regimi delle precipitazioni e l’innalzamento delle temperature degli ultimi anni, un qualcosa riferitomi da tutte le interlocutrici e gli interlocutori con cui ho avuto modo di parlare, i quali puntano il dito verso la severa deforestazione che sta subendo la montagna. La dimensione delle trasformazioni climatico-ambientali, «il disorientamento e lo spaesamento dovuti al mutare dei climi stagionali e dei paesaggi cui si è abituati» (BENEDEUCE, RAVENDA 2025: 81), portano don Salomon a riflettere sul differente impatto delle malattie stagionali, ma anche su un altro processo in atto, che impatta su un elemento centrale nella medicina nahua, ovvero la scomparsa delle piante medicinali.

C’è una pianta molto buona che si chiama *col*²⁰. È una piccola pianta, circa venti centimetri per quindici, e veniva usata in passato quando i bambini avevano il raffreddore; si metteva un po’ di burro e bicarbonato, lo si metteva qui sulla pianta del piede, sullo stomaco, sulla testa e serviva a ridurre la febbre. Quando un bambino ha un *empache*, cioè un accumulo di cibo, la sua temperatura si alza; quindi, questa piccola pianta gli *chupava* (succhiava) l’infiammazione. *Ora non c’è quasi più questo tipo di pianta.*

Lontani dall’essere figure appartenenti a un tempo altro, sia atmosferico (quindi inconsapevole della crisi climatica odierna), sia cronologico (un passato ingabbiante, continuamente costruito dall’allocronismo descritto da Fabian, 1983), *tiemperos* e *curanderos* condividono un’inquietudine che li porta ad essere i primi a interrogarsi senza sosta su ciò che accade ad un ambiente non più riconoscibile nel presente. Come osserva Van Aken la “con-fusione tra tempi sociali e atmosferici” è presente in tutte le culture: «il tempo atmosferico è sempre stato ciò che ha definito i calendari, a partire da quelli agricoli, rituali e sociali» (VAN AKEN 2020: 76). Oggi però queste due dimensioni temporali sembrano convergere in modo inedito: «il tempo storico entra in risonanza con il tempo meteorologico [...] non più nei termini arcaici dei ritmi stagionali, bensì nell’interruzione dei cicli e nell’irruzione dei cataclismi» (DANOWSKI, DE CASTRO 2024: 42). Il *curandero* non può dunque non volgere il proprio sguardo ai mutamenti del clima, alla deforestazione dei boschi, alla contaminazione dei fiumi e alla perdita della flora medicinale un tempo utilizzata, in quanto processi generatori di spaesamento e di deterioramento di un sapere già segnato dalla sua storica soppressione, marginalizzazione e assimilazione, dal sempre più frequente

ricorso esclusivo alla biomedicina, dalla crisi nella trasmissione del sapere, dalla perdita della lingua náhuatl e dalla forte riduzione nel numero dei medici tradizionali²¹. Tali condizioni parlano di una vera e propria “incertezza epistemica” (BENE DUCE 2010: 160) del sapere medico tradizionale, testimoniata dalle non poche inquietudini di coloro che la praticano (*curanderos* e *curanderas*, esperti ed esperte di erbe medicinali, famiglie che praticano medicina domestica) e condivisa dagli esperti rituali del tempo atmosferico, il cui sapere perde in parte la sua efficacia di fronte a inedite manifestazioni climatiche.

Il sapere indigeno non si trova però solo in questa incertezza: essa trova eco nelle voci dei detentori del sapere istituzionale, i cui modelli scientifici non sono più in grado di far fronte a bruschi cambiamenti e a elaborare un pensiero di prospettiva, quello che Adriana Petryna definisce un *lavoro d'orizzonte*. Come scrive l'autrice, “perdere la prospettiva di un orizzonte significa non avere la possibilità di affrontare le condizioni in cui ci si trova, o non sapere nemmeno come riconoscere la gravità della situazione” (PETRYNA 2024: 123). Sulla stessa scia di Petryna, Beneduce e Ravenda osservano come

vivere in un regime temporale caratterizzato dall'incertezza significa non essere più in grado di anticipare eventi calamitosi (o eventualmente mitigarne le conseguenze), significa non riuscire a prevedere lo sviluppo dei processi climatici – o, nel caso dell'ambito sanitario – il sorgere di nuove patologie, di nuove epidemie, di nuovi rischi. Significa sperimentare una forma particolare di spossamento: quella che riguarda il futuro (BENE DUCE, RAVENDA 2025: 84).

L'estensione del campo etnografico al caso del massiccio inquinamento del fiume Atoyac, il cui bacino include la Valle di Puebla e Tlaxcala così come l'area del vulcano La Malinche, mi ha permesso di cogliere l'impatto dell'industrializzazione nella Valle. L'ondata di espansione industriale della regione inizia nel 1962, con la costruzione dell'autostrada che unisce la città di Puebla a Città del Messico, a cui sono susseguite l'inaugurazione dell'impianto di assemblaggio Volkswagen nel 1965 e la costruzione del Complesso Petrolchimico Independencia di PEMEX nel 1969²². A partire da questo momento si sono sviluppati tre corridoi industriali principali e attualmente più di ventimila industrie di differenti dimensioni e appartenenti a una grande varietà di settori (chimico, petrolchimico, automobilistico, cartario, siderurgico, farmaceutico, metallurgico, siderurgico, alimentare, tessile), scaricano le loro acque reflue direttamente nel fiume Atoyac. Non è questa la sede per approfondire questo caso, basti però pensare che il

biologo ed etnoecologo Víctor Manuel Toledo (2019), nella porzione poblano-tlaxcalteca del fiume, lo ha definito come uno dei “cinque inferni ambientali” del Messico, per il suo impatto negativo a livello socio-culturale, ambientale e sanitario sulle comunità dell’area, già denunciato a partire dai primi anni 2000 dall’instancabile organizzazione di resistenza locale comunitaria (HERNÁNDEZ GARCÍA 2019). Un caso emblematico di «come i corpi umani siano colpiti in modo diseguale e rispondano in modo diverso al contesto dell’Antropocene» (SEGATA *et al.* 2023: 7). In questo scenario ciò che suscita interesse è l’apparente somiglianza fra l’agire dei *tiemperos* e quello delle imprese automobilistiche localizzate nella Valle di Puebla-Tlaxcala, Audi e Volkswagen su tutte, le quali, oltre a un dominio tossico sulla natura umana e non-umana, osservabile in un inquinamento senza precedenti, esprimono l’ambizione di un controllo sul tempo atmosferico attraverso l’appropriazione di pratiche locali, ma con tecnologie ben più impattanti: i “*tiemperos* della modernità” tramite l’utilizzo di “bombe anti-grandine”, colpiscono le nubi minacciose per mitigare gli acquazzoni e salvaguardare le carrozzerie delle vetture prodotte. Un’azione che richiama il frequente utilizzo di fuochi d’artificio che “rompono le nuvole”, da parte di alcuni *tiemperos* e abitanti delle comunità. L’attività delle case automobilistiche è stata denunciata dalle popolazioni e dai collettivi locali, secondo i quali con queste tecnologie le imprese alterano i cicli naturali delle precipitazioni, contribuendo alla diminuzione della quantità di piogge e compromettendo i raccolti e la disponibilità di acqua²³.

Questa pratica, la cui efficacia resta in dubbio²⁴, ci informa sulla relazione che le multinazionali intrattengono con l’ambiente in cui sono immerse: la grandine, la pioggia, i fenomeni atmosferici sono nemici da allontanare e sconfiggere. Una visione che parrebbe accostarsi a quella di coloro che con il tempo atmosferico intrattengono una battaglia senza sosta. La distanza, però, sta tutta nelle premesse di tale battaglia: «agli occhi di un *tiempéro*, la pioggia e il vento non sono privi di intenzionalità. Una nuvola, ferma o in movimento, è l’espressione di una volontà che può essere indotta dall’esecuzione di un rituale. Ma è il sogno che rende evidente questa doppia natura del mondo» (GLOCKNER 2008: 75). Nella prospettiva dell’industria il tempo atmosferico sembra un ostacolo al «conteggio temporale astratto del capitalismo, che funge da base per la misura universale del valore nei rapporti di lavoro, debito e scambio» (BEAR 2014: 7). Al pari del “tempo dei colonizzatori”, con il suo sforzo di spazzare via la sovranità temporale delle popolazioni dominate (RIFKIN 2017; BENEDEUCE 2024), il tempo della produzione agisce sul tempo atmosferico per ripristinare i cicli produttivi

e di consumo, a costo di alterare i cicli naturali delle precipitazioni e sopprimere quelli sociali del mondo *campesino*.

Gli specialisti tradizionali, confrontati con le forze distruttrici della modernità, impongono una riflessione conclusiva sul loro destino e su quello dei riti magico-religiosi. Osserva Beneduce:

L'efficacia di questi ultimi è però di natura *sociale* più che tecnica: operante all'interno di contesti di povertà, di precarietà e di incertezza [...] l'efficacia osservata sarebbe destinata in definitiva a perdere il suo valore una volta che certe garanzie sono realizzate (una profezia, questa, che non è sempre stata confermata). Il dispositivo magico-rituale, per come è immaginato all'interno di questo orizzonte, rivelerebbe come una duplice fragilità: *a*) la sua efficacia è "a tempo" (la modernità e l'egemonia di altri discorsi, quello scientifico in particolare, ne erodono progressivamente il grado di pertinenza segnando la sua inesorabile fine); *b*) il suo destino, la sua forza, seguono il destino della cultura nella quale quel dispositivo si era affermato (BENEDEUCE 2005: 139).

Destino a cui il sacerdote indigeno è sfuggito nonostante una marginalizzazione storica che ha investito in modo totale la sua figura:

Il ruolo del sacerdote nel periodo post-conquista fu drammatico. L'autorità politica, nella quale aveva sempre visto uno dei suoi più forti sostenitori, gli era ora ostile; il brillante culto pubblico diventava segreto; una diversa concezione dell'universo combatteva contro la sua, esercitando una legittimità che la vecchia religione si negava; e il suo unico sostegno, gli indigeni che condividevano più o meno le sue credenze, era già un focolaio di informatori. Aveva poche armi per la sua difesa, e anche queste *gli diedero la reputazione di sedizioso, piantagrane e scandaloso, personaggio emarginato e dannoso per gli interessi sociali*. Il suo lavoro si ridusse presto a poche cerimonie private: offerte agricole, la prima del *pulque*, l'inaugurazione di bagni e case, la preparazione rituale dei forni di calce e l'educazione dei giovani religiosi. Naturalmente, l'educazione decadde; il sacerdote perse gradualmente il prestigio al livello di uno stregone e presto venne scambiato per questo (LÓPEZ AUSTIN 1967: 113, corsivo mio).

Nel corso della storia la funzione del *tiempero* ha vissuto una vera e propria metamorfosi, alimentata dalle forze coloniali in grado di cambiare di segno il potere dei sacerdoti del tempo. In epoca coloniale, infatti, figure come il guaritore, lo sciamano e il *tiempero* sono state inserite nel grande calderone dello stregone, recidendo le continuità e appiattendolo le differenze. Gruzinski osserva che la dominazione coloniale cancellò «le distinzioni di posizione e di funzione che separavano gli officianti pagani dai guaritori e dagli stregoni, *tutti relegati dal cristianesimo allo stesso obbrobrio*» (1991: 165, corsivo mio). Dal sincretismo osservabile nelle pratiche dei *tiemperos* emer-

gono le strategie cattoliche atte all'inferiorizzazione e alla svuotamento delle pratiche delle figure sacerdotali del mondo preispanico: come osserva Gruzinski, alcuni frati, nel tentativo di contrastare i rituali pagani del mondo indigeno messicano, cercarono di "compiere" dei miracoli, tra cui implorare la pioggia e proteggere i raccolti, per indebolire le pratiche non cattoliche; così già nel XVIII secolo, le pratiche per scongiurare la grandine includevano l'uso di croci come strumento per manipolare le nuvole (JUÁREZ BECERRIL 2015: 88-89). Un simile processo è messo in luce in un passaggio di *Sud e magia* di Ernesto De Martino relativo alle pratiche magiche per contrastare la tempesta:

Il tema magico degli enti maligni che suscitano e guidano la tempesta fu in passato utilizzato dal clero. Lo stesso Rivello ricorda come in Potenza e dintorni si credesse un tempo che *certi frati per costringere i contadini riluttanti a pagare le dovute decime ai conventi, avevano fatto credere al volgo di possedere una formula magica per librarsi nell'aria e farsi piloti di nubi temporaleschi, in guisa di scaricarli sui campi e distruggere il raccolto* (2001: 65, corsivo mio).

Come osserva Broda, «la rottura storica ha trasformato le pratiche meteorologiche dei *graniceros* in culti praticati clandestinamente sulle cime delle montagne e nelle grotte» (1997: 78). Un qualcosa di simile si può osservare alle falde di La Malinche, dove io stesso ho assistito all'isolamento della figura del *tiempero*, del suo sapere, della sua ritualità, del suo lavoro "terribile": i racconti di don Ernesto fanno riferimento alla derisione da parte di alcuni abitanti della sua comunità, dove in pochi riconoscono il prestigio del suo lavoro rituale: «c'era solo una persona, un defunto che veniva a darmi qualcosa per il *refresco*²⁵. Ce n'era uno, ma gli altri mi prendevano in giro, *si burlavano di me*»²⁶. La sua riluttanza di fronte alle mie domande, seppure dopo un primo incontro positivo, mi è parsa sintomatica di una diffidenza costruita nel tempo, sia a causa dell'inferiorizzazione della sua figura, sia per il carattere segreto del suo agire, un elemento che difficilmente potrebbe piegarsi anche di fronte all'insistenza etnografica.

In questo scenario di deterioramenti sociali, ambientali e culturali, in cui esperti del clima e guaritori tradizionali sono chiamati ad agire, a lottare e a interrogarsi, risuona un presupposto dominante nella prospettiva demartiniana, colto dalle parole di Beneduce: «occorrono una comunità, un progetto e una memoria condivisi perché il rituale magico-religioso possa agire. Senza di essi l'esercizio della cultura non potrebbe (non saprebbe) realizzarsi» (2005: 137).

Note

⁽¹⁾ Nel testo si utilizzerà il termine La Malinche per riferirsi alla montagna, in quanto dal lavoro di campo è apparso come quello più utilizzato (anche nella versione náhuatl *Malintzin*). Matlalcueye sarà utilizzato per riferirsi alla divinità.

⁽²⁾ Come sottolinea l'autore, un aspetto fondamentale nelle credenze riferite a Matlalcueye è il carattere umano che le viene attribuito anche grazie alla sua particolare conformazione fisica: «se consideriamo la montagna Matlalcueye come una divinità, potremo apprezzare il suo volto visto di profilo nel contorno della sua cima vista da ovest. Per chi la riconosce in questo modo, l'umanizzazione della natura è innegabile, poiché il corpo umano costituisce la materia prima del simbolico, conferendo al paesaggio un'importanza primordiale. Si stabilisce così una relazione emozionale con la natura, in una pareidolia che si applica anche al vulcano Iztaccíhuatl, che assomiglia a una donna sdraiata» (MONTERO GARCÍA 2012: 54).

⁽³⁾ Secondo alle narrazioni degli abitanti locali, il mutamento di scala della *tala* illegale dei boschi di Malinche è riconducibile agli anni '80 e '90 del secolo scorso, quando l'ascia e il machete dei taglialegna tradizionali vengono rimpiazzati dalla motosega, simbolo della rapida devastazione ambientale.

⁽⁴⁾ La foto è dell'autore.

⁽⁵⁾ Sistema agricolo tradizionale basato principalmente sulla coltivazione del mais, a cui si affiancano solitamente altre piante come zucca e fagioli.

⁽⁶⁾ Nel contesto latinoamericano, diversi autori e autrici hanno mostrato come la “geopolitica della conoscenza” inerente all'Antropocene (ULLOA 2017) abbia spesso escluso o cancellato altre prospettive culturali e conoscenze locali, in grado di generare altri tipi di relazioni con il non-umano, definite dall'antropologo Arturo Escobar (2015) come “ontologie relazionali”. Da qui la necessità messa in luce da Zoe Todd di “indigenizzare l'Antropocene”, poiché «non tutti gli esseri umani sono ugualmente implicati nelle forze che hanno creato i disastri che guidano le crisi umano-ambientali contemporanee» e «non tutti gli esseri umani sono ugualmente invitati negli spazi concettuali in cui questi disastri sono teorizzati o le risposte al disastro formulate» (2015: 244). In Messico, il dialogo fra biologia e antropologia ha permesso di analizzare il ruolo dei saperi locali e indigeni di fronte alle crisi socioambientali: Victor Toledo e Narciso Barrera-Bassols hanno sottolineato come sia «in queste saggezze millenarie, a lungo ignorate, svalutate o male interpretate, che troviamo le chiavi per superare l'attuale crisi ecologica e sociale scatenata dalla rivoluzione industriale, dall'ossessione mercantile e dal pensiero razionalista» (2008: 14). In questa direzione, nel suo recente lavoro sull'anomala diffusione di incendi negli Stati Uniti, Adriana Petryna scrive che «le forme autoctone di gestione della terra non sono un supplemento alle pratiche dominanti dei colonizzatori; verosimilmente stabiliscono lo standard per la sostenibilità e, data la possibilità di misurarne l'impatto, possono sbaragliare le altre» (2024: 113). Beneduce e Ravenda si soffermano sulla necessità, in epoca di crisi climatico-ambientale, di creare «un'alleanza strategica con i saperi locali, con quei saperi minori che anche senza riuscire a produrre equazioni e logaritmi queste tracce [del mutamento] continuano a cogliere, a registrare» (BENEDEUCE, RAVENDA 2025: 86).

⁽⁷⁾ «Il *granicero* di una volta è il *tlacihque* o “simile al suo dio”, che è Tlaloc, perché sapeva ciò che egli determinava; così, era un indovino che prevedeva se avrebbe piovuto, se ci sarebbe stata la fame e anche quando si sarebbe dovuto andare in guerra» (in MONTERO GARCÍA 2012: 156). Il termine *granicero* è secondo alcuni autori quello più utilizzato per designare l'esperto rituale del clima (KATZ, LAMMEL 2008: 40). Il mio utilizzo del termine *tiempero* si deve al fatto che è quello che ho più ascoltato dai miei interlocutori durante la mia ricerca di campo.

⁽⁸⁾ Secondo Lorente Fernández il *tiempero* è per troppo tempo stato studiato come un fenomeno autonomo, mentre al contrario «rappresenta l'aspetto più visibile di un complesso molto più ampio» (2009: 217).

⁽⁹⁾ López Austin descrive il *nahual* (o *nahualli*) come «colui che ha il potere di trasformarsi in un altro essere», come un animale, un fuoco o un fenomeno meteorologico, e «la cui opera nella comunità può essere sia benefica che malefica» (1967: 95). Isabel Lagarriga Attias osserva che «nel primo caso, era considerato saggio, indovino, detentore di discorsi, aiutante dei suoi simili, *produttore di pioggia e respingitore di grandine*» (1993: 277, corsivo mio).

⁽¹⁰⁾ Canne secche del mais.

⁽¹¹⁾ Questo è il caso di don Santiago, abitante di un'altra comunità nahua alle falde del vulcano La Malinche, San Miguel de Canoa (Puebla), e assemblatore di fuochi d'artificio per le feste comunitarie, che spesso utilizzava per spaventare le nubi cariche di grandine. Una pratica che ha smesso di compiere per le lamentele dei vicini.

⁽¹²⁾ Nome di fantasia.

⁽¹³⁾ David Robichaux, che ha condotto un'etnografia trentennale ad Acxotla del Monte, comunità situata alle falde di La Malinche, mostra il differente destino di coloro che muoiono colpiti dal fulmine e di coloro che invece sopravvivono: «si pensa che gli aiutanti o “figli” di La Malinche, descritti come esseri dal volto molto grazioso ma dal corpo di vipera, la assistano nell'estrarre i barili dal suo interno per creare la pioggia. Vivono nelle viscere della montagna insieme a La Malinche, descritta come una donna corpulenta “con molti capelli”, o come una bella giovane donna con lunghi capelli che le arrivano sotto il ginocchio, apparsa a carbonai, boscaioli, pastori e contadini ai piedi della montagna, spesso nel bel mezzo di forti piogge [...]. Secondo il detto popolare, il destino di coloro che muoiono colpiti da un fulmine è quello di diventare gli aiutanti o “figli” di La Malinche, come descritto sopra. Quelli che invece sopravvivono diventano “graniceros”, “tiemperos” o *quiatlaz*, “coloro che lavorano con il tempo”; sono anche chiamati “conjuradores”, in quanto hanno il potere di evocare il maltempo e impedire che uragani e grandine distruggano i campi di mais» (2008: 7-8).

⁽¹⁴⁾ Emblematico è il caso della Laguna di Acuitlapilco, uno specchio d'acqua situato a pochi chilometri dalla città di Tlaxcala, che da tre decenni vive un disseccamento che ha ridotto notevolmente la propria superficie. Le comunità locali leggono tale fenomeno attraverso una narrazione mitica in cui ritorna l'immagine del serpente: in questo luogo Matlalcueye assumeva la forma di un serpente con sembianze di donna che viveva negli abissi della laguna e aveva il compito di proteggerla. Secondo i racconti locali

quando avrebbero ammazzato il serpente la laguna sarebbe scomparsa, associando la devastazione ambientale con la scomparsa del grande serpente.

⁽¹⁵⁾ Un termine simile è stato ascoltato da Robichaux ad Acxotla del Monte: «il suddetto informatore ha proseguito dicendo che il lavoro del ‘granicero’ consiste nel prendersi cura della *milpa* affinché non scenda la nuvola nera o l’uragano, che questa persona chiama *ejcacóatl* in náhuatl. Quest’ultimo è stato descritto come l’azione della coda di vipera, che scende dalla nube nera durante i temporali e lascia la *milpa* appiattita come da una breccia. Ovviamente, si riferiva alle trombe che possono verificarsi durante le tempeste, che si verificano abitualmente sugli altopiani messicani durante la stagione delle piogge. Ho sentito anche versioni secondo cui una vipera può “cadere” dal cielo quando scende molta grandine durante questi uragani, come vengono chiamati. Ho sentito descrivere lo stesso fenomeno meteorologico in questi stessi termini in altre comunità di Tlaxcala e in città della regione di Texcoco» (ROBICHAUX 2008: 409).

⁽¹⁶⁾ Sull’agire delle divinità nel mondo terreno, in particolare in riferimento alla caduta di fulmini che colpiscono certe persone, Glockner osserva: «il regno abitato dagli dèi non è quindi uno spazio soprannaturale, nel senso che è al di sopra o al di là della natura. La loro esistenza si svolge in una dimensione spirituale che non si distacca dall’esistenza materiale in cui vivono gli uomini. Gli dei hanno la facoltà di materializzare la loro presenza nel mondo, così come gli uomini hanno la facoltà di spiritualizzare la loro presenza nella dimensione sacra» (GLOCKNER 2016: 61).

⁽¹⁷⁾ Anche lontano dal mondo nahua è stato osservato qualcosa di simile. Lòpez Carillo e Tescari hanno messo in luce come la figura del *maràakàme*, lo sciamano e guaritore presso i wiràrika o huichol della Sierra Madre occidentale del Messico, non si occupi semplicemente della cura: egli è anche colui che «riscatta dall’insicurezza connaturata a ogni economia agricola inevitabilmente soggetta ai capricci della meteorologia» (LÒPEZ CARILLO, TESCARI 1987: 11).

⁽¹⁸⁾ Un esempio viene nuovamente dai purépechas, secondo i quali «non si può concepire la salute senza l’equilibrio (nozione comune alle medicine chiamate tradizionali)» (MOTTE-FLORAC 2008: 492).

⁽¹⁹⁾ La varietà di termini náhuatl per definire la figura del *curandero* è enorme. García-Ugalde (2019) traduce *tepatl* con chirurgo (*cirujano*, *cirujano barbero*), mentre il medico e sciamano (*médico*, *chamán*) è il *ticitl*, colui che pratica *ticiotl*, la medicina. Flor, esperta della lingua náhuatl di San Isidro Buensuceso, traduce *curandero* con *tepahtihqui*. Similmente Signorini e Lupo (1989: 85) indicano la figura del terapeuta con il termine *tahtique*, termine che deriva dalla radice verbale náhuatl *pahti*, “curare”.

⁽²⁰⁾ *Brassica napus* L. var. *napobrassica*.

⁽²¹⁾ Menéndez, riguardo ai progetti di salute interculturali sviluppati in messico a partire dagli anni ’70, osserva: «le stesse istituzioni ufficiali che hanno promosso l’interculturalità hanno contribuito direttamente e indirettamente a favorire la riduzione o la perdita delle attività dei guaritori tradizionali, soprattutto durante gli anni ’80 e ’90. Ad esempio, sia l’INI [Istituto Nazionale Indigenista] che il settore sanitario decisero di formare i guaritori tradizionali esclusivamente alla fitoterapia, *escludendo tutto ciò che riguardava la stregoneria e la magia* (2016: 112). Sulla situazione attuale dei guaritori

osserva: “attualmente, sebbene l’interesse antropologico per la medicina tradizionale continui a essere mantenuto, almeno dagli anni ’70 si è assistito a una diminuzione del ruolo delle malattie tradizionali nella vita quotidiana degli indigeni, così come a una diminuzione e persino a una scomparsa dei diversi tipi di guaritori tradizionali, insieme a un crescente ricorso alle cure biomediche. I processi di scomparsa non sono avvenuti in modo omogeneo, poiché mentre nelle regioni indigene del Chiapas e di Nayarit si è mantenuta un’alta percentuale di guaritori tradizionali, in Stati come lo Yucatán la diminuzione è molto evidente. Così, ad esempio, un censimento effettuato da Indemaya nel 2016, per stabilire la presenza di guaritori tradizionali nello Stato dello Yucatán, ha riscontrato un forte calo, da circa 400 *j’men* (sciamani) a circa 20 in tre decenni, il che suggerisce una loro possibile scomparsa dovuta soprattutto all’età avanzata dei guaritori e alla mancanza di azioni per preservare la medicina tradizionale» (MENÉNDEZ 2022: 2).

⁽²²⁾ *Petróleos Mexicanos* è un’azienda petrolifera pubblica messicana fondata nel 1938 in seguito alla nazionalizzazione dell’industria petrolifera messicana e l’espropriazione delle imprese straniere promosse da Lázaro Cárdenas.

⁽²³⁾ <https://www.proceso.com.mx/nacional/2021/8/20/policia-desaloja-campesinos-que-exigian-un-alto-al-uso-de-bombas-antigranizo-en-puebla-270320.html> (consultato il 14 marzo 2025).

⁽²⁴⁾ <https://www.xataka.com.mx/investigacion/estafa-canones-antigranizo-vuelve-campesinos-tlaxcala-puebla-acusan-que-audi-volkswagen-controlan-lluvias> (consultato il 14 marzo 2025).

⁽²⁵⁾ Termine usato per riferirsi alle bevande, solitamente gasate.

⁽²⁶⁾ Robichaux, riprendendo anche altri lavori dell’area, sottolinea il prestigio che un tempo vantava questa figura e che si rifletteva a livello economico: il *tiempero* emetteva un “atto” in cui garantiva la pioggia e la protezione della comunità dalla grandine. Questo servizio prevedeva un pagamento da parte della comunità, pratica comune ad Acxotla del Monte, così come in diverse comunità della regione di La Malinche (ROBICHAUX 2008: 410).

Bibliografia

APARICIO MENA A.J. (2005), *La medicina tradicional como medicina ecocultural*, “Gazeta de Antropología”, Vol. 21(10): 1-9.

BEAR L. (2014), *Doubt, Conflict, Mediation: The Anthropology of Modern Time*, “Journal of the Royal Anthropological Institute”, Vol. 20: 3-30.

BENEDUCE R. (2005), *Come curano le culture? Appunti sul guarire e l’efficacia simbolica, a partire da Ernesto de Martino*, “Rivista sperimentale di freniatria”, 2, 2005: 119-148.

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

- BENEDUCE R. (2024), *Prefazione. Un'epistemologia del diniego, una cibernetica del fuoco*, pp. 7-27, in PETRYNA A., *Lavoro d'orizzonte. Ai confini della conoscenza nel vortice del cambiamento climatico*, DeriveApprodi, Bologna.
- BENEDUCE R., RAVENDA A.F. (2025), *Apocalissi, crisi climatica e nuove forme di sofferenza. Un esercizio di immaginazione antropologica*, pp. 75-92, in RANISIO G., ZITO E. (a cura di), *Fini del mondo, fine dei mondi. Comunità e salute globale*, Morlacchi editore, Perugia.
- BONFIL BATALLA G. (1968), *Los que trabajan con el tiempo. Notas etnográficas sobre los graniceros de la Sierra Nevada*, "Anales de Antropología", Vol. 5: 99-128.
- BRODA J. (1982), *El culto mexica de los cerros y del agua*, "Multidisciplina", Vol. 3(7): 45-56.
- BRODA J. (1997), *El culto mexica de los cerros de la cuenca de México: apuntes para la discusión sobre graniceros*, pp. 49-90, in BRODA J., ALBORES B. (a cura di), *Graniceros. Cosmovisión y meteorología indígenas de Mesoamérica*, El Colegio Mexiquense/Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- DANOWSKI D., DE CASTRO V. (2024 [2016]), *Esiste un mondo a venire? Saggio sulle paure della fine*, Nottetempo, Milano.
- DE MARTINO E. (2001 [1959]), *Sud e magia*, Feltrinelli, Milano.
- DE SAHAGÚN B. (1829 [1580]), *Historia general de las cosas de la Nueva España: que en doce libros y dos volúmenes escribió*, Imprenta del ciudadano Alejandro Valdés, México.
- ERIKSEN T.H. (2017), *Fuori controllo: Un'antropologia del cambiamento accelerato*, Einaudi, Torino.
- ESCOBAR A. (2015), *Territorios de diferencia: la ontología política de los 'derechos al territorio'*, "Desenvolvimento e Meio Ambiente", Vol. 35: 89-100.
- GARCÍA-UGALDE M.M. (2019), *Mesoamérica, Ticiotl, Ticitl, Tepatl, Awápa*, "Acta Académica", Vol. 64: 57-76.
- GLOCKNER J. (2008), *La nube y el sueño*, "Ciencias", Vol. 90: 68-76.
- GLOCKNER J. (2016), *Iniciación de un curandero golpeado por el rayo*, "Scripta Ethnologica", Vol. 38: 54-62.
- GRUZINSKI S. (1991 [1988]), *La colonización de lo imaginario. Sociedad indígena y occidentalización en el México español, siglos XVI-XVIII*, Fondo de Cultura Económica, México.
- HERNÁNDEZ GARCÍA M.G. (2019), *Las organizaciones locales frente al riesgo socioambiental en la cuenca del Alto Atoyac, Tlaxcala-Puebla*, "Textual", Vol. 74: 185-227.
- HERNÁNDEZ VÁZQUEZ M., JIMÉNEZ LÓPEZ J. (2009), *El clima de Matlalcuéytl y el conocimiento tradicional*, pp. 109-134, in CASTRO PEREZ F., TUCKER T.M. (a cura di), *Matlalcuéytl: visiones plurales sobre cultura, ambiente y desarrollo*, Tomo I, El colegio de Tlaxcala, Tlaxcala.
- JUÁREZ BECERRIL A. (2015), *Observar, pronosticar y controlar el tiempo. Apuntes sobre los especialistas meteorológicos en el Altiplano Central*, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- JUÁREZ FLORES J.J. (2015), *Entre fulgores de ángeles y máculas de tizne: energía, metabolismo y degradación ecológica en el Valle de Puebla-Tlaxcala, 1530-1820*, "Historia Caribe", Vol. 26: 175-210.
- KATZ E., LAMMEL A. (2008), *Introducción. Elementos para una antropología del clima*, pp. 27-50, in LAMMEL A., GOLOUBINOFF M., KATZ E. (a cura di), *Aires y lluvias. Antropología del clima en México*, CIESAS, México.
- LAGARRIGA ATTÍAS I. (1993), *El nahual y el diablo en la cosmovisión de un pueblo de la ciudad de México*, "Anales De Antropología", Vol. 30(1): 277-288.
- LÓPEZ AUSTIN A.A. (1967), *Cuarenta clases de magos del mundo náhuatl*, "Estudios de Cultura náhuatl", 7: 97-117.

- LÓPEZ AUSTIN A.A. (1993 [1971]), *Textos de medicina náhuatl*, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- LÓPEZ AUSTIN A.A. (1996), *Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas*, Unam, México.
- LÓPEZ CARRILLO L., TESCARI G. (1987), *Vamos a Turikyè. Sciamanismo e storia sacra*, Franco Angeli, Milano.
- LORENTE FERNÁNDEZ D. (2009), *Graniceros, los ritualistas del rayo en México: historia y etnografía*, "Cuicuilco", Vol. 47: 201-223.
- LORENTE FERNÁNDEZ D. (2012), "Amores de manantial". *un episodio Nahua de curación en la Sierra de Texcoco*, "Tlalocan", Vol. 18: 179-200.
- MENÉNDEZ E.L. (2016), *Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos*, "Ciência & Saúde Coletiva", Vol. 21: 109-118.
- MENÉNDEZ E.L. (2022), *De los usos pragmáticos de la medicina tradicional por parte del sector salud a las exclusiones ideológicas de las orientaciones antropológicas: el caso mexicano (1930-2022)*, "Salud colectiva", Vol. 18: 1-22.
- MONTERO GARCÍA I.A. (2012), *Matlalcueye: el volcán del alma tlaxcalteca*, Ipan tepeme ihuan oztome, Tlaxcala.
- MONTIEL TORRES O. (2008), *Fiestas de la Matlalcuéytl. Carnaval Papalotla, Tlaxcala 2008*, Ediciones Xola, Tlaxcala.
- MOTTE-FLORAC E. (2008), *Santos, humores y tiempo: el clima y la salud entre los purépechas de la sierra tarasca (Michoacán)*, pp. 481-515, in LAMMEL A., GOLOUBINOFF M., KATZ E. (a cura di), *Aires y lluvias. Antropología del clima en México*, CIESAS, México.
- NUTINI H. (1998), *La transformación del tezilazc o tiempo en el medio poblano-tlaxcalteca*, pp. 127-137, in LUPO A., LÓPEZ AUSTIN A. (a cura di), *La cultura plurale: Riflessioni su Dialoghi e silenzi in Mesoamerica. Omaggio a Italo Signorini*, CISU, Roma [Quaderni de l'Uomo, 2].
- PETRYNA A. (2024 [2022]), *Lavoro d'orizzonte. Ai confini della conoscenza nel vortice del cambiamento climatico*, DeriveApprodi, Bologna.
- PASINI G. (2022), *Etnometeorologia e crisi climatica. Il pronostico del tempo atmosferico nella comunità nahua di San Isidro Buensuceso, Tlaxcala, Messico*, "Antropologia", Vol. 9(3): 189-208.
- RIFKIN M. (2017), *Beyond Settler Time: Temporal Sovereignty and Indigenous Self-Determination*, Duke University Press.
- ROBICHAUX D. (2008), *Lluvia, granizo y rayos: Especialistas meteorológicos y la cosmovisión mesoamericana en la región de la Malinche, Tlaxcala*, pp. 395-431, in LAMMEL A., GOLOUBINOFF M., KATZ E. (a cura di), *Aires y lluvias. Antropología del clima en México*, CIESAS, México.
- SEGATA J., VICTORIA C., SESIA P., MONTESI L., GAMLIN J., GIBBON S. (2023), *Embodied Inequalities of the Anthropocene*, "Medical Anthropology Theory", Vol. 10(2): 1-30.
- SIGNORINI I., LUPO A. (1989), *I tre cardini della vita. Anime, corpo, infermità tra i Nahua della Sierra di Puebla*, Sellerio Editore, Palermo.
- TAUSSIG M. (2020), *The Mastery of Non-Mastery in the Age of Meltdown*, University of Chicago Press, Chicago.
- TODD Z. (2015), *Indigenizing the Anthropocene*, pp. 241-254, in DAVIS H., TURPIN E. (a cura di), *Art in the Anthropocene: Encounters among Aesthetics, Politics, Environments and Epistemologies*, Open Humanities Press, London.

TOLEDO V. M., BARRERA-BASSOLS N. (2008), *La memoria biocultural: la importancia ecológica de las sabidurías tradicionales*, Icaria editorial, Barcelona.

TOLEDO V. M. (2019), *Los infiernos ambientales de México*, "La Jornada", 12576, <https://www.jornada.com.mx/2019/07/30/opinion/016a1pol> (consultato il 12 marzo 2025).

TSING A. (2014), *More-Than-Human Sociality: A Call for Critical Description*, pp. 27-42, in HASTRUP K. (a cura di), *Anthropology and Nature*, Taylor & Francis, New York.

ULLOA A. (2017), *Dinámicas ambientales y extractivas en el siglo XXI: ¿es la época del Antropoceno o del Capitaloceno en Latinoamérica?*, "Desacatos", Vol. 54: 58-73.

VAN AKEN M. (2020), *Campati per aria*, Elèuthera, Milano.

Scheda sull'Autore

Giacomo Pasini è nato a Mede (PV) il 16 settembre 1993. Attualmente è dottorando in Scienze Antropologiche presso l'Università degli Studi di Torino. La sua ricerca, portata avanti in collaborazione con il centro di ricerca CIESAS - Pacifico Sur (Oaxaca), si concentra sull'impatto delle principali problematiche socioambientali presso le comunità nahua della Valle di Puebla-Tlaxcala, nel Messico centromeridionale. Ha conseguito la laurea magistrale in Antropologia culturale ed Etnologia (Unito) con una tesi realizzata con il supporto dell'Università Autonoma di Tlaxcala e vincitrice di un premio per tesi sul cambiamento climatico. I suoi interessi di ricerca ruotano intorno ai temi dell'antropologia medica e ambientale, con attenzione verso i saperi ecologici locali e della cura nel mondo nahua, l'impatto delle devastazioni socioambientali presso le comunità locali (deforestazione, inquinamento, crisi climatica) e le modalità di resistenza dei movimenti sociali di fronte al deterioramento ecologico.

Riassunto

Precettare il tempo, disfare la tempesta. I tiemperos, tra clima e cura alle falde di La Malinche

A partire dalla ricerca etnografica condotta presso alcune comunità di lingua náhuatl nel Messico centromeridionale, l'articolo si propone di indagare la figura del *tiempero*, lo specialista rituale del tempo atmosferico. In questo itinerario volto alla comprensione dell'agire di "coloro che lavorano con il tempo", verranno affrontati i temi della loro iniziazione, delle loro pratiche e della continuità che esiste fra *tiempero* e guaritore, fra sapere legato al clima e sapere di cura. Nello scenario in cui operano queste figure, fanno da sfondo la violenza storica della conversione religiosa, insieme a quella della severa crisi ecologica che colpisce la regione.

Parole chiave: tiemperos, guaritori, clima, nahua, La Malinche

Resumen

Predecir el tiempo, desentrañar la tormenta. Los tiemperos, entre clima y curación en las faldas de La Malinche

A partir de una investigación etnográfica realizada en algunas comunidades de habla náhuatl del centro-sur de México, el artículo se propone indagar la figura del tiempereo, el especialista ritual del tiempo atmosférico. En este itinerario orientado a comprender las acciones de “los que trabajan con el tiempo”, se abordarán los temas de su iniciación, sus prácticas y la continuidad que existe entre tiempereo y curandero, entre saberes meteorológicos y saberes de curación. En el escenario en el que operan estas figuras, como telón de fondo hay la violencia histórica de la conversión religiosa, junto con la de la grave crisis ecológica que afecta a la región.

Palabras clave: tiemperos, curanderos, clima, nahua, La Malinche

Résumé

Prédire le temps, démêler la tempête. Les tiemperos, entre climat et guérison dans les contreforts de La Malinche

Sur la base d'une recherche ethnographique menée dans des communautés de langue náhuatl du centre-sud du Mexique, cet article se propose d'étudier le figure du *tiempereo*, le spécialiste rituel du temps atmosphérique. Dans cet itinéraire visant à comprendre les actions de “ceux qui travaillent avec le temps”, nous aborderons les questions de leur initiation, de leurs pratiques et de la continuité qui existe entre le *tiempereo* et le guérisseur, entre le savoir météorologique et le savoir curatif. Le scénario dans lequel opèrent ces personnages a pour toile de fond la violence historique de la conversion religieuse, ainsi que la grave crise écologique qui affecte la région.

Mots-clés: tiemperos, guérisseurs, climat, nahua, La Malinche

Mind the gap!

Storie oltre la rete della psichiatria territoriale

Elisa Rondini

Università degli Studi di Perugia
[elisa.rondini@unipg.it]

Abstract

Mind the Gap! Stories Beyond the Network of Territorial Psychiatry

The reflections presented in this contribution arise from an ethnographic research conducted in some social and health services for people with mental disorders, aimed at understanding the processes that regulate the functioning of the network of community resources in Perugia. In particular, attention is given to some individual stories, intercepted and reconstructed within a residential facility: these are fragmented and polyphonic stories, revealing the critical issues that emerge in a specific phase of the rehabilitation process, namely the one in which its end is thought and/or achieved. The examples presented question the very practicability of separation and discharge of the patient, even in the face of a communion – at least declared – of intent, suggesting at the same time the need to investigate the mechanisms that contribute to complicating the separative dynamics in progress, especially in the absence of an external network, more or less formal.

Keywords: Mental Health, Community, Networks, Ethnography, Discharge

Pensava a quanto breve era quel passo che lo separava dal ritorno nel nostro mondo, quanto breve e quanto facile?

Italo Calvino, *Il barone rampante* (1957).

Framework

Tra il marzo del 2019 e l'ottobre del 2021 ho svolto una ricerca etnografica presso alcuni servizi e attività facenti parte della rete di salute mentale perugina, con l'obiettivo di cogliere potenzialità, criticità e buone pratiche nella presa in carico di tipo residenziale e semiresidenziale, mettendo al contempo in evidenza le relazioni con il territorio¹.

Il progetto era infatti finalizzato alla realizzazione di una piattaforma digitale volta a potenziare l'efficacia sistemica delle azioni dei servizi, attraverso l'accrescimento delle sinergie tra i vari attori coinvolti nel percorso riabilitativo degli utenti². La ricerca si è pertanto sviluppata a partire da un'etnografia in profondità e in movimento, poiché condotta in alcuni nodi strategici della rete: un centro diurno, un Gruppo Appartamento e tre diverse attività, nate in seno a cooperative sociali e associazioni di familiari. L'adozione di un approccio etnografico e processuale ha permesso di delineare le rappresentazioni di utenti e operatori nella vita quotidiana, con particolare riferimento alle relazioni con l'esterno, sia in aree di prossimità sia negli scambi informali e formali con varie tipologie di soggetti (cooperative, professionisti sanitari, associazioni, singoli cittadini, etc.).

Nonostante le macro-categorie di analisi adottate fossero le pratiche (BOURDIEU 1992, 1995, 2003) e la rete (LATOUR 1993, 2005; CROSSLEY 2008; CROSSLEY *et al.* 2015)³, attraversando quest'ultima ed esplorandone i nodi, ho avuto modo di intercettare narrazioni multisituate e polifoniche; tali narrazioni hanno aperto squarci di inatteso, utili a interrogare la complessità degli spostamenti quotidianamente agiti dai diversi attori coinvolti. In particolare, quella che propongo in questa sede è una riflessione relativa ai movimenti di due ex-utenti della struttura residenziale che ho frequentato durante la mia ricerca; una riflessione orientata a tracciare quel «pulviscolo di relazioni» (DEI 2019: 12) materiali e immateriali che contribuisce a definire le traiettorie esistenziali di chi è giunto – o almeno così pare – al termine del proprio percorso riabilitativo.

Descrivere la straordinaria ricchezza e la complessità che ha caratterizzato la mia etnografia nel Gruppo Appartamento significa per me parlare di un'esperienza pratica della quotidianità e allo stesso tempo di un'esperienza emotiva⁴ proprio in virtù dei racconti e delle storie che ho avuto la fortuna di intercettare.

Spaccati di vita, frammenti di ricordi, evocazione e descrizioni parziali rappresentavano in un certo senso “il quotidiano” della mia ricerca. Avevo infatti a che fare con storie estremamente frammentate e polivocali che mi sforzavo di rimettere insieme, non senza l'intenzione di decifrarle, liberandole allo stesso tempo da quelle cornici di senso predefinite che inevitabilmente le sovradeterminavano. Ho visto queste storie prendere forma variamente e in situazioni molto diverse: davanti a una tv accesa, attorno al tavolo di un ufficio, alla fermata di un autobus, negli interstizi di una *routine* domestica scandita dai ritmi di una convivenza “assistita”. Le ho

osservate attraverso gli oggetti, meravigliandomi della loro capacità di narrare delle vite con un linguaggio non verbale che va oltre il dato storico (ARUTA 2011, BODEI 2009). Le ho ascoltate nelle parole dei protagonisti, più spesso in quelle di figure impegnate nella loro presa in carico, restituite attraverso molteplici forme comunicative, che a loro volta le hanno orientate e interpretate entro cornici di significato peculiari. Ne ho ricombinato gli elementi, nelle pagine del mio diario, cercando di rintracciare percorsi esistenziali. Non ho mai avuto la pretesa di giungere alle identità individuali che sono «fluide, sovrapponibili, passano l'una nell'altra e si confondono e si scindono e si separano» (APOLITO 2006: 147), al di sopra di un fondale indistinto che continua a mantenere le sue prerogative nella produzione delle differenze e delle sovrapposizioni. Più di una volta ho avuto l'impressione di essere di fronte a quei «piccoli, e tutto sommato banali, episodi, che invece assurgono a crinali decisivi della vita dell'uomo» (ivi: 76): una sensazione che mi ha portato, lungo la ricerca, ad assorbire ogni dettaglio biografico, quasi avessi la necessità di ricreare un archivio di saperi e conoscenze mutuate direttamente dal mondo della vita di coloro che, fosse anche solo per un momento, hanno attraversato il mio *fieldwork*.

Perimetri

Afferente alla rete delle strutture del Dsm dell'Azienda USL Umbria 1, il Gruppo Appartamento è diviso in tre abitazioni autonome poste in una zona semi-centrale, ben collegata al resto della città attraverso mezzi pubblici di facile accesso. Questa realtà fa parte della gamma di servizi extra-ospedalieri in cui si svolge una parte del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo rivolto a utenti di esclusiva competenza psichiatrica, cui viene offerta una rete di rapporti e opportunità emancipative. Tali strutture sono differenziate in base all'intensità di assistenza sanitaria; nello specifico, gli operatori del Gruppo Appartamento sono presenti sette giorni su sette, con turni che vanno dalle 9 alle 14 e dalle 16 alle 20:30, dal lunedì al sabato, mentre per la domenica è previsto un unico turno, dalle 8:30 alle 16:30. Il servizio è gestito da un Consorzio, attraverso una delle cooperative che ne fanno parte e dispone di otto posti letto in totale. L'*équipe* è composta da quattro educatori e da un medico psichiatra del Dsm, oltre che da un assistente sociale di riferimento.

Il servizio è indirizzato a utenti psichiatrici, provenienti da strutture a più alta intensità riabilitativa o dal territorio, per i quali è possibile pensare a

progetti di cura che abbiano come obiettivo il raggiungimento dell'autonomia e un pieno reinserimento sociale. L'obiettivo è perseguito attraverso prestazioni di vario tipo: sostegno nella cura di sé (igiene personale, guardaroba, sana alimentazione, tutela della salute e terapie mediche in genere) e nella gestione del quotidiano; attività terapeutico-riabilitative; attività ricreative, culturali, del tempo libero e di socializzazione; promozione e attivazione di attività occupazionali; sostegno all'inserimento nel mondo del lavoro. A seguito di una richiesta d'ingresso – che avviene tramite il CSM di riferimento – l'unità valutativa della struttura verifica i requisiti e in caso affermativo avviene l'inserimento nella abitazione assegnata o in una lista d'attesa. L'accesso avviene in conformità ad un programma personalizzato, concordato e verificato periodicamente fra psichiatra del DSM, operatori della struttura residenziale, paziente, familiari o eventuali caregiver.

Al momento del mio arrivo, gli ospiti del Gruppo Appartamento erano sei, divisi in tre abitazioni. Nella prima vivevano Angela, Sandra e Rosa. La loro residenza è il "quartier generale": è qui che si pranza tutti insieme, attorno al grande tavolo rettangolare, e la postazione degli operatori è nel pianerottolo all'ingresso. Pietro abitava due appartamenti più avanti; viveva da solo in quanto Ismael, suo coinquilino, era stato dimesso qualche tempo prima. Wanda e Iris dividevano l'ultimo appartamento, il più lontano dalla strada.

Esiste nel panorama antropologico tutto un filone di ricerca incentrato sull'abitare nella sua dimensione più intima, quella della casa. Intesa come "quel luogo in cui è possibile rintracciare tracce di un *vivere permanente*" (RAMI CECI 2000: 28, corsivo dell'Autrice)⁵, la casa è un elemento sia simbolico che narrativo. Orizzonte culturale domestico, attraversato da processi di inclusione e relazioni, ma anche finestra sul mondo che amplia e rimodella l'*habitat* di significato (HANNERZ 2001) di chi si muove al suo interno. Studi e riflessioni che nascono e si sviluppano a partire da processi interpretativi che guardano agli spazi domestici come snodi cruciali nella costruzione e nelle rappresentazioni dell'azione sociale e culturale dei gruppi umani (PITZALIS, POZZI, RIMOLDI 2017)⁶. Spazio dove identità e rapporti si modellano e ridefiniscono (DOUGLAS, ISHERWOOD 1984; BOURDIEU 2001), la casa è da considerarsi un riflesso delle relazioni sociali che la abitano ma allo stesso tempo anche un mezzo attraverso il quale esse si costruiscono (MELONI 2013). Ciò è particolarmente vero quando si pensa al Gruppo Appartamento, abitato da persone che in comune hanno quel tetto e l'"invio" del CSM. Ma l'idea di casa si plasma nel tempo di vita di chi la abita e nelle relazioni che si creano. Gli scambi operatori-operatori,

operatori-utenti, utenti-operatori, utenti-utenti sembravano attingere a un repertorio consolidato nel tempo, esito di quei “processi di socializzazione” di cui parla Simmel, attraverso i quali interazioni reiterate si fissano in formazioni sociali stabili, dotate di una propria autonomia (SIMMEL 1989).

Ospiti, operatori e volontari del Gruppo Appartamento partecipano a un disegno specifico che ricombina varie modalità di condividere uno spazio abitativo, praticando e attribuendo significati alla convivenza. La mia permanenza in questo contesto non ha mai avuto, in tal senso, quel carattere intrusivo che Miller riconosce alla ricerca etnografica negli spazi privati (MILLER 2001) e ciò è probabilmente accaduto perché non mi stavo muovendo in uno spazio separato e caratterizzato da privatezza. Il Gruppo Appartamento è infatti una dimora che vive di dinamiche specifiche, le quali modellano, in modi inediti e di non sempre immediata codifica, spazi, liminalità e relazioni. Questo perché, prima ancora che essere “casa”, è un’unità di convivenza, nella quale si intersecano esperienze vitali tra loro molto diverse. Ma allo stesso tempo, in quanto “spazio domestico”, è costantemente attraversato da “tensioni simboliche fondamentali” (MINESTRONI 2020: 18) e, tra alchimie e contrasti che nascevano nel soggiorno, ogni mattina potevo assistere al disvelarsi di modi sempre nuovi di stare in relazione.

Spazi e ritmi del Gruppo Appartamento sono disciplinati e allo stesso tempo disciplinanti, attraverso vari meccanismi di autorizzazione/proibizione (PASQUARELLI 2020) innescati da alcuni fattori strutturali, come ad esempio la presenza degli operatori. È infatti solo quando almeno uno di questi ultimi è presente che è possibile accedervi; allo stesso modo, la fine del turno rappresenta per tutti i “visitatori” il momento del congedo. La vita “visibile” del luogo inizia pertanto dopo le nove del mattino e rispetta la durata del turno lavorativo degli operatori. Fin dall’inizio, i miei posizionamenti e le mie prossemiche sono stati mossi da una forte volontà di integrarmi «nell’intelaiatura spaziale e temporale» (ivi: 63) del contesto, cercando di ridurre al minimo la possibilità di rappresentare un elemento di disturbo nel normale svolgimento della *routine*. Si tratta senza dubbio di una scelta che necessita di non poche riflessioni metodologiche e che si può eventualmente rinegoziare in corso d’opera. Non a caso, se in un primo momento fu per me quasi naturale affiancarmi al lavoro degli operatori, dedicando loro la maggior parte delle mie capacità di ascolto e osservazione, col passare del tempo la proporzione risultò senza dubbio invertita. In generale, mi sono potuta muovere indistintamente nei due gruppi, quello degli operatori e quello degli utenti, attraversandone continuamente i confini,

accedendo alle molteplici forme di realtà che gli uni e gli altri raccontavano e ricostruendo storie. Storie di vita e storie quotidiane sono state il *Leitmotiv* della mia esperienza etnografica presso il Gruppo Appartamento; esplorarle, valorizzando il carattere processuale e generativo dei contesti in cui sono state raccontate e raccolte, mi ha portato a pensarle come modi possibili di rileggere la salute mentale e la sua rete.

Le solitudini di Ismael

La prima volta che ho “incontrato” Ismael è stata quando ho aiutato un operatore a pulire la stanza che aveva lasciato libera dopo le sue dimissioni. L’ho “conosciuto”, dunque, attraverso le cose che aveva deciso di non portarsi dietro nella sua nuova vita fuori dal Gruppo Appartamento; in particolare, ho tentato di sfiorare la sua personalità osservando i libri che aveva abbandonato in una grande busta di cartone, al lato del letto. Sembravano letture impegnative, per la maggior parte di stampo sociologico e filosofico, che già nei titoli ponevano domande di senso⁸. I lipogrammi di Umberto Eco risaltavano in quel coro come una nota stonata. Mi figurai una persona pacata e introspettiva, ma non mi sarei stupita di veder emergere tra le pieghe di quella riflessività una qualche dimensione ironica e scherzosa.

Una settimana dopo, trovo Ismael seduto al tavolo del soggiorno e al primo sguardo capiamo di non aver bisogno di presentazioni. Me lo ricordavo bene quel ragazzo non troppo alto, coi capelli corti, nerissimi e gli occhi, altrettanto scuri, circondati dalla montatura nera dei suoi grandi occhiali da vista che spiccavano su quel viso gioviale dalla forma rotonda. Ci eravamo già conosciuti, Ismael ed io, durante una partita di pallavolo, una delle attività organizzate dall’associazione sportiva che ho frequentato nel corso dell’etnografia⁹.

Ismael indossa una t-shirt gialla con scritto “Svezia”, dove mi racconta di essere da poco stato in viaggio. Ci lanciamo in una conversazione sullo stile di vita dei paesi nordici, che Pietro interrompe per chiedergli due cose: come si dice “io” in spagnolo e “avere” in inglese. In questi giorni, sta infatti cercando di arricchire il suo vocabolario anglo-ispánico in vista delle imminenti vacanze a Siviglia, dove andrà in agosto con la compagna. Marta chiede a Ismael se si è già attrezzato con il pranzo. Sta preparando i panini per gli altri e ne hanno presi due in più, considerando anche lui. Ma Ismael alza l’indice verso l’alto, si gira verso Marta e alzando la voce (ma con tono scherzoso) esclama: “io sono indipendente dal Gruppo!”. Subito dopo, ringrazia Marta per aver pensato a lui.

[dal diario di campo, Gruppo Appartamento, 16 luglio 2019]

Nonostante non sia più un ospite del Gruppo Appartamento, l'*affaire Ismael* è il secondo punto dell'ordine del giorno nella riunione di coordinamento cui partecipo il primo agosto 2019. Ismael infatti sembra incontrare qualche difficoltà nella sua nuova vita in completa autonomia. Particolarmente spinosa è la questione spesa: «non lavora ma non c'ha tempo di farla», racconta un'operatrice. Tra gli operatori, c'è chi pensa che se ne approfitti, o che comunque stia attuando una specie di "minaccia", raccontando che in conseguenza di questo si ritrova poi «mentalmente angosciato».

Fatima, la volontaria del servizio civile, interviene dicendo che una cosa che ora lo fa pensare molto potrebbe essere il viaggio in Marocco. Voleva infatti tornare a casa ma tra settembre e ottobre potrebbe avere un colloquio per una borsa lavoro e non può permettersi di perdere l'occasione. Di rimando non può neanche anticipare il viaggio (programmato appunto per ottobre) perché i voli costerebbero troppo. Ismael vuole la borsa lavoro¹⁰. Attenzione, non un lavoro. Avere un lavoro significherebbe perdere la pensione di invalidità¹¹. I viaggi in Marocco, commenta un operatore, sono sempre problematici per Ismael perché torna "caricato" della sua vicenda familiare. Là ha la mamma e la figlia del fratello, che vive con la nonna, vista l'inaffidabilità del padre. Di recente, Ismael è stato anche contattato su Facebook da una persona che voleva informarlo del fatto che era stata truffata dal fratello [il quale, mi pare di capire, sembra abbia cercato di vendergli una macchina]. Dopo un periodo di viaggi che avevano il Marocco come unica destinazione, Ismael ha scelto altre mete. Ad esempio, è andato in Svezia, a Barcellona e in Grecia. L'assistente sociale osserva che per lui mischiarsi tra la folla significa "non essere invalido". Mantenere un legame col gruppo, guardare quello che fanno gli altri, gli serve, altrimenti sarebbe troppo solo. E in effetti è molto solo, anche se partecipa spesso alla vita del Gruppo Appartamento. È andato con loro alle sagre, viene spesso a pranzo... L'assistente sociale pensa che "mantenerlo nella rete" rappresenti per lui una fondamentale occasione di socialità.

[dal diario di campo, riunione di coordinamento, 1 agosto 2019]

Elementi del passato, del presente e del futuro di Ismael si intrecciano in un'unica narrazione a più voci, figlia di interpretazioni e restituzioni successive, che si fanno eco richiamandosi vicendevolmente. Un dialogo polifonico, all'interno del quale interagiscono "coscienze indipendenti e disgiunte" (BACHTIN 1968), ciascuna portatrice di propri riferimenti e orizzonti. Tra queste voci manca tuttavia quella di Ismael, i cui timori e vuoti vengono riportati all'assistente sociale mediati dalle parole di operatori e volontari.

Cristallizzati attraverso un linguaggio che in più punti tradisce il suo attingere al vocabolario della riabilitazione psichiatrica, pareri personali, com-

menti e spunti di riflessione si rincorrono da un lato all'altro del tavolo, nel tentativo di definire le motivazioni alla base della reticenza di Ismael a compiere un gesto quotidiano, quasi banale, come il "fare la spesa". Questa sua ostilità sembra risolversi, almeno in parte e secondo alcuni, in una volontà latente di mantenere vivo un legame di dipendenza con gli operatori. Una chiave di lettura alternativa è quella proposta dalla volontaria del servizio civile, alla quale Ismael ha confidato alcune preoccupazioni riguardanti un momento di indecisione che sta vivendo: il desiderio di un viaggio in Marocco, la sua terra di origine, si scontra infatti con la consapevolezza di non voler perdere un'occasione importante nel suo percorso di autonomia fuori dal Gruppo Appartamento, come il colloquio per ottenere la borsa lavoro, e quindi un sostentamento economico. È possibile che questo aspetto sia meno secondario di quanto si tenda a farlo apparire, relegandolo ai margini di una discussione semmai incentrata su difficoltà pratiche e più "immediatamente" gestibili.

La solitudine e la nostalgia¹² che caratterizzavano quel periodo della vita di Ismael potrebbero infatti suggerire un'interpretazione che non le separi, ma tenda anzi a tenerle insieme. I migranti sembrano trovare nel sentimento nostalgico una risorsa che consente loro di far fronte al timore e all'incertezza, un conforto vitale in grado di proteggerli dalla solitudine e dall'eventuale disgregarsi della propria identità (BACHTIN 1997)¹³. Da un punto di vista culturale, il rischio che corrono è duplice, sospesi come restano tra la percezione di una perdita di conformità rispetto alla cultura di origine e di un mancato assorbimento di quella di arrivo. Quest'ultimo, nel caso specifico di Ismael, può essere riferito alla mancanza di una rete sociale al di fuori del Gruppo Appartamento. Perdita di conformità e mancato assorbimento portano a sperimentare una condizione di "doppia assenza" (SAYAD 2002): essere solo parzialmente assenti là dove si è assenti e, allo stesso tempo, non essere totalmente presenti là dove si è presenti (FIORUCCI 2019).

È possibile che questa "presenza parziale" abbia il suo corrispettivo nella solitudine che Ismael sta sperimentando fuori dalla residenza e che si ripropone come una costante anche nelle sue stesse parole. A volte è una timida presenza che va cercata nello sfondo, oltre il vero e proprio soggetto. Un pomeriggio, ad esempio, ho incontrato Ismael mentre aspettavo un autobus per tornare in centro. Ero stata a pranzo al Gruppo Appartamento, e il caldo di quel primo pomeriggio mi aveva fatto desistere dall'idea di andare a piedi. Ismael stava scendendo lungo la via. Ci siamo salutati calorosamente, ma quel trasporto iniziale durò solo il tempo di un "ciao!".

Non fece nessuno sforzo infatti per nascondere quella malinconia che mi confessò subito di provare. Non stava attraversando un bel periodo e si sentiva molto solo. Il telefono, confidò, non gli squillava mai. “Per fortuna c’è il Gruppo Appartamento!”, disse prima di salutarmi, alla vista del mio autobus in arrivo.

È proprio al Gruppo Appartamento che, qualche mese dopo, Ismael m’informa di aver ottenuto tramite il SAL (Servizio di Avviamento al Lavoro) un lavoro come addetto alla derattizzazione. È una cosa che ha già fatto in passato, lo hanno richiamato.

ER: E non sei contento?

Ismael: Sì... perlomeno so che dovrei esserlo. Ma in realtà sono un po’ preoccupato... È un lavoro molto impegnativo, dovrò stare fuori tutto il giorno e non sempre potrò restare a Perugia, mi potrà capitare di dover andare a Colle Umberto, per esempio. Dovrò prendere due autobus per arrivare sul posto di lavoro, svolgere le mie mansioni, tornare a casa, scrivere i rapporti, mandarli al Comune. Questo ogni giorno. Torni a casa per riposarti e non ti riposi...

ER: Ma lo hai già fatto?

Ismael: L’ho già fatto ma vivendo qua. Trovi il pranzo pronto, trovi l’operatore che ti sostiene...

ER: Il pranzo pronto è solo questione di organizzazione. Vedrai che ci sono cose che puoi prepararti la sera...

Ismael: Mmm... non so. Ho la reperibilità 24 ore su 24.

ER: Ma tutti i giorni della settimana?

Ismael: Tutti! Sabato, domenica... 24 ore su 24 suona il cellulare... Adesso, da zero chiamate mi arriveranno cinquanta chiamate!

ER: Vedrai, andrà tutto bene...

Ismael: Io ci provo. Grazie... io ho avuto con me gli operatori per sei anni... non è facile.

In sottofondo, sentiamo Rosa ridere di gusto per una scena del film che sta guardando.

[dal diario di campo, Gruppo Appartamento, 5 novembre 2019]

Questo breve scambio, avvenuto intorno al piccolo tavolo antistante la cucina, rivela modi di stare in relazione nei quali mal si celano dimensioni di asimmetria, di cura e di dipendenza, miste a processi di risonanza e di rispecchiamento affettivo (FOULKES 1974). In assenza di una rete relazionale all’esterno del contesto residenziale che ha lasciato, i rapporti intessuti all’interno del Gruppo Appartamento rappresentano ancora un punto di

riferimento irrinunciabile per Ismael. Difficile stabilire dove finisca il bisogno di socialità e dove cominci un legame di dipendenza che sembra faticare a sciogliersi. E se ciò da un lato consente di riflettere sui correlati affettivi delle dinamiche separative, dall'altro porta a interrogarsi sulle potenzialità del territorio come risorsa per la relazione. Se è vero che la presenza di un mandato sociale costituisce una premessa essenziale per ogni politica sanitaria, è chiaro che non vi può essere territorio solo sulla base di decisioni amministrative o di competenze "sulla carta", ma deve piuttosto svilupparsi una pratica di scambi e consuetudini flessibile, una sensibilità che tenga conto delle diverse componenti chiamate alla tutela della salute mentale (PELLEGRINI 2019, MINELLI 2020). Qualora ciò non accada, il rischio è di ricorrere a soluzioni ambigue che, lungi dal promuovere un percorso di autonomia, sono piuttosto orientate, lo abbiamo visto, al "mantenere la persona nella rete".

Nella storia di Ismael, il timore di non rispondere a certi principi di efficienza relazionale e produttiva sembra agire da vettore che innesca esperienze di disorientamento e marginalità, in maniera più o meno diretta. L'impossibilità di corrispondere alle aspettative sociali può dare forma a idee e percezioni di inadeguatezza, alimentando una sofferenza psichica che finisce spesso per diventare conseguenza di una battaglia per la costruzione della propria identità; tale sfida è tuttavia mediata dalla possibilità che gli individui hanno, all'interno di uno specifico contesto, di corrispondere a gradi di idoneità pregiudizialmente previsti (PITTALIS 2015). A colmare questi interstizi vi è una pressante retorica, focalizzata sul senso del dovere e della responsabilità, che pone la persona di fronte a scelte da prendere soggettivamente e in maniera responsabile (*ibidem*). All'interno delle dinamiche gruppali, che si plasmano nel quotidiano del Gruppo Appartamento, le istanze emotive di Ismael sembrano risolversi: scherza con "le signore", parla di viaggi passati e futuri con Claudio, mi racconta di buffi episodi in cui si è imbattuto. È l'Ismael dei lipogrammi, a contatto con la sua continuità storica e al riparo dalle angosce di smarrimento che lo accompagnano là fuori.

Di Ismael a colpirmi era soprattutto il modo pacato e lento di parlare che lasciava trasparire tutta l'attenzione dedicata a ogni singolo termine pronunciato. C'era qualcosa in quelle parole che comunicava molto, come se parte della sua storia fosse già presente nella sua stessa voce (MILLER 2014). E non dipendeva tanto dall'accento francese o dal suo italiano efficace, appreso dagli altri e dalle pagine dei libri. Ascoltando Ismael, potevo riconoscere il valore che avevano per lui quegli scambi, indipendentemente dal

loro contenuto: le sue parole, dense e ragionate, mi arrivavano ogni volta come intenzioni, timide e delicate, di creare uno spazio di reciprocità.

Giovanni fuori dal circuito

Seduti attorno al tavolo di plastica bianca antistante l'ingresso del Gruppo Appartamento, insieme a un operatore stavamo parlando del mio progetto. Ero al mio secondo giorno di osservazione in quel contesto. «Cosa ti interessa? Osservare quello che succede qui?», mi aveva chiesto. «Non solo, non esattamente. A me interessa comprendere la rete». Mi aveva guardata e, con il fare di chi vuole riportarti su un piano di realtà, aveva detto: «La rete siamo noi». Non aggiunse altro e io ero troppo impegnata a trattenere quella frase per approfondire con le mille domande che mi sarebbero venute in mente di lì a poco ciò che mi sembrò subito un elemento di criticità da interrogare. Di fatto, la rete che avevo immaginato e visto fino a quel momento, aveva una trama non conclusa. I suoi nodi erano di diversa natura, alcuni sovrapposti, altri più distanti, ma comunque tenuti insieme da legami che si aprivano (o comunque, avrebbero potuto aprirsi) in mille direzioni. In quel momento l'operatore identificava la rete con se stesso, o meglio con il gruppo di appartenenza, e questo mi sembrava annullasse quanto avevo acquisito in merito, oltre a restituire un'immagine quantomeno immobile di un qualcosa che in realtà non era mai fermo. Se si identifica la rete con un gruppo, mi dissi, viene meno tutto il suo potenziale generativo.

Quello che intendeva dire Lorenzo mi fu più chiaro circa un mese dopo, quando feci la conoscenza di Giovanni, e a partire dagli accadimenti che si susseguirono da lì a poco. Giovanni è un uomo non troppo alto, coi capelli corti e brizzolati, a cui in prima battuta do un'età che si aggira intorno ai quarant'anni. Lo incontro in una calda mattinata di metà luglio, al mio arrivo al Gruppo Appartamento. È seduto su una delle sedie di plastica bianche, del "salottino" predisposto davanti all'ingresso dell'abitazione. Non l'ho mai visto, ma mi comporto come se la sua presenza non mi destasse alcun sospetto. È Giovanni a interrompere il flusso dei miei pensieri in merito alla sua identità, e lo fa anticipandomi: «chi sei? Che fai qui?». Gli dico il mio nome, mentre ci stringiamo la mano. «Sono un'antropologa», spiego, e riassumo in due battute il progetto che mi ha portata lì. Più tardi si identificherà anche lui:

“Sono un ex utente”, mi dice. Senza che io glielo chieda mi racconta la sua storia. Ha una moglie e un figlio di tre anni e mezzo. Mentre me ne parla gli occhi gli si illuminano. Lui con F. [la moglie] ci stava quando era un ragazzo ma la compagnia che frequentava ha fatto di tutto per allontanarlo da lei. Poi tutto è iniziato ad andare male ed è entrato *nel circuito della salute mentale*. Quando durante il suo percorso ha re-incontrato F. le ha spiegato tutto, quali erano state le sue difficoltà, ciò che l’aveva portato sia a perderla che a sprofondare, e F. da lì in poi gli è stata vicino, senza mettergli fretta, ma semplicemente non facendolo mai dubitare che sarebbe rimasta, mentre affrontava il suo percorso. L’operatrice che è lì con noi conferma tutto. Quando è arrivato dicendole che si sarebbe sposato, poco dopo essere dimesso dal Gruppo Appartamento, non riusciva a crederci. Le veniva da piangere. E così è stato anche quando è venuto a trovarli con il figlio. Giovanni è orgoglioso della sua famiglia e della sua storia. Estrae il telefono e mi mostra le foto della moglie e del bambino.

“F. è proprio una bella ragazza!”, dico.

“Anche io sono bello”, mi risponde, “soprattutto prima, ora sono ingrassato, ma prima dovevi vedere che fisico avevo!”.

Prima di congedarsi Giovanni ci tiene a dire che quello che lo lega a questo posto è un legame speciale: “Guai chi me lo tocca!”. Mentre lo guardo allontanarsi verso le scale penso che la sua è davvero una bella storia da raccontare.

[dal diario di campo, Gruppo Appartamento, 18 luglio 2019]

Il riferimento fatto da Giovanni all’esistenza di un “circuito della salute mentale” aveva subito destato in me una particolare curiosità. Avevo riflettuto molto in proposito, quel giorno, anche dopo essermi congedata e quella riflessione me la portai fino a casa, soffermandomi su quella scelta di termini mentre sistemavo le mie note. Le varie accezioni proposte da un qualsiasi dizionario concordano nel descrivere il circuito come qualcosa di chiuso: una circonferenza, un giro che ritorna al punto di partenza. Era la prima volta, questa con Giovanni, che sentivo parlare di “circuito della salute mentale”, ma poi, nel corso della ricerca, questa immagine è tornata a più riprese. Ogni volta la mia mente veniva attraversata dall’immagine di un utente che scende in pista, percorre vari giri, affronta curve pericolose, magari si ferma ai pit-stop, per poi continuare la sua personalissima “gara”, come concorrente unico, lungo un circuito che termina nello stesso punto in cui comincia. Come si esce da questo circuito?, mi chiedevo. Una domanda superficiale ma che ha accompagnato tutta la mia relazione con Giovanni, almeno fino al giorno in cui è terminata, per una scelta non mia. È stata una fine ben definita, decretata, come una sorta di sentenza senza possibilità di appello, dalla sua psichiatra di riferimento. Ma andiamo con ordine.

A partire da quel nostro primo incontro nacque in me l'idea di intervistare Giovanni. Ero curiosa in particolare di approfondire la questione del circuito e di interrogare le dimensioni di senso che trapelavano dalla frase con cui mi aveva salutata, a riconferma del legame che intratteneva con il luogo e i suoi abitanti. Dopo pochi giorni decido di parlarne con gli operatori. Mi chiederò, a posteriori, perché scelsi di far riferimento a loro. In fondo io, Giovanni, l'avevo conosciuto da ex-utente passato a salutare gli ex-conviventi di un passato che datava ormai qualche anno, ma era anche vero che non avrei potuto rintracciarlo altrimenti. Gli operatori manifestarono sentimenti discordanti nei confronti dell'intervista. Lorenzo mostrò una certa reticenza a riguardo: Giovanni avrebbe potuto strumentalizzare la cosa attuando una specie di "show"; Michela sembrava più tranquilla in merito: «perché no?», disse alzando le spalle. Ad ogni modo, concordarono sul fatto che era necessario parlarne prima in sede di coordinamento, per capire se l'idea fosse "praticabile" per tutti. Pertanto, durante la riunione successiva, Michela ed io avevamo esposto la mia richiesta di intervistare Giovanni all'assistente sociale, la quale aveva ritenuto non vi fossero problemi, anzi: sia lui che Ismael, anch'egli ex-utente, possedevano una "visione di insieme" che si sarebbe potuta rivelare molto utile al mio progetto. Questo, dunque, lo stato delle cose che precede la pausa estiva. Al ritorno dalle vacanze, quando riprendo la mia osservazione, scopro con sorpresa che la situazione non è più così tranquilla.

"Giovanni non sta affatto bene", mi confida un operatore, "pare abbia avuto un attacco di panico mentre era in macchina con il figlio e che ora abbia molta paura. La psichiatra ha anche provato a cambiargli la terapia ma non sembra riprendersi. Risponde male alla moglie, si agita, anche venire qui in questa fase non è consigliabile... tutto questo è dovuto al fatto che ha paura. Di ricadere, di tornare indietro".

[dal diario di campo, Gruppo Appartamento, 17 settembre 2019]

L'attacco di panico segna una prima battuta d'arresto nel progetto dell'intervista e nella stessa vita di Giovanni fuori dal circuito. Lui stesso teme di indietreggiare, racconta l'operatore. Emerge qui una nuova rappresentazione della rete la quale, da circuito che era, sembra ora somigliare a una sorta di "Gioco dell'Oca", un percorso snodato con un punto di inizio e uno di arrivo; un percorso in cui si va avanti ma all'interno del quale, fermandosi sulla casella sbagliata, si può indietreggiare. Alla riunione di coordinamento successiva è presente la psichiatra di riferimento di Giovanni, nonché di altri ospiti del Gruppo Appartamento. Prima di congedarci le introduco la questione dell'intervista. Mi blocca subito.

“Giovanni sta molto male. È nel panico. Viene continuamente al reparto a chiedere medicine, *fa* il sintomo. Non gestisce la cosa, mi chiama di continuo, si è presentato anche al reparto di neuropsichiatria infantile. Ho tentato di avvisarlo dei rischi”. Immagino si riferisca al fatto che gli potrebbero togliere il figlio. “L’intervista in questa fase non si può fare”, conclude, e la riunione si scioglie. Sono passati poco più di due mesi e Giovanni sembra di nuovo in corsa nel circuito, penso mentre cammino verso il parcheggio.

[dal diario di campo, riunione di coordinamento, 3 ottobre 2019]

Non so se Giovanni sia rientrato nel circuito. O meglio, non so neanche se ne sia realmente uscito. Quello che posso dire con certezza è che l’intervista non è mai avvenuta. Non l’ho più incontrato al Gruppo Appartamento – almeno fintanto che il dilagare della pandemia ha reso possibile la mia osservazione – e ogni volta che ho chiesto informazioni mi è stato detto che non stava bene, senza scendere nei dettagli. Posso inoltre dire che l’iter seguito dalla mia (non)intervista con lui ha fatto luce su alcune ambiguità su cui è necessario riflettere.

Un primo punto è che l’iter a cui faccio riferimento si è snodato dentro lo stesso circuito da cui Giovanni ritiene di essere uscito. Inizialmente, mi sono confrontata con i suoi ex-operatori, successivamente con l’assistente sociale di riferimento per il Gruppo Appartamento, infine con la sua psichiatra. Ho scalato una sorta di piramide dove, man mano che si saliva, avvicinandosi al vertice (identificato nella psichiatra curante), la disponibilità nei riguardi della mia proposta di coinvolgere un ex-utente nell’intervista andava restringendosi, fino ad annullarsi del tutto.

In secondo luogo, ho riscontrato una volontà, neanche troppo latente, di “proteggere” Giovanni dai contraccolpi potenzialmente derivanti da un’intervista pensata per ripercorrere la sua storia. Credo non sia un caso che l’unica, tra i soggetti coinvolti, a ritenere “utile”, forse anche interessante, l’idea di ricostruire con lui il suo percorso, sia stata l’assistente sociale, una figura il cui ruolo richiede costanti attraversamenti tra le varie dimensioni di cui si compone il progetto individuale.

Infine, va detto che il sintomo allarma Giovanni, che si spaventa e teme una regressione, e insieme il sistema che lo ha (aveva?) preso in carico. Un sistema le cui dinamiche sembrano essere totalmente regolate e definite dai professionisti, a vario titolo, della cura. Questo aspetto sembra tuttavia coerente con quanto sostenuto dall’operatore che dice: “La rete siamo noi”. Anche le persone dimesse dalla struttura continuano a vedere la rete *negli* operatori: di fatto, o ritornano, oppure mantengono con essi un legame di “dipendenza”, anche se diminuito e molto più sfumato: è infatti a loro che

continuano a fare riferimento per “risolvere” le difficoltà che incontrano nel quotidiano vissuto all’esterno del servizio. Così come è accaduto anche a Ismael.

La psichiatria ha concettualizzato le fasi dei disturbi, suggerendo concetti come fase acuta, ricaduta, ricorrenza, remissione e recupero in base ai profili che i sintomi assumevano nel tempo (FRANK *et al.* 1991), adottando modelli che tendevano ad associare la ripresa dalla malattia mentale a quanto si poteva osservare nelle malattie fisiche. La storia di vita di Giovanni è giocata sui suoi sintomi, la cui presenza o assenza ne scandiscono i momenti cruciali: l’ingresso nel circuito, il rischio di rientrarvi, la costruzione di una famiglia, il timore di perderla. Il sintomo allarma, attiva nuovi meccanismi richiestivi (Giovanni si presenta in reparto e chiede il farmaco) e ne innesca altri di protezione (l’intervista, quale stimolo dagli esiti imprevedibili, non si può fare). La spinta alla psichiatrizzazione contrasta, fino a farla indietreggiare, quella dimensione sociale della psichiatria che si era tentato, con esiti anche felici, in alcuni casi e in altri tempi, di realizzare e si oppone all’applicazione di modelli efficaci di *recovery*.

Labirinti

Recovery è una delle parole chiave intorno alle quali si costruiscono gli attuali discorsi sulla riabilitazione psichiatrica; raccomandata nelle linee guida cliniche e professionali, è il focus, esplicitamente dichiarato, delle politiche internazionali sulla salute mentale (SLADE, ADAMS, O’HAGAN 2012; SLADE, LONGDEN 2015). Da un punto di vista lessicale, il significato che la voce inglese assume in campo riabilitativo è molto simile a quello che le viene attribuito nel settore economico, dove con il termine si fa riferimento a una fase di ripresa, caratterizzata da un progressivo ampliamento dell’attività e da un incremento degli investimenti, dell’occupazione, della produzione e dei consumi, cui corrisponde un calo della disoccupazione¹⁴. È chiaro dunque che, quando si parla di *recovery*, non ci si sta riferendo a un esito che coincide con il ritorno a una condizione precedente all’esordio del disturbo psichico, quanto a un percorso mirato all’attivazione di risorse che permettano alla persona di vivere in maniera piena, totale, la sua vita (COLEMAN 2001)¹⁵. Variamente definito come un processo, una prospettiva, una visione, un quadro concettuale, si deve pensare a esso come a un viaggio che non implica necessariamente un ritorno al livello di funzionamento premorbo e alla fase asintomatica della vita della persona, né

suggerisce una progressione lineare verso il recupero. È un approccio che non mira alla risoluzione completa dei sintomi, ma enfatizza la resilienza e la capacità di gestione delle difficoltà incontrate nel corso dell'esistenza (BONNEY, STICKLEY 2008; RAMON, HEALY, RENOUF 2007). A fronte delle istanze di apertura e progettualità veicolate dal concetto, quanto accade ai margini dei contesti residenziali entro cui si snoda parte dei percorsi riabilitativi degli utenti sembra quantomeno suggerire la necessità di rileggerne presupposti e vicende.

Il rischio che le strutture intermedie possano riprodurre in forme nuove il fenomeno della dipendenza è un tema ricorrente in diversi passaggi del processo di de-istituzionalizzazione. Questa tendenza, documentata da diverse indagini epidemiologiche sui sistemi di psichiatria di comunità, ha determinato l'emergere di una serie di rappresentazioni metaforiche: "il demone della cronicizzazione" (CHANOIT 1977), che si insidia nelle strutture intermedie alimentato dal perdurare indefinito della dipendenza dei pazienti, o l'immagine del "labirinto" istituzionale, dal quale può risultare molto complesso uscire (MORONI, BERTOLOTTI, BOIENTI 1998), sono soltanto alcuni degli esempi. Studi osservazionali condotti in contesti residenziali hanno contribuito a dare consistenza a queste immagini (DE GIROLAMO *et al.* 2002), mettendo in discussione il carattere – dichiarato programmaticamente – "transizionale" di queste strutture (LORA *et al.* 2004).

Se da un lato il protrarsi della presa in carico può essere compreso come indizio di una situazione morbosa, nella quale aspetti inerenti alla psicopatologia interagiscono con risposte istituzionali che danno luogo al progressivo ridursi delle prospettive evolutive, dall'altro esso può essere anche legittimamente interpretato come il tentativo da parte del servizio di adeguarsi ai bisogni a lungo termine dei pazienti (WIERSMA *et al.* 1995). Non è dunque raro, nell'ambito dei dispositivi di cura e riabilitazione rivolti a persone con disturbi psichici, osservare il crearsi di circoli viziosi che ripropongono in forme nuove la dipendenza istituzionale, con le sue conseguenze negative e "cronicizzanti" (MAONE 2007)¹⁶. Tentare un'interpretazione del fenomeno implica una considerazione comprensiva di aspetti di varia natura, non priva di elementi complessi e persino contraddittori. Entra in gioco infatti tutta una serie di macro e micro-fattori che interagiscono incessantemente, tra i quali si possono individuare le dimensioni intrinseche ai disturbi psichici e al loro decorso, i comportamenti e le attitudini di familiari, caregiver e operatori, la presenza di vincoli istituzionali e normativi, nonché di pregiudizi sociali (*ibidem*).

Tale complessità non sembra dialogare efficacemente con alcune rappresentazioni ricorrenti – o almeno così è stato nella mia ricerca – della rete di salute mentale, che la interpretano variamente come un circuito o come un insieme finito di persone (“la rete siamo noi”), oscurandone il potenziale generativo. Sfuggevole e sfuggente rimane, in questo quadro, l’idea che la salute mentale sia una responsabilità collettiva, che riguarda tutti. Allo stesso tempo, quella che si realizza è una “presa in carico” che rischia di restare una forma di “intrattenimento”, densa di pratiche che costruiscono piccole nicchie di “cittadinanza diminuita”: una cittadinanza che si ottiene in cambio della contropartita della collaborazione, dell’adeguamento alla cultura e della dipendenza dall’organizzazione del servizio (NEGROGNO 2016).

L’Organizzazione Mondiale della Sanità descrive la riabilitazione psicosociale come un processo volto a offrire alle persone che vivono un disagio psichico tutte le opportunità affinché possano raggiungere il proprio livello ottimale di funzionamento indipendente all’interno della comunità d’appartenenza. Ciò implica sia un miglioramento delle competenze individuali sia l’introduzione di modificazioni ambientali, tali da creare le condizioni per il raggiungimento della migliore qualità di vita possibile per chiunque viva una sofferenza psichica. Un tale tipo di intervento è parte essenziale di una presa in carico che voglia definirsi “globale” e che coinvolga il contesto sociale (famiglia, lavoro etc.), il servizio e le strutture intermedie di riferimento, e il terzo settore (cooperative sociali, associazioni di promozione sociale, associazioni di volontariato, organizzazioni non governative, onlus, etc.). Le evidenze internazionali e nazionali sottolineano come la presenza di reti di cura integrate nell’ambito della salute mentale, con il coinvolgimento di attori diversificati e saperi “altri”, garantisca efficacia e rappresenti un punto di forza. Tuttavia, nel panorama attuale, i dipartimenti deputati alla cura e alla tutela della salute mentale spesso adottano un approccio più orientato alle emergenze, all’intervento sul sintomo e sul funzionamento individuale, in cui si perde la continuità (e dunque l’efficacia) del percorso di cura nella rete di interazioni, generando un’inevitabile frammentazione nell’offerta. Ne deriva che i sistemi professionali di presa in carico corrono il rischio di centrare la loro azione sui loro stessi servizi, piuttosto che sulle persone e le collettività; si muovono, per così dire, nell’ambito di un paradigma «problema-soluzione», i cui sintomi, come anche i punti di rottura, sono visibili a partire da come psichiatri, assistenti sociali e operatori mettono a punto i progetti individuali. Tuttavia, agire unicamente in senso riabilitativo, lavorando su singole *skill*

o circostanze contingenti, pone lo scenario esistenziale sullo sfondo, con la conseguenza diffusa di proporre risposte che vanno oltre il livello di realtà in cui si muovono i bisogni, creandone piuttosto degli altri (BASAGLIA, BASAGLIA ONGARO 1975). L'adozione di un paradigma problema-soluzione impedisce infatti di leggere le esperienze e i molteplici significati che gli individui attribuiscono alla propria storia come fattori interattivi e sinergici nel processo di definizione e trasformazione del disagio psichico. Si assiste dunque a pianificazioni che tendono a perdere il nesso con il mondo della vita, dando luogo a circoli viziosi all'interno dei quali al "cliente-utente" viene chiesto di adattarsi a servizi e trattamenti predefiniti e standardizzati. Questa tautologia può tradursi in una "profezia che si auto adempie", che mette la persona in una condizione di "impotenza appresa" (SELIGMAN 2005), moltiplicando innaturalmente bisogni e conseguenti interventi. Anche i dispositivi della personalizzazione – come i progetti riabilitativi – risentono di questa impostazione, limitandosi spesso a posizionare la persona dentro percorsi di fruizione di prestazioni prefissate, pensate "a monte" nell'ambito di accurate programmazioni delle azioni professionali. In questa sorta di neo-taylorismo, ogni attività ha una sua giustificazione interna, intesa come possibilità di perseguire l'uno o l'altro obiettivo, in termini clinici e riabilitativi (FRANCHINI 2022).

Il rischio è quello di "appiattirsi" su pratiche ripetitive e vincolanti. Pratiche di cui non si conosce (o riconosce) la grammatica, sganciate dai mondi relazionali e da un sistema di salute mentale la cui quotidianità è invece caratterizzata dall'imprevisto e dall'eccezionalità. Non si tratta di attuare solo una decostruzione dei saperi e delle pratiche che costituiscono la trama della psichiatria territoriale, ma anche di risignificarli. Alla luce di cosa? Concentrare l'attenzione sulle narrazioni sembra essere una delle soluzioni possibili per uscire dal vicolo cieco che si viene a creare. Guardare alle storie dunque, poiché è in esse che azione e relazione si intrecciano, lasciando intravedere nuovi nodi da interrogare. In tal senso, le storie presentate interrogano la praticabilità stessa della separazione e della dimissione del paziente, anche a fronte di una comunione – almeno dichiarata – di intenti, portando inoltre a riflettere sulla complessità delle dinamiche separative, specie in assenza di una rete esterna, più o meno formale.

Sono storie che inducono a riflettere anche sulla dimensione della residenzialità, settore che, a livello regionale, assorbe la maggior parte degli investimenti destinati alla salute mentale¹⁷. Un aspetto che è stato e rimane un'asse centrale nelle vicende della psichiatria: «la storia della psichiatria è storia di case, più o meno vigilate» (SARACENO 1995: 81). Tuttavia, benché

esteso nel tempo, il percorso all'interno della struttura-casa rappresenta "solo" un segmento della storia del paziente e può accadere che, in mancanza o carenza di azioni successive appropriate, i risultati raggiunti grazie ad esso rischino non solo di non evolvere ulteriormente, ma persino di vanificarsi. Queste tendenze sono leggibili all'interno di meccanismi che riguardano la bio-medicina in senso ampio, nella quale si riscontra una diffusa difficoltà a "prendere in carico" quelle che sono le dimensioni sociali e soggettive dei pazienti (LUPO 2014).

Favorire efficaci ed effettivi percorsi di *recovery* implica necessariamente uno spostamento dell'attenzione dalla malattia e dai suoi sintomi alla totalità della persona, vista nella sua interezza, come portatrice di diritti, di una storia esistenziale e di una rete di appartenenza. Quando questa comprensione "globale" viene a mancare, si corre infatti il rischio di promuovere una cittadinanza "dimezzata", "deficitaria", e non una cittadinanza "piena", in grado di garantire che il concreto esercizio dei diritti possa accrescere complessivamente le possibilità e capacità di scelta e di azione degli utenti (DELL'ACQUA 2003). Detto in altre parole,

la costruzione del diritto di cittadinanza come asse prioritario non è una scelta solo etica ma anche tecnica: soltanto il cittadino pieno potrà esercitare i suoi scambi (e con essi scambiare anche follia) mentre il cittadino dimezzato non saprà che farsene delle acquisite (se davvero acquisite) abilità relazionali, poiché non avrà diritto né accesso all'esercizio di relazioni o accederà a relazioni deprivate della materialità che le rende reali (SARACENO 1995: 65).

Non vi sarà una tecnologia da applicare al soggetto, ma semplicemente una prassi che, utilizzando la conoscenza del "patrimonio di rischi e protezioni" che il soggetto stesso detiene, lo accompagni nella costruzione di spazi negoziali in grado di generarle. Uscire dal meccanismo dell'"intrattenimento" (SARACENO 1995) implica un ripensamento di paradigmi e modelli, una ricerca teorico-pratica orientata a operare «microrotture della miriade di microintrattenimenti» (ivi: x) e a disvelare la molteplicità di risorse e possibilità di azione che concorrono alla ricostruzione e restituzione della piena cittadinanza del paziente psichiatrico, mantenendo un rapporto vitale con il territorio e le solidarietà primarie.

L'urgenza è quella di chiedersi, in sostanza, come possa avvenire il passaggio da servizi centrati sul controllo e sulla gestione del sintomo a una trasversalità che garantisca l'offerta di una più ampia gamma di risorse e opportunità in grado di facilitare i processi di *recovery*, autonomia e benessere. Certamente, una considerazione olistica della persona richiede

la promozione di azioni intersettoriali – da realizzare attraverso modalità di lavoro innovative e *partnership* che coinvolgano i servizi psichiatrici, sociosanitari ed altre agenzie – che pongano al centro la risposta ai bisogni complessivi dell'individuo e della sua rete, prefigurando scenari di *welfare* comunitario (MEZZINA 2016). L'inclusione di nuove competenze deve accompagnarsi a un cambiamento di pensiero nei confronti del disagio psichico, che sposti il *focus* dalla disfunzione e dalla sintomatologia ai concetti di *agency* e *empowerment*.

L'invito è quello di considerare il contesto e il paziente come un sistema complesso e indivisibile, “così come indivisibile è per qualunque individuo la relazione-vincolo tra soggetto e intersoggettività” (SARACENO, GALLIO 2013):

Merleau-Ponty diceva che un soggetto in sé non è conoscibile dall'altro (e dunque nemmeno una malattia in sé), ma che si possono cogliere soltanto interazioni psicologiche e materiali, sono queste interazioni operative – tra il paziente e gli altri, tra la persona e i luoghi in cui si svolge la sua vita materiale, tra l'utente di un servizio e le risposte che riceve – il patrimonio a cui possiamo avere accesso e che può modificarsi in forza di un intervento che crei le condizioni affinché il soggetto possa esercitare più scelte. Gli strumenti di cui disponiamo sono essenzialmente l'ascolto, la solidarietà, il creare occasioni discorsive di confronto tra gli interessi del paziente e quelli della famiglia; soprattutto possiamo modificare il contesto di vita quotidiana della persona, favorendo i suoi scambi materiali e affettivi con gli altri (ivi: 34-35).

L'invito, dunque, è racchiuso nel *Mind the gap!*¹⁸ a cui faccio riferimento nel titolo, attraverso cui si vuole suggerire la necessità di prestare attenzione e cura al divario che si viene a creare tra un quotidiano trascorso all'interno della struttura e l'esistenza rinnovata che prende forma oltre le sue mura. In corrispondenza di quello che sembra il passaggio più delicato del processo riabilitativo ci si trova infatti spesso di fronte a un *vacuum*: un vuoto di opportunità, supporti e soluzioni.

Note

⁽¹⁾ Nello specifico, il contributo rappresenta una versione rivista e aggiornata degli argomenti trattati nel quarto e nel quinto capitolo della mia tesi di dottorato (*Reti di salute mentale di comunità. Percorsi etnografici tra pratiche e storie quotidiane della psichiatria territoriale*, tutor: Massimiliano Minelli). Parte dei contenuti di questo saggio sono stati inoltre presentati in occasione del V Convegno Nazionale della Società Italiana di antropologia medica (SIAM), “Antropologia e diritto alla salute”, tenutosi a Bologna tra il 16 e

il 18 gennaio 2025. Si ringrazia la Redazione di “AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica” e i revisori anonimi per l’attenta lettura e i preziosi suggerimenti.

(2) Per la ricostruzione di questo passaggio della ricerca si rimanda a RONDINI 2024.

(3) Da un lato, quello dell’*Actor-Network Theory* (LATOURE 1993, 2005) è stato ritenuto l’approccio teorico-metodologico più adatto a esplorare possibili modelli di relazioni e come questi vengono assemblati in situazioni particolari. L’adozione di tale prospettiva consente infatti di spostare l’accento sul dinamismo e sul cambiamento, e di comprendere la realtà osservata, per quanto configurata dal network, come qualcosa di precario, molteplice e mutevole. D’altra parte le pratiche, nel loro rapporto con la struttura sociale, costituiscono l’orizzonte di senso entro cui si collocano gli interventi della psichiatria territoriale. Leggere, in chiave bourdesiana, la salute mentale come un “campo di pratiche” (BOURDIEU 1992, 2003) conduce a concepirla come uno spazio socialmente strutturato con i propri principi regolativi emergenti, dotato di una forza specifica che condiziona azioni e reazioni degli attori sociali che si muovono al suo interno. Nella prospettiva dell’*Actor-Network Theory* e dell’analisi delle pratiche quotidiane, non era intenzione della ricerca rappresentare una rete, per ridisegnarla; occorreva piuttosto comprenderne le dinamiche, descrivendo e valorizzando il suo carattere autopoietico.

(4) Per approfondimenti sul ruolo della dimensione emotiva nella ricerca etnografica si rimanda a LUTZ, WHITE 1986, FAVRET-SAADA 1977, 1990, PUSSETTI 2010, ROSALDO 2013.

(5) L’Autrice sottolinea come la parola “abitare” abbia la radice comune al verbo latino *habeo* nel senso di “avere”, “continuare ad avere”, cioè “avere consuetudine in un luogo” (RAMI CECI 2000: 28).

(6) Entro questo orizzonte, teorico ed empirico, un nome di rilievo è certamente quello di Daniel Miller, che ha fatto della casa (o meglio, delle case) l’oggetto centrale delle sue indagini. Lungi dal considerarla un luogo statico, Miller si rifà a una micro-etnologia capace di identificare l’abitazione come spazio dinamico e “campo di pratiche” (BOURDIEU 2001, 2003), per mezzo della quale è possibile indagare le modalità di appropriazione degli oggetti, le rappresentazioni del mondo e le cosmogonie domestiche (MILLER 2001).

(7) Sfuggendo a un inquadramento codificato, la presenza di un antropologo può infatti trasmettere «una disorientante indecifrabilità identitaria dalla quale può affrancarsi attraverso l’integrazione in uno dei gruppi formalizzati» (PASQUARELLI 2020: 63).

(8) Si trattava nello specifico dei seguenti libri: AMBROGIO SANTAMBROGIO, *Costruizioni e scienze sociali*; UMBERTO ECO, *Vocali*; DAVIDE SPARTI, *Sopprimere la lontananza uccide*; RICCARDO ALLODI, LORENZA GATTAMORTA (a cura di), *Persona in sociologia*; MARCO BASTIANELLI, *Oltre i limiti del linguaggio*; RICCARDO MARTINELLI, *Misurare l’anima. Filosofia e psicofisica da Kant a Carnap*; AA.VV. *Pensare il medesimo II. Studi in onore di Edoardo Mirri*.

(9) L’associazione nasce 2008 per volere di alcuni operatori, volontari e utenti. L’intento è quello di rimodulare l’esperienza sportiva, ridefinendone efficacia ed efficienza attraverso azioni mirate alla costruzione di realtà stabili, attraverso un lavoro riabilitativo-fisico-relazionale. A tal fine, vengono proposte le seguenti attività sportive: gin-

nastica dolce, pallavolo e calcetto. L'associazione prende inoltre parte a tornei che coinvolgono alcune strutture territoriali intermedie del perugino.

⁽¹⁰⁾ La borsa lavoro è uno strumento che il Dipartimento di Salute Mentale può utilizzare a favore degli utenti dei propri servizi per facilitarne l'inserimento nel mercato professionale. Si integra nel progetto riabilitativo personalizzato, qualora se ne determini l'opportunità terapeutica. I potenziali beneficiari sono utenti affetti da patologia psichiatrica, in carico ai Centri di Salute Mentale, che non siano già inseriti in strutture residenziali a media o alta intensità assistenziale. Le borse lavoro possono essere inquadrate come attività di formazione tirocinio (non produttivo) o essere finalizzate all'assunzione. Hanno durata variabile, compresa tra gli otto e i dodici mesi, sono rinnovabili e prevedono, in relazione alle condizioni cliniche dell'utente, modalità flessibili di effettuazione della prestazione lavorativa da un minimo di 40 ore ad un massimo di 80 ore settimanali, articolate su due o più giorni lavorativi e con un limite massimo giornaliero di cinque ore complessive. L'attivazione delle borse lavoro non determina l'instaurazione di un rapporto di lavoro. Le borse lavoro sono incompatibili con qualsiasi altro reddito derivante da attività di lavoro dipendente o autonomo.

⁽¹¹⁾ Istituita dall'articolo 12 della Legge 118 del 30 marzo 1971, la pensione di invalidità civile comporta il riconoscimento di una serie di benefici, a carico dell'INPS, previo accertamento dell'effettiva difficoltà da parte del richiedente a svolgere le attività tipiche della vita quotidiana, lavorativa o di relazione. Nel caso in cui la sua malattia rientri tra quelle previste, il soggetto interessato può beneficiare innanzitutto dell'assegno mensile di assistenza, qualora l'invalidità superi il 74%. Il beneficiario dell'assegno deve avere un'età compresa tra i 18 e i 65 anni e tre mesi, essere privo di impiego e il suo reddito annuo personale non deve superare la somma di 4.805,19 euro. Le patologie psichiatriche croniche che consentono l'ottenimento di questa agevolazione economica sono le seguenti: ritardo mentale grave e profondo, disturbo bipolare I, disturbo schizoaffective, depressione maggiore con episodi ricorrenti, schizofrenia residuale o schizofrenia di tipo disorganizzato, paranoico, catatonico o non specificata, disturbo di tipo anamnesico persistente indotto da sostanze e anoressia nervosa che causa un deficit grave. A tutte queste patologie croniche si riconosce un grado di invalidità del 100%. L'unica eccezione è rappresentata dall'anoressia nervosa grave a cui si può riconoscere una invalidità variabile tra il 75% e il 100%.

⁽¹²⁾ È un "dolore ostinato" (BENEDEUCE 2007: 243), quello della nostalgia, una nozione che richiama una sorta di lacerazione della trama di riferimenti che rappresentano le basi della nostra esperienza vitale, configurandosi come "uno sfaldamento progressivo che disarticola immagini, ricordi e voci, e mette in crisi il senso di continuità della nostra esistenza e identità" (ivi: 247). Dal greco, "dolore del ritorno". È al medico svizzero Höfer che dobbiamo la prima formulazione clinica del concetto, nel XVII secolo; egli aveva infatti rilevato la presenza di una serie di disturbi (ad esempio, febbre, astenia, inappetenza, apatia) tra i soldati mercenari svizzeri al seguito delle truppe francesi, affezioni che miglioravano visibilmente, fino a guarire del tutto, nel momento in cui i pazienti facevano ritorno al paese di origine (ivi: 243-263). Per una fenomenologia critica della nostalgia si rimanda a BENEDEUCE 1998: 29-61.

⁽¹³⁾ Già in epoca coloniale, Porot notava come i nativi allontanati dalla propria terra d'origine, rimanessero fortemente legati ad essa e si abbandonassero al sentimento

nostalgico del tempo vissuto in patria, anche se spesso si trattava di un passato ingrato (POROT 1918). In particolare, la *maladie du souvenir* – così viene definita la nostalgia nell'Ottocento – mostrava una maggiore incidenza tra coloro che, approdati nel “nuovo mondo”, erano più restii ad entrare in contatto con la cultura d'arrivo e rimanevano dunque più isolati. In quello stesso periodo, le osservazioni cliniche sulla salute mentale degli immigrati cominciano a trovare uno spazio regolare nelle pubblicazioni scientifiche; tuttavia, per molti anni, esse hanno presentato caratteristiche essenzialmente aneddotiche, partecipando alla creazione e diffusione di stereotipi e pregiudizi contro i migranti, presentati non di rado come soggetti con una certa tendenza alla vulnerabilità psichica (cfr. FOVILLE 1875, ØDEGAARD 1932).

⁽¹⁴⁾ È un punto degno di nota, poiché il significato attribuito al termine in altri ambiti, ad esempio quello dell'informatica, va in una direzione completamente diversa, se non del tutto opposta. In questo settore infatti, con *recovery* ci si riferisce a un insieme di procedure volte a recuperare le informazioni registrate nella memoria centrale, al fine di ripristinare il corretto funzionamento del sistema in cui si sia verificata una condizione di errore. Tale accezione non fa riferimento a una “ripresa”, descrivendo piuttosto il ritorno a una condizione originale.

⁽¹⁵⁾ Tra i fattori associati alla realizzazione di un percorso efficace in tal senso, vengono individuati la presenza di una rete relazionale, il raggiungimento di una sicurezza economica e l'ottenimento di un lavoro soddisfacente (BONNEY, STICKLEY 2008; RAMON, HEALY, RENOUF 2007). Tali obiettivi sono da perseguire in un ambiente che preveda la crescita personale, sviluppi la resilienza allo stress e alle avversità, consentendo al tempo stesso alle persone di sviluppare prospettive culturali e spirituali; un ambiente che sia in grado, soprattutto, di fornire il supporto di cui la persona necessita nei suoi momenti più critici (JACOB 2015).

⁽¹⁶⁾ Molte delle analisi condotte su questo tema si sono focalizzate su un aspetto considerato centrale entro tale quadro, quello dell'interazione fra pazienti e operatori. Si tratta per lo più di studi orientati da un approccio di derivazione psicoanalitica. Alcuni hanno messo in evidenza il rischio di una dipendenza reciproca illimitata, motivata almeno in parte dalla debolezza delle forze coesive del Sé riscontrabile in un'ampia categoria di utenti (CORREALE 1991). In tale direzione, Pazzagli e Rossi individuano questa relazione di dipendenza curante-curato come “nuova patologia” o “patologia seconda” (PAZZAGLI, ROSSI 1991). Chi ha osservato queste dinamiche in ambiti simili, sottolinea come la loro causa sia da rintracciare nella necessità di favorire, durante la fase di inserimento, “lo sviluppo di un rapporto simbiotico-fusionale, preludio indispensabile per dare avvio ai primi movimenti identificativi [...] e per la costruzione di un’“alleanza terapeutica”. Il rischio implicito di questo passaggio è che la gratificazione ottenuta alimenti idealizzazioni durevoli, sia nei pazienti che nei curanti), rendendo complessa l'attuazione della dimissione (AGRIMI, VIGORELLI 1998).

⁽¹⁷⁾ Cfr. STARACE, MINGUZZI 2021.

⁽¹⁸⁾ L'espressione (in italiano, “attenzione al vuoto!”) è nota per essere utilizzata come avvertimento ai passeggeri della Metropolitana di Londra che vengono invitati, per la loro sicurezza, a prestare attenzione allo *spazio che si forma tra la banchina della stazione e lo scalino metallico del vagone*, nella fase di salita e discesa dal mezzo.

Bibliografia

- AGRIMI E., VIGORELLI M. (1998), *La Comunità Terapeutica per giovani psicotici adulti. Introduzione*, pp. 315-323, in FERRUTA A., FORESTI G., PEDRIALI E., VIGORELLI M. (a cura di), *La Comunità Terapeutica. Tra mito e realtà*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- APOLITO P. (2006), *Con la voce di un altro. Storia di possessione, di parole di violenza*, L'Ancora del Mediterraneo, Napoli.
- ARUTA A. (2011), *Shocking Waves at the Museum: The Bini-Cerletti Electro-Schock Apparatus*, "Medical History", Vol. 55: 407-412.
- BACHTIN M. (1968 [1963]), *Dostoevskij. Poetica e stilistica*, Einaudi, Torino.
- BACHTIN M. (1997), *Estetica e romanzo. Teoria e storia del discorso narrativo*, Einaudi, Torino.
- BASAGLIA F., BASAGLIA ONGARO F. (1975), *Crimini di pace. Ricerche sugli intellettuali e sui tecnici come addetti all'oppressione*, Einaudi, Torino.
- BENEDEUCE R. (1998), *Frontiere dell'identità e della memoria. Etnopsichiatria e migrazioni in un mondo creolo*, FrancoAngeli, Milano.
- BENEDEUCE R. (2007), *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra storia, dominio e cultura*, Carocci, Roma.
- BODEI R. (2009), *La vita delle cose*, Laterza, Bari-Roma.
- BONNEY S., STICKLEY T. (2008), *Recovery and Mental Health: A Review of the British literature*, "Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing", Vol. 15: 140-153.
- BOURDIEU P. (1992), *Risposte. Per un'antropologia riflessiva*, Bollati Boringhieri, Torino.
- BOURDIEU P. (1995 [1994]), *Ragioni pratiche*, Il Mulino, Bologna.
- BOURDIEU P. (2001 [1979]), *La distinzione. Critica sociale del gusto*, Il Mulino, Bologna.
- BOURDIEU P. (2003 [1972]), *Per una teoria della pratica. Con tre studi di etnologia cabila*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- CHANOIT P.-F. (1977), *Hôpital de Jour ou asile de jour?*, "Revue de Médecine Psychosomatique", 1977: 205-208.
- COLEMAN R. (2001 [1999]), *Guarire dal male mentale*, Il Manifesto Libri, Roma.
- CORREALE A. (1991), *Il campo istituzionale*, Borla, Roma.
- CROSSLEY N. (2008), *Networking Out*, "British Journal of Sociology", Vol. 59(3): 475-500.
- CROSSLEY N., BELLOTTI E., EDWARDS G., EVERETT M.G., KOSKINEN J., TRANMER M. (2015), *Social Network Analysis for Ego-Nets*, SAGE Publications, London.
- DE GIROLAMO G., PICARDI A., MICCIOLO R., FALLOON I., FIORITTI A., MOROSINI P. for the PROGRES GROUP (2002), *Residential Care in Italy. National Survey of Non-Hospital Facilities*, "British Journal of Psychiatry", Vol. 181: 220-225.
- DEI F. (2019), *Prefazione*, pp. 9-14, in QUARTA L. (a cura di), *Resti tra noi. Etnografia di un manicomio criminale*, Meltemi, Milano.
- DELL'ACQUA P. (2003), *Fuori come va? Famiglie e persone con schizofrenia. Manuale per un uso ottimistico delle cure e dei servizi*, Feltrinelli, Milano.
- DOUGLAS M., ISHERWOOD B. (1984 [1978]), *Il mondo delle cose. Oggetti, valori, consumo*, Il Mulino, Bologna.

- FAKHOURY, W.K.H., PRIEBE S., QURAIISHI M. (2005), *Goals of New Long-Stay Patients in Supported Housing: A UK Study*, "International Journal of Social Psychiatry", Vol. 51: 45-54.
- FAVRET-SAADA J. (1977), *Les Mots, la Mort, les Sorts*, Gallimard, Paris.
- FAVRET-SAADA J. (1990), *About Participation*, "Culture, Medicine, and Psychiatry", Vol. 14(2): 189-199.
- FIORUCCI M. (2019), *Giovani in transizione. I nuovi italiani tra doppia appartenenza e doppia assenza*, pp. 75-85, in MADRUSSAN E. (a cura di), *Crisi della cultura e coscienza pedagogica. Per Antonio Erbetta*, Ibis, Como-Pavia.
- FOULKES H. (1974), *Analisi terapeutica di gruppo*, Bollati Boringhieri, Torino.
- FOVILLE A. (1875), *Les Aliénés voyageurs ou migrants. Étude clinique sur certains cas de lyémanie*, "Annales Médico-Psychologiques", Vol. 5(14): 2.
- FRANCHINI R. (2022), *Le RSA: non se, ma come. Criteri organizzativi e metodologici*, "Spiritualità e Qualità di vita", Vol. 13, 2022: 7-18.
- FRANK E., PRIEN R.F., JARRETT R.B., KELLER M.B., KUPFER D.J., LAVORI P.W. et al. (1991), *Conceptualization and Rationale for Consensus Definitions of Terms in Major Depressive Disorder: Remission, Recovery, Relapse, and Recurrence*, "Archives of General Psychiatry", Vol. 48(9): 851-855.
- HANNERZ U. (2001), *La diversità culturale*, Il Mulino, Bologna.
- JACOB K.S. (2015), *Recovery Model of Mental Illness: A Complementary Approach to Psychiatric Care*, "Indian Journal of Psychological Medicine", Vol. 37(2): 117-199.
- LORA A., CONTARTESE A., FRANCO M., LO MAGLIO M.C., MOLTENI E., PALLAVICINI A., RASI E., ROSSINI M. (2004), *L'efficacia nella pratica delle strutture residenziali territoriali: uno studio osservazionale*, "Epidemiologia e Psichiatria Sociale", Vol. 13: 198-208.
- LUPO A. (2014), *Antropologia medica e umanizzazione delle cure*, "AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica", 37: 105-126.
- LUTZ C., WHITE M.G. (1986), *The Anthropology of Emotions*, "Annual Review of Anthropology", Vol. 15: 405-436.
- MAONE A. (2007), *La Comunità Terapeutica nel continuum dell'assistenza a lungo termine*, disponibile all'indirizzo: www.mitoerealta.org/images/relazioni/Maone.doc (consultato il 13 novembre 2021).
- MELONI P. (2013), *Oggetti di vita quotidiana e relazioni sociali: una riflessione sugli studi di Daniel Miller*, "Lares", Vol. 79(2-3): 353-362.
- MEZZINA R. (2016), *Creating Mental Health Services without Exclusion or Restraint but with Open Doors – Trieste, Italy*, "La santé mentale en France et dans le monde. L'information psychiatrique", Vol. 92(9): 747-54.
- MIDDLEBOE T., MACKEPRANG T., THALSGAARD A., CHRISTIANSEN P.B. (1998), *A Housing Support Programme for the Mentally Ill: Need Profile and Satisfaction among Users*, "Acta Psychiatrica Scandinavica", Vol. 98: 321-327.
- MILLER D. (2001), *Home Possessions: Material Culture Behind Closed Doors*, Berg, Oxford.
- MILLER D. (2014 [2008]), *Cose che parlano di noi. Un antropologo a casa nostra*, Il Mulino, Bologna.
- MINELLI M. (2020), *Salute mentale e territorio*, "AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica", Vol. 21(49): 129-162.
- MINISTRONI L. (a cura di) (2020), *Restare a casa. Narrazioni della domesticità e nuove forme comunicative dell'abitare*, FrancoAngeli, Milano.

- MORONI A., BERTOLOTTI L., BOIENTI C. (1998), *L'esperienza della "Comunità Don Gnocchi" dell'Istituto Fatebenefratelli di S. Colombano al Lambro*, pp. 420-422, in FERRUTA A., FORESTI G., PEDRIALI E., VIGORELLI M. (a cura di), *La Comunità Terapeutica. Tra mito e realtà*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- NEGROGNO L. (2016), *Forme di interlocuzione di utenti e familiari nei servizi di salute mentale. Studio etnografico sulle esperienze di partecipazione*, Tesi di dottorato, Università degli Studi di Urbino "Carlo Bo".
- ØDEGAARD O. (1932), *Emigration and Insanity. Study on Mental Diseases among Norwegian Born Population of Minnesota*, "Acta Psychiatrica Scandinavica", Suppl. 4.
- PAZZAGLI A., ROSSI R. (1991), *Schizofrenia: cronicità o bisogno inappagabile?*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- PASQUARELLI E. (2020), *Osservazioni negoziate. Prospettive e implicazioni metodologiche dell'etnografia dell'ospedale*, "Errefe", Vol. 75: 59-71.
- PITTALIS E. (2015), *Esercizi di antropologia della narrazione in una clinica neuropsichiatrica romana*, "Formazione psichiatrica", 1: 69-84.
- PITZALIS S., POZZI G., RIMOLDI L. (a cura di) (2017), *Per un'antropologia dell'abitare contemporaneo: pratiche e rappresentazioni*, "Antropologia", Vol. 4(3).
- POROT A. (1918), *Notes de psychiatrie musulmane*, "Annales Médico-Psychologiques", serie 10, Vol. 9: 377-384.
- PUSSETTI C. (2010), *Emozioni*, pp. 257-282, in PENNACINI C. (a cura di), *La ricerca sul campo in antropologia*, Carocci, Roma.
- RAMI CECI L. (2000), *La città, la casa, il valore: borghesia e modello di vita urbano*, Armando Editore, Roma.
- RAMON S., HEALY B., RENOUF N. (2007), *Recovery from Mental Illness as an Emergent Concept and Practice in Australia and the UK*, "International Journal of Social Psychiatry", Vol. 53: 108-122.
- RONDINI E. (2024), *Interazioni tra quotidiano e digitale: viaggio etnografico nella rete della salute mentale di comunità*, pp. 200-224, in TARABUSI F., GALLOTTI C. (a cura di), *Antropologia e servizi: esperienze a confronto fra ricerca e applicazione*, Ledizioni, Milano.
- ROSALDO R. (2013), *The Day of Shelly's Death, the Poetry and Ethnography of Grief*, Duke University Press, Durham - London.
- SAYAD A. (2002 [1999]), *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Raffaello Cortina, Milano.
- SARACENO B. (1995), *La fine dell'intrattenimento*, Etas, Milano.
- SARACENO B., GALLIO G. (2013), *Diagnosi, common language e sistemi di valutazione nelle politiche di salute mentale*, "Aut Aut", 357: 21-35.
- SELIGMAN M.E.P. (2005), *Imparare l'ottimismo. Come cambiare la vita cambiando il pensiero*, Giunti, Firenze.
- SIMMEL G. (1989 [1908]), *Sociologia*, Edizioni di Comunità, Milano.
- SLADE M., ADAMS N., O'HAGAN M. (2012), *Recovery: Past Progress and Future Challenges*, "International Review of Psychiatry", Vol. 24(1): 1-4.
- SLADE M., LONGDEN E. (2015), *Empirical Evidence about Recovery and Mental Health*, "BMC Psychiatry", 15: 285.

STARACE F., MINGUZZI R. (2021), *Strutture e processi assistenziali della salute mentale in Italia. Indicatori SIEP*, "SIEP – Quaderni di epidemiologia psichiatrica", 8, 2021.

WIERSMA D., KLUITER H., NIENHUIS F.J., RUPHAN M., GIEL R. (1995), *Costs and Benefits of Hospital and Day Treatment with Community Care of Affective and Schizophrenic Disorders*, "British Journal of Psychiatry", Vol. 166, suppl. 27: 52-59.

Scheda sull'Autrice

Elisa Rondini, Phd in Scienze Umane, è assegnista di ricerca e docente a contratto di Antropologia culturale presso l'Università degli Studi di Perugia. Ha contribuito a vari progetti e pubblicazioni sui temi dei disturbi del neurosviluppo, della neurodiversità, della qualità di vita e della spiritualità. I suoi interessi di ricerca includono l'antropologia medica, l'etnopsichiatria, la salute mentale di comunità, le reti sociali e le risorse comunitarie, le pratiche abitative, i patrimoni e le dinamiche patrimoniali, le teorie e i metodi della ricerca etnografica.

Riassunto

Mind the gap! Storie oltre la rete della psichiatria territoriale

Le riflessioni presentate in questo contributo nascono all'interno di una ricerca etnografica condotta in alcuni servizi sociosanitari rivolti a persone con disagio psichico e finalizzata a comprendere i processi che regolano il funzionamento della rete di risorse comunitarie attive nel territorio di Perugia. In particolare, l'attenzione è rivolta ad alcune storie individuali, intercettate e ricostruite nell'ambito di una struttura residenziale: storie frammentate e polifoniche, rivelatrici delle criticità che emergono in una precisa fase del processo riabilitativo, ovvero quella in cui si pensa e/o attua la sua fine. Gli esempi presentati interrogano la praticabilità stessa della separazione e della dimissione del paziente, anche a fronte di una comunione – almeno dichiarata – di intenti, suggerendo al contempo la necessità di indagare i meccanismi che contribuiscono a complessificare le dinamiche separative in atto, specie in assenza di una rete esterna, più o meno formale.

Parole chiave: salute mentale, comunità, reti, etnografia, dimissioni

Resumen

¡Mind the gap! Historias más allá de la red de la psiquiatría territorial

Las reflexiones presentadas en este artículo nacieron dentro de una investigación etnográfica realizada en algunos servicios socio-sanitarios dirigidos a personas con trastornos psíquicos, con el objetivo de comprender los procesos que regulan el funcionamiento de la red de recursos comunitarios activos en el territorio de Perugia. En particular, la atención se centra en algunas historias individuales, interceptadas y reconstruidas en el marco de una estructura residencial: historias fragmentadas y

polifónicas, reveladoras de las dificultades que surgen en una fase específica del proceso rehabilitador, es decir, en aquella en la que se piensa y/o se lleva a cabo su finalización. Los ejemplos presentados cuestionan la viabilidad misma de la separación y el alta del paciente, incluso ante una comunión – al menos declarada – de intenciones, sugiriendo al mismo tiempo la necesidad de investigar los mecanismos que contribuyen a complicar las dinámicas separativas en curso, especialmente en ausencia de una red externa, más o menos formal.

Palabras clave: salud mental, comunidad, redes, etnografía, altas

Résumé

Mind the gap! Histoires au-delà du réseau de la psychiatrie territoriale

Les réflexions présentées dans cette contribution proviennent d'une recherche ethnographique menée dans certains services socio-sanitaires destinés aux personnes en souffrance psychique, visant à comprendre les processus qui régissent le fonctionnement du réseau de ressources communautaires actives dans le territoire de Pérouse. En particulier, l'attention est portée sur certaines histoires individuelles, interceptées et reconstruites dans le cadre d'une structure résidentielle: des histoires fragmentées et polyphoniques, révélatrices des difficultés qui émergent à une étape précise du processus de réhabilitation, à savoir celle où l'on pense et/ou met en œuvre la fin de ce processus. Les exemples présentés interrogent la faisabilité même de la séparation et de la sortie du patient, même face à une communion – du moins déclarée – d'intentions, suggérant en même temps la nécessité d'examiner les mécanismes qui contribuent à compliquer les dynamiques séparatives en cours, notamment en l'absence d'un réseau externe, plus ou moins formel.

Mots-clés: santé mentale, communauté, réseaux, ethnographie, sorties

Innovating through Transdisciplinary Knowledge

Bridging Engineering and Medicine through 3D Printing Technology

Elena Sischarenco

Università degli Studi di Bergamo
[elena.sischarenco@unibg.it]

Riassunto

Innovare tramite la conoscenza interdisciplinare: collegamenti tra ingegneria e medicina nella tecnologia di stampa 3D

Il presente articolo esplora come la collaborazione interdisciplinare tra medici e ingegneri possa promuovere l'innovazione nella produzione di tecnologie mediche, come impianti e protesi realizzati tramite stampa 3D. Attraverso un lavoro di campo condotto in Slovenia, Austria e Italia, sostengo che un'innovazione efficace richiede la traduzione tra conoscenze cliniche e ingegneristiche, anche se questo processo è spesso ostacolato da barriere comunicative, vincoli istituzionali ed epistemologie disciplinari consolidate. Analizzando esempi etnografici nel campo della manifattura additiva nei trattamenti oncologici e negli interventi di revisione dell'anca, questo lavoro mette in evidenza le sfide culturali e pratiche nel superare le divisioni disciplinari.

Parole chiave: interdisciplinarietà, conoscenza, tecnologia, innovazione, collaborazione tra medici e ingegneri

Introduction: On Epistemological Frictions

Doctors and engineers have very different types of knowledge and ways of knowing. They often speak distinct professional languages and sometimes assume that their concepts and ways of thinking are universally understood when, in fact, they are not. During my fieldwork research, I observed that the integration of these different forms of expertise was crucial to develop solutions that neither discipline could conceive alone.

Doctors have direct experience with the human body, but they often lack technical expertise. In contrast, engineers design based on models and simulations but frequently need practical problems to apply their theoretical frameworks to technologies. For example, as we will see, 3D printing can enable the creation of personalised prosthetics or anatomical models – but only if doctors and engineers collaborate throughout all phases of the process, including the idea creation and the design process.

My ethnographic vignettes illustrate tensions and moments of mutual learning during this process. A device may not be useful if it is impractical in the operating room or does not address the real needs of the patient. Effective collaboration is therefore essential. As medical anthropologists have shown (LOCK, NGUYEN 2018; GUERZONI 2020; RAFFAETÀ 2023), technologies are never neutral; rather, they emerge from situated practices and are shaped by specific social, cultural, and professional contexts, as we will see here in the negotiation between engineers' technical skills and doctors' embodied expertise. Knowledge itself is embodied through experience (STOLLER 2007: 158-181) and has a situated and relational character, which the fieldwork vignettes will illustrate. As Harris states, «any knowledge is inevitably situated in a particular place and moment; that it is inhabited by individual knowers» (HARRIS 2007: 4). Furthermore, Mol and colleagues (MOL *et al.* 2010: 14) remind us that care and technology are not separate domains but are intricately intertwined in practice: technologies «do not work or fail in and of themselves. Rather, they depend on care work».

This perspective resonates with wider discussions on the relationship between different forms of knowledge. It points to a broader epistemological divide: the long-standing distinction between the so-called hard sciences, which prioritise numerical data, and the social and human sciences, which rely on qualitative methods. This divide between forms of knowing is also reflected in how different disciplines define and handle knowledge (SISCHARENCO 2023). In the field of artificial intelligence, for example, Diana Forsythe (2001) observes that engineers tend to prioritise formal, rule-based, and explicit knowledge – that which can be easily extracted, categorised, and encoded. This inclination towards abstraction contrasts sharply with how knowledge emerges in collaborative, real-world settings, such as hospitals.

However, as Attilia Ruzzene (2023) discusses, these scientific different paradigms are not necessarily in opposition. She specifically reflects on the intersection, or *consilienza*, between these two ways of knowing. She addresses

the complementarity of “big data”, which is numerical and characteristic of the hard sciences, and “thick data,” which is typical of the human and social sciences. The term “thick data” (WANG 2013) draws from Geertz’s notion of “thick description” (GEERTZ 1973), where data emerges from the researcher’s field immersion, which allows for a rich and detailed description of the context. The immersive context from which thick data arises is key to situated knowledge. Thick data introduces complexity and depth (RUZZENE 2023) to the understanding of reality by offering insights that go beyond mere quantification. The integration of these types of data is a dialogical, experiential, and embodied process that creates a more comprehensive and situated form of knowledge. While technology is often thought to rely solely on well-defined numerical empirical data, its refinement and successful application in human environments also depend on qualitative empirical data, as the following examples will show.

In this article, I first describe my methodology before delving into my specific fieldwork observations of the creation of personalised artificial implants. I discuss the challenges that arise when knowledge is lacking on either the engineering or medical side – for instance, when reading computed tomography scans. I also investigate how interactions and collaborations begin with a focus on doctors’ availability and willingness to engage with innovative technologies to find new solutions as well as some engineers’ surprising depth of medical knowledge. Through my analysis of ethnographic vignettes on, for example, the development of 3D-printed medical devices, I explain how transdisciplinary knowledge emerges not only from shared goals but also from the friction between embodied medical expertise and engineers’ technical knowledge.

Fieldwork, 3D Printing, and the Making of Biomedical Innovation

My data comes primarily from fieldwork conducted during a 2020 Horizon project on Responsible Research and Innovation in Additive Manufacturing, commonly known as 3D printing, with case studies in both the automotive and medical sectors. My research in the project lasted approximately two years (July 2019 - October 2021) and involved numerous partners from both academia and industry. One of the project objectives was to conduct case studies for the development of innovative products in the medical field and their subsequent industrial applications. I was fully involved in these case studies not only in the ways an anthropologist would

hope (*i.e.* carrying out participant observation, closely following interactions among project partners, attending their meetings, and observing their innovation work) but also, at times, by actively facilitating and managing these encounters myself.

Many of the project collaborators were materials or mechanical engineers working in the 3D printing sector. However, in this context, I also had opportunities to interact with doctors who, although often external to the project, influenced industrial and design requirements – and, consequently, our research. In particular, while collaborating with an academic and industrial engineer in Slovenia, I had the chance to meet various doctors, communicate with them, and observe their interdisciplinary interactions. I also engaged with doctors and engineers while carrying out participant observation in a ceramic 3D printing company based in Vienna.

Beyond this project, I further enriched the data in October 2024 by conducting additional observations and interviews with colleagues from the engineering department of the University of Bergamo. Their perspectives and expertise helped me validate some of my findings and deepen my understanding of the interactions between doctors and engineers.

In the following sections, I will draw attention to my ethnographic observations of such interdisciplinary encounters to explore how they unfold and how collaborative dynamics are shaped.

Innovating through Transdisciplinary Knowledge

«Do you need to know all this?» I ask Dragan with surprise as he explains cervical cancer to me – how it develops, its different types, and how it is treated. He exclaims, «You need to get the idea; otherwise, you cannot help!» Dragan is a university professor and mechanical engineer specialised in 3D printing applications for the medical sector. His work involves frequent interactions with doctors at the local hospital. He explains that having some understanding of the medical issue is essential in order to come up with a good idea together.

Ideas are drawn in collaboration. They result from discussions about possible solutions and a wealth of shared knowledge among doctors and engineers. For an idea to be produced, Dragan needs some understanding of the medical issue and what is happening. He describes to me the typical interaction: «Usually, the doctor comes with a problem to solve or a rough

idea of what he needs, and we talk and try to find the best solutions together». In other words, the doctor presents the problem to the engineer, who translates it into a technical challenge and considers possible solutions to design. The problem should be detailed and include the current methods and their limitations.

In the case Dragan explains to me, which I take here as an example, it is important to know that an instrument called the Stockholm applicator is used to irradiate cancer cells in this specific type and stage of cancer. A wire with a radioactive head is inserted into the holes of the applicator to target the tumoral cells while protecting the healthy ones from radiation exposure. The standard applicator is already in use, but a customised version allows for patient-specific irradiation based on the exact location of their tumoral cells. Additive manufacturing has made this level of customisation possible.

Many of my informants talk about customisation as the future of the medical sector, though some remain sceptical due to the high costs still associated with this kind of medicine. They point out that while 3D printing enables patient-specific solutions, widespread adoption depends on reducing production expenses and ensuring regulatory approval. Despite these challenges, the medical field shows a growing interest in exploring how additive manufacturing can make personalised treatments more accessible and efficient.

Thinking outside the frameworks of the usual technology can be challenging for anyone, not only for the doctors, as Daniel, a medical field specialist and salesperson at the company in Vienna, tells me, «It's about what you're used to. You don't naturally consider that a different solution could also work because it has always been done the same way». He highlights the challenges of introducing innovation, particularly in the medical sector, where established practices make it difficult to imagine that problems could be tackled in other ways with possibly better results. Overcoming this resistance often requires knowledge as the first step as well as a shift in mindset and trust in new technologies.

Daniel adds, «They really need to understand the potential of the technology, how to use it effectively, and what they can achieve with it». Without this knowledge, established practices remain unchanged – even when better alternatives exist – and certain problems remain unsolved.

In Dragan's example, ideas take shape through direct conversation, where understanding the medical issue is seen as a necessary starting point. How-

ever, not all collaborations follow this model. At the company in Vienna, I witnessed how the absence of shared knowledge can lead to confusion or missed opportunities. In the following vignette, I describe one such moment, when a lack of context around a printed object reveals the limits of communication, the challenges of interdisciplinary work, and the difficulty of innovating.

We are seated in the dining hall at a long table. Alfred, an expert 3D printing technician, and another engineer from the company examine a small cylinder, rolling it between their fingers. I approach them, and they explain that there is an extremely small hole inside, which is designed for a liquid to pass through. I continue asking questions. The client is one of their regular service providers, but they usually don't know what the objects are actually used for.

I immediately realise that this is a major problem. How can you optimise an object if you don't know its function or final application? Alfred agrees, adding that certain components are cylindrical simply because traditional manufacturing methods require them to be that shape. However, with additive manufacturing, these objects could be designed differently if more engineers had a deeper understanding of the possibilities. Many engineers still lack sufficient knowledge of additive manufacturing, which limits their ability to rethink designs beyond conventional constraints. This can be easily translated to the medical field. If engineers could design more effectively with more knowledge of technological innovations, we can imagine that such knowledge could also greatly impact doctors by enhancing their understanding of how new technologies can be applied to their field and improving their efforts to tackle medical problems.

Notably, innovation does not depend solely on doctors' knowledge and willingness but also on the broader social system that funds and enables it. Dragan explains, «It depends on where you live, how insurance works, and what is covered by public funding – essentially, what doctors are allowed to do». He continues, «If you have a system where insurance companies and lawyers are just waiting to make things difficult, it can completely stall any development». Dragan's words highlight how financial and legal structures can facilitate or hinder medical innovation, thus shaping what is ultimately possible in practice. However, this topic is beyond the scope of my discussion, which focuses on the exchange of knowledge between engineers and doctors and the consequences of such encounters.

Acquiring Medical Knowledge and Engaging with Technologies

The knowledge of medicine that Dragan possesses is astonishing. He is an engineer, not a doctor, but he explains procedures and illnesses to me with precision and accuracy. After getting to know his work better and spending some time with him, I understand where much of his knowledge comes from.

We are sitting in the car of a doctor named Matteas, whom Dragan works with. We are travelling to the coast of Slovenia for a conference on medicine, where Dragan and Matteas will give a presentation. By presenting at medical conferences, Dragan explains, they attract interest in their work, which is a good starting point for launching new collaborations. After such presentations, doctors often approach him with many questions, as I witness firsthand when attending the conference. After Dragan speaks, there is a great deal of interest and attention from the audience, and many doctors are eager to engage in discussion. This exchange may or may not lead to future collaboration, but sharing knowledge remains essential.

In the car, we laugh about Dragan's vast medical knowledge. He recalls a cancer diagnosis he recently made when studying for a hip revision. As for procedure, he started to analyse the computed tomography (CT) scan of a patient and discovered that a huge ball was covering part of the scan. He immediately ran to the doctor's office and showed the scan image to the doctor, asking, «What is this?!» Matteas laughs as he remembers this accident.

Dragan and Matteas recently worked on hip revisions. If for any reason a defect to the bone is detected after some years of using the artificial implant, a revision operation to the hip should be carried out. Matteas explains, «Often, big defects have been developed because there was no follow up after the operation, for instance». He says, «a bacterial infection can occur that caused an inflammatory response of the body and subsequent bone loss». In such cases, the implant moves from the original position, and a revision is very much needed.

I ask, «Why did you think about additive?». Matteas recounts,

My first experience with additive was ten years ago, when I saw the personalised instruments to implant an artificial knee. We first thought about the instruments in order to pass from conventional surgery to personalised one, but we did not find great advantages... the precision is not so significant, but the cost is much higher. Therefore, we stopped, and we are doing it only for special cases where it is not possible to use the standard instruments – in

the case of femoral deformity, for instance, in which you cannot drill into the canal. We just ordered two from the manufacturer, who also offers the customised tools.

Matteas realised that using additive manufacturing to produce surgical instruments is too expensive and does not offer significant advantages. However, he envisions a promising role for additive manufacturing in the production of implants, particularly in complex cases requiring revision surgeries. For instance, he recognises the great potential of customised implants designed to achieve better kinematic alignment, when the goal is to restore the patient's pre-arthritic condition rather than to simply ensure a mechanical alignment, as was commonly the case in the past.

According to Matteas, patients tend to be more satisfied when their natural previous condition is restored, even with its imperfections and defects, than when they are fitted with a standardised implant. In contrast to the standardisation of implants, which reflects broader biomedical logics, kinematic alignment challenges the "one-size-fits-all" approach that is critiqued by other anthropologists (DUMIT 2012). By prioritising patients' pre-arthritic anatomy, customised implants resist the biomedical push for standardisation – a tension that engineers like Dragan's colleague Slavo navigate when translating CT scans into customised designs. Matteas states,

After some years of using the artificial implant, there are some defects, bone defect, and with the customised implant we try to fill the defect and restore the anatomy. With the conventional technology, it is very difficult to achieve stability and restore the anatomy.

The hip operation is a well-established and relatively easy procedure. It does not require expensive customised implants unless there is a need for revision and specific bone loss which makes the usual implant impossible to use. In such special cases, the doctor would use the expertise of Dragan and his team of engineers to find a personalised solution. They even created a specific protocol to follow for the CT scan they use for the evaluation of cases. Dragan says,

We got to know the person who works with the CT scan there at the hospital, so if we need to study a case, we phone and ask to use the particular protocol that we have already tested. We need a volume to do the segmentation and take out the non-interesting parts. This volume can be processed with different algorithms, but we need to use the same protocol for all cases.

The interpretation of the CT scan is the most difficult part. Dragan and his colleague Slavo, who specialises in the additive manufacturing design, sit together with the doctor to discuss. These discussions can be lengthy.

Slavo says, «We need to be sure that what they get will be useful. The drawing (of the customised hip) in itself can take a week, but we need to be sure that we do what is needed and expected, so the meetings and talks with the doctors take much more time». The difficulty of reading the scanner is often due to free electrons that orbit around the metal creating confusion and obscuring the borders between metal and bones. There are parts, they say, that act as bones but are not bones. Extensive discussions and changes are made, usually while sitting at the same table as the doctors. By comparison, the case of a skull implant can be handled much more easily and precisely because there is nothing around to cause confusion. In such cases, «We need to interpret stuff», they tell me, «and sometimes also the doctors cannot. They are experts, but sometimes they do not know».

Slavo says, «After the meeting, we draw some conclusions and then proceed with the drawing so that when we bring the piece, it is not something new to the doctor». He adds, «Doctors are very disorganised. They prefer to open and see and rely on their experience. They do not like to plan in advance, but then there might be problems». This is why, in the case of customised hips, Dragan and Slavo plan everything ahead of time and accompany the doctor into the surgery. They say to me, «It is so new that you need to be there to explain and help the doctor with the implant».

It is only through the exchange of knowledge between engineers and doctors that such solutions can be developed and this kind of surgery can be performed. Like in the case of the Stockholm applicator, where the engineer needs to grasp the medical context to contribute effectively, the process of working on hip revisions unfolds through moments of hands-on learning – misreadings, sudden insights, and shared attempts to make sense of complex images and situations. These are not linear processes; knowledge is built collaboratively, often in unexpected ways, and it is in these moments – between a CT scan and a shared laugh, between confusion and clarity – that innovation becomes possible.

When Engineers Meet Doctors: Challenges and Opportunities in Communication

The exchange between engineers and doctors sometimes begins with unexpected ways of sharing and acquiring knowledge, such as through the media. Dragan recalls how a surgeon was motivated to contact him after reading an interview he had done with a local newspaper on a new proce-

cedure for skull implants using additive manufacturing. Dragan himself was still new to the employment of this technology for skull implants, but he knew people working with it and understood that it was very feasible. Dragan and the doctor started to collaborate, and the procedure has already become routine.

As we have seen, some collaborations arise spontaneously through media exposure or from the curiosity of a doctor engaged in research. These collaborations can lead to successful outcomes. However, not all doctors are as open or attentive, and daily interactions between engineers and doctors can tell a more complex story. Cases of immediate and easy connection are rare, and communication between the two fields is often far from smooth.

As I spend time in the engineering office, I often find myself having lunch with engineers who are working in medical research and development. These informal moments provide a chance to enquire about their experiences, so I take the opportunity to ask a question that is on my mind as I write this article: How is communication between you and the doctors?

Diego, a postdoctoral researcher, immediately answers: «Honestly? Usually, it does not work very well. Doctors are always incredibly busy. They often reply late, if they reply at all. Just getting a hold of them is a challenge».

Engineers and doctors operate within distinct cognitive and institutional frameworks. Often, their ways of reasoning, priorities, and timelines do not align, which generates friction in interdisciplinary work. Diego's frustration with unresponsive doctors underlines a cognitive asymmetry: clinicians prioritise urgent patient care, while engineers operate on iterative research and development timelines. This dissonance can sometimes stall collaboration.

Recently, I served as a human model to help my colleagues engineers with a programme. They took pictures of me in specific positions which would be used to train their programme. They are developing an application that can recognise and count different types of physical exercises. This idea stemmed from discussions with doctors. As they explained, the pre- and post-operative periods are among the most critical phases for heart surgery patients, as patients often feel lonely and lack continuous support. A major issue is that they are required to perform specific daily exercises to prepare for and recover from surgery. These exercises are crucial for a good result; however, without supervision, patients often skip them, claiming that they weren't sure if they were doing them correctly or that they were simply feeling unmotivated. Diego is part of a group of engineers devis-

ing a programme to help with daily motivation. To clarify the programme concept for me, Diego compares it to the language learning application Duolingo.

Diego tells me that the female cardiologist they often communicate with has a PhD and has a different mentality because of her research background. He adds, «She is always available. If we have doubts, we can contact her anytime, and the communication is fast and smooth». He explains that they often collaborate with her because, as he puts it, «You need someone who is available, who is willing to sit down and explain things in detail for us to understand the needs and come up with ideas». He concludes, «You need to talk».

Sometimes, collaborations begin with individual doctors who are particularly curious about new treatment opportunities or who have a strong connection to the world of scientific research. Their familiarity with research allows them to recognise the potential benefits of working with engineers and other specialists. These collaborations are not simply about applying existing technologies but about adapting and refining them to fit medical needs.

Knowledge is not something that can be simply transferred from one expert to another; it must be actively discussed, negotiated, and shaped through interaction. Solutions are co-constructed through these exchanges, where different perspectives come together to refine and transform medical technologies. In *The Body Multiple* (2002), Annemarie Mol describes how medical realities are not singular or fixed but are co-constructed by various actors in different settings. Using the example of atherosclerosis, she shows how the disease is enacted differently in pathology labs, clinics, and other medical spaces depending on the practices and perspectives at play. Similarly, in the case of 3D-printed heart models, engineers and doctors work together, each contributing their own knowledge and expertise, and constantly engage in dialogue to shape both the technology and the medical practice surrounding it.

This ongoing exchange does more than just refine existing tools – it actively builds a shared way of working and thinking. As researchers Jean Lave and Etienne Wenger (1991) capture with the concept of a “community of practice”, professionals who engage in sustained collaboration develop common understandings and approaches even if they come from different disciplines. In the present case, the engineers and doctors are not simply exchanging information; they are shaping the medical reality itself and

determining how 3D printing can be integrated into medical work. Their discussions are not just technical but conceptual, as they influence how medical interventions are imagined, prepared for, and carried out. Lave and Wenger (1991) also underline the social and situated nature of learning and describe communities of practice as groups who «collaborate regularly to share information, improve their skills, and actively work on advancing the general knowledge of the domain». These communities thrive on professional networking, personal relationships, and shared knowledge. In this context, engineers and doctors are not only refining technologies but also co-developing new ways of understanding and approaching medical challenges.

Combining Knowledge: The Role of Engineers in Medical Innovation

It is Tuesday, and I am at the department of engineering. At lunch, I find out that Rita, a postdoctoral medical engineer, is supposed to accompany Luca, her supervisor, to a meeting that afternoon at the main hospital in Bergamo, where they will be shown a programme doctors use for surgical training. I try to persuade Luca to let me join, but I am unsuccessful. However, he agrees to take me along to a meeting tomorrow at another clinic with a doctor they will be seeing for the first time. The goal is to present a new 3D-printed heart model created with a specialised machine and a new material. The materials used are not common plastics; they were specifically designed with biomechanical properties similar to those of heart tissue.

The next day, Luca and I meet another senior professor at the clinic. We patiently wait for the doctor to finish her visit with a patient. The doctor is specialised in radiology, particularly angioradiology. Together with her and a young female engineer who is interning there, we head to a private office for the meeting. It is a shared space used by different doctors, and it features two monitors on a circular desk and some chairs. We sit in a circle, facing each other, with the desk behind us. The doctor brings an additional chair. After a brief introduction, we begin our discussion. The 3D model is incredibly delicate; we pass it around carefully, as if we are holding an actual heart. Luca accurately explains the model and the technology employed, expressing the desire of understanding whether this material is not only marketed as having properties similar to heart tissue but also if doctors can validate this characterisation. The doctor asks about previous uses

of such models for other medical applications. Luca explains that they are designed to assist in surgical procedures and help cardiologists prepare for interventions, but he also highlights the significant costs associated with this particular type of model. The doctor replies, «Of course, this isn't done for all patients, but only in specific cases». She adds, «Just last week, I acquired the CT scan of a patient who needs a left atrial appendage closure», referring to a small sac-like structure in the heart. The senior engineer looks at the doctor and points to the exact position on the model where the prosthesis should be placed. He says, «It needs to be placed here».

The doctor explains that this type of prosthesis comes in standard sizes, and cardiologists need to know the precise dimensions of the appendage, including its structure, shape, length, and various diameters. She clarifies that the left atrial appendage is typically categorised into four main shapes, but its anatomical variations are endless. Giving an example, she describes a recent CT scan of a patient with an exceptionally small appendage. «In such cases», she explains, «the prosthesis would undoubtedly need to be custom-made». She concludes, «What's really interesting is precisely this niche of patients who fall outside the standard».

The doctor also states the reasons for closing the left atrial appendage. She explains that the procedure is necessary in patients with atrial fibrillation to prevent the formation of blood clots. The senior engineer nods in agreement, and the doctor adds, «Of course, the challenge is the ability to create a custom-made prosthesis... But what's really interesting is precisely this niche of patients who fall outside the standard». She continues, «If the surgeon has a model of the patient's heart in hand, they can make more precise evaluations – assessing the exact size, shape, and fit of the prosthesis before the actual procedure».

Bringing in more examples and case studies from her colleagues, she says, «Perhaps a custom-made prosthesis isn't necessary, but rather a modification of the existing ones». She notes that she needs to speak with the cardiologist who refers these patients to them and propose a collaboration with the university. She got the idea of working with them after attending a conference of orthopaedic specialists, who deal with similar problems but obviously require less precision. Addressing the engineers' questions, she mentions that, in the discipline, these procedures were originally carried out using pig hearts, for example. She adds, «We need to find the right approach». The engineer asks, «Do you think these models could be useful for testing before performing the procedure on a patient, especially in very

specific cases?» She explains that they currently test on a model based on two dimensions, but it's not the same as physically entering in the model with your hands. Luca then describes the various scenarios in which such a 3D print could be used, stating, «It's necessary for the cardiologist to see it and to understand if this operation test with the 3D model could be useful for them». The senior engineer holds the simplest 3D plastic model they brought along. He points to it, looks at the doctor, and says, «I imagine the cardiologist will enter from the right side of the heart». The doctor explains how the procedure works and then turns to the screen to provide a more detailed explanation of the operation.

I could continue detailing exchanges of knowledge between doctors and engineers that I have witnessed, but I will pause here for some reflection. I have described this exchange because it highlights the crucial role engineers play in developing medical technologies, and it demonstrates how such advancements emerge from shared reflections and an ongoing back-and-forth exchange of knowledge. Collaborations develop over time, especially fruitful ones, and require a deep understanding of clinicians' work to adapt existing possibilities and technologies into something that truly serves medicine.

We often assume that only doctors possess certain knowledge. Yet, in reality, engineering plays a fundamental role in hospitals. Since doctors now rely heavily on technology, they need to understand it well. Likewise, engineers are deeply involved in the world of medicine, and they need to understand doctors in order to develop everything from medical equipment to prosthetics and beyond.

I express my surprise to Luca about how well they followed the doctor's explanations, which were completely unintelligible to me. The senior engineering professor in particular asked highly specific questions, which demonstrated a thorough understanding of not only anatomy but also surgical procedures and the functional issues of the heart. Luca responds without much surprise. He simply says, «Of course, he's a biomedical engineer», as if it were completely normal.

I learn from Rita that engineers in their medical engineering specialisation (*ingegneria biochimica*) take exams on various areas of medicine, such as general medicine, cardiology, and neurology. Moreover, in their bachelor's programme, they have courses on subjects such as anatomy and biology in the industrial health engineering curriculum. She makes sure to specify that their exams are much lighter than those taken by doctors, but they

still ensure that they have enough knowledge to understand part of the language of the medical field.

The senior engineering professor's specific questions show how engineers need to understand anatomy and surgical procedures in order to create effective medical tools. This understanding comes not only from technical expertise but also from specialised training in subjects like cardiology and anatomy. Engineers in the medical field, as Rita explains, take medical courses to communicate with doctors and understand their needs, even if their exams are less demanding than those of medical doctors. Additionally, the practical experience of these kinds of meetings teaches them a great deal. They explained to me that the senior engineer I saw is a reference point in their field and, after years of working with hospitals and doctors, has accumulated a vast amount of knowledge and experience that is tacit and comprised of skills and insights gained through experience rather than formal training. Knowledge comes from experience on the ground and is embodied and interiorised through an active learning process (COY 1989; HERZFELD 2004; INGOLD, LUCAS 2007).

As stated in the previous part, knowledge is then co-constructed. Through the process of sharing information and experiences with a community of practice, members learn from each other and have opportunities to develop personally and professionally (LAVE, WENGER 1991). Cicourel (1990) emphasises that medical diagnosis is not a solitary act, but a collective process shaped by distributed knowledge. In the case of medical innovation, engineers bring technological expertise, while doctors contribute clinical experience and knowledge of medical procedures. Their discussions, like those surrounding the 3D-printed heart model, require constant negotiation, interpretation, and adaptation to align technological possibilities with clinical needs.

The interaction between doctors and engineers observed in my ethnographic work closely resonates with the concept of co-design as a process of "joint inquiry and imagination", as proposed by Rizzo (2009). In this kind of collaboration, solutions are not simply transferred from one domain to another but emerge from situated interactions in which actors with different backgrounds bring together their skills, languages, and worldviews. Innovation takes shape through shared practice, where meanings are negotiated, and possible futures are co-constructed. As in co-design, in the case of innovation in the medical-technological field, knowledge integration occurs through discussions supported by tacit knowledge, accumulated expe-

rience, and operational intuition. Engineers such as Dragan or the senior professor from the last example are key mediating figures who are capable of translating clinical needs into technical possibilities, and vice versa, thus contributing to the co-production of knowledge.

Professional expertise is not static but emerges through interaction. Engineers and doctors must navigate different forms of knowledge, tacit understandings, and institutional constraints to arrive at workable co-produced solutions. The way they handle the 3D model, question its properties, and imagine its application in surgical planning mirrors the way medical realities are enacted in practice. This reinforces the idea that technological advancements in medicine are not purely technical but are socially and institutionally embedded and shaped by interdisciplinary collaboration.

Conclusion

As Forsythe (2001) notes in her ethnography of AI researchers, knowledge engineers often privilege explicit, technical knowledge that can be formalised into rule-based systems while frequently overlooking more contextual, tacit forms of understanding. This reflects a broader tendency to “delete the social” (STAR 1991), stripping knowledge of its relational and experiential dimensions.

In contrast, the interactions I observed between engineers and medical professionals reveal a very different mode of knowledge-making that is dynamic, negotiated, and embedded in specific practices. Rather than extracting expertise into abstract representations, knowledge is co-produced through dialogue, material experimentation and ongoing negotiation. This highlights the limitations of treating technical knowledge as static or universal and reinforces that innovation, particularly in interdisciplinary settings, is as much a social and epistemic process as it is a technical one.

The study also demonstrates that the process of innovation is relational rather than purely technical. As Haraway (1988) suggests, “situated knowledges” are crucial for understanding the complexities of medical and engineering work. Both engineers and doctors must engage in dialogue, translating and adapting their respective forms of knowledge to ensure that technological solutions are grounded in real-world clinical needs. This iterative exchange fosters creativity and generates friction between disciplines that becomes a catalyst for innovation.

Ultimately, this research shows that transdisciplinary innovation is not a linear process but a recursive one, where 3D-printed prototypes become sites of negotiation, reshaping both clinical practices and engineering assumptions. For technology to succeed, it must be technically sound and meaningfully embedded in human contexts to enhance the lived experience of both patients and practitioners.

This case of co-production and co-design involves two expert communities – engineers and medical professionals – each with specialised knowledge, practices, and institutional constraints. Their collaboration reveals a specific form of interdisciplinary negotiation in which mutual learning and adaptation are crucial to creating workable solutions.

In conclusion, this article emphasises the importance of transdisciplinary collaboration in medical innovation. It shows how the combined expertise of doctors and engineers leads to more personalised and effective treatments for patients. Engineers must engage not only with numerical data but also with “thick data” – the lived, contextual insights of doctors – which enriches their understanding of clinical needs. Doctors should be able to stay open and understand technology and its use in order to foresee solutions to their daily clinical work. The integration of big and thick data (RUZZENE 2023) and the ability to overcome epistemological and ontological disciplinary divides through mutual learning, time, and dialogue (SISCHARENCO 2023) prove to be essential. As my field research demonstrates, this kind of collaboration, when successful, fosters innovation and technological development that can genuinely address and meet real-world clinical needs.

Bibliography

CICOUREL A.V. (1990), *The Integration of Distributed Knowledge in Collaborative Medical Diagnosis*, pp. 221-242, in GALEGHER J., KRAUT R.E., EGIDO C. (Eds.), *Intellectual Teamwork: Social and Technological Foundations of Cooperative Work* (1st ed.), Psychology Press, Mahwah, NJ.

COY M.W. (Ed.) (1989), *Apprenticeship: From Theory to Method and Back Again*, State University of New York Press, Albany, NY.

DUMIT J. (2012), *Drugs For Life: How Pharmaceutical Companies Define Our Health*, Duke University Press, Durham, NC.

FORSYTHE D. (2001), *Studying Those Who Study Us: An Anthropologist in the World of Artificial Intelligence*, Stanford University Press, Stanford.

GEERTZ C. (1973), *The Interpretation of Cultures: Selected Essays*, Basic Books, New York.

- GUERZONI C. S. (2020), *Sistemi Procreativi. Etnografia dell'omogenitorialità in Italia*, Franco Angeli, Milan.
- HARAWAY D. (1988), *Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective*, "Feminist Studies", Vol. 14(3): 575-599.
- HARRIS M. (2007), *Introduction. 'Ways of Knowing'*, pp. 1-27, in HARRIS M. (Ed.), *Ways of Knowing: Anthropological Approaches to Crafting Experience and Knowledge*, Berghahn Books, Oxford.
- HERZFELD M. (2007), *Deskilling, 'Dumbing Down,' and the Auditing of Knowledge in the Practical Mastery of Artisans and Academics: An Ethnographer's Response to a Global Problem*, pp. 91-113, in HARRIS M. (Ed.), *Ways of Knowing: Anthropological Approaches to Crafting Experience and Knowledge*, Berghahn Books, Oxford.
- INGOLD T., LUCAS R. (2007), *The 4 A's (Anthropology, Archaeology, Art and Architecture): Reflections on a Teaching and Learning Experience*, pp. 287-306, in HARRIS M. (Ed.), *Ways of Knowing: Anthropological Approaches to Crafting Experience and Knowledge*, Berghahn Books, Oxford.
- LAVE J., WENGER E. (1991), *Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation*, Cambridge University Press, Cambridge.
- LOCK M.M., NGUYEN V.K. (2018), *An Anthropology of Biomedicine*, Wiley-Blackwell Hoboken, NJ.
- MOL A. (2002), *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*, Duke University Press, Durham, NC.
- MOL A., MOSER I., POLS J. (Eds.) (2010), *Care in Practice: On Tinkering in Clinics, Homes and Farms*, Transcript Verlag, Bielefeld.
- RAFFAETÀ R. (2021), *Antropologia dei microbi: Come la metagenomica sta riconfigurando l'umano e la salute*, Meltemi, Milan.
- RIZZO F. (2009), *Strategie di co-design. Teorie, metodi e strumenti per progettare con gli utenti*, Franco Angeli, Milano.
- RUZZENE A. (2023), *Riflessioni sulla consilienza all'intersezione tra scienze umane e sociali. Il caso dei big e thick data*, pp. 47-70, in PIZZA G., SCHIRRIPIA P. (Eds.), *Consilienza. Una prospettiva di conoscenza fra l'antropologia e le altre discipline*, Nuova Mnemosyne, Argo, Lecce.
- SISCHARENCO E. (2023), *Le contraddizioni dell'interdisciplinarietà: il caso di un progetto europeo nell'industria 3D*, pp. 111-130, in PIZZA G., SCHIRRIPIA P. (Eds.), *Consilienza. Una prospettiva di conoscenza fra l'antropologia e le altre discipline*, Nuova Mnemosyne, Argo, Lecce.
- STAR S.L. (1991), *The Sociology of the Invisible: The Primacy of Work in the Writings of Anselm Strauss*, pp. 265-283, in MAINES D. (Ed.), *Social Organization and Social Process*, Routledge, New York.
- STOLLER P. (2007), *Embodying Knowledge: Finding a Path in the Village of the Sick*, pp. 158-177, in HARRIS M. (Ed.), *Ways of Knowing. Anthropological Approaches to Crafting Experience and Knowledge*, Berghahn Books, Oxford.
- WANG T. (2013), *Big Data Needs Thick Data*, "Ethnography Matters", Vol. 13: 1-5.

Scheda sull'Autrice

Elena Sischarenco, nata il 4 settembre 1982 a Bergamo, ha conseguito un dottorato in Antropologia Sociale presso l'Università di St Andrews (Regno Unito) nel 2017. Attualmente è assegnista di ricerca in antropologia culturale presso il dipartimento di Lingue e Culture Moderne dell'Università degli Studi di Bergamo, dopo aver lavorato

in diverse università internazionali, tra cui l'Università di Lancaster (2019-2021) e l'Università di Friburgo in Svizzera (2022-2024).

La sua ricerca si concentra sull'antropologia economica e d'impresa, l'economia circolare, la sostenibilità, l'innovazione, la conoscenza, l'imprenditorialità, l'etica e la ricerca responsabile. Nel corso della sua carriera ha svolto studi etnografici in diversi settori, tra cui la stampa 3D, la manifattura industriale e le industrie automobilistica, medica e edile. È autrice del volume: *Encountering Entrepreneurs: An Ethnography of the Construction Business in the North of Italy* e ha pubblicato su numerose riviste internazionali.

Abstract

Innovating Through Transdisciplinary Knowledge: Bridging Engineering and Medicine through 3D Printing Technology

This article explores how transdisciplinary collaboration between doctors and engineers drives innovation in the production of medical technologies such as 3D-printed prosthetics and implants. Drawing on ethnographic fieldwork in Slovenia, Austria, and Italy, I argue that effective innovation requires mutual translation of clinical and engineering knowledge, yet it is sometimes hindered by communication barriers, institutional constraints, and entrenched professional epistemologies. By analysing ethnographic examples in the fields of additive manufacturing in cancer treatment and of hip revision surgeries, this work highlights the cultural and practical challenges of bridging disciplinary divides.

Keywords: Interdisciplinarity, Knowledge, Additive Manufacturing Technology, Innovation, Doctor-Engineer Collaboration

Resumen

Innovar a través del conocimiento interdisciplinar: conexiones entre ingeniería y medicina mediante la tecnología de impresión 3D

El presente artículo explora cómo la colaboración interdisciplinar entre doctores e ingenieros impulsa la innovación en la producción de tecnologías médicas, como los implantes y las prótesis impresas en 3D. A través de un trabajo de campo etnográfico llevado a cabo en Eslovenia, Austria e Italia, argumento que una innovación efectiva requiere la traducción entre conocimientos clínicos y de ingeniería, aunque a menudo este proceso se ve dificultado por barreras comunicativas, limitaciones institucionales y epistemologías disciplinares consolidadas. Mediante el análisis de ejemplos etnográficos en los campos de la fabricación aditiva en tratamientos oncológicos y las cirugías de revisión de cadera, este trabajo resalta los desafíos culturales y prácticos implicados en la superación de las divisiones disciplinares.

Palabras clave: interdisciplinarietà, conocimiento, tecnología, innovación, colaboración entre doctores e ingenieros

Résumé

Innovar par la connaissance interdisciplinaire: relier ingénierie et médecine grâce à la technologie d'impression 3D

Cet article explore comment la collaboration interdisciplinaire entre médecins et ingénieurs favorise l'innovation dans la production de technologies médicales, telles que les implants et les prothèses fabriqués par impression 3D. À partir d'un travail de terrain ethnographique mené en Slovénie, en Autriche et en Italie, je soutiens qu'une innovation efficace nécessite une traduction entre les savoirs cliniques et ceux de l'ingénierie, bien que ce processus soit souvent entravé par des barrières de communication, des contraintes institutionnelles et des épistémologies disciplinaires consolidées. En analysant des exemples ethnographiques dans le domaine de la fabrication additive appliquée aux traitements oncologiques et aux chirurgies de révision de la hanche, cet article met en lumière les défis culturels et pratiques liés au dépassement des divisions disciplinaires.

Mots-clés: interdisciplinarité, connaissance, technologie, innovation, collaboration entre médecins et ingénieurs

Passaggi interrotti *Lutti pandemici nella prima zona rossa d'Italia*

Domenico Maria Sparaco

Università degli Studi di Siena
[domenicomaria.spa@student.unisi.it]

Abstract

Interrupted Transitions. Pandemic Grief in Italy's First Red Zone

The article discusses death and mourning during Italy's first COVID-19 red zone in the Basso Lodigiano area during the pandemic's first wave. Precisely, it reconstructs the process from the "viral body" to the corpse, identifying the challenges of pandemic grief in this transition. It also highlights the role of healthcare and funeral workers who sought to humanise the existing protocols to address the emotional needs of the patients' and deceased's loved ones.

Keywords: Care, Grief, Viral Body, Death, COVID-19 Pandemic

Introduzione

...Se incontrerai Giorgio,
o caro, e se lo vedrai
triste afflitto,
è perché se ne andò senza i riti

(lamento funebre al funerale del pastore Lazzaro Boia,
Ceriscior, Romania; DE MARTINO 2000: 156)

Così Ernesto de Martino riportava in *Morte e Pianto rituale* una delle lamentazioni funebri trascritte da un'équipe etnografica dell'Istituto di Folklore di Bucarest. Le lamentazioni funebri erano parte di un lavoro rituale che risolveva la crisi della morte mediante la forma del rito, evitando il rischio di «morire con ciò che muore» (DE MARTINO 2000: 14). Durante le lamentazioni, i lutti passati erano affiancati a quelli presenti e così, al funerale del pastore Lazzaro Boia, una donna poteva struggersi per i "suoi"

morti, in particolar modo per il figlio Giorgio, morto in terra straniera senza il conforto dei riti.

Più che discutere la genealogia della ricerca demartiniana del lutto, rilevandone anche i punti critici come hanno già fatto altri (PIASERE 2022), in questa sede mi interessa riflettere sul rapporto tra il passaggio citato e ciò che emerso da una ricerca che ho realizzato nel 2021 a Codogno e nei comuni circostanti, in un contesto molto diverso da quello al centro di Morte e Pianto rituale. Nell'autunno del 2021 scelsi come campo di ricerca quello di Codogno e dei comuni limitrofi del lodigiano, parte della prima zona rossa durante la prima ondata di COVID-19 in Italia¹.

La mia intenzione iniziale era quella di ricostruire la memoria di quell'evento ed in particolar modo dei lutti che l'avevano riguardato. Il mio interesse era stato alimentato da un proliferare di discorsi sull'eccezionalità della morte in tempi di pandemia, la cui epitome visiva è rappresentata dal trasporto sui camion militari delle salme da Bergamo, uno dei centri più colpiti, verso dei centri fuori regione, i cui forni crematori erano meno oberati². Lo scandalo di quelle morti può essere riassunto dalle parole che Giorgio Agamben scriveva su una sua rubrica online in tempi di pandemia:

Come abbiamo potuto accettare, soltanto in nome di un rischio che non era possibile precisare, che le persone che ci sono care e degli esseri umani in generale non soltanto morissero da soli, ma che – cosa che non era mai avvenuta prima nella storia, da Antigone a oggi – che i loro cadaveri fossero bruciati senza un funerale? (AGAMBEN 2020: 47).

Le parole di Agamben sembravano ricalcare la teoria della rimozione della morte³ che Werner Fuchs, in un testo molto noto fa risalire allo scontro tra la secolarizzazione della borghesia e il tradizionalismo della Chiesa. I teologi, di fronte al freddo razionalismo borghese accusato di espungere la morte dalla nostra società, ricorrevano al memento mori, scoglio contro il quale il progetto borghese era, secondo loro, destinato ad infrangersi (FUCHS 1974); di fronte al potere della morte, ogni vanità borghese non poteva che cedere.

Nonostante questa parziale sovrapposizione, le parole di Agamben al tempo dell'emergenza avevano avuto una forte ascendenza sul mio iniziale progetto di ricerca. A tal punto che sul mio diario di campo, dopo i primi racconti di quei lutti pandemici con i quali ero venuto a contatto, avevo scritto di «morti in esilio eppure così vicino».

Infatti, quelle persone nel Basso Lodigiano sembravano morte in esilio, in terra straniera, «senza riti», sebbene gli ospedali dove molte erano decedute distassero solo pochi chilometri dai loro cari.

Tuttavia, l'etnografia mi aveva mostrato come non c'era stata nessuna prescrizione per la cremazione che obbligasse a «bruciare i cadaveri» ma che, anche nell'eccezionalità pandemica, qualche forma di elaborazione rituale c'era stata. Inoltre, quel progetto di ricerca era stato riformulato dall'incontro con il campo e dai dubbi che ne erano scaturiti. Io, antropologo, non disponevo di alcuna autorità terapeutica o spirituale (PIASERE 2002; cfr. anche ASAD 1997) per alleviare la sofferenza⁴ dei miei interlocutori, cosa che mi interrogava sull'opportunità e sulla legittimità di ciò che volevo fare. Inoltre, per quanto mi potessi sforzare di vivere quel contesto, la mia etnografia non poteva che essere ricostruttiva, porsi dopo l'evento, concentrandosi sulle sue memorie più che sull'osservazione delle pratiche che l'avevano riguardato (SPARACO 2024). Quel senso eminentemente sociale che è il tatto (GOFFMAN 1997) mi suggerì di allargare il mio sguardo, di rendere la morte non più centrale ma di affrontarla incidentalmente all'interno della storia di una comunità colpita dal disastro. Se è vero che «La vita diviene trasparente sullo sfondo della morte, e delle fondamentali questioni sociali e culturali sono rivelate» (HUNTINGTON, METCALF 1991: 2), oggi che la distanza temporale dall'emergenza consente una lucidità intellettuale ancora maggiore, mi sembra opportuno reinterrogare quel che resta di quella ricerca e dei dati raccolti per provare ad indagare meglio alcuni processi socioculturali incontrati.

A partire da Hertz (1960), l'antropologia della morte ha approfondito principalmente due filoni. Il primo è relativo a come la morte possa essere "riconquistata" ritualmente, facendo trionfare la vita (BLOCH, PARRY 1982; ENGELKE 2019); il secondo è quello del corpo, dei resti (FAVOLE 2003) di quell' «evento organico» (HERTZ 1960: 27).

Il mio contributo non si discosterà sensibilmente da questo tracciato e seguirà un percorso narrativo che porrà al centro non i riti ma il corpo: prima corpo-paziente, infine corpo-salma, di un (possibile) malato di COVID-19 durante la prima ondata, nella prima zona rossa d'Italia.

Questo percorso non può prescindere dalla ricostruzione della specificità del contesto in esame, ossia di come la morte e il suo tentativo di governarla hanno fatto irruzione nel Basso Lodigiano durante la primavera del 2020.

Paesaggi interrotti

Per descrivere l'aggressione tanatologica subita da questo territorio, occorre prendere in considerazione, in prima istanza, alcune statistiche.

A Codogno, nell'intervallo temporale tra il 22 febbraio e il 22 marzo del 2019, si verificarono 45 decessi; l'anno successivo, nello stesso arco di giorni, 124. I dati ISTAT indicano l'incremento della mortalità nel marzo 2020 per la provincia di Lodi, provincia alla quale appartengono i comuni della prima zona rossa, rispetto allo stesso mese dell'anno precedente, come superiore al 300% (ISTAT 2020). Non tutte le morti che si sono verificate in quel periodo sono imputabili al COVID-19, tuttavia lo scarto con la mortalità pre-pandemica racconta l'impatto della malattia. Il riscontro umano della validità di questi dati l'ho avuto parlando con gli impresari funebri⁶ della zona: «Io, in marzo e aprile ho fatto i funerali che facevo l'anno prima...in due mesi!» (Alessio⁷, Impresario funebre in uno dei paesi della prima zona rossa, intervista raccolta dall'autore a Codogno in data 6/10/2021).

In contesti sociali piccoli come quelli del Basso Lodigiano⁸, possiamo immaginare gli effetti "spaesanti" di queste perdite. La quotidianità di quei luoghi viene stravolta dalle misure restrittive come avverrà nel resto del nostro Paese. Inoltre, l'essere stati i primi interessati dal provvedimento di lockdown, aggiunge ancora più forza allo straniamento, non avendo modelli ai quali fare riferimento. Allora, quando si tenta di ritornare alla normalità a seguito della prima ondata, le morti segnano il discrimine tra un prima e un dopo.

Luciano, un abitante di Fombio, piccolo comune limitrofo a Codogno, descriveva così quello stravolgimento:

Tanta gente che conoscevo così di Fombio se ne è andata e non li hai più visti. In un paese come questo è stato davvero uno shock... gente che comunque incontravi tutti i giorni regolarmente, non hai fatto in tempo a salutarli... La cosa di dover andare poi al cimitero e vederli là, con un passaggio che è stato praticamente senza soluzione di che...

[Luciano, Fombio, intervista raccolta dall'autore a Fombio in data 2/10/21].

Con quel «senza soluzione di che...» troncato nel momento della sua enunciazione, Luciano intendeva richiamarsi all'espressione "senza soluzione di continuità", un passaggio che procede senza interruzioni, dal luogo dei vivi al luogo dei morti. Quel passaggio apparentemente apparso così continuo, è stato interpretato da chi ha subito quei lutti come una brusca interruzione.

Per capirlo dobbiamo guardare al corpo virale (ALI 2021), quello di un malato di COVID-19 preso in carico dall'istituzione sanitaria. Il corpo virale, dato il suo potenziale patogeno, è un corpo particolarmente rischioso e per questo una serie di dispositivi vengono attivati per neutralizzarne il pericolo.

Seguiamone il percorso.

Passaggi interrotti

«Mi, mia sùrela non l'ho vista più, l'è ndà su nell'ambulanza e poi ...dùe l'han portata?» (Parroco in una delle parrocchie della zona rossa, intervista raccolta dall'autore in data 9/11/21).

Sul mio diario di campo, avevo provato, con scarsi risultati, a trascrivere una frase riportatami da un parroco della zona, in dialetto lombardo. Il parroco si era soffermato sul lutto di una sua cara conoscente, una signora molto anziana, che aveva vissuto tutta la vita con la sorella, prima che questa si ammalasse di COVID e sparisse dalla sua vista, trasportata via dall'ambulanza.

Tutti i racconti di chi aveva subito un lutto per COVID-19 in quei territori, iniziavano sempre dalla chiamata dei soccorsi. L'ambulanza arrivava a casa del malato e lo portava via con sé, sottraendolo alla vista dei suoi cari. Un *topos* che caratterizzava quelle memorie era il ricordo di un'agentività del paziente, che traspare anche nelle parole ricordate dal parroco: «è andata» nell'ambulanza. Le restituzioni si soffermano sempre sul fatto che il malato saliva sul mezzo dei soccorritori con le proprie gambe. Ad esempio Roberto, nel marzo 2020, ha perso il padre per le complicazioni apportate dal virus e, così si ricordava del giorno in cui l'aveva visto per l'ultima volta: «Lui sale sull'ambulanza con le sue gambe eh, saluta mia mamma di notte e sale sulle sue gambe» (Roberto, intervista raccolta dall'autore a Codogno in data 4/10/2021). Così, anche il sindaco di Codogno, nel riferirmi dei morti patiti dalla comunità che rappresentava, diceva: «chiunque è morto in questa zona i parenti l'hanno visto uscire con le proprie gambe e poi è arrivata una telefonata dicendo che era al cimitero» (Francesco Passerini, sindaco di Codogno, intervista raccolta dall'autore a Codogno in data 24/11/21).

Si potrebbero citare tanti altri racconti che si soffermano su questa caratteristica. Nella sua apparente banalità, essa sembra farsi portatrice di

un'indicazione importante. Quel corpo autonomo si tramuterà infatti nella passività assoluta del cadavere. Nel processo che lo porterà alla morte, divenuto corpo virale, sarà spesso costretto in un letto di ospedale, supportato da macchine che ne consentano la respirazione: il particolare delle gambe esplicita la rapidità di quel passaggio. A dispetto dello schema riferitomi dal sindaco, a partire dal giorno in cui il proprio caro veniva soccorso, molte erano le comunicazioni che avvenivano prima di sapere della traslazione al cimitero: telefonate o videochiamate, quando possibile, con gli ammalati stessi; comunicazioni, non sempre riuscite, col personale ospedaliero quando le condizioni dei degenti si aggravavano. Il corpo, presente agli occhi dei testimoni, che era salito sull'ambulanza, diveniva immagine in movimento in una videochiamata o ridotto a sola voce in una telefonata. Le foto di quella mutazione sono conservate da alcune persone, che mi mostravano le immagini inviategli dall'ospedale da parte dei loro parenti ricoverati, foto mentre mangiavano il cibo che gli era stato fatto recapitare, oppure ritraenti il soggetto con supporti ventilatori. Dopo quelle foto, emanazioni di una vitalità ancora presente, se le condizioni di salute peggioravano, le comunicazioni dirette si arrestavano.

A quel punto la prestazione richiesta agli operatori sanitari travalicava la presa in carico del corpo virale, per farsi vettore di relazionalità, di una cura «[...] efficace in quanto processo di relazione, non come esito di guarigione» (PIZZA 2005: 230). Parafrasando le parole di un rianimatore dell'ospedale di Codogno, i parenti chiedevano ai medici di farsi prossimi attraverso di loro, e questo poteva implicare la richiesta di una carezza, di sussurrare qualcosa o anche di far ascoltare una canzone particolare al paziente sedato. È a fronte dell'ideale di cura sotteso a queste raccomandazioni e richieste che, chi ha avuto un lutto in quel periodo, ha avvertito una dolorosa distanza. Prova a contrario che emergeva nelle mie interviste, era la convinzione che si potesse morire di incur(i)a, che il dolore apportato dalla mancanza di cura, dalla solitudine, potesse essere una causa o una concausa del decesso⁹.

Ci sono certo degli operatori sanitari che hanno seguito questo concetto estensivo di cura, concedendo anche ai familiari, quando il quadro clinico dei pazienti era inevitabilmente compromesso, di dare un "ultimo saluto"¹⁰, nonostante le regole vigenti lo impedissero. Un' infermiera rianimatrice raccontava a me e ai suoi amici, seduti ad uno stesso tavolo, una di queste eccezioni. Vorrei, nonostante la sua lunghezza, riportare nell'interezza l'episodio al centro di quel ricordo, che riesce a far cogliere, meglio di quanto potrebbe una definizione teorica, cosa sia la cura:

Laddove si vedeva che era vicino alla morte (il paziente) e c'era un familiare, lo facevamo entrare anche solo per salutarlo, perché anche lì la cosa brutta era che se ne andavano e non li vedevi più; e non poterli neanche salutare... lo so che la morte è morte, però il fatto di essere lì mentre uno se ne va ti lascia un ricordo diverso... Il fatto di essere lì. Mi ricordo una signora, quando le è stato detto che il marito se ne sarebbe andato, è rimasta un po' scioccata... L'ultimo giorno di vita di questo signore, lei è arrivata dicendo "io voglio vederlo", e tutti "ma no, non si può". Alla fine l'abbiamo vestita (con i vari dispositivi di protezione) e lei si è spaventata da questa cosa, quando è entrata (nella stanza dove era ricoverato il marito) si è seduta, mi ha guardato e mi ha detto "non vada via". Ma non aveva paura di suo marito, aveva paura di tutto questo contesto e mi dice "cosa dico io?", e io le ho detto "ha un bel ricordo con suo marito?", e lei "sì i viaggi"; "ecco scelga una località dove siete stati benissimo e gliela racconti, gliela faccia rivivere", e lei mi dice "ma lui mi sente?" perché era sedato, le ho detto "certo che la sente", e toccava la mano di suo marito con il doppio guanto, come doveva essere. Sai che io con i guanti ero molto... perché ho bisogno di sentire la pelle a contatto con la pelle... per cui le ho fatto togliere i guanti e le ho detto "tenga la mano di suo marito, vedrà che le starà dicendo: si ti sento"; non è vero che lei ha sentito però guarda il potere della mente cosa fa, perché lei ha detto "me la sta stringendo", e io ho detto "bene, continui il suo racconto". È stata lì, è uscita che lui non se ne era ancora andato ma lei era serena.

[Antonella, infermiera, intervista raccolta dall'autore a Codogno in data 21/10/21]

La cura in quanto pratica relazionale, prescinde dal miglioramento delle condizioni del paziente e dalla sua guarigione: è la relazione, il suo portato, a "dare forza" a quel gesto, a far sentire alla moglie che dall'altro lato c'è una persona, una persona significativa per lei che (sembra) le stia stringendo la mano, nonostante non sia fisicamente possibile che un uomo sedato profondamente possa farlo. È importante, diceva l'infermiera, «il fatto di essere lì», quasi che la condivisione di quegli ultimi momenti potesse alleviare la sofferenza, attutire l'ineluttabilità della morte (il fatto che «la morte è morte»), lasciare un «ricordo diverso»¹¹.

Per chi non ha goduto di queste eccezioni, il saluto mancato sancisce definitivamente il passaggio interrotto, dalla vita alla morte, senza che si possa testimoniare la gradualità intercorsa nel mezzo. All'ospedale dove il malato è approdato, i parenti ritroveranno il suo corpo, ora inanimato, cadavere.

Dal corpo virale al corpo salma

Il contatto col corpo virale va però disciplinato, governato. Le linee guida sanitarie, allora in fase di definizione, hanno seguito un approccio massimalista, il più immunizzante possibile (DIJKHUIZEN *et al.* 2020; USSAI *et al.* 2020). Delle indicazioni documentali sulle corrette tecniche di gestione della salma, abbastanza fedeli a quanto riscontrato sul campo di ricerca, si trovano in una circolare del Ministero della Salute e in una guida rilasciata dall'OMS. Confrontando le pratiche che vi si trovano con le interviste agli attori sociali si può ricostruire il concreto dispositivo messo in piedi per immunizzarsi dal rischio rappresentato dalla salma di un morto per COVID-19.

Dopo il decesso, avvenuto in un reparto di degenza, di cura intensiva o anche in pronto soccorso, i medici, provvisti di tutti i dispositivi di protezione individuali necessari, dovevano applicare una mascherina chirurgica al corpo del deceduto per evitare la fuoriuscita di ogni fluido contagioso e avvisare gli addetti necrofori dell'ospedale. La salma veniva quindi avvolta col lenzuolo presente sul letto o sulla barella e, dopo una sanificazione, si richiudeva prima in una *body bag*¹², poi in una seconda *body bag* in modo da isolarla ulteriormente; infine veniva trasportata in camera mortuaria. Il protocollo per i decessi avvenuti a domicilio, per i sospetti o accertati casi di COVID, prevedeva un andamento simile: la salma non poteva essere vestita, doveva essere avvolta nel lenzuolo con gli indumenti che aveva indosso, ne era proibita l'esposizione così come il suo contatto con i familiari. Le *body bag*, pur essendo state utilizzate anche in occasioni di altre epidemie come quelle di Ebola, rimandano ad un immaginario violento, dove il corpo viene coperto dalla vista degli astanti così come è, senza alcuna elaborazione simbolica. Anche questo piccolo particolare contribuisce a caratterizzare quelle morti come *bad deaths*, morti sulle quali non si ha controllo (SEALE, VAN DER GEST 2004). Anche in questo caso, all'interno del protocollo istituito, interviene però la cura ad umanizzare quel dispositivo e, quelle *body bag*, se rielaborate simbolicamente, possono assumere una valenza diversa. La responsabile di una camera mortuaria di uno degli ospedali dei comuni della zona rossa mi raccontava:

Tutti i cadaveri andavano gestiti mettendoli in una bara nudi? No, lì non ce l'abbiamo più fatta, per noi anche! Allora spieghiamo loro (ai parenti *ndr*) che, all'inizio, vengono avvolti in un lenzuolo bianco che non erano strumenti adatti; e dopo ho fatto arrivare i sacchi (*body bag, ndr*), però di colore bianco e non nero... che ho fatto molta fatica ad averli. Mi chiedevano "perché bianco?" Perché raccoglie tutti i colori del fascio luminoso ed è

un antipodo del colore nero, da più un senso di serenità. Ma poi col colore bianco volevo comunicare che noi ci prendevamo cura dei loro cari, senza di loro ma con molta responsabilità.

[responsabile camera mortuaria di un ospedale della prima zona rossa, intervista raccolta dall'autore in data 10/11/21]

E gli operatori di quella camera funebre, aggiungevano un dettaglio che andava oltre il simbolismo del colore per raccontare di come i protocolli si adattassero tatticamente (DE CERTEAU 2009):

Noi non abbiamo mai negato che i parenti potessero vedere il loro morto, ci sembrava il minimo decoro... l'umanità per noi era riuscire a farglielo vedere anche 5 minuti, poi veniva chiuso... perché almeno riescono ad elaborare il lutto perché se no non riescono, perché non sono mai convinti che sia lui e che sia lui la persona che è morta.

[operatori in una camera mortuaria di un ospedale della prima zona rossa, 10/11/2021]

Quando i familiari del defunto di COVID-19 erano obbligati alla quarantena e non potevano recarsi in ospedale, era l'oggetto a farsi veicolo di contatto. La responsabile chiedeva loro di consegnare qualcosa che gli ricordasse il defunto e che potesse essere incassato con lui.

Le imprese funebri della zona hanno cercato allo stesso modo di riadattare quel dispositivo, per evitare che il loro fosse un approccio meramente mortuario (CLAVANDIER *et al.* 2020), ossia «un approccio basato solo sul bisogno tecnico e logistico di processare i morti, privo di ogni connotazione sociale o simbolica»¹³ (ivi: 42).

Gli impresari funebri erano infatti impossibilitati a praticare qualsiasi intervento sulla salma, a partire dalla sua pulizia e vestizione, prassi precedentemente diffuse soprattutto come propedeutiche alle veglie. Il rischio paventato da quell'approccio meramente mortuario traspariva nelle parole di un impresario funebre di Codogno:

Il lavoro non era più lo stesso, il servizio funebre è un momento dove devi onorare la salma, devi far sì che il morto sia al centro di tutto... poi dopo ci son tutti gli orpelli, però noi puntiamo tanto il nostro servizio sul fatto che il maggior interesse deve essere rivolto alla salma: come la prepari, la spallata in chiesa... cioè dare onore, onorificenza alla salma. Lì eravamo diventati dei trasportatori... cioè prendevi questi poveri defunti che erano avvolti in un telo, li mettevi nella cassa e poi dopo li portavi o al crematorio o al cimitero, magari senza nemmeno i parenti.

[impresario funebre, intervista raccolta dall'autore a Codogno in data 12/10/21]

Rileggendo Goffman si trova un riferimento ai funerali che potrebbe calzare con quanto espresso dall'impresario funebre. Il sociologo sosteneva che, nella rappresentazione del funerale, al defunto spetti la leadership espressiva, è lui l'attore principale di quella rappresentazione, seppur in uno stato passivo; al contrario al personale dell'impresa funebre spetta la leadership di regia, ossia l'organizzazione di quella rappresentazione che vede al centro il defunto e attorno coloro che lo compiangono (GOFFMAN 1997)¹⁴. Privato dell'attore, la rappresentazione perdeva di senso e la regia diveniva superflua non essendoci più niente che poteva essere rappresentato. L'impresario funebre aggiungeva che le persone affette da COVID, in quel periodo, «morivano con semplicità» e, nella accezione di semplicità da lui ricercata, si trova tanto la repentinità del passaggio, quanto l'opposto dell'onore e del decoro da lui concepiti: una morte spoglia. I margini di manovra degli impresari funebri erano ancora più ridotti e prioritario per loro è stato garantire la visione della salma ai familiari, quasi una prova testimoniale necessaria per evitare che la sensazione di sparizione associata a quelle morti fosse completa. Tuttavia, non tutti hanno potuto vedere la salma, concrezione dell'evento-morte, e i riti (quando possibili ed in forma ridotta) hanno fornito loro solamente un supporto parziale.

Cosa è rimasto a quei lutti pandemici?

Dopo la salma

Dopo il trattamento della salma, il passaggio di status del defunto è sancito da una ritualità meno apparente, meno densa, quale quella che avviene negli uffici anagrafe, dove vengono notificate le dichiarazioni di morte; il rito funebre può conservare invece per i vivi una necessità simbolica, una capacità di fornire «orizzonte formale al patire» (DE MARTINO 2000), di instradare la sofferenza e dargli una forma socializzabile. Per il contesto che sto prendendo in esame, i riti funebri corrispondevano per la maggioranza a riti cattolici. I funerali non furono proibiti all'inizio dell'epidemia locale, infatti la prima disposizione a riguardo del vescovo di Lodi, risalente al 23 febbraio 2020, a seguito del DPCM che istituiva la zona rossa, permetteva la celebrazione degli stessi a porte chiuse con i soli parenti stretti. Sono invece le disposizioni dell'8 marzo 2020 ad abolire le messe esequiali, messe che vengono celebrate prima che la salma sia trasportata al camposanto, a favore della sola benedizione al cimitero e del breve rito della sepoltura (o deposizione delle ceneri). Inoltre, il testo recante le disposizioni accenna

alla possibilità di posticipare la messa esequiale al termine dell'emergenza. Il funerale, nella sua declinazione cattolica, veniva rimandato; la sua versione emergenziale prevedeva la benedizione e una breve celebrazione della durata non superiore al quarto d'ora, al cimitero, alla presenza dei soli familiari più stretti (non più di tre o quattro).

Lara Lucchi, un'autrice di Codogno, ha scritto un libro autobiografico e diaristico sui giorni della zona rossa, intitolato significativamente *Codogno Caput mundi*. La Lucchi, che perse il padre in quel periodo, racconta:

Il funerale, se così si può definire, durò tre minuti, il prete disse due preghiere, un eterno riposo ed un Padre Nostro e se ne andò. Solo io e mia sorella, in via del tutto eccezionale, seguimmo gli addetti per la tumulazione. Fu un momento tristissimo, di profondo dolore, una situazione surreale, solo chi ha provato questo strazio può davvero capirci (LUCCHI 2021: 37).

Nel racconto emerge la distanza tra il rito emergenziale e quello ordinario e lo straniamento causato da questa discrasia. Non sempre però i presenti ai funerali seguivano i gradi di parentela: spesso i parenti più stretti erano anche i più esposti al contagio e al momento delle esequie capitava che fossero positivi o in quarantena. È il caso di Ernesto, al quale il funerale del padre è stato solo raccontato: i pochi parenti erano all'interno delle loro macchine, fuori al cimitero; solo tre di loro poterono entrare per assistere alla tumulazione. Ernesto, contagiato dal padre, era stato ricoverato mentre quest'ultimo si era aggravato irreversibilmente, all'interno dello stesso nosocomio. La malattia gli aveva impedito non solo di partecipare alle esequie ma aveva fatto sì che la separazione fisica col suo familiare fosse definitiva. Ricoverato nello stesso ospedale del figlio, mai più rivisto dopo quel "viaggio", il padre era «sparito»¹⁵: «Quindi per me il lutto è stato soprattutto: "per me questa persona è sparita"... a livello di pancia ti sembra che sia andata via, che sia partita per un viaggio, la sensazione è esattamente quella» (Ernesto, intervista raccolta dall'autore a Codogno in data 18/10/21).

Seguendo una proposta della Chiesa, alle prime riaperture seguite al lockdown, alcuni parroci hanno voluto dare un seguito a quel rito emergenziale descritto sopra, celebrando una messa esequiale, seppur con uno scarto importante rispetto alla normalità: l'assenza del corpo del defunto. Sophie Bolt, antropologa che ha lavorato in Olanda sui riti funebri dei parenti di coloro che alla morte decidono di donare il loro corpo alla ricerca scientifica, si è trovata analogamente ad osservare delle celebrazioni senza salma. Alla morte dei donatori, la salma è presto sottratta al controllo dei parenti, visto che entro 24 ore deve giungere ad un istituto di anatomia

perché possa essere preservata (BOLT 2018). I riti devono confrontarsi con questa assenza alla quale, per la maggiore, si sopperisce agendo sulla struttura dei riti già disponibili, come i funerali, sostituendo il posto che il corpo vi occupa con oggetti che stanno-per-il-corpo. Un funerale sì, ma con qualcosa che possa sostituire il corpo come centro drammaturgico, che siano dei fiori, delle foto, o degli oggetti. Similmente, queste messe esequiali hanno visto le stesse sostituzioni, fiori e foto che potessero ridare corpo alla salma, già tumulata o cremata, per il tempo del funerale. Asher Colombo ipotizza che questa messa esequiale posticipata sia stata adottata da pochi fedeli e che, ponendosi a distanza dall'evento-morte, abbia perso di significato (COLOMBO 2021). I parroci con i quali ho parlato, al contrario, hanno tenuto a sottolinearne l'efficacia:

per i parenti era come se si fosse compiuta la parabola di una vita che fino allora non aveva compimento... era come si fosse raggiunto il compimento di un percorso della vita (parroco in uno dei paesi della zona rossa, intervista raccolta dall'autore in data 7/10/21).

qualcuno è venuto a dirmelo alla fine della celebrazione: "ecco ora il mio caro è veramente morto" (parroco in uno dei paesi della zona rossa, intervista raccolta dall'autore in data 3/11/21).

Probabilmente entrambe le posizioni colgono degli aspetti del fenomeno. La distanza temporale potrebbe aver ridotto la significanza di un rituale che avviene, solitamente, entro pochi giorni dal decesso; allo stesso tempo, la cerimonia posposta ha rappresentato un momento per poter sopperire alle mancanze del rito emergenziale¹⁶. Tuttavia, la specificità di questi lutti pandemici non si è limitata alla mancanza di riti. Nella percezione di chi ha subito un lutto, l'eventuale possibilità di svolgere un funerale nei giorni in cui non potevano celebrarsi, avrebbe potuto generare un sollievo limitato, poiché non sarebbe cambiato il percorso precedente del malato, quel passaggio interrotto che qui si è descritto.

Riccardo, ad esempio, provava ad immaginare cosa sarebbe cambiato qualora avesse potuto celebrare un funerale "normale" per suo padre, morto a Codogno nei giorni della zona rossa:

sarebbe stata una goccia nell'oceano... mi avrebbe aiutato quel giorno a salutare mio papà, ma non avrebbe cambiato niente sulla realtà, sul percorso che aveva fatto, sul fatto di non essere stato lì in quel momento (quando è morto)... avrebbe cambiato che avrebbe avuto un saluto molto più dignitoso, avrebbe cambiato forse solo quel giorno (e il giorno della morte) e il giorno dopo...

[Riccardo, intervista raccolta dall'autore a Codogno in data 4/11/21]

Questa diffusa consapevolezza ha fatto sì che l'elaborazione del lutto divenisse un problema collettivo, tanto che il sindaco di Codogno mi aveva parlato dell'iniziativa messa in piedi dal Comune in collaborazione con l'associazione "Il Samaritano", un'associazione attiva nel fornire cure palliative e assistenza ai malati terminali. L'associazione, in collaborazione con altri enti, aveva ideato un percorso di accompagnamento psicologico per chi avesse subito lutti durante l'emergenza. Durante la conferenza di presentazione del libro (SARTORI 2021) su questo progetto, si sottolineò più volte come l'Associazione avesse sentito il bisogno di intervenire in un contesto che sembrava essere opposto rispetto a quello delle cure palliative¹⁷ e alla loro cura verso i morenti. Scorrendo le prime pagine del testo emerge come, prima di affidarsi all'aiuto degli esperti, le persone in lutto provassero una profonda rabbia verso le istituzioni politiche e sanitarie¹⁸. Questa rabbia non è stata una prerogativa unica dei parenti dei morti di COVID-19 nel Basso Lodigiano ma è emersa a più riprese durante il periodo pandemico. D'altronde Schirripa, riprendendo Fassin, ricordava come la malattia rappresenti sempre una potenziale crisi di legittimità del potere (SCHIRRIPIA 2023; cfr. anche FASSIN 1996). Anche la morte, allo stesso modo e ancor più di essa, ha un suo potenziale critico costitutivo (DE BOECK *et al.* 2012), «il suo avvenimento pone in crisi le categorie, le distinzioni, le classificazioni su cui si basa la vita consueta della società» (FAVOLE, LIGI 2004: 4). Da ciò il rischio di cui parlava De Martino di morire con il morto, di un'apocalisse di fronte alla quale il soggetto non avesse più appigli socioculturali con i quali affrontarla.

Di quel lutto, di quell'apocalisse (DE MARTINO 2019), il lavoro di elaborazione non è finito.

Conclusioni. «Aprite qualche cadavere»

In questo articolo ho cercato di descrivere quanto è successo nella prima zona rossa di Italia, nel Basso Lodigiano, durante la prima ondata di COVID-19 che ha colpito il Paese. In particolar modo, ho scelto di guardare alle morti avvenute durante l'emergenza e per farlo ho adottato un approccio narrativo che fosse ancorato al corpo del morto più che ai riti dei vivi. Questo ha fatto sì che si ricostruisse la problematicità di quelle morti¹⁹, la violenza di un passaggio topico che sottraeva i malati alla vista e alle cure dei loro affetti. Questo passaggio è stato descritto come un passaggio interrotto, esperito da un punto di vista emico quasi come una sparizione della

persona. Il corpo del malato di COVID-19, corpo virale dal quale proteggere e proteggersi, è stato oggetto di una serie di dispositivi immunitari che hanno impedito qualsiasi pratica di cura, per lo meno secondo l'accezione relazionale della quale si è scritto prima richiamando la definizione di Pizza (2005).

Utilizzo il termine immunitario non solo perché è il più indicato di fronte ad un'aggressione virale ma richiamando l'uso fattone da Roberto Esposito (ESPOSITO 2020). Esposito, fin dal sottotitolo del suo testo *Immunitas. Protezione e negazione della vita*, lega termini apparentemente antitetici. Come per il pharmakon, rimedio e veleno al tempo stesso, il meccanismo immunitario si basa sulla stessa assunzione del male che si vuole neutralizzare, seppur a piccole dosi. Il rischio insito in questo funzionamento è però quello dell'autoimmunità e, quel sistema che avrebbe dovuto proteggere l'individuo, finisce per generare una risposta autodistruttiva. Si capisce come questo schema possa essere applicabile, con i limiti presenti in ogni schema, quando si parla di dispositivi e popolazione, di istituzioni e governati, soprattutto a fronte di un'emergenza. L'approccio massimalista attuato durante la prima zona rossa potrebbe aver sortito degli effetti "autoimmuni", proteggendo dal contagio ma sottraendo gli appigli per far fronte alle perdite, tanto che le stesse istituzioni hanno avvertito quei lutti come problematici, rischiosi.

La disciplina assoluta prevista dai protocolli è stata tuttavia umanizzata dalle tattiche degli operatori sanitari, così come da quelle degli operatori funebri. Tali tattiche hanno consentito delle pratiche di cura nonostante l'emergenza, all'interno della stessa.

Alessandro Lupo, riferendosi alle malattie incurabili dalla biomedicina, ha sottolineato l'importanza della relazione terapeutica che, anche in quei casi, ha la funzione di «[...] aiutare i malati a pensare, gestire e lenire la sofferenza, a sopportarla e convivere in modo dignitoso e senza farsene schiacciare e annichilire, preservando la propria piena umanità» (LUPO 2014: 119). Le tattiche degli operatori sanitari hanno consentito quindi un'estensione della relazione terapeutica ai vivi, costretti a confrontarsi con il peso di quelle morti e di come erano avvenute; con quella sofferenza che può sempre «schiacciare e annichilire», far sprofondare nell'apocalisse, far morire con il morto.

Tuttavia, le tattiche sono per loro natura evanescenti, germinano sul momento, non fanno sistema. Per questo, non tutti ne hanno beneficiato e alcuni si sono confrontati con quella sofferenza assoluta. A questo propo-

sito, un'ultima considerazione va fatta sul (non)senso della sparizione del cadavere, su quello che può comportare.

In un contesto quanto mai diverso, Bernardino Palumbo, distingueva nella necropolitica mafiosa due modi di azione sui corpi dei nemici. I nemici interni venivano eliminati nel modo meno rumoroso possibile, dissolvendone la salma, facendoli sparire; a quelli esterni, come i giudici o altri corpi dello Stato, spettavano delle morti rumorose, pubbliche, come nel caso drammatico dei giudici Falcone e Borsellino (PALUMBO 2009). Nel primo caso considerato, Palumbo scriveva che:

[...] l'assenza di resti, inoltre, impedendo ogni azione ulteriore sul/col corpo del morto (riesumazione, ricomposizione, rimemorializzazione, lutto ma anche indagine) sembra bloccare, dall'esterno, ogni produzione di discorso e significato e perciò, enfatizzare il potere assoluto di quelli che hanno esercitato una violenza annichilente (ivi: 55)²⁰.

Anche se non si può certo parlare di necropolitica (MBEMBE 2019) nel caso della gestione pandemica, l'assenza del corpo può aver avuto un effetto simile, riverberandosi in un vuoto di significazione e aumentando la distanza con quel potere che ha preso in cura il corpo virale: da ciò la citata rabbia esperita dai familiari dei morti verso le istituzioni politiche-sanitarie. La rabbia testimonia infatti di una relazione terapeutica fallita, che non è riuscita a curare l'incurabile, scadendo in un eccesso immunitario di fronte al corpo virale. A volte quella rabbia si è tramutata in una sfiducia capace di mettere in dubbio tutta la narrazione che arrivava da quelle istituzioni, fino a dubitare dei numeri e delle cause di morte ufficiali.

I cadaveri, così, possono diventare oggetto di contesa, anche per accertare la verità di quanto è accaduto. Da ciò le aspre polemiche sulle mancate autopsie per i morti di COVID-19, polemiche che hanno avuto eco tanto nei media tradizionali quanto in quelli controinformativi²¹.

Vengono in mente le parole di Bichat, uno dei fondatori dell'anatomia patologica, citate da Foucault nella *Nascita della clinica*, che invitava i clinici ad «aprire qualche cadavere» (FOUCAULT 1998: 169) per scoprirvi le verità recondite che la sola osservazione sintomatologica non era riuscita a cogliere. Di fronte al non-senso di quelle morti, la verità sembra poter trovarsi nell'interiorità assoluta dei corpi; la mia etnografia, invece, confrontandosi con lo scandalo della morte, ha scelto di restare sulla loro superficie per metterne in luce il suo carattere relazionale e, dunque, riasserirne la sua natura sociale.

Note

⁽¹⁾ Riporto una cronologia essenziale della prima zona rossa che sto considerando, ripercorrendone le tappe essenziali. Nella notte del 20 febbraio 2020, all'ospedale di Codogno, si rileva la positività di un paziente ricoverato al COVID-19, primo caso europeo non relazionabile al focolaio cinese. Uno dei primi provvedimenti presi dalle autorità competenti è stata «l'ordinanza 21 febbraio 2020 (d'intesa con Presidente della Regione Lombardia) – Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19». L'ordinanza del 21 febbraio sospendeva nei comuni interessati ogni manifestazione pubblica, le funzioni religiose e le attività scolastiche, le attività commerciali e produttive ad eccezione di quelle «essenziali»; impediva ai lavoratori della zona di recarsi a lavoro (fatta eccezione, anche qui, per i lavori essenziali), così come proibiva le fermate dei mezzi pubblici in quei comuni, senza ancora interrompere la viabilità. Il termine zona rossa, pur non comparando negli atti ufficiali, viene ben presto adottato dai media nazionali. L'effettivo confinamento dell'area si realizzerà però con il «decreto legge del 23 febbraio 2020, n. 6» che aggiungeva, rispetto alla precedente ordinanza del 21 febbraio, la possibilità dell'impiego delle forze armate (art. 3 comma 5) e il divieto di accesso e allontanamento dall'area interessata dal contagio.

⁽²⁾ https://www.repubblica.it/cronaca/2020/03/18/foto/bergamo_non_c_e_piu_posto_70_mezzi_militari_portano_le_salme_fuori_dalla_region-251650969/1/ (consultato il 17/10/2024)

⁽³⁾ La tanatologa Marina Sozzi, piuttosto che parlare di rimozione della morte, preferisce ricorrere al concetto remottiano di «densità culturale». La «nostra cultura funebre», secondo la studiosa, è un esempio di un'area meno densa culturalmente, con meno norme e quindi più aperta ad essere rielaborata anche attraverso nuovi saperi, in primis quelli afferenti all'area medico-psicologica (SOZZI 2009).

⁽⁴⁾ Intendo con sofferenza «una condizione di malessere esistenziale, diversa dalla percezione del dolore, quantificabile e descrivibile, secondo le scienze biomediche» (FANTAUZZI 2020: 107)

⁽⁵⁾ Traduzione mia.

⁽⁶⁾ Sulle cause storiche che hanno fatto sì che oggi la morte sia gestita sempre più dalle imprese funebri, tanto negli aspetti burocratici e organizzativi quanto nella preparazione della camera ardente e della salma, si veda COLOMBO 2021.

⁽⁷⁾ I nomi degli interlocutori riportati in questo articolo sono nomi di fantasia per tutelare la privacy degli interessati.

⁽⁸⁾ Il comune più popoloso dei 10 interessati dal provvedimento che ha istituito la zona rossa è Codogno, la cui popolazione residente, al primo gennaio 2024, ammonta a 15.674 abitanti (<https://demo.istat.it/app/?l=it&a=2024&i=POS>, consultato il 18/6/24).

⁽⁹⁾ La dottoressa Malara è l'anestesista dell'ospedale di Codogno assunta all'attenzione mediatica per aver avuto l'intuizione, forzando i protocolli allora vigenti, di testare il paziente 1, scoprendo così il primo caso di COVID-19 sul territorio italiano che non aveva un collegamento epidemiologico diretto con il focolaio cinese di Wuhan.

Da quella sua esperienza Malara ha scritto un libro autobiografico, ed è particolarmente indicativo che anche lei, un simbolo sanitario della lotta contro il virus, si esprima così quando racconta nel suo libro di non aver più visto sua nonna, deceduta in un RSA: «Sono più che mai convinta che non sia morta di COVID, ma nella solitudine che ha costretto lei e, come lei, tanti altri anziani» (MALARA 2020: 91).

⁽¹⁰⁾ Espressione adottata anche a livello mediatico in maniera esponenziale nel marzo-aprile 2020, come mostrano i grafici presenti nel lavoro di Asher Colombo (ivi: 88).

⁽¹¹⁾ Questo è in linea con quanto scritto da Hernández-Fernández e Meneses-Falcón (2022), secondo i quali gli operatori sanitari che hanno adottato un approccio da loro definito come olistico, consentendo un ultimo saluto o la visione della salma ai cari anche a costo di infrangere i protocolli previsti durante la pandemia, hanno avuto un impatto positivo su quei lutti.

⁽¹²⁾ Sacchi impermeabili per il trasporto dei cadaveri.

⁽¹³⁾ Traduzione mia.

⁽¹⁴⁾ Bloch e Parry affermano che nelle società occidentali all'individuo è dato un valore trascendentale per cui, non essendo la sua morte una minaccia per la società, i riti che l'accompagnano sono concepiti come una celebrazione della sua individualità e non della collettività dalla quale si è distaccato (ivi: 15).

⁽¹⁵⁾ Sulla problematicità del lutto relativo a corpi scomparsi, si veda Robben (2018) sui desaparecidos argentini.

⁽¹⁶⁾ In questo senso, la cerimonia potrebbe avere rappresentato per i credenti qualcosa di analogo al secondo funerale descritto anche Huntington e Metcalf (1991). Dopo un periodo intermedio a seguito di un primo funerale, il rito di passaggio incarnato dal secondo funerale compiva infatti la definitiva entrata nel mondo dei morti del defunto. Nel caso che sto descrivendo qui, invece, il passaggio tra le due cerimonie non è qualcosa di ritualmente prescritto ma il risultato del dispositivo governamentale analizzato.

⁽¹⁷⁾ La "Carta dei diritti dei morenti", «uno di punti fermi nella diffusione dei valori delle cure palliative», pone tra i suoi valori due diritti, quello della vicinanza del morente ai suoi cari (cfr. punto 10) e quello a non morire in solitudine (cfr. punto 11), che nella situazione pandemica, come si è descritto, sono stati difficili da garantire (<https://www.fedcp.org/news/carta-dei-diritti-dei-morenti>, consultato il 1/2/25).

⁽¹⁸⁾ Alcuni parenti delle vittime da COVID-19 nella bergamasca hanno incanalato quella rabbia in un'azione politica e legale, dando vita al comitato "Noi denunceremo – verità e giustizia per le vittime da COVID-19". Sulla pagina Facebook del comitato si legge in descrizione: «Questa pagina nasce per un bisogno di giustizia e di verità per dare pace ai nostri morti che non hanno potuto avere nemmeno una degna sepoltura a seguito della pandemia di Coronavirus – COVID 19» (<https://www.facebook.com/groups/noi-denunceremo/>, consultato il 3/07/24).

⁽¹⁹⁾ Si veda anche, a titolo di esempio un report di ricerca del 2020 di un gruppo di antropologi della London School of Economics intitolato "A Good Death" During the Covid-19 pandemic in the UK" (BEAR *et al.* 2020). La ricerca mirava, attraverso son-

daggi ed interviste, ad esplorare le visioni emiche su una “buona morte”, in tempo di pandemia, di comunità di fede ed estrazione sociale diversa nel Regno Unito. Nel caso delle morti qui descritte, emerge una distanza che fa sì che sia difficile classificarle come “good deaths”.

⁽²⁰⁾ Traduzione mia.

⁽²¹⁾ A titolo di esempio si prendano <https://www.ilgiornale.it/news/politica/circolare-che-ha-frenato-ricerche-sulla-lotta-covid-1905589.html>; <https://facta.news/notizia-falsa/2020/05/12/non-e-vero-che-una-circolare-del-ministero-della-salute-vieta-le-autopsie-sui-morti-di-covid-19/> (consultati il 3/11/24).

Bibliografia

- AGAMBEN G. (2020), *A che punto siamo? L'epidemia come politica*, Quodlibet, Macerata.
- ALI I. (2021), *From Normal to Viral Body: Death Rituals During Ordinary and Extraordinary Covidian Times in Pakistan*, “Frontiers in Sociology”, Vol. 5: 619913.
- ASAD T. (1997 [1986]), *Il concetto di traduzione di culture nell'antropologia sociale britannica*, pp. 183-210 in CLIFFORD J., MARCUS G.E. (a cura di) *Scrivere le culture. Poetiche e politiche in etnografia*, Meltemi, Roma.
- BEAR L., SIMPSON N., ANGLAND M. *et al.* (2020), ‘A Good Death’ During the Covid-19 Pandemic in the UK: A Report of Key Findings and Recommendations, LSE Anthropology, London.
- BLOCH M., PARRY J. (1982), *Death and the Regeneration of Life*, Cambridge University Press, Cambridge.
- BOLT S. (2018), *In the Absence of a Corpse: Rituals for Body Donors in the Netherlands*, pp. 371-381, in ROBBERN A. (a cura di), *A Companion to the Anthropology of Death*, Blackwell Pub, Oxford.
- CLAVANDIER, G., BERTHOD M.A., CHARRIER P., JULIER-COSTES M., PAGNAMENTA V. (2021), *From One Body to Another. The Handling of the Deceased during the COVID-19 Pandemic, a Case Study in France and Switzerland*, “Human Remains & Violence: An Interdisciplinary Journal”, Vol. 7(2): 41-63.
- COLOMBO A. (2021), *La solitudine di chi resta. La morte ai tempi del contagio*, il Mulino, Bologna.
- DE BOECK F. (2012), *Death Matters. Intimacy, Violence and the Production of Social Knowledge by Urban Youth in the Democratic Republic of Congo*, pp. 242-249, in PINTHER K., FÖRSTER L., HANUSSEK C. (a cura di), *Afropolis. City Media Art*, Jacana Media, Capetown.
- DE CERTEAU M. (2009[1980]), *L'invenzione del quotidiano*, Edizioni Lavoro, Roma.
- DE MARTINO E. (2000[1958]), *Morte e pianto rituale nel mondo antico: dal lamento pagano al pianto di Maria*, Bollati Boringhieri, Torino.
- DE MARTINO E. (2019[1977]), *La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali*, Einaudi, Torino.
- DIJKHUIZEN L.G.M., GELDERMAN H.T., DUIJST W. (2020), *Review: The Safe Handling of a Corpse (Suspected) with COVID-19*, “Journal of Forensic and Legal Medicine”, Vol. 73: 101999.
- ENGELKE M. (2019), *The Anthropology of Death Revisited (October 2019)*, “Annual Review of Anthropology”, Vol. 48: 29-44.
- ESPOSITO R. (2020[2002]), *Immunitas. Protezione e negazione della vita*, Einaudi, Torino.

- FANTAUZZI A. (2020), *Etnografie della sofferenza: etica, responsabilità e riflessività dell'antropologo sul campo*, "La Ricerca folklorica", Vol. 75: 107-117.
- FASSIN D. (1996), *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, PUF, Paris.
- FAVOLE A. (2003), *Resti di umanità. Vita sociale del corpo dopo la morte*, Laterza, Roma-Bari.
- FAVOLE A., LIGI G. (2004), *L'antropologia e Lo Studio Della Morte: Credenze, Riti, Luoghi, Corpi, Politiche*, "La Ricerca Folklorica", Vol. 49: 3-13.
- FOUCAULT M. (1998 [1963]), *Nascita della clinica. Una archeologia dello sguardo medico*, Einaudi, Torino.
- FUCHS W. (1974 [1969]), *Le immagini della morte nella società moderna. Sopravvivenze arcaiche e influenze attuali*, Einaudi, Torino.
- GOFFMAN E. (1997[1959]), *La vita quotidiana come rappresentazione*, il Mulino, Bologna.
- HERNÁNDEZ-FERNÁNDEZ C., MENESES-FALCÓN C. (2022), *I Can't Believe They Are Dead. Death and Mourning in the Absence of Goodbyes During the COVID-19 Pandemic*, "Health & Social Care in the Community", Vol. 30: e1220-e1232.
- HERTZ R. (1960), *Death and the Right Hand*, Routledge, London.
- HUNTINGTON R., METCALF P. (1991[1979]), *Celebrations of Death: The Anthropology of Mortuary Ritual*, Cambridge University Press, Cambridge.
- ISTAT (2020), *Impatto dell'epidemia di Covid-19 sulla mortalità totale della popolazione residente*, Primo Quadrimestre 2020.
- LUCCHI L. (2021), *Codogno caput mundi*, LIR, Piacenza.
- LUPO A. (2014), *Antropologia medica e umanizzazione delle cure*, "AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica", 37: 105-126.
- MALARA A. (2020), *In scienza e coscienza. Cos'è successo davvero nei mesi che hanno cambiato il mondo*, Longanesi, Milano.
- MBEMBE A. (2019), *Necropolitics*, Duke University Press, Durham.
- PALUMBO B. (2009), *Biopolitics the Sicilian Way*, "AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica", 27-28: 37-71.
- PIASERE L. (2002), *L'etnografo imperfetto. Esperienza e cognizione in antropologia*, Laterza, Roma-Bari.
- PIASERE L. (2022), *Su Morte e pianto rituale: alcune osservazioni critiche* "Indiscipline. Rivista di Scienze Sociali", Vol. 2: 113-120.
- PIZZA G. (2005), *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma.
- ROBBEN A. (2018), *Argentina Betrayed: Memory, Mourning, and Accountability*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia.
- SARTORI B. (2021), *Da qui in poi. Accompagnare il lutto nella prima «zona rossa» d'Italia*, il Duomo, Piacenza.
- SCHIRRIPA P. (2023), *I tanti fili della sindemia*, "AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica", 55: 215-225.
- SEALE C., VAN DER GEEST S. (2004), *Good and Bad Death: Introduction*, "Social Science & Medicine", Vol. 58(5): 883-885.
- SOZZI M. (2009), *Reinventare la morte: Introduzione alla tanatologia*, Laterza, Roma-Bari.

SPARACO D.M. (2024), *Ripensare l'emergenza. Denaturalizzare l'approccio emergenziale nella prima zona rossa italiana durante il Covid-19*, "Antropologia Pubblica", Vol. 10(2): 93-116.

USSAI S., ARMOCIDA B., FORMENTI B., PALESTRA F., CALCI M., MISSONI E. (2020), *Hazard Prevention, Death and Dignity During COVID-19 Pandemic in Italy*, "Front. Public Health", 18 settembre 2020, Vol. 8.

Scheda sull'Autore

Domenico Maria Sparaco è nato a Maddaloni (CE) il 14 marzo 1998. Dottorando in *Social Sciences and Humanities* presso l'Università degli studi di Siena, ateneo dove ha conseguito la laurea magistrale in Antropologia e Linguaggi dell'immagine nel 2022. Le sue ricerche riguardano le dinamiche sociali e politiche innescate dalla pandemia, a partire da una ricerca sul campo svolta a Codogno, prima zona rossa d'Italia, durante la diffusione del virus. La sua ricerca di dottorato verte sul movimento sociale per la libertà vaccinale in Toscana.

Riassunto

Passaggi interrotti. Lutti pandemici nella prima zona rossa d'Italia

L'articolo parla della morte e dei lutti avvenuti durante la prima zona rossa di Italia, nel Basso Lodigiano, durante la prima ondata di COVID-19 che ha colpito il Paese. In particolar modo, ricostruisce il percorso che va dal "corpo virale" alla salma, individuando in questo passaggio la problematicità di quei lutti pandemici. Viene anche descritto il ruolo degli operatori sanitari e di alcuni operatori mortuari che hanno cercato di umanizzare i protocolli vigenti per rispondere alla richiesta di cura che arrivava loro dai cari del malato/defunto.

Parole chiave: cura, lutto, corpo virale, morte, pandemia di COVID-19

Resumen

Tránsitos interrumpidos: Duelo pandémico en la primera zona roja de Italia

El artículo aborda la muerte y el duelo ocurridos durante la primera zona roja de Italia, en el Basso Lodigiano, durante la primera ola de la pandemia de COVID-19. En particular, reconstruye el proceso que va del "cuerpo viral" al cadáver, identificando las dificultades de estos duelos pandémicos en esta transición. También describe el papel de los trabajadores sanitarios y algunos funerarios que intentaron humanizar los protocolos vigentes para responder a las demandas de curas de los familiares de los enfermos o fallecidos.

Palabras llave: cuidado, duelo, cuerpo viral, muerte, pandemia de COVID-19

Résumé

Passages interrompus : Deuils pandémiques dans la première zone rouge d'Italie

L'article traite de la mort et du deuil survenus pendant la première zone rouge italienne, dans le Basso Lodigiano, lors de la première vague de la pandémie de COVID-19. Il reconstitue notamment le parcours allant du « corps viral » à la dépouille, en identifiant les difficultés du deuil pandémique dans cette transition. Il décrit également le rôle des soignants et de certains professionnels funéraires qui ont tenté d'humaniser les protocoles en vigueur pour répondre aux besoins de soin exprimés par les proches des malades ou défunts.

Mots-clés: soin, deuil, corps viral, mort, pandémie de COVID-19

La dipendenza è il contrario della consapevolezza

Mindfulness, corporeità e riabilitazione

Lorenzo Urbano

Sapienza Università di Roma
[lorenzo.urbano@uniroma1.it]

Abstract

Addiction is the Opposite of Awareness. Mindfulness, Embodiment, Rehabilitation

Among the therapeutic practices deployed by local public health institutions to aid in the rehabilitation of drug addicts, those based on «mindfulness» – and specifically on Jon Kabat-Zinn's *mindfulness-based stress reduction* – have gained some popularity in the last few years. In particular, *mindfulness-based relapse prevention*, a technique inspired by MBSR, uses the practice of mindfulness to decrease the risk of relapse into substance consumption in an addict's everyday life. This contribution explores the practice of MBRP, drawing on ethnographic research conducted with local public health services in Tuscany, with a specific focus on the re-framing of the body and the senses in the rehabilitative process, reading this practice through the lens of the concept of spiritual exercise.

Keywords: Mindfulness, Addiction, Spiritual Exercise, Embodiment

Eravamo seduti in cerchio, come sempre accade quando si tengono gruppi di questo tipo. La maggioranza dei volti intorno a me erano ancora abbastanza confusi – come d'altra parte era anche il mio. Qualcuno annuiva, chi aveva già seguito il ciclo precedente di incontri sulla prevenzione della ricaduta. La breve introduzione alla *mindfulness* non aveva fatto molto per fugare i dubbi che nutrivo, ed evidentemente non ero l'unico. «La *mindfulness*», iniziò Judith, una dei due educatori che tenevano questo corso, «è la pratica di portare attenzione al momento presente in maniera non giudicante». Cosa significasse questa formula non era del tutto chiaro; soprat-

tutto, non era chiaro quale fosse la rilevanza di questa pratica nel contesto del recupero dalla dipendenza da sostanze stupefacenti.

Judith tirò fuori un piccolo contenitore dalla sua borsa. «Spero che abbiate le mani pulite», disse, per poi alzarsi e passare da ciascuno dei presenti, uno alla volta, a lasciare qualcosa. Erano – «Non vi preoccupate di cosa sono, per il momento, non è importante. Anzi, cercate proprio di non pensarci». Erano – come facevo a non pensare a cosa fosse l'oggetto che tenevo in mano? Come potevano chiederci, chiedermi, di non pensare all'elefante, quando l'elefante era sul palmo della mia mano? Erano due chicchi di uvetta. «Proviamo un esercizio», concluse, mettendosi nuovamente a sedere.

«Prendete uno di questi oggetti in mano», cominciò, continuando a trattarli come un qualcosa di non identificato, «ed esploratelo delicatamente con i polpastrelli. Cosa sentite? Vi accorgete di tutte le imperfezioni, della consistenza, della temperatura?». Non potei fare a meno di notare che, per quanta uvetta avessi mangiato nella mia vita, trattarla in questo modo mi faceva sembrare la sua consistenza poco familiare. Sembrava... gomma? No, non gomma. Qualcosa di più rigido all'esterno e più morbido, quasi fluido, all'interno. Le rughe sulla superficie sembravano impossibilmente profonde. Avevo mai preso in mano un singolo chicco d'uvetta, esaminandolo in questo modo? L'obiettivo dell'esercizio si faceva più visibile. «Adesso portatelo in controluce, guardatelo da vicino, da tutti i lati. Cosa vedete?», proseguì Judith. Trasparenza, due piccoli semi all'interno del chicco. «Al naso, ora. Provate a sentirne l'odore». Sarebbe stato difficile anche se non fossi stato raffreddato. L'unico odore che riuscivo a sentire era quello delle mie mani, leggermente sudate per lo stress, nonostante fosse già autunno inoltrato, e in quella stanza di ospedale fosse quasi freddo. Stavo forse sbagliando qualcosa nell'esercizio? La mia attenzione si allontanò brevemente dal chicco di uvetta, e mi guardai intorno in un modo che immaginavo furtivo. Ero l'unico a essere distratto? No, Luigi, lo psicologo del Ser.D. che ci accompagnava, stava controllando l'andamento dei pazienti. I nostri sguardi si incrociarono brevemente, ed entrambi tornammo a concentrarci sull'esercizio. «Adesso alle orecchie. Manipolatelo con le dita delicatamente, e sentite che suono produce». Un suono che mi ricordò quello della carne macinata che viene lavorata per farne delle polpette. Per una frazione di secondo, ebbi l'impressione di sentire il suono dei semi all'interno del chicco. Improbabile, pensai, avrò confuso le sensazioni del tatto e dell'udito. Ero diventato incapace di distinguere chiaramente fra due sensazioni così distanti? «Finalmente, mettetelo in bocca. Ma prima di

masticare, sentite la sensazione che provate sopra e sotto la lingua. E quando mordete, fatelo lentamente e delicatamente. Accorgetevi di quali cambiamenti avvengono, dei suoni e del sapore». Poggiai con cura il chicco sulla lingua. Mi colpì, immediatamente, il sapore leggermente salato – immediatamente associato all'odore che avevo sentito qualche minuto prima. Sulla superficie, le rughe dell'uvetta erano diventate insenature. Portai il chicco ai denti e schiacciai. Mi sembrava ormai di non essere più del tutto sicuro di sapere cosa fosse quell'oggetto, e rimasi stupito dalla scarsa resistenza offerta. Feci fatica a sentire il sapore dell'uvetta, in quel momento. Ero troppo assordato dal suono del chicco sotto i miei molari, un suono viscido e irregolare, interrotto solo momentaneamente dal frantumarsi dei due piccoli semi.

«Com'è stata l'esperienza?», chiese Emil, l'altro coordinatore del corso. «Siete riusciti a fare l'esercizio con la dovuta lentezza? Vi siete accorti di qualcosa di cui non vi eravate mai accorti prima?». Tutti annuimmo. Alcuni sembravano più titubanti di altri, ma chiaramente nessuno voleva essere da meno. O forse stavo soltanto proiettando i miei dubbi, rispetto alla *mindfulness*, rispetto all'esercizio, rispetto al legame con i percorsi di recupero. «Bene», continuò Emil, «allora fatelo di nuovo, con l'altro chicco – però adesso senza la guida di nessuno, seguendo soltanto il vostro ritmo personale». L'esercizio cominciò da capo, in silenzio, ciascuno dei partecipanti manipolando il chicco d'uvetta rimasto. Soltanto quando Emil pronunciò le parole «l'altro chicco» mi resi conto che, nella mano sinistra, avevo un altro di quei piccoli oggetti che erano diventati così estranei ai miei sensi così rapidamente. Seguii gli altri, cercando di osservare più attivamente cosa stesse succedendo intorno a me. Qualcuno più in fretta, qualcuno più lentamente, tutti avevano intrapreso quel particolare esperimento sensoriale. Mi accorsi che non ero l'unico a guardarsi intorno. Preoccupazione di fare l'esercizio «male», di andare troppo velocemente, di andare troppo lentamente. Mentre alcuni si preoccupavano, altri avevano già concluso. Ma nessuno aveva preso scorciatoie.

«Come facciamo a portare attenzione al momento presente?», chiese Judith. «Lo possiamo fare soltanto se ci radichiamo nel corpo, nelle sensazioni. I pensieri e le emozioni ci portano lontano, il corpo ci fa stare qui, ora. Avete notato che con questo esercizio vi siete accorti di dettagli a cui non avevate prestato attenzione prima? Se ci concentriamo sul *sentire*, possiamo cominciare a prestare attenzione al presente. Quello che cercheremo di fare in questi incontri è fornirvi alcuni strumenti per esercitare questa attenzione, questa consapevolezza».

Era stato Luigi a invitarmi a partecipare al ciclo di incontri sulla *mindfulness* applicata al recupero dalle sostanze, insieme ad Grazia, educatrice professionale sempre dello stesso Ser.D. Già mi invitavano agli incontri aperti che il gruppo locale di Narcotici Anonimi teneva in quegli stessi locali di un vecchio ospedale – l’obiettivo di questi incontri era mettere insieme le esperienze di tossicodipendenti, familiari e professionisti del settore (etichetta che, per qualche motivo, mi trovavo a condividere). Dalla mia partecipazione a questi incontri, era emersa l’idea di mettere in piedi una piccola collaborazione fra Grazia, Luigi e me, un gruppo da tenersi fra fine 2019 e inizio 2020, ma prima di cominciare mi avevano proposto di partecipare a qualcuno dei cicli di incontri che organizzavano con collaboratori esterni, per capire in che modo comportarmi, e quali partecipanti aspettarmi. Il gruppo *mindfulness* era quello più vicino, e che non avrebbe subito particolari sconvolgimenti relativi alla mia presenza. Ovviamente, accettai volentieri.

Il presente articolo si fonda sulla partecipazione a questo e ad altri cicli di incontri dedicati alla pratica della *mindfulness*, che porto avanti in maniera intermittente dalla fine del 2019, organizzati dal Servizio per le Dipendenze della città toscana di Pini¹ come parte della propria attività terapeutica. Ho altrove discusso il modo in cui all’interno di questo Ser.D. psichiatri, psicologi e assistenti sociali provano a immaginare una pluralità di forme di intervento terapeutico, in particolar modo costruendo momenti di «cura collettiva», per superare lo stretto individualismo del «classico» rapporto medico-paziente (URBANO 2023a). In questa sede, mi limito a fare alcune note di contesto pertinenti agli incontri sulla *mindfulness*. La prima è che tali incontri fanno parte ormai da quasi un decennio dell’attività del Ser.D.: sono organizzati in cicli settimanali della durata di 6-8 incontri ciascuno, solitamente due volte all’anno, sotto il coordinamento di due educatori professionali esterni al Servizio. La grande maggioranza dei partecipanti sono pazienti, reclutati (sempre su base volontaria) dai professionisti del Servizio all’inizio di ogni ciclo di incontri. In alcuni, più limitati, casi, partecipano ai gruppi anche persone appartenenti alle diverse associazioni di mutuo aiuto che sono presenti nella zona, con le quali il Ser.D. di Pini collabora frequentemente. Un ultimo aspetto significativo è che, nella prassi del Servizio, la pratica della *mindfulness* non è limitata a questi cicli di incontri; al contrario, può essere presente anche in altri momenti di «cura collettiva» – a volte, altre attività di gruppo gestite da Grazia o Luigi si aprono con qualche minuto di *mindfulness*, anche soltanto un singolo esercizio. Ciò suggerisce una convinzione particolarmente radicata dell’efficacia di

tale pratica, o quantomeno della sua utilità, per i percorsi dei loro pazienti. Convinzione che mi ha spinto a prendere parte attivamente a questi incontri, e a provare a riflettere sul significato della *mindfulness* nelle plurali e complesse forme in cui si realizza la riabilitazione dalla tossicodipendenza.

Mindfulness, pratica terapeutica e tossicodipendenza

«This book is an invitation to the reader to embark upon a journey of self-development, self-discovery, learning, and healing» (KABAT-ZINN 1990: 1). Così si apre *Full Catastrophe Living*, testo in cui il biologo e medico americano Jon Kabat-Zinn rende conto dei primi dieci anni di attività della sua Stress Reduction Clinic alla Università del Massachusetts, clinica focalizzata proprio sull'insegnamento della pratica della *mindfulness*. Tale pratica ha radici all'interno della pratica buddhista – il termine inglese *mindfulness* è utilizzato per tradurre il concetto di *sati*, un termine complesso che indica tanto la memoria quanto la «lucid awareness of present happenings» (BODHI 2011: 25). In questa sede, basti notare due caratteristiche del concetto di *sati*. In primo luogo, esso non è una qualità spontanea né un qualcosa che accade in maniera automatica; al contrario, deve essere «coltivata» attraverso lo sforzo e l'esercizio. Inoltre, ha una dimensione spiccatamente etica, «being part and parcel of the attempt to eliminate the unwholesome and establish the wholesome» (ivi: 28).

Queste due caratteristiche del *sati* consentono di comprendere la traduzione che Kabat-Zinn ha fatto della pratica della *mindfulness* all'interno di un contesto clinico. Egli definisce questa pratica come «moment-to-moment awareness [...] paying attention to things we ordinarily never give a moment's thought to» (KABAT-ZINN 1990: 2). La Stress Reduction Clinic adotta un approccio «comportamentale» all'intervento terapeutico, nella convinzione che una trasformazione dei nostri modi di pensare e di agire abbia un effetto significativo sulla nostra capacità di gestire lo stress e il dolore, e sul processo di recupero da una malattia o da un trauma (fisico o psicologico). In questo processo, la *mindfulness* può avere un ruolo determinante, non come sostituto della biomedicina ma come suo complemento: nella prospettiva di Kabat-Zinn, ciò che la *mindfulness* insegna è *in che modo* prendersi cura di sé stessi, come ristabilire il controllo sulle proprie condizioni di salute e raggiungere «at least some peace of mind» (ivi: 1). La *mindfulness* è uno strumento per «vivere pienamente».

Sarà a questo punto evidente l'importanza delle dimensioni etica e di esercizio del *sati* all'interno della versione di Kabat-Zinn della pratica della *mindfulness*. La rilevanza della seconda è molto chiara: alla Stress Reduction Clinic non si viene «curati»; piuttosto, si «impara a guarire». Il ruolo del terapeuta non è quello di intervenire sul corpo o sulla mente del paziente, ma di «guidarlo» attraverso un percorso di apprendimento di una pratica, di una tecnica, che richiede un'attiva e costante partecipazione da parte del paziente stesso. In questa prospettiva, la *mindfulness* (e la sua traduzione del *sati* buddhista) si avvicina a ciò che nella tradizione filosofica occidentale definiamo *esercizio spirituale* (HADOT 1988; SLOTERDIJK 2013; cfr. anche DAS 2012): uno sforzo teso verso l'«imparare a vivere» – ma non a vivere genericamente, a vivere «bene». E qui si rende visibile la dimensione etica della *mindfulness*, proprio perché questa pratica non si pone l'obiettivo di curare una condizione patologica, bensì di offrire un modo di prendersi cura di sé, di affrontare la «catastrofe» della quotidianità – il modo in cui Kabat-Zinn parla della complessità del nostro vivere ordinario (KABAT-ZINN 1990). Nelle parole di Jarrett Zigon, la *mindfulness* è una tecnica che ci consente di (ri)costruire il nostro terreno esistenziale (ZIGON 2008).

L'esperienza di Kabat-Zinn con la Stress Reduction Clinic è stata determinante per l'affermazione della pratica della *mindfulness* all'interno del contesto clinico (BODHI 2011), in particolare nella forma di *mindfulness-based stress reduction* (MBSR), la tecnica che lo stesso Kabat-Zinn ha descritto in *Full Catastrophe Living*. L'obiettivo di questo testo era infatti specificamente quello di popolarizzare la *mindfulness* come strumento terapeutico, di «bridging these two epistemologies of science and dharma» (KABAT-ZINN 2011). E per fare ciò, il medico americano ha cercato di «ricontestualizzare» la tradizione buddhista connessa a questa pratica attraverso un *frame* scientifico – specificamente, biomedico².

Dall'apertura della Stress Reduction Clinic, si sono moltiplicate le forme di intervento in ambito clinico che si fondano sulla *mindfulness* e coprono un vasto spettro di patologie, dai disturbi ossessivo-compulsivi al PTSD (DIDONNA 2009). In particolare, uno degli ambiti in cui si sono consolidate tali forme di intervento è quello dell'*addictive behavior*, che ovviamente include anche le *substance-related disorders*. Significativo è già il *frame* all'interno del quale il «comportamento dipendente» è inquadrato:

The addicted person is someone who hopes to find a simple solution to this existential dilemma. Life hurts, he feels, and he wants to avoid this pain. He likes pleasure very much, on the other hand, and wants to find more of it

in an easy, reliable, readily repeatable way. Whatever the drug of choice, the intention is to avoid pain and increase pleasure (BIEN 2009: 290).

Ciò che è significativo qui è il modo in cui questa prospettiva aggira, in un certo senso, il processo di medicalizzazione della tossicodipendenza. Ci troviamo all'interno di un manuale dedicato a possibili usi clinici della *mindfulness*, e comunque la radice di queste patologie viene ugualmente rappresentata in senso essenzialmente morale. La dipendenza è un modo semplice e semplicemente ripetibile per rispondere a problemi esistenziali. Ciò che il dipendente «fa», in ultima analisi, è *dimenticare*: dimenticare il dolore, dimenticare le difficoltà, dimenticare gli ostacoli al raggiungimento del piacere e della soddisfazione personale. Perciò, è assente a sé stesso, non è in grado di «vivere pienamente» nel momento presente.

If then drug abuse is an avoidance paradigm, if it is about forgetting, then it stands to reason that the solution lies in the direction of non-avoidance, of remembrance. An approach which helps a person to remember rather than to forget, to be more aware rather than less, which increases one's capacity to face the truth of the present moment, even in its unpleasant elements, might, prima facie, be the essence of cure. Mindfulness is just such an approach (BIEN 2009: 291-292).

La pratica della *mindfulness* incoraggia un atteggiamento nei confronti della propria esperienza quotidiana che è diametralmente opposto rispetto a quello caratteristico della persona dipendente. Invita alla consapevolezza, alla padronanza di sé e delle proprie emozioni. Insegna la capacità di rimanere «presenti a sé stessi» anche quando proviamo sentimenti negativi, dolore, o desideri potenzialmente autodistruttivi. Attraverso la pratica della *mindfulness*, la persona dipendente può acquisire consapevolezza della natura e dei confini del proprio problema, e divenire in grado di controllarsi nei momenti in cui la patologia rischia di sovvertire la sua volontà. Attraverso la *mindfulness*, la persona dipendente può finalmente cessare di prendere «scorciatoie» e affrontare adeguatamente i propri problemi quotidiani.

In particolare, rilevante per i nostri interessi è il cosiddetto «protocollo MBRP», *mindfulness-based relapse prevention* – la tecnica adottata, come vedremo, anche negli incontri che ho frequentato a Pini. Un numero considerevole di tecniche di *relapse prevention* si fondano su interventi di tipo cognitivo-comportamentale che, in sintesi, hanno l'obiettivo di «individuare situazioni ad alto rischio [di ricaduta] [...] e utilizzare strategie cognitive e comportamentali di gestione per prevenire future ricadute» (MARLATT, WITKIEWITZ 2005: 1). La MBRP si posiziona all'intersezione tra

queste forme di intervento e l'approccio più generale della *mindfulness*, in particolare nella sua versione della *mindfulness-based stress reduction*. L'obiettivo della MBRP è quello di trovare una «via intermedia» tra una «dannosa indulgenza» e una «rigida rinuncia», coniugando capacità di disciplinarsi e sforzo di non giudicarsi tipici della *mindfulness* (BOWEN, CHAWLA, MARLATT 2011: VII). Da una parte, quindi, la MBRP si presenta come una tecnica che dovrebbe consentire al soggetto tossicodipendente di acquisire controllo e padronanza di sé; dall'altra, è un approccio che invita ad avere comprensione e compassione verso sé stessi, a non concentrarsi sul senso di colpa, a non pensare la dipendenza come una qualità essenziale del soggetto. La stessa Judith, durante uno degli incontri del ciclo sulla *mindfulness*, ritornò su quest'ultimo aspetto. «La dipendenza non è qualcosa che ci caratterizza, non è qualcosa che *siamo*. È qualcosa che ci è successo, che ci ha attraversato, e che poteva non succedere, e può non succedere più».

In che modo la *mindfulness* contribuisce in questa direzione – non solo nella gestione delle situazioni ad alto rischio di ricaduta, ma più in generale a un “recupero” del soggetto tossicodipendente? Se la dipendenza è un «avoidance paradigm» (BIEN 2009: 291), la soluzione a questa “avoidance” è uno sforzo di presenza a sé, di consapevolezza. «La consapevolezza è il contrario della dipendenza», proclamò Luigi in chiusura del primo incontro organizzato dal Ser.D. di Pini. E la *mindfulness* può aiutare a essere consapevoli, a non dimenticare e non dimenticarsi. Ciò che è particolarmente interessante è il modo in cui attraverso la pratica della *mindfulness* si può acquisire consapevolezza di sé. «Lo possiamo fare soltanto se ci radichiamo nel corpo», aveva detto Judith. La dimensione corporea, esperienziale e immediata – intendendo con ciò tutto quello che passa attraverso i sensi prima ancora che attraverso la coscienza – in una certa misura irriflessiva, è quella fondamentale per divenire pienamente consapevoli, e quindi per riconquistare lo spazio che separa lo stimolo dalla risposta – l'obiettivo della MBRP (BOWEN, CHAWLA, MARLATT 2011).

La conoscenza è nel corpo

Non era stato l'esercizio del chicco di uvetta ad aprire quel primo incontro dedicato a *mindfulness* e prevenzione della ricaduta. La prima cosa che gli operatori del Ser.D. chiesero ai partecipanti fu di compilare un questionario autovalutativo. «Lo abbiamo fatto anche gli altri anni, ci serve per avere un'idea di quali sono i punti di partenza e quali i punti di arrivo. Per capire

l'efficacia di questi incontri. Poi, in passato, abbiamo anche pubblicato i risultati», spiegò Luigi. Il questionario proposto aveva una lunga serie di domande di autovalutazione, basate sul *cognitive behavioral assessment*, uno strumento quantitativo che ha come obiettivo quello di valutare gli effetti degli interventi di psicoterapia, in macrosezioni come «ansia», «disagio», «depressione». «Un bel quadretto, verrà fuori», commentò Michele, uno dei pazienti del Ser.D., con tono derisorio. Gli altri pazienti abbozzarono una risata. Il corso non era particolarmente affollato – poco più di una decina di persone, in occasione del primo incontro, un numero che sarebbe diminuito di qualche unità con gli incontri successivi. La maggioranza di queste era, prevedibilmente, paziente del Servizio. Luigi e Grazia sono sempre in prima fila nello sforzo di reclutare persone per questo tipo di attività collaterali al lavoro ambulatoriale. In questa occasione, avevano avuto medio successo. Erano anche riusciti a convincere un paio di persone del locale gruppo di Alcolisti Anonimi a partecipare. Quasi nessuno aveva chiaramente idea di cosa stessimo per fare – e la somministrazione di un questionario ancora prima di spiegare il senso di questi incontri non aveva che confuso ulteriormente i presenti. Nonostante il tono di motteggio rispetto all'immagine che avrebbero offerto di sé, tutti lo compilarono con grande attenzione, così come avrebbero poco più tardi affrontato con grande concentrazione l'esercizio dell'uvetta. Quando, concluso il questionario, giunse il momento delle presentazioni, tutti ribadirono più o meno la stessa cosa: erano lì per «cambiare», per «migliorarsi». Tutti avevano avuto esperienze di ricaduta. «È una cosa normale», mi aveva detto qualche giorno prima Luigi, «in un certo senso ce l'aspettiamo. È difficile che un percorso vada liscio fino in fondo, per loro. Per questo cerchiamo di organizzare anche cose come questa della *mindfulness*. Magari, offriamo loro qualche strumento in più per affrontare la vita di tutti i giorni, che è sempre la cosa più dura».

Il problema della ricaduta è, infatti, specificamente inquadrato nei termini di capacità di gestione della quotidianità. Da un lato, le *substance-related disorders*, nella loro definizione più strettamente biomedicale, sono patologie croniche che insistono sui circuiti di ricompensa del nostro cervello, e quindi che alterano la nostra capacità di controllare adeguatamente il nostro comportamento. Dall'altro lato, anche la definizione “moralizzante” della dipendenza, sulla quale insistono spesso comunità e gruppi di mutuo aiuto, ma che è – almeno in parte – condivisa dagli stessi Servizi (*ibidem*), si concentra molto sulla capacità di «affrontare la vita», e parla dell'abuso di sostanze come uno strumento di «fuga» dalle difficoltà di

tutti i giorni (ALCOLISTI ANONIMI 1999; NARCOTICI ANONIMI 2016). In entrambe le prospettive, il recupero (o la guarigione) dipendono in maniera significativa dalla capacità del soggetto di gestire quello che nel lessico psichiatrico si chiama *craving* – la sensazione corporea di desiderio della sostanza. Questo è il momento in cui il rischio di ricaduta è maggiore, e in cui la necessità di mantenere il controllo di sé è più stringente. Ed è soprattutto qui che l'intervento della *mindfulness* dovrebbe risultare cruciale. Se, come testimoniato dal questionario somministrato all'inizio del primo incontro, i professionisti del Ser.D. intendono il ciclo di incontri sulla *mindfulness* come un'occasione paragonabile a un gruppo psicoterapico – e quindi da valutare con simili strumenti – l'obiettivo principale è la trasmissione e l'esercizio di una specifica *tecnica*, da applicare in primo luogo proprio nei momenti di *craving* che i loro pazienti incontrano nel corso della loro vita quotidiana. «C'è una differenza sostanziale tra *reazione* e *risposta*», ricominciò Judith, dopo l'esercizio dell'uvetta. «Quando reagiamo, non ci diamo il tempo di acquisire consapevolezza del nostro corpo, delle nostre sensazioni. La reazione è, in pratica, *costrizione*. È dettata dalle circostanze. La risposta, invece, è quella che diamo quando ci riappropriamo dello spazio che separa lo stimolo dall'azione. Normalmente, viviamo con il pilota automatico, soltanto di reazioni. Rispondere invece che reagire significa tornare a essere liberi». La pratica della *mindfulness* dovrebbe consentire di recuperare quello spazio tra stimolo e azione, di occuparlo con qualcosa che non sia l'automatismo dell'uso della sostanza. Dovrebbe rendere nuovamente in grado di *scegliere*.

Il secondo incontro del ciclo sulla *mindfulness* cui ho partecipato iniziò con un esercizio che frequentemente viene proposto e che illustra efficacemente che cosa possa significare «radicarsi nel corpo». L'esercizio è il cosiddetto *body scan*: un «esercizio di attenzione» non dissimile da quello che avevamo fatto con i chicchi di uvetta nell'incontro precedente, ma focalizzato sul corpo di ciascuno, una singola parte alla volta, dalla pianta dei piedi alla punta dei capelli. Fu Judith a guidarci, la prima volta. «Vi consiglio di tenere gli occhi chiusi per questo esercizio, per limitare il più possibile le distrazioni. Se non volete stare con gli occhi chiusi, va bene lo stesso. Vi consiglierò» e indicò un punto in mezzo alla stanza «di scegliere un punto un po' più avanti dei vostri piedi e tenere lo sguardo fisso lì. La cosa importante è cercare di non guardarci a vicenda. Fate il vostro esercizio come vi viene, senza preoccuparvi di quello che fanno gli altri». Dopo aver pronunciato queste parole, Judith suonò una piccola campana. Decisi, la prima volta, di tenere gli occhi aperti, e di fissare come era stato suggerito un punto

al centro della stanza. Rapidamente, i miei occhi persero fuoco, e il mio campo visivo si riempì di macchie sempre più indistinte di bianco e di grigio. Della campana mi sembrò di non riuscire a comprendere veramente il suono, soltanto a percepire le vibrazioni – interrotte improvvisamente dal passaggio di un'automobile, che udimmo chiaramente fuori dalla finestra. La mia vista tornò momentaneamente a fuoco. «Non vi preoccupate se succede qualcosa che vi distrae per qualche momento», si introdusse Emil, «basta notare che ci siamo distratti, e cercare di tornare con l'attenzione dove eravamo rimasti. Vi succederà di nuovo, sicuramente, e voi fate lo stesso. Prendete nota della distrazione, e tornate qui con l'attenzione».

«Com'è andata?», chiese Emil alla fine, dopo alcuni momenti di silenzio. Alcuni sguardi sembravano molto provati. Mirko, uno di questi, prese la parola. «Non so se ho fatto bene l'esercizio. Mi sono distratto spesso, però anche quando non ero distratto non mi sono sentito molto bene. Mi sembrava quasi che il corpo non fosse il mio». «Tutto quello che viene fuori da questi esercizi è sempre "giusto". Ci dice qualcosa su di noi, ci consente di toccare i nostri limiti e di metterli gentilmente alla prova», intervenne Judith. «Mirko, forse queste tue sensazioni negative sono dovute al fatto che non sei molto abituato ad ascoltare il tuo corpo. Non ti preoccupare, non è una cosa rara; anzi, direi che è raro il contrario. Qualcun altro ha avuto un'esperienza simile adesso?». Altre teste annuirono. «Proviamo a fare questi esercizi insieme proprio perché così potete cominciare a capire non solo come si fanno, ma cosa si può sentire – di positivo e di negativo. E potete anche capire che, se rimanete fermi, se riuscite a non rispondere subito agli stimoli, non succede niente di grave. Si può stare con le sensazioni negative, e poi passano. Come tutto».

Soltanto dopo aver fatto l'esercizio di *body scan*, Luigi prese la parola per spiegare, brevemente e sinteticamente, che cosa fosse la *mindfulness-based relapse prevention* – e il senso di praticare la *mindfulness* come strumento che possa aiutare nei percorsi di recupero. «La ricaduta è una reazione, una reazione della quale siamo solo in parte consapevoli. Siamo abituati a vivere con il pilota automatico – ci ritorneremo spesso su questo punto. Reagiamo agli stimoli senza realmente *capire* che cosa stiamo facendo, in parte perché siamo abituati a voler rifuggire da ogni forma di disagio, anche se momentanea». Guardò nella direzione di Mirko. «È normale passare momenti di disagio. È normale per tutti, figuriamoci per persone come voi che stanno cercando di smettere di usare sostanze. Dobbiamo solo imparare *come* passare questi momenti, senza che ci portino di nuovo alle sostanze». «Siete stati a disagio?», chiese di nuovo Emil, a riconferma di quello che era stato

detto poco prima da Judith. Di nuovo, quasi tutti annuirono. «Siete riusciti a superarlo, questo disagio?». Di nuovo risposte affermative, anche se un po' più titubanti. «Come vedete, allora, è possibile *stare* nel disagio. Dovete solo imparare a farlo, un passo alla volta».

Questo esercizio illustra efficacemente il primo e più immediato significato di «radicare la consapevolezza nel corpo». La «vita con il pilota automatico» per eccellenza è quella che riguarda direttamente il modo in cui abbiamo a che fare con il nostro corpo. Nel nostro ordinario, siamo attraversati da un flusso indistinto di sensazioni che costituisce il nostro “rumore bianco” percettivo: non prestiamo realmente attenzione alla grande maggioranza degli stimoli che ci intercettano (cfr. LE BRETON 2013). Siamo abituati a pensarci in una quasi cartesiana separazione tra mente e corpo, nella quale è soltanto la prima che ci caratterizza, che fa di noi ciò che realmente siamo; il secondo viene derubricato a ruolo di mero strumento, uno strumento al quale prestiamo attenzione soltanto nel momento in cui non funziona nel modo in cui ci aspetteremmo. Il *body scan* è un primo passo verso una prospettiva diversa, in un certo senso invertita. Il corpo non è soltanto il mezzo attraverso il quale conosciamo il mondo – non in senso meramente strumentale, ma sostanziale: l'esperienza del mondo è esperienza corporea – ma è anche l'unico mezzo che abbiamo per conoscere noi stessi, la nostra interiorità, in un modo non superficiale e distaccato. L'unica conoscenza «autentica» che possiamo avere di noi stessi, non filtrata da pregiudizi o emozioni, è attraverso il corpo, e specificamente attraverso l'osservazione delle sensazioni che lo attraversano. Quello che la *mindfulness* propone, in questo senso, è un modo radicalmente «incorporato» di conoscere (GEURTS 2002; KEARNEY 2015).

Paul Stoller, nel descrivere le pratiche di stregoneria delle popolazioni Songhay del Mali, critica la lunga tradizione antropologica che, a partire da Evans-Pritchard in poi, descrive proprio la stregoneria come un sistema di credenze. «For Songhay practitioners, sorcery is not merely a set of beliefs, as Evans-Pritchard would have it; rather, it carries with it real consequences – bodily consequences» (STOLLER 1997: 14). Non è una teologia o una religione che si fonda su discorsi, ma una fitta rete di pratiche che si radicano profondamente nei corpi delle persone che le mettono in atto – e che sono apprese mettendo direttamente in gioco la propria corporeità. Facendo riferimento a Michael Taussig e a *Mimesis and Alterity* (TAUSSIG 1993), Stoller sostiene che l'atto del conoscere in sé – conoscere il mondo, conoscere l'Altro – è un atto sostanzialmente corporeo. «We copy the world to comprehend it through out bodies» (STOLLER 1997: 66). Anche in

questo caso, non abbiamo a che fare in prima istanza con un'epistemologia strutturata, ma con l'im-mediatezza dell'esperienza corporea, e in particolare con l'esperienza sensoriale. Per Stoller, questo modo "incorporato" di conoscere passa infatti non semplicemente per il corpo genericamente inteso, ma primariamente attraverso i sensi (STOLLER 1989). È attraverso i sensi che apprendiamo, attraverso i sensi che conosciamo.

È anche, nella prospettiva della *mindfulness*, il modo in cui conosciamo noi stessi. Quello che la *mindfulness* propone, e in particolare quello che Emil e Judith proponevano nei loro incontri, non è tanto un sistema organizzato e coerente, quanto un modo *pratico* di vedere e interagire con il mondo (CSORDAS 2011), un modo di conoscere e conoscersi che parte dalla capacità di prestare ascolto al proprio corpo e ai propri sensi. In questo, l'esercizio del *body scan* rappresenta un importante punto di partenza. È attraverso questo esercizio che si può imparare a portare l'attenzione sul corpo in maniera molto specifica e puntuale, imparare a focalizzarsi su di esso facendo lo sforzo di escludere altri impulsi esterni, e farlo in maniera «non giudicante», ovvero non mediata da pensieri, idee, pregiudizi, ma nemmeno indirizzata *verso* pensieri, idee, giudizi. Il *body scan* si presenta come un esercizio di ascolto «neutrale», puramente descrittivo in un certo senso, che invita all'osservazione – e a imparare a soffermarsi più a lungo sull'osservazione prima di passare all'azione.

In questo senso, potremmo sostenere che la pratica del *body scan* si avvicina a ciò che Richard Kearney definisce *carnal hermeneutics*: un processo ermeneutico centrato sul corpo nella sua dimensione più strettamente sensoriale, fisica, legata alla sensazione del tatto come contemporaneamente «mezzo» attraverso il quale consociamo il mondo e noi stessi, e primo momento in cui iniziamo a dare senso a tale conoscenza (KEARNEY 2015; cfr. KEARNEY, TREATOR 2015). Non solo il circolo ermeneutico non è innescato da un atto di pensiero, ma da un *contatto* con il mondo – il corpo stesso, in quanto sito di sensazioni, di *tocco*, è anche sito di interpretazioni. Similmente, David Le Breton (2013) sostiene che la nostra conoscenza del mondo passa attraverso la percezione sensoriale, che non è semplice «coincidenza», ma *interpretazione*: la nostra percezione sensoriale è anche il primo modo in cui traduciamo ciò che ci circonda all'interno di una cornice di senso. Per come viene presentato da Emil e Judith, il *body scan* propone un'ermeneutica corporea, «carnale»: lo sforzo di «ascolto non giudicante» è allo stesso tempo presentato come una forma di conoscenza im-mediate, non «distorta» dall'intervento di pensieri o (pre)giudizi, e come una forma di conoscenza riflessiva, consapevole, che implica una «presenza a sé stessi».

Non si tratta soltanto di prestare attenzione alle sensazioni che arrivano attraverso il corpo, allo «stato» del corpo; lo sforzo che la *mindfulness* e il *body scan* propongono è di *comprendere* tali sensazioni, di *interpretarle*, attraverso il corpo, perché è solo il corpo che è privo di pregiudizi, di precomprensioni, e ci può quindi dare una rappresentazione più chiara di cosa accade quando proviamo sensazioni di disagio, di ansia, di dolore.

Questa idea di percezione sensoriale come priva di giudizio – l'«ascolto non giudicante» – è assolutamente centrale nella rappresentazione del rapporto fra esperienza e narrazione che emerge dalle pratiche della *mindfulness*. Dopo aver discusso del *body scan*, Judith ed Emil proposero un compito a casa per i presenti. «Provate, di qui al prossimo incontro, a tenere un diario degli eventi scatenanti». Nel corso del primo incontro, Luigi, lo psicologo del Ser.D., ci aveva parlato di “stimoli grilletto” (*trigger*) come uno degli aspetti critici della prevenzione della ricaduta. «Nella vostra vita di tutti i giorni, per quanto possiate stare attenti, vi troverete spesso in situazioni che vi fanno scattare il *craving*. Sono quelli che noi chiamiamo “stimoli grilletto”, e con la *mindfulness* vorremmo provare a darvi uno strumento per gestirli meglio, per dare una risposta che non rischi di riportarvi a usare». Proprio di questi stimoli, o “eventi scatenanti”, Emil e Judith invitavano a tenere un diario dettagliato. «Provate a scrivervi ogni volta che cosa è stato che vi ha fatto provare sensazioni spiacevoli, in quale momento della giornata, cosa avete provato, in che modo avete risposto. Se ci riuscite, provate a fermarvi e osservare che succede. Ovviamente, non andate a cercarvele, le situazioni spiacevoli. Però, se vi ci trovate, provate a usare quelle cose che abbiamo fatto per ascoltare il vostro corpo». L'obiettivo è quasi una descrizione *densa* di questi eventi e di tutto ciò che li circonda, una sorta di estensione dell'attenzione direzionata del *body scan* a un preciso momento della propria quotidianità, da osservare in modo quanto più possibile olistico.

Ma forse l'aspetto più interessante di questo diario è il modo in cui viene «scomposto» il «cosa avete provato»: esso viene articolato in tre complementari ma distinguibili dimensioni, ovvero *sensazioni*, *emozioni*, *pensieri*. Normalmente, non siamo in grado di fare concretamente distinzione fra queste tre dimensioni – perché non siamo in grado di prestare correttamente e pienamente attenzione allo stato del nostro corpo. L'esercizio quotidiano della *mindfulness*, a partire proprio dal *body scan*, dovrebbe permetterci di osservare in modo più granulare ciò che proviamo, distinguerne le componenti. E tali componenti sono, per quanto inestricabilmente collegate, poste in una gerarchia dell'immediatezza. Il pensiero è nel punto più basso di questa gerarchia: al pensiero arriviamo soltanto dopo, influenzati dalle

altre due componenti, nel momento in cui «narrativizziamo» l'esperienza, in un modo che ci è intuitivamente comprensibile a livello discorsivo ma che ne perde alcuni aspetti più strettamente connessi alla nostra interiorità. L'emozione sta in mezzo, prima di una vera e propria discorsivizzazione dell'esperienza, ma comunque mediata da quello che potremmo chiamare uno «stato irriflessivo dell'animo». L'emozione è lo spazio del «pilota automatico», è il filtro che più di ogni altra cosa ci porta verso l'azione abituale, verso la routine – e quindi ci priva della capacità di scegliere in maniera pienamente libera. Prime, in ordine di immediatezza, sono le sensazioni. Solo a questo livello siamo pienamente nel terreno dell'esperienza, intesa come la più pura e incomunicabile interiorità (JAY 2005). Solo a questo livello possiamo avere una conoscenza *autentica* di noi stessi, priva di filtri e di automatismi, di giudizi e pregiudizi. Nella prospettiva della *mindfulness*, per come è stata articolata in questi incontri, non solo c'è separazione fra esperienza e narrazione, ma le due sono poste in maniera piuttosto netta in un ordine gerarchico di autenticità. Nel processo di narrativizzazione perdiamo sempre qualcosa, perché necessariamente ci stiamo *orientando verso qualcosa*, verso un'emozione, un obiettivo, un giudizio (MATTINGLY 1998). Al contrario, l'esperienza è il flusso indistinto di ciò che ci accade, flusso che passa sovente inosservato nella nostra vita quotidiana, ma che possiamo imparare a osservare senza per questo spostarci al di fuori di questo livello, senza introdurre «pensieri» ed «emozioni». Una osservazione che inevitabilmente deve divenire «partecipante», ma che prima di farlo ci lascia lo spazio di esplorare ciò che succede dentro di noi quando veniamo in contatto con il mondo.

S.O.B.E.R. up

All'inizio del terzo incontro, Emil e Judith decisero di dedicare un po' di tempo a discutere della settimana appena passata, chiedendo esplicitamente se qualcuno dei presenti avesse provato a fare esercizio di *mindfulness*, o avesse tenuto un diario degli eventi scatenanti. Paolo, uno dei pazienti del Ser.D., prese subito parola. «Qualche sera fa, ero a casa da solo, mi annoiavo». Si era trasferito in un comune limitrofo da pochi mesi, dopo una separazione legata ai suoi problemi di alcolismo. Aveva cominciato a seguire qualcuno dei gruppi locali di Alcolisti Anonimi, e preso contatti con il Ser.D. per iniziare un percorso di recupero. Per il resto, non conosceva nessuno, e per questo si ritrovava spesso da solo, a casa, a non sapere cosa fare. «La noia mi porta spesso a desiderare di bere», aggiunse. «Ho cominciato

ad avere dolori di stomaco, respiro corto, affanno». Sintomi che riconosceva come prodromi del *craving*. «Mi sono un po' spaventato all'inizio. Però poi mi sono reso conto che ce la potevo fare. Mi sono detto, non puoi allontanare queste sensazioni. Per allontanarle dovresti bere. Il mio stato emotivo mi voleva subito al bar, ma la coscienza mi ha consentito di rimanere sotto controllo. Mi sono detto, devi riuscire a stare con questo dolore, con questo disagio, finché non passa. Perché poi passa. E così è stato. Dopo un po', ho iniziato a stare meglio. Non è stato facile, ma l'ho preso in tempo».

«Avevo già fatto qualche esperienza di *mindfulness* prima», confessò Paolo dopo qualche attimo di silenzio. Emil e Judith annuirono senza aggiungere nulla. «Stavolta, però» continuò Paolo, «mi sono veramente reso conto di come posso utilizzarla in momenti come questi, in situazioni scatenanti». A questo punto, intervenne Emil. «Ti ringrazio, Paolo, di questa esperienza che ci hai raccontato, perché ci permette di avere già un esempio concreto della cosa di cui vogliamo parlarvi oggi. Quando sentiamo emozioni forti, invece che perderci in quello che facciamo di solito, invece che ascoltare le nostre narrazioni su queste emozioni, può essere utile tornare indietro, alle sensazioni corporee che hanno provocato queste emozioni, o alle sensazioni che queste emozioni ci fanno provare. Se torniamo, con cautela, alle sensazioni del corpo, possiamo tenere sotto controllo le emozioni stesse. Oggi, vorremmo proporvi un esercizio che ha proprio questo scopo».

L'esercizio è indicato con un acronimo significativo. *SOBER*, sobrio, che in questo caso sta per «*stop, observe, breathe, expand, respond*». «È un esercizio che ci dà alcuni passi per rendere "concreto" quel recupero dello spazio tra stimolo e azione di cui abbiamo già parlato. I passi sono abbastanza semplici da capire», cominciò Judith. «Prima di tutto, fermarsi. La cosa più importante e anche la cosa più difficile. Ogni volta che vi trovate ad affrontare un momento di disagio, di dolore, di difficoltà, prima di reagire fermatevi sempre. Non lasciatevi guidare solo dagli automatismi». Il secondo passo è l'osservazione di sé, nella stessa modalità «non giudicante» – quindi, idealmente neutrale – che è stata già più volte ribadita. «Cercate di accorgervi di tutto quello che succede. Come avete fatto nel vostro diario, osservate quali sensazioni state provando, quali emozioni vi attraversano, quali pensieri vi vengono in mente». Poi, è il turno del respiro. «La respirazione è il modo migliore per recuperare la calma, per non farsi portare via dalle emozioni e dai pensieri. Concentratevi sul respiro», continuò Judith. Avevamo fatto, nei due incontri precedenti, dei brevi esercizi di respirazione. Sono strutturati in maniera simile al *body scan*, esercizi in cui l'obiettivo principale è ridurre al minimo l'influenza

di stimoli esterni per portare l'attenzione sul ritmo e la profondità del respiro. Sono anche gli esercizi più «semplici», e per questo consigliati per momenti come questi, di disagio improvviso e inaspettato. Il quarto passo è chiamato «espansione». «Questo è forse quello che necessita di un po' più di spiegazione», cominciò Judith. «L'obiettivo del *SOBER* non è quello di impedirvi di agire, ma di evitare reazioni da pilota automatico. Per permettervi di rispondere nel migliore dei modi a un evento scatenante dovete, a un certo punto, allargare lo sguardo dalla vostra interiorità al contesto che vi circonda. A questo punto, potete prestare attenzione non solo alle vostre sensazioni, ma anche a ciò che le ha causate». Infine, la risposta. «Una volta compiuti tutti questi passi, sarete in grado di rispondere in un modo diverso da quello dei vostri automatismi e delle vostre routine. Come ha fatto Paolo nell'episodio che ci ha raccontato».

SOBER è la pratica che meglio rappresenta l'approccio della *mindfulness* alla riabilitazione e al recupero dalla dipendenza da sostanze. Rispetto ad altri esercizi di meditazione, il *SOBER* – o *SOBER breathing space*, come viene indicato in uno dei manuali dedicato all'uso clinico della MBRP (BOWEN, CHAWLA, MARLATT 2011) – è una pratica molto breve. Pochi minuti, soltanto il tempo necessario per «step out of that automatic mode and become more aware and mindful of our actions», nei momenti in cui «we are triggered by things in ourselves and in our environment [and] we tend to go into automatic pilot» (ivi: 89). Forse, più che come un esercizio in senso stretto, nel senso di una pratica che *prepara* a gestire una situazione, potremmo considerare il *SOBER* come una tecnica, come uno strumento da utilizzare nelle concrete situazioni di rischio. Rimane una dimensione di esercizio – anche soltanto per la necessità di apprendere la tecnica e integrarla all'interno delle proprie abitudini. Negli incontri coordinati da Emil e Judith, questa dimensione venne ripetutamente ribadita. «Non vi stiamo dicendo di andare a cercarvi delle situazioni rischiose, ovviamente. Quanto più possibile, dovrete evitarle. Però, potete provare a utilizzare il *SOBER* nei momenti normali della vostra vita di tutti i giorni». Judith precisò che, a dispetto del nome, il *SOBER* è una pratica che avrebbe potuto utilizzare chiunque, in qualunque momento. «Ogni volta che facciamo qualcosa in modo automatico, in fondo, ci togliamo la capacità di agire in modo veramente libero e consapevole. Quindi, pensate alle cose, anche banali, che fate in modo automatico nella vita di tutti i giorni. Lì potete provare a utilizzare il *SOBER*, non soltanto quando vi trovate di fronte a stimoli grilletto».

Spesso, all'esercizio *SOBER* viene associata un'altra attività, chiamata *urge surfing* (letteralmente, «cavalcare lo stimolo»). È una pratica che prevede la ricerca attiva, in modo controllato, di sensazioni negative – affinché sia possibile «immaginarsi» una risposta che non sia automatica o reattiva.

We're going to ask you to picture yourself in a situation that you find challenging in your present life, one in which you are triggered in some way, maybe a situation in which you might be tempted to use alcohol or drugs or engage in another behavior that has been problematic for you. [...] As you picture this, we are going to ask you to imagine that you do *not* engage in the reactive behavior [...] (BOWEN, CHAWLA, MARLATT 2011: 66).

Se la pratica della *mindfulness* si approssima all'esercizio spirituale, l'*urge surfing* è la sua componente prefigurativa per eccellenza. È lo spazio in cui lo sforzo quotidiano dell'esercizio si dirige verso la «preparazione» ad affrontare le difficoltà della vita quotidiana (HADOT 1988) – che per una persona tossicodipendente in recupero sono in primo luogo le sensazioni negative e gli stati d'ansia che possono portare verso una ricaduta nell'uso di sostanze. La prefigurazione, in questa prospettiva, riguarda soprattutto la gestione delle sensazioni, delle emozioni, dei pensieri. È la prefigurazione di uno stato del corpo, uno stato che dobbiamo esercitarci a controllare perché è quello che precede una possibile ricaduta, che segnala una situazione di rischio.

Uno degli ultimi incontri si aprì con un esercizio che non avevamo ancora provato. «Immaginate un torrente», cominciò Emil. «Osservatelo. Sentite il rumore dell'acqua che scorre. Vedete delle foglie che vi passano davanti, portate via dalla corrente. Alcune foglie scorrono veloci; altre più lentamente, trattenute da un qualche turbino dell'acqua; altre ancora si incastrano in una piccola insenatura, o in un ramo caduto, e impiegano molto più tempo a passare». Per qualche istante, feci quello che non avrei dovuto fare: lanciai qualche occhiata intorno a me, per cercare riscontro della mia confusione. Tutti i presenti avevano gli occhi chiusi. «Trattate i pensieri che vi arrivano come le foglie che sono portate via dal torrente. Alcuni arrivano e passano rapidamente, altri lentamente, altri ancora si soffermano e rimangono un po' dentro la nostra testa. Non ci possiamo fare niente – a volte una foglia si incastra e dobbiamo solo aspettare che scorra via. Quello che non dobbiamo fare è distogliere l'attenzione. Non dobbiamo lasciare che il pensiero che non se ne va ci domini, ma non dobbiamo nemmeno ignorarlo. Non volgiamo la testa. Teniamo l'attenzione su ciò che succede, e così potremo decidere quale rapporto vogliamo avere con quel pensiero. Possiamo evitare che ci controlli senza che siamo in grado di riflettere.

Possiamo mantenere la capacità di scegliere, e anche di scegliere di lasciarlo andare».

«Non distogliete lo sguardo, guardate lì dove sta la ferita», aggiunse Judith, alla fine dell'esercizio. Il punto di partenza dell'esercizio del torrente non è troppo dissimile da quello dell'*urge surfing*. Non si tratta di immaginare in modo diretto una situazione di rischio o uno stimolo grilletto, ma l'obiettivo rimane quello di mettere alla prova la nostra capacità di *non agire*, senza per questo ignorare pensieri, sensazioni, emozioni che arrivano alla nostra mente e al nostro corpo. È sempre un esercizio di prefigurazione, un modo per addestrare la nostra capacità di gestire gli ostacoli della vita quotidiana all'interno di uno spazio più sicuro. Un modo per, parafrasando Hadot, avere sempre «la tecnica a portata di mano» – «addestrarsi» alla sofferenza (e a uno specifico tipo di sofferenza) per essere sempre pronti a fronteggiarla nella quotidianità. Torniamo di nuovo a Paul Stoller:

Sohanci have long used the body to learn. They ingest *guru kusu*, which protects them from knives and other sharp objects. If the *kusu* has been prepared correctly, a sharp knife will not cut through the sorcerer's skin. [...] If the knife "refuses to cut," the student has mastered the lesson. If blood spurts from a fresh wound, the student has failed and will have to prepare another batch of *kusu*. Students continue to prepare *kusu* until they either "get it right" or give up their apprenticeships. Many sohanci have knife scars on their arms. For them, the body is the locus of learning; scars signal the toughness of their paths to mastery (STOLLER 1997: 13).

In questo passaggio, Stoller mette in evidenza il fatto che i processi di apprendimento non solo avvengono attraverso la messa in gioco del corpo, ma lasciano traccia sul corpo, si *iscrivono* su di esso. E lo fanno tramite la sofferenza, che è allo stesso tempo mezzo e memoria di tale apprendimento. Da un lato, infatti, è lo strumento che consente di sancire, di *esperire* direttamente l'acquisizione di conoscenza; dall'altro, i segni che lascia sono testimonianza socialmente riconosciuta che tale acquisizione è avvenuta. Le cicatrici sono, in questo senso, una sorta di «conoscenza incorporata». È una forma di «dolore che educa» (cfr. LE BRETON 1995). La pratica dell'*urge surfing* e l'esercizio del torrente vanno nella stessa direzione. Presuppongono che per comprendere (e gestire) la sofferenza inerente ai percorsi riabilitativi dalla tossicodipendenza sia necessario provarla direttamente sul proprio corpo, e metterla al centro della propria attenzione e della propria «ermeneutica corporea». E l'unico modo in cui ciò può avvenire è attraverso un esercizio immaginativo: pensarsi in situazioni di difficoltà, pensarsi in situazioni di disagio, o anche semplicemente lasciar

arrivare le sensazioni negative, osservarle, non contrastarle, finché non scorrono via da sole.

«Non capisco se faccio qualcosa di sbagliato», intervenne Jonathan, uno dei pazienti del Servizio, alla fine dell'esercizio del torrente. «Non mi pare di imparare niente, e anche tutte le volte che faccio questi esercizi qui mi sembra di stare male e basta». Era visibilmente infastidito, frustrato. Sin dall'inizio di questo ciclo di incontri, si era mostrato allo stesso tempo molto coinvolto e molto ostile. Era arrivato al Ser.D. in un momento di difficoltà doppia – non soltanto legata agli sforzi di astinenza, ma anche alla fine di una relazione di lungo termine, proprio con la persona con la quale faceva uso di sostanze. «Io sono già solo e sto male nella mia vita di tutti i giorni. Vengo qui, e mi dite che quando sto male non devo distrarmi, ma *prestare attenzione* al dolore e al disagio? Non so se volete che ricominci a farmi». La frustrazione di Jonathan era salita nel corso degli incontri, anche in connessione con il suo percorso di recupero più in generale, che proseguiva con fatica. Il rapporto con psichiatri e psicologi era teso, in particolare per gli effetti collaterali avversi che la terapia farmacologica aveva sulla sua vita e sul suo corpo. Aveva cominciato, in parallelo, a frequentare i gruppi di Narcotici Anonimi, più per ricostruirsi una rete di supporto che per convinzione nell'efficacia del metodo dei 12 passi. Parlandone a margine di uno di questi incontri, aveva confermato esplicitamente le mie impressioni al riguardo. «Ci vado più per compagnia che altro. Almeno mi tengo impegnato una sera a settimana. Mi paiono dei fissati, però. Non so quanto potrà durare».

Agli incontri sulla *mindfulness*, Jonathan aveva sempre fatto lo sforzo di mostrarsi attento e partecipe. Ma era divenuto progressivamente sempre più evidente che non riusciva a «stare nel disagio», non riusciva a mettere in atto l'«ascolto non giudicante» di sé stesso che la pratica della *mindfulness* prevedeva. In un certo senso, a suo dire, era questa stessa pratica che gli aveva creato dei problemi. «Io ci provo a casa a fare il diario, a fare gli esercizi. Non è che mi faccio, sia chiaro. Però non mi pare di ricavarne niente di buono. Anzi, mi sembra di essere sempre più isolato. Mi sento chiuso nel dolore che mi ha portato questo percorso, e più ci penso più mi chiudo. Mi sembra di non essere più la stessa persona». Portare attenzione al suo corpo, alle sue sensazioni, aveva lasciato delle «cicatrici», gli aveva permesso di ripensarsi come un soggetto «integrato», di conoscersi attraverso una percezione corporea di sé (KEARNEY 2015; LE BRETON 2013). Tuttavia, questa conoscenza non aveva avuto un impatto positivo sulla sua vita – non sul piano più strettamente «fisico», dato che sentiva più acutamente gli effetti

negativi dell'astinenza da sostanze e dell'assunzione regolare di farmaci, non sul piano emotivo, perché lo aveva reso più consapevole della trasformazione radicale (e irreversibile) che la sua vita quotidiana avrebbe dovuto attraversare.

«Il problema delle sostanze è che funzionano», intervenne Giovanni, un altro dei pazienti del Ser.D. Giovanni frequentava il Servizio già da qualche anno, e molto rapidamente aveva iniziato a prendere parte anche agli incontri del gruppo locale di Narcotici Anonimi, diventandone uno dei membri più assidui e più attivi. Sotto diversi aspetti, era posizionato all'opposto di Jonathan: sembrava affrontare con grande leggerezza la pratica della *mindfulness*, e allo stesso tempo quando arrivava il suo turno di raccontare la sua esperienza con gli esercizi del giorno si mostrava sempre molto vicino alla risposta «ideale» che i professionisti si potevano aspettare. Parlava della fatica della quotidianità, della sofferenza che aveva accompagnato (e che ancora accompagnava) il recupero, ma anche del fatto che tale sofferenza segnava un processo di apprendimento, di crescita spirituale. «La dipendenza è l'unica malattia che quando ce l'hai ti dice che stai bene. Ti fa sentire un'altra persona perché ti impedisce di sentire come veramente *sei*». E poi, rivolto esplicitamente a Jonathan: «Se dici che non ti senti più la stessa persona, forse è un bene. Forse per la prima volta da quando ti ricordi, ti senti veramente te stesso, e non sei abituato. Vedrai che, lentamente, ti abituerai». «Tu lo chiami dolore», intervenne Judith, «ma forse potremmo chiamarlo *consapevolezza*. Anche se presti attenzione a quello che ti succede, alle sensazioni e alle percezioni del tuo corpo, se riesci a lasciar andare almeno un po', un po' alla volta, il giudizio, non è detto che quello di cui ti accorgi ti debba piacere – non sempre. Le risposte che ci diamo qui non sono facili, ma proprio per questo sono importanti per affrontare le difficoltà di tutti i giorni». I segni che la *mindfulness* lascia – psicologici, emotivi, spirituali – rappresentano l'acquisizione di consapevolezza, senza il filtro delle sostanze e i giudizi che esse si portano dietro. Anche in questo caso, siamo di fronte a una forma di «dolore che educa» (LE BRETON 1995): non solo tale conoscenza si acquisisce mettendo in gioco il corpo, ma si acquisisce attraverso una messa in gioco *dolorosa* del corpo (STOLLER 1997). La conoscenza della *mindfulness* si iscrive nei corpi attraverso una forma, seppure controllata, di sofferenza – che sembra essere l'unico reale percorso verso la consapevolezza e, quindi, la sobrietà.

Ascesi corporee

Le rappresentazioni più comunemente diffuse della dipendenza la descrivono come una patologia dalla quale non ci sono vere e proprie vie d'uscita definitive. Dal punto di vista biomedico, le *substance-related disorders* sono spesso definite «chronic relapsing disorders» – enfatizzando non soltanto la dimensione di cronicità, ma anche la tendenza alla ricaduta come caratteristiche essenziali di questo gruppo di patologie (NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE 2011). Dal punto di vista «morale» proposto, ad esempio, da associazioni di mutuo aiuto come Alcolisti Anonimi o Narcotici Anonimi, la dipendenza è radicata in una mancanza «spirituale» della persona dipendente, in una sua incapacità di fronteggiare le difficoltà della vita quotidiana. Ho, sopra, notato che queste rappresentazioni della dipendenza spingono gli interventi terapeutici a mettere al centro proprio la gestione di sé nell'ordinario come elemento imprescindibile dei percorsi di recupero. Tuttavia, hanno anche un'altra conseguenza: trattare la dipendenza come un tratto inestricabilmente radicato nel soggetto, che può essere attenuato e controllato, ma mai eliminato completamente. Per una persona tossicodipendente, sia nella prospettiva biomedica che in quella del mutuo aiuto, non potrà mai più esistere una forma di consumo «sociale» di sostanze. Spesso le terapie farmacologiche sono assunte per lungo tempo, e comunque permane un margine rilevante di rischio, anche dopo anni di astinenza. Alcolisti Anonimi è ancora più radicale nel ribadire che si rimane alcolisti per tutta la vita, non solo nella sua letteratura, ma anche nelle piccole ritualità che accompagnano gli incontri – come il fatto che ogni membro dell'associazione ribadisca «sono un alcolista» ogni volta che prende parola, a prescindere da quanto tempo sia astinente. Il peso, fisico ed emotivo, della tossicodipendenza è, in queste rappresentazioni, un carico da portare per tutta la vita (GARCIA 2010; SCHERZ, MPANGA, NAMIREMBE 2024). Nelle parole di una delle persone incontrate da Jarrett Zigon nel corso della sua etnografia di una comunità riabilitativa in Russia, «They all know heroin can wait» (ZIGON 2011: 230). Questa prospettiva è anche quella dominante all'interno del Ser.D. di Pini. «Noi ragioniamo in proporzioni di un terzo», mi aveva detto il responsabile del Servizio prima di un incontro aperto di Alcolisti Anonimi, «ovvero, un terzo ne escono, più o meno; un terzo entrano ed escono, smettono e ricadono, e vanno avanti così; un terzo non ne escono, e spesso ne muoiono» (cfr. URBANO 2023). Non c'è spazio per una cura definitiva – solo per un lento e accidentato

processo di superamento dello stato più acuto, che deve essere seguito da una costante vigilanza (cfr. SCHERZ, MPANGA, NAMIREMBE 2024).

Non sembra essere questa la prospettiva proposta dalla *mindfulness*, e proposta da Emil e Judith. Qui, il punto chiave è la dimensione «non giudicante» dell'ascolto che rivolgiamo al nostro corpo: l'obiettivo deve essere l'acquisizione di una consapevolezza più completa rispetto a ciò che ci succede, non soltanto per «conoscersi» senza la mediazione di preconcetti e pregiudizi, ma anche – soprattutto – per non *identificarsi* con determinati stati del corpo, sensazioni, percezioni. «It is a seeing of yourself as larger than your problems and your pain», sostiene Kabat-Zinn, specificamente al riguardo della pratica del *body scan* (1995: 88). Osservarsi come insieme, come soggetto «intero», corporeo e incorporato (KEARNEY 2015), è un modo per ridimensionare il peso (simbolico, emotivo) che diamo ai singoli problemi che ci affliggono. Alla fine di quel primo esercizio di *body scan*, Judith aveva sottolineato che esso mostrava come si potesse «stare nel disagio», senza che tale disagio portasse a conseguenze catastrofiche. «Voi non *siete* quel fastidio alla gamba, quel suono che vi distrae, quel pensiero che vi assilla. Così come non *siete* la vostra dipendenza». Se, nella prospettiva della *mindfulness*, il corpo è sito di esperienza e di conoscenza, il corpo è la soggettività delle persone nel suo complesso, ciò che lo attraversa, le singole percezioni e sensazioni, sono contingenti. «Non dovete pensare che *siete* dei tossici. La dipendenza è una cosa che c'è, qui e ora, ma che non c'era prima, e può non esserci più», aggiunse Emil. Se la pratica della *mindfulness* è, sul piano concreto, almeno compatibile con le prospettive biomediche e del mutuo aiuto sulla dipendenza, gli assunti fondamentali su cui essa poggia, l'idea di soggettività che propone è radicalmente diversa. Non esistono «soggettività patologiche», ma «condizioni patologiche», sempre in ultima analisi contingenti. Siamo noi, nella nostra incapacità di separarci dai nostri giudizi e dai nostri pensieri, a rappresentarci tali condizioni come permanenti, *essenziali*, radicate nel modo in cui profondamente *siamo*.

Mesi dopo la conclusione di questo ciclo di incontri dedicato ai pazienti del Ser.D., venni nuovamente contattato da Grazia. Mi voleva invitare a un altro, più breve, ciclo di incontri sulla *mindfulness*, in questo caso non per pazienti ma per gli operatori dei servizi locali. «Gli istruttori sono gli stessi», mi disse, con l'intento di rassicurarmi.

La sede era un'altra. Partecipanti più numerosi. Molti volti che conoscevo già. Anche stavolta, Judith chiese a tutti a turno di presentarsi, e di dire qualche parola sul perché ciascuno di noi fosse presente lì in quel momen-

to. In questo caso, la risposta più frequente fu «per rilassarmi». Dopo le presentazioni, venne il momento del primo esercizio, un esercizio guidato di respirazione.

Ho iniziato a perdere il senso del tempo. Quanto era passato da quando ero arrivato? Non ne avevo idea. Mi sembrava contemporaneamente una vita e pochi minuti. Quando provo gli esercizi di respirazione da solo, cinque minuti mi sembrano eterni. Non faccio che attendere che arrivi la vibrazione più breve, che segnala la fine dell'esercizio. Oggi, in quel cerchio, ho veramente perso la capacità di percepire lo scorrere del tempo. In alcuni momenti, le frasi lente e lunghe, piene di subordinate, di incisi che, non posso negarlo, non facevano che facilitare la confusione della mia percezione, mi facevano sembrare pochi minuti come ore. Mi annoiavo. In altri momenti, il tempo scorreva veloce. Limitare il vagare della mente mi rendeva più difficile annoiarmi. Sensazioni mi scorrevano addosso senza lasciare segni, senza catturarmi in nessun modo³.

Ho sempre avuto grande difficoltà a comprendere il senso degli esercizi di *mindfulness* – non soltanto nel caso specifico della MBRP, ma anche più in generale. Non a comprenderli intellettualmente, a comprenderli attraverso la pratica e il corpo. Credo di non essere mai riuscito a fare uso di questa tecnica nella mia vita quotidiana, e fatico a immaginare che persone con problemi legati alla dipendenza da sostanze possano fare lo stesso. In occasione di quel primo esercizio di *body scan*, mi costrinsi in tutti i modi a rimanere più fermo possibile. Mentre Judith parlava, non riuscivo a pensare che al mio desiderio di cambiare postura, di muovere le gambe. Sentivo un lieve ma insistente formicolio salire dai piedi – segno che qualcosa non andava nella mia posizione, che però era troppo tardi per cambiare. Arrivati alla schiena, ebbi conferma di questa mia sensazione. Un dolore pungente, anche se non molto intenso, mi chiedeva di alzarmi in piedi, o come minimo di piegarli in avanti. Era arrivato in quel momento o semplicemente non me n'ero accorto prima, mi chiesi. Le mani furono il punto in cui il formicolio si fece più intenso, e anche il momento in cui mi resi conto di non stare realmente facendo l'esercizio come era stato proposto. Stavo solo cercando di mantenere un minimo di controllo, primariamente perché ero preoccupato di perdere la faccia con Luigi, Grazia e i pazienti del servizio. La guida che Emil ci stava offrendo era divenuta poco più che un'occasione per concentrarmi su di un piccolo disagio diverso ogni volta, amplificandolo a dismisura attraverso la mia incapacità di pensare ad altro se non al fatto di non muovermi, contro ogni istinto del mio corpo. Vedere, alla fine dell'esercizio, il disagio negli occhi delle altre persone mi consolò, almeno in parte. Sentire che l'esercizio era stato dimezzato rispetto alla

lunghezza che più frequentemente ha (15 minuti invece che 30) mi fece disperare. Davvero questa tecnica potrebbe essere utile per persone che sperimentano frequentemente disagio e dolore fisico assai più intenso di quello che ho provato sul mio corpo?

Durante quel primo ciclo di incontri sulla *mindfulness*, mi sono spesso scoperto a empatizzare con persone come Mirko o Jonathan – persone che non solo dicono di non riuscire a fare gli esercizi che ci venivano proposti, ma che non sembravano comprenderne i principi, almeno non sul loro corpo, attraverso la loro esperienza percettiva e sensoriale. Mi sono spesso scoperto ad alzare gli occhi al cielo, prestando bene attenzione a non farmi notare, ogni volta che Emil o Judith provavano a spiegarci il senso di tali principi. Fra un incontro e l'altro, provai ripetutamente a fare pratica di *mindfulness* nella mia vita quotidiana, senza successo. Per me, questo tipo di esercizio è particolarmente complesso. In generale, provo grande difficoltà nel rimanere perfettamente fermo, qualsiasi sia l'occasione; in particolare, sento un irrefrenabile impulso di muovermi, anche poco, ma costantemente, se percepisco fastidio in una specifica parte del corpo. Se sono seduto, cambio frequentemente postura. Se sono in piedi, cambio posizione o appoggio. In entrambi i casi, muovo molto le mani.

Da quel primo *body scan* sono passati ormai alcuni anni. Ho provato altre volte a cimentarmi in esercizi di *mindfulness* o altri tipi di esercizi di meditazione, sempre senza successo. Ho continuato a frequentare, sebbene in maniera incostante, gli incontri coordinati da Judith ed Emil, continuando a faticare molto nel presentarmi «adeguato». Pur essendomi immediatamente convinto che tali pratiche non fanno per me, che *sono fatto in maniera diversa*.

Ho deciso di riportare le mie esperienze dirette, corporee della pratica della *mindfulness* perché fornissero uno sguardo «interno» su cosa succede (cosa può succedere) nel corso degli esercizi di cui ho parlato in questo testo. Ho provato a mettere in pratica il principio secondo cui il corpo è sito di interpretazione e conoscenza – presente tanto nella *mindfulness* (KABAT-ZINN 1990) che in antropologia (STOLLER 1989, 1997). Renato Rosaldo sostiene l'importanza di utilizzare gli stati emotivi del ricercatore come strumento interpretativo, per illuminare connessioni e significati difficilmente comprensibili soltanto attraverso una riflessione puramente intellettuale (ROSALDO 2004; cfr. anche DAVIES 2010a). La ricerca di spiegazioni ordinate, «razionali», può portarci a cercare «another level of analysis» (ROSALDO 2004: 168) e fraintendere le esperienze e le sensazioni dei sog-

getti che incontriamo sul campo. Nel restituire la mia esperienza e le mie riflessioni sulla pratica della *mindfulness* come strumento di recupero dalla tossicodipendenza, ho cercato di far dialogare osservazioni «disinteressate» sulle pratiche altrui con i miei sforzi di adattarmi e di comprendere quelle pratiche – direttamente sul mio corpo, attraverso le mie sensazioni (cfr. JACKSON 2010).

Non so quanto il mio giudizio su questi usi della *mindfulness* (e forse sulla pratica in generale) sia mutato da quando ne ho per la prima volta fatto esperienza. Gli sforzi di comprensione e adattamento non sono mai realmente diminuiti: fatico ancora, quando mi capita di frequentare uno di questi incontri, a svolgere correttamente gli esercizi che vengono proposti. Mi giustifico con il fatto che sono lì per osservare, non per imparare – una distinzione assai labile, indubbiamente. Però, forse, con il tempo, qualcosa ho imparato. Ho imparato a gestire un po' meglio il disagio fisico che accompagna attività come il *body scan*. Ho imparato a dividere la mia attenzione fra l'auto-osservazione richiesta dalla *mindfulness* e il tentativo di mantenere il focus su ciò che fanno gli altri, sulle sensazioni che sembrano manifestare, su come recepiscono e mettono in pratica le indicazioni di Emil, Judith o chi altri guida gli esercizi del momento. Ho imparato a rintracciare brevi momenti di sollievo, di «rifugio» tra un'attività e un'altra, in cui lasciare al mio corpo la libertà di muoversi come sente (DAVIES 2010b). Soprattutto, ho imparato a non dare troppo peso ai singoli momenti in cui non riesco a stare dietro agli esercizi, non riesco a mantenere la concentrazione, non riesco a non distrarmi. In un certo senso, alcuni elementi della «filosofia» della *mindfulness* hanno iniziato a penetrare dentro l'atteggiamento che assumo durante la mia osservazione partecipante – elementi che hanno sicuramente alleggerito, almeno in parte, l'ansia che ho a lungo provato per la mia incapacità di comprendere il senso di queste pratiche. Forse, se sono riuscito a comprendere qualcosa di questo senso, è anche grazie al percorso interiore ed emotivo che ho attraversato in parallelo all'osservazione dei percorsi altrui.

Tale processo è, infatti, non dissimile da quello che – almeno idealmente – una persona tossicodipendente dovrebbe attraversare praticando la *mindfulness*. Come ho già notato, i due «paradigmi» che coesistono all'interno delle istituzioni sanitarie, in primo luogo dei Ser.D., sono entrambi paradigmi che lasciano uno stretto margine trasformativo al soggetto dipendente. Nella prospettiva biomedica, presentare la tossicodipendenza come una «chronic relapsing disorder» (NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE 2011) già suggerisce che le disfunzioni corporee generate da questa

patologia sono, in ultima istanza, irreversibili, e che il rischio di ricaduta è perciò costantemente dietro l'angolo, indipendentemente dalle trasformazioni che il soggetto può attraversare sul piano del carattere o del comportamento. Parlando con Marino, il responsabile del Ser.D. di Pini, ho potuto osservare direttamente in che modo questa concezione della dipendenza si traduce in un orizzonte decisamente pessimista circa le possibilità di cura. «Noi ragioniamo, solitamente, in proporzioni di un terzo», mi disse Marino, «ovvero un terzo dei nostri pazienti riesce a uscirne, un terzo “vivacchia”, diciamo, entrando e uscendo per tutta la vita da istituzioni varie, e un terzo non ne esce mai, spesso ne muore». Nella prospettiva «morale» che caratterizza i gruppi di mutuo aiuto ma che è presente e influente anche all'interno dei servizi sanitari locali (URBANO 2023), a fronte della «rinascita» possibile con il metodo dei 12 passi, comunque i membri di queste associazioni continuano a definirsi «alcolisti» o «dipendenti». Il «peccato originale» della dipendenza può essere compensato da un percorso di trasformazione radicale di sé e di ricostruzione delle proprie relazioni, ma non può mai essere lavato del tutto. Nessun membro di Alcolisti Anonimi pensa di poter ritornare a essere un «bevitore sociale» – termine con cui, in AA, sono indicate le persone che non hanno problemi con l'alcol; convinzione profonda e, sotto numerosi aspetti, condizione stessa per l'adesione alla filosofia dei 12 passi è l'accettazione che l'alcolismo sia un punto di non ritorno, che una «guarigione» intesa come restaurazione di uno stato prepatologico del corpo e della mente sia impossibile (cfr. MATTINGLY 1998).

La pratica della *mindfulness* viene presentata come compatibile e complementare a questi due paradigmi, sicuramente nel Ser.D. di Pini e da parte di Emil e Judith. Se, nella prospettiva della *mindfulness*, la dipendenza è essenzialmente un «avoidance paradigm» (BIEN 2009), una «soluzione semplice» al dilemma esistenziale della sofferenza nella vita umana, questa rappresentazione non è troppo distante da quella che ho sin qui chiamato «morale», presente nei discorsi e nelle pratiche delle associazioni di mutuo aiuto – e in molti casi anche nelle istituzioni sanitarie. Non siamo troppo distanti nemmeno dalla definizione più strettamente biomedica presente nei più recenti manuali diagnostici, che insistono sulla disfunzione dei meccanismi di ricompensa del cervello, enfatizzando dunque anche in questo caso la ricerca di un «facile piacere» (cfr. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION 2022). Tuttavia, se questa ricerca del piacere accomuna tutte e tre le rappresentazioni della dipendenza, la *mindfulness* propone una definizione della soggettività soggiacente decisamente diversa. In questa prospettiva, sarebbe forse improprio parlare di *soggettività malata*: come abbiamo visto,

nel corso degli incontri Judith ed Emil avevano insistito sul fatto che «voi non *siete* la tossicodipendenza, la tossicodipendenza è qualcosa che *vi è capitato*». La condizione (contingente) di tossicodipendenza segnala sicuramente un «problema» nell'atteggiamento della persona, ma un problema che non è radicalmente diverso dalla condizione di chi – e sono la maggioranza delle persone – vive la propria vita nell'inconsapevolezza, nell'incapacità di percepirsi adeguatamente, nella distrazione. Frequentando gli incontri organizzati da Judith ed Emil, mi sono progressivamente reso conto che ciò che ci stavano suggerendo, senza mai dichiararlo in maniera esplicita ma implicandolo nell'insistere sulla contingenza della dipendenza, era che la condizione di «assenza di consapevolezza» in cui versavo io, o in cui vivevano gli altri professionisti presenti come Luigi e Grazia, non era in fondo così diversa dalla condizione dei pazienti tossicodipendenti. Certo, questi ultimi correvano un maggiore rischio a causa della propria inconsapevolezza e incapacità di essere padroni di sé. Ma non c'è differenza sostanziale tra la mia incapacità di focalizzarmi sulle mie sensazioni, di essere presente, e l'incapacità di Mirko o Jonathan. Sono solo diverse le condizioni che «ci hanno incontrato» nel corso delle nostre vite.

Jarrett Zigon propone una distinzione tra «morale» ed «etica» che tratta la prima come un set di regole, norme, prescrizioni, disposizioni incorporate e irriflessive, che formano il nostro terreno esistenziale abitudinario, mentre la seconda rappresenta la reazione al disfacimento di questo terreno, e lo sforzo creativo che dobbiamo fare per ricostituirlo (ZIGON 2007). Al momento di *moral breakdown*, in cui le disposizioni incorporate che fondano la base del nostro esserci-nel-mondo vengono meno, segue un momento di problematizzazione e di revisione di tali disposizioni, di «lavoro etico su di sé» che ha l'obiettivo di ripensare la nostra soggettività morale. Nella sua prima rilevante etnografia, Zigon descrive in questi stessi termini il processo di riabilitazione dalla tossicodipendenza (ZIGON 2011): l'ingresso all'interno delle istituzioni avviene quando la vita del dipendente diventa insostenibile, quando il suo esserci è minacciato dal disfacimento del suo terreno esistenziale. E la riabilitazione altro non è che il percorso che porta all'immaginazione di un nuovo esserci. Tuttavia, per come la presenta Zigon, questa immaginazione non può mai essere completamente trasformativa: come abbiamo visto, «they all know heroin can wait» (ivi: 230).

Potremmo forse pensare a questo specifico uso della *mindfulness* nella riabilitazione dalla tossicodipendenza come a una versione più «radicale» del processo etico di ri-immaginazione di sé. Se è improprio parlare di *soggettività malata*, è perché il modello generale di soggettività che la *mindfulness*

propone è profondamente cangiante – per le persone tossicodipendenti, e per chiunque altro. A caratterizzare la nostra soggettività, in questa prospettiva, non sono delle qualità, dei tratti distintivi, delle «condizioni» fisiche o mentali; al contrario, sono le nostre azioni, le nostre disposizioni – e, più specificamente, la nostra capacità di «essere presenti». Se uno stato di malattia ci definisce, è soltanto perché lasciamo che ciò accada, perché ci lasciamo prendere dalle *emozioni* e dai *pensieri*, invece che radicarci nella consapevolezza delle nostre *sensazioni*. In questo senso, lo spazio che la creatività e l'immaginazione etica hanno nella ricostruzione della soggettività della persona tossicodipendente è molto più ampio, e non costretto dall'inevitabilità della ricaduta o dal giudizio negativo riguardo alle pulsioni di ricerca della sostanza. Così come la dipendenza attiva, anche queste sono condizioni che «ci incontrano» e non ci caratterizzano: «mindfulness practice can foster exploration and acceptance of craving and urges» (BOWEN, CHAWLA, MARLATT 2011: xv).

Inevitabilmente, questa prospettiva presenta anche significative problematiche – in primo luogo, l'eliminazione di ogni fattore esterno alla singola persona nel determinare quali siano le «cause» della tossicodipendenza. Nella MBRP, così come nella *mindfulness* in generale, fattori strutturali (politici, economici, sociali) che possono produrre condizioni patologiche, o anche soltanto favorirle, sono in larga parte assenti, e dove non sono assenti sono da considerarsi alla stregua di qualsiasi altro fattore al di fuori del nostro controllo diretto. La «catastrofe» della vita quotidiana, come sostiene Kabat-Zinn (1990), non è qualcosa su cui possiamo intervenire, e quindi dobbiamo imparare a non farci definire da essa. È probabilmente ridondante esplicitare quanto una prospettiva di questo tipo non sia in grado di rendere conto di fattori impossibili da ignorare – come, ad esempio, la marginalizzazione economica che spesso spinge soggetti già vulnerabili verso il commercio e il consumo di sostanze stupefacenti (cfr. BOURGOIS 2003). D'altra parte, queste problematiche sono le stesse che sottendono a molti degli interventi istituzionali sulle tossicodipendenze, in Italia e altrove (cfr. ad esempio ZIGON 2019), che concentrano i propri sforzi sulle dimensioni più strettamente individuali della patologia, limitando le forme di intervento sui fattori strutturali che facilitano l'insorgere di uso e abuso di sostanze.

Tuttavia, all'interno di questo orizzonte, la prospettiva della *mindfulness* introduce forse in maniera più netta una componente immaginativa di *speranza*, nella sua dimensione di proiezione attiva verso un futuro possibile e desiderato (ZIGON 2009). Rifiutando di considerare la dipendenza come

una caratteristica inerente al soggetto – rifiutando la stessa idea di soggettività malata – gli restituisce capacità di agire, di «lavorare eticamente su di sé» senza essere costantemente portato di fronte ai limiti di ciò che è possibile per una persona tossicodipendente. Apprendo uno spazio di possibilità trasformativa di sé attraverso un processo conoscitivo «carnale» nel senso di Kearney (2015), la pratica della *mindfulness* non soltanto si propone come un metodo di condotta nel percorso di riabilitazione (e oltre), ma, forse aspetto più importante, offre la speranza che, sebbene dopo lunghe fatiche, l'esserci-nel-mondo della persona tossicodipendente possa essere «altrimenti» (ZIGON 2019), anche soltanto un po' diverso da com'è adesso. Una possibile via d'uscita da una condizione che, nelle sue rappresentazioni più diffuse, viene raccontata come mai del tutto superabile.

Note

⁽¹⁾ Il nome della città è uno pseudonimo, così come tutti i nomi propri delle persone che ho incontrato ai gruppi sulla *mindfulness*.

⁽²⁾ Una riflessione importante ma per la quale non ci sarà spazio in questa sede è quella sulla dimensione appropriativa della «versione biomedica» della *mindfulness*, che si va ad affiancare alle numerose altre istanze di riappropriazione occidentale di pratiche meditative buddhiste (POCESKI 2020). È comunque interessante sottolineare di nuovo la necessità che Kabat-Zinn sente, nel presentare la pratica della *mindfulness*, di farlo attraverso un linguaggio e una epistemologia scientifici (KABAT-ZINN 2011), necessità che sopravvive nei numerosi studi che sono stati condotti sull'efficacia di questa pratica nelle decadi successive (DIDONNA 2009).

⁽³⁾ Diario di campo, 11 ottobre 2022.

Bibliografia

ALCOLISTI ANONIMI (1999), *Alcolisti Anonimi. La storia di come migliaia di persone si sono recuperate dall'alcolismo*, Alcolisti Anonimi Servizi Generali, Roma.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2022), *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5-TR*, American Psychiatric Publishing, Washington.

BIEN T. (2009), *Paradise Lost: Mindfulness and Addictive Behavior*, pp. 289-298, in DIDONNA F. (a cura di), *Clinical Handbook of Mindfulness*, Springer, New York.

BODHI B. (2011), *What Does Mindfulness Really Mean? A Canonical Perspective*, "Contemporary Buddhism", Vol. 12(1): 19-39.

BOURGOIS P. (2003), *In Search of Respect. Selling Drugs in El Barrio*, Cambridge University Press, Cambridge.

- BOWEN S., CHAWLA N., MARLATT G.A. (2011), *Mindfulness-Based Relapse Prevention for Addictive Behaviors. A Clinician's Guide*. The Guildford Press, New York.
- CSORDAS T.J. (2011), *Embodiment: Agency, Sexual Difference, and Illness*, pp. 137–56, in MASCIALEES F.E. (a cura di), *A Companion to the Anthropology of the Body and Embodiment*, Blackwell, Oxford.
- DAS V. (2012), *Ordinary Ethics*, pp. 133-149, in FASSIN, D. (a cura di), *A Companion to Moral Anthropology*, Blackwell, Oxford.
- DAVIES J. (2010a), *Introduction: Emotions in the Field*, pp. 1-31, in DAVIES J., SPENCER D. (a cura di), *Emotions in the Field. The Psychology and Anthropology of Fieldwork Experience*, University Press Stanford, Stanford.
- DAVIES J. (2010b), *Disorientation, Dissonance, and Altered Perception in the Field*, pp. 79-97, in DAVIES J., SPENCER D. (a cura di), *Emotions in the Field. The Psychology and Anthropology of Fieldwork Experience*, Stanford University Press, Stanford.
- DIDONNA F. (2009), *Clinical Handbook of Mindfulness*, Springer, New York.
- GEURTS K.L. (2002), *Culture and the Senses. Bodily Ways of Knowing in an African Community*, University of California Press, Berkeley.
- HADOT P. (1988), *Esercizi Spirituali e Filosofia Antica*. Einaudi, Torino.
- JAY M. (2005), *Songs of Experience. Modern American and European Variations on a Universal Theme*, University of California Press, Berkeley.
- KABAT-ZINN J. (1990), *Full Catastrophe Living. Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*, Delta, New York.
- KABAT-ZINN J. (2011), *Some Reflections on the Origins of MBSR, Skillful Means, and the Trouble with Maps*, "Contemporary Buddhism", Vol. 12(1): 281-306.
- KEARNEY R. (2015), *The Wager of Carnal Hermeneutics*, pp. 15-56, in KEARNEY R., TREANOR B. (a cura di), *Carnal Hermeneutics*, Fordham University Press, New York.
- KEARNEY R., TREANOR B. (a cura di) (2015), *Carnal Hermeneutics*, Fordham University Press, New York.
- LE BRETON D. (1995), *Anthropologie de la douleur*, Éditions Métailié, Paris.
- LE BRETON D. (2013), *Anthropologie du corps et modernité*, PUF, Paris.
- MARLATT G.A., WITKIEWITZ K. (2005), *Relapse Prevention for Alcohol and Drug Problems*, pp. 1-44, in MARLATT G.A., GORDON J.R. (a cura di), *Relapse Prevention. Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*, The Guildford Press, New York.
- MATTINGLY C. (1998), *Healing Dramas and Clinical Plots. The Narrative Structure of Experience*, Cambridge University Press, Cambridge.
- NARCOTICI ANONIMI (2016), *Narcotici Anonimi. Testo Base*, Narcotics Anonymous World Services, Chatsworth.
- NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (2011). *Drug Misuse and Addiction*
<https://nida.nih.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/drug-misuse-addiction>
(consultato il 17 ottobre 2024).
- POCESKI M. (2020), *Mindfulness, Cultural Appropriation, and the Global Diffusion of Buddhist Contemplative Practices*, "International Journal for the Study of Chan Buddhism and Human Civilization", Vol. 7(1): 1-15.

- ROSALDO R. (2004), *Grief and a Headhunter's Rage*, pp. 167-178, In ROBEN, A. (a cura di), *Death, Mourning, and Burial. A Cross-Cultural Reader*, Blackwell, Oxford.
- SCHERZ C., MPANGA G., NAMIREMBE S. (2024), *Higher Powers. Alcohol and After in Uganda's Capital City*, University of California Press, Berkeley.
- SLOTERDIJK P. (2013), *Devi cambiare la tua vita*, Raffaello Cortina, Milano.
- STOLLER P. (1989), *The Taste of Ethnographic Things. The Senses in Anthropology*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia.
- STOLLER P. (1997), *Sensuous Scholarship*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia.
- TAUSSIG M. (1993), *Mimesis and Alterity. A Particular History of the Senses*, Routledge, London.
- URBANO L. (2023), *Metadone e morale. Pluralismi riabilitativi nei Servizi per le dipendenze in Toscana*, "Rivista di Antropologia Contemporanea", Vol. 4(2): 331-346.
- WILLIAMS B. (1995), *Making Sense of Humanity and Other Philosophical Papers, 1982-1993*, Cambridge University Press, Cambridge.
- ZIGON J. (2007), *Moral Breakdown and the Ethical Demand: A Theoretical Framework for an Anthropology of Moralities*, "Anthropological Theory", Vol. 7(2): 131-150.
- ZIGON J. (2008), *Morality. An Anthropological Perspective*, Berg, Oxford.
- ZIGON J. (2009), *Hope Dies Last. Two Aspects of Hope in Contemporary Moscow*, "Anthropological Theory", Vol. 9(3): 253-271.
- ZIGON, J. (2011), *HIV Is God's Blessing. Rehabilitating Morality in Neoliberal Russia*, University of California Press, Berkeley.
- ZIGON J. (2019), *A War on People. Drug User Politics and a New Ethics of Community*, University of California Press, Berkeley.

Scheda sull'Autore

Lorenzo Urbano è assegnista di ricerca presso la Sapienza Università di Roma. Ha conseguito il suo dottorato con una tesi sulla dimensione morale della riabilitazione dalla tossicodipendenza, conducendo una ricerca etnografica all'interno di una comunità terapeutica. Recentemente, ha lavorato su organizzazioni di pazienti e caregiver, esplorando relazioni di cura e produzione "dal basso" di sapere esperienziale sulla malattia.

Riassunto

La dipendenza è il contrario della consapevolezza. Mindfulness, corporeità e riabilitazione

Tra le pratiche terapeutiche messe in atto dalle istituzioni sanitarie locali per favorire la riabilitazione dei tossicodipendenti, quelle basate sulla mindfulness – prevalentemente sulla cosiddetta *mindfulness-based stress reduction* di Jon Kabat-Zinn – hanno guadagnato una certa popolarità negli ultimi anni. In particolare, la *mindfulness based relapse prevention*, una tecnica ispirata alla MBSR, utilizza la pratica della *mindfulness* per diminuire il rischio di ricaduta nel consumo di sostanze nella vita quotidiana di un tossicodipendente. Questo contributo esplora la pratica della MBRP, basandosi su una

ricerca etnografica condotta presso i servizi sanitari locali della Toscana, con un focus specifico sulla ridefinizione del corpo e dei sensi all'interno del processo riabilitativo, e leggendo tale processo attraverso il concetto di esercizio spirituale.

Parole chiave: mindfulness, dipendenza, esercizi spirituali, incorporazione

Resumen

La adicción es lo contrario de la concienciación. Mindfulness, corporalidad, rehabilitación

Entre las prácticas terapéuticas aplicadas por las instituciones sanitarias locales para fomentar la rehabilitación de los drogodependientes, las basadas en la *mindfulness* – principalmente en la *mindfulness based stress reduction* de Jon Kabat-Zinn – han ganado cierta popularidad en los últimos años. En concreto, la *mindfulness based relapse prevention*, una técnica inspirada en la MBSR, utiliza la práctica de la atención plena para disminuir el riesgo de recaída en el consumo de sustancias en la vida cotidiana de un adicto. Esta contribución explora la práctica de MBRP, basándose en una investigación etnográfica llevada a cabo en los servicios de salud locales de la Toscana, con un enfoque específico en la redefinición del cuerpo y los sentidos dentro del proceso de rehabilitación, y leyendo este proceso a través del concepto de ejercicio espiritual.

Palabras clave: mindfulness, adicción, ejercicios espirituales, incorporación

Résumé

L'addiction est le contraire de la conscience. Mindfulness, corporéité, réhabilitation

Parmi les pratiques thérapeutiques mises en œuvre par les institutions sanitaires locales pour favoriser la réhabilitation des toxicomanes, celles fondées sur la *mindfulness* – principalement sur la *mindfulness based stress reduction* de Jon Kabat-Zinn – ont gagné en popularité ces dernières années. En particulier, *mindfulness based relapse prevention*, une technique inspirée de la MBSR, utilise la pratique de la pleine conscience pour réduire le risque de rechute dans la vie quotidienne d'un toxicomane. Cette contribution explore la pratique de la prévention des rechutes basée sur la pleine conscience, sur la base d'une recherche ethnographique menée dans les services de santé locaux en Toscane, en mettant l'accent sur la redéfinition du corps et des sens dans le cadre du processus de réhabilitation, et en lisant ce processus à travers le concept d'exercice spirituel.

Mots-clés: mindfulness, addiction, exercices spirituels, incorporation

Malattia e revisione del concetto di felicità

Sara Cassandra

Scrittrice

[sara.cassandra995@outlook.it]

Andrea, durante la sua malattia esofagea, comprende che si può essere felici anche mangiando piccole porzioni di cibo (ed evitando gli snack preconfezionati!, *sottolinea*). La sua nuova forma di felicità ha il nome di *felicità della coerenza* tra il saporito e il sano: dopo la malattia, A. va spedito alla ricerca di alimenti che siano al contempo buoni e benefici, e non ne vuole sapere dei “cibi incoerenti” (buoni ma *non* benefici). Talvolta, poi, gli accade un fatto straordinario che ha a che fare con l’astrazione. L’idea che un alimento gli accarezzi le cellule per via delle sue virtù antiossidanti, ecco, riesce a rendergli gustoso quell’alimento. Ora, Andrea cucina i suoi dolci preferiti con una base di banane e mango; e – in completa remissione dal cancro – si dichiara felice di poter donare ai suoi figli ricette sane e nuovi anni di vita insieme.

Ester, nel bel mezzo di un problema polmonare, ascolta il suggerimento di un medico appartenente al settore MTC (Medicina Tradizionale Cinese) e comincia a praticare *Qi-gong*. Così, proprio eseguendo i suoi esercizi quotidiani di *Qi-gong*, Ester scopre un tipo sottilissimo di felicità: *la felicità del ritmo*. Che, per mezzo di quelle pratiche – richiedendole di muovere il corpo e di respirare con un certo allineamento – si esplica come “attraversamento” del ritmo esistente tra movimento e respiro.

Giovanna, in sedia a rotelle, ha sempre avuto come idolo un cantautore. Appassionata alla scrittura fin da ragazzina, Giovanna comincia a scrivere canzoni e – da quel periodo in avanti - sviluppa un’autostima crescente. Scopre così *la felicità della corrispondenza tra l’io e l’ideale dell’io*: da quando ha smesso di “ammirare da lontano” e ha iniziato a diventare essa stessa “ciò che è ammirevole ai suoi occhi”, decidendo di scrivere le *sue proprie* canzoni, l’autostima è diventata per lei una riserva di felicità sempre disponibile. Quando le gambe non reggono certi desideri mondani sempre più tenui, lei fa comunicare mente, anima e mani per nutrire la sua passione.

Vincenzo, dopo tre incidenti in scooter a distanza di qualche anno, e dunque un bel po' di tempo cumulativo trascorso a letto, trova *la felicità del viaggio interiore*. Comprende, cioè, che il viaggio interiore può essere perfino più interessante di un viaggio nel mondo. Ciò che gli viene richiesto dal viaggio interiore, però, è di alleggerire i bagagli delle paure e del rimuginio. V. si ripromette di eliminare sempre più accessori inessenziali. Al ritorno da ogni viaggio interiore, sente di essere meno carico (di aspettative) e più carico (di vita).

Maria, durante una convalescenza, si rende conto che il suo partner non riesce più a guardarla con occhi amorevoli. L'ipotesi è che la sua apparente amorevolezza venisse limitatamente smossa dalla sola bellezza estetica, che la malattia aveva provvisoriamente oscurato. E di conseguenza, M. capisce che la *felicità della bellezza estetica* era una forma ingannevole di felicità – o perlomeno, era basata su premesse di impermanenza. Ad ogni modo – lei dice – è proprio quando si fa una cernita delle felicità fittizie che ci si avvicina alla vera felicità. E, in un simile ardore riflessivo, M. riconosce *la felicità dello smistamento delle false felicità*.

Sara, a causa di una disfunzione neurologica simil-epilettica, sente, per un anno intero, quasi ogni notte, incombere quelli che chiama i “sintomi della morte”. Così scopre *la felicità dei primi respiri mattutini*. Si tratta di atti respiratori che, al risveglio, le segnalano la “vita”. Sono respiri assai poco meccanici, perché impregnati di una precisa consapevolezza esistenziale – quasi ai limiti della piena riconoscenza nei confronti della vita, che risulta ancora presente, ancora, inspiegabilmente, disponibile per lei.

Alessandro ha perso l'udito. E nel tentativo di ricordare le sue canzoni preferite, fra i germogli della mente inventiva, inizia a sentirsi “creare” melodie inedite. Gli basta un'attività rilassante che attenui i suoi pensieri involontari, ed ecco che arrivano, puntualmente, le sue invenzioni sonore. Appare quasi imbarazzato nell'affermare che si stupisce di quante possibilità musicali riesca a trovare dentro la sua immaginazione. Allora un po' azzardatamente gli dico che, trasmettendo il suo stupore-di-sé anche a me, la sua forma di felicità mi arriva come un atto profondamente altruistico. A. scopre così *la felicità della creatività* e *la felicità dello scavo nell'immaginario*. A. ha perso l'udito, eppure il suo “sentire” si è innegabilmente espanso.

Cristiano si ammala di psoriasi. Da sempre amante dell'estetica e della cura del corpo, attraversa un periodo di profonda angoscia. E tuttavia, nel tempo, quell'angoscia assume un'altra forma. Sempre più disidentificato

dal corpo fisico, si accorge di aver smarrito quelle piccole, ma costanti, ossessioni, che un tempo lo tenevano “legato” al suo modello di perfezione. Pensieri di perfezionismo che gli rubavano tempo, spazio mentale, concentrazione. Accoglie così *la paradossale felicità del non riconoscersi più allo specchio*. Le imperfezioni (per usare una parola “abusata”) del corpo hanno smesso di fargli paura e la nuova felicità si siede nei posti vuoti lasciati liberi dalle paure remote.

Che dire, allora, di queste otto storie?

Che tipo di impressione ci lasciano?

Si chiarirà, innanzitutto, che la scoperta di un nuovo e più convincente *modello di felicità* non implica che si diventi automaticamente individui – per così dire – “felici”. Non esiste alcun sottotesto del “vissero tutti felici e contenti” a coronare le conclusioni delle nostre testimonianze. Ci occorre differenziare tra incentivo e costanza. Nella presente narrazione, la malattia rappresenta un incentivo a trasformarsi, non già la sua costanza. Gli ammalati non diventano automaticamente e per sempre “eroi sovrumani” nonché unici depositari dei segreti della felicità, come vorrebbe un tipo di pensare comune. Se c’è una cosa che mi sembra di aver compreso, è che la loro umanità reclama diritti e chiede di essere rispettata: è noto che la comprensione di un fatto non è sufficiente a generare l’applicazione costante del fatto compreso. E se questo “fatto compreso” equivale a una “nuova forma di felicità”, che certamente si situa tra i concetti più filosoficamente ambigui e speculativi, non possiamo che restarne affascinati. Non possiamo che predisporci all’ascolto incondizionato, tentando di estrarre anche noi, a misura del nostro essere, qualcosa di propizio, che giace nel resoconto delle loro esperienze trasformative. Perché, in quel momento, saremo davanti a una ricchezza suprema. Ci troveremo davanti a persone che avranno rintracciato le nuove premesse dei loro giorni più felici; persone che avranno trovato gli ingredienti di un vero e proprio *metodo* per una vita (anche una vita interiore) appagante.

Spesso si tratta di un *metodo* che rimane accessibile per tutta la vita, perché costruito a forza di idee, a loro volta costruite a forza di esperienze. E quando l’esperienza in questione è la malattia, quasi sicuramente si avrà a che fare anche con il concetto di intensità: durante una malattia, infatti, si può provare un *intenso* dolore – come pure un *intenso* desiderio di sollievo; si può provare un *intenso* fastidio; un *intenso* senso di sorpresa per un’impressione sintomatologica mai provata prima; un’*intensa* nostalgia

della vita pre-diagnosi; oppure un' *intensa* forza d'animo, tutte le volte che la vita appare ancora *intensamente* desiderata, applicandole nuovi filtri di soggettività.

Quindi, se è verosimile che l'intensità talora manca alla vita vissuta fino a prima della malattia, e se è vero che l'intensità – del proprio mondo interiore – si costruisce a partire dai momenti intensi (senza distinzione tra “intensamente negativi” e “intensamente positivi”), allora... Potremmo avanzare un'ipotesi del genere: e cioè che, una volta *conosciuta* una certa dose di intensità, cioè una volta *integrata* una certa dose di intensità all'interno del proprio esperito, allora si potrà ottenere una specie di “parametro in più” nella ridefinizione dei propri paradigmi esistenziali. In questo caso, nella ridefinizione del proprio paradigma di felicità.

Ma, adesso, chiudiamo nel segno di una narrazione meno fiabesca e rassicurante. Sappiamo quanto la malattia sia in grado di rivelare gli aspetti migliori degli esseri umani, come pure di rivelarne i peggiori. E, a proposito di intensità, la malattia rivela anche la nostra *intensa* incapacità (caratteristica di questo secolo) di accettare la morte.

Ivan Illich, nel suo controverso libro *Nemesi medica. L'espropriazione della salute; La paradossale nocività di un sistema medico che non conosce limiti* (Boroli Editore), e più in particolare a p. 192-193 del paragrafo intitolato *La morte borghese*, ci dice:

Ma con il sorgere della famiglia borghese l'uguaglianza davanti alla morte ebbe fine: chi poteva permetterselo cominciò a pagare per tenerla lontana. [...] La professione medica però non mostrò alcuna intenzione di volersi dedicare a questo compito fino a quando, circa un secolo e mezzo più tardi, non comparve una numerosa clientela ch'era pronta a pagare perché si facesse il tentativo. Si trattava di un nuovo tipo di ricco che non voleva morire stando a riposo e desiderava proseguire nella sua attività fino a quando la morte non sopravvenisse per esaurimento naturale. Non accettava l'idea della morte se non a patto che lo cogliesse in buone condizioni di salute e ancora valido per quanto avanti negli anni. Montaigne aveva già deriso questo modo di pensare trovandolo eccessivamente presuntuoso.

Si tratta veramente di presunzione? Oppure è qualcosa d'altro? È un tipo di presunzione che nasce soltanto in un certo contesto storico-sociale oppure è connaturata alla psiche umana, e magari soltanto in certe fasi storiche può “uscire allo scoperto”? Qualcuno si è forse mai astenuto dal desiderare, sia pure inconsciamente, che la propria morte dovesse essere migliore della morte altrui?

Certo, se abbiamo dimostrato che la malattia è un incentivo a riconsiderare il proprio concetto di felicità, potremmo deduttivamente immaginare quanto la malattia sia pure un incentivo a riconsiderare la propria mortalità.

E tuttavia, da quando esiste la “morte borghese”, argomentata da Illich, può ancora venirci in salvo quella antica forma di felicità, cara ai filosofi stoici, definibile come *la felicità dell'accettare la morte?*

*Quale buon uso sociale dell'antropologia
davanti alla 'datificazione' dell'invecchiamento?
Le pratiche di cura proposte dalla mobile-Health*

Amalia Campagna
Università degli Studi di Milano

**CHARLOTTE HAWKINS, PATRICK AWONDO, DANIEL MILLER (Eds.),
An Anthropological Approach to mHealth, UCL Press, London 2023, 260 pp.**

Il nuovo testo firmato da Daniel Miller, *An Anthropological Approach to mHealth*, curato insieme a Charlotte Hawkins e Patrick Awondo, edito da UCL Press, si inserisce nella corrente di studi che hanno contribuito ad approfondire l'intersezione tra invecchiamento, utilizzo delle tecnologie e pratiche di cura – un argomento sempre più frequentato da antropologhe e antropologi negli ultimi vent'anni, a giusto titolo. Secondo le proiezioni del Dipartimento degli Affari Economici e Sociali delle Nazioni Unite (2023), infatti, entro il 2050 la popolazione over 65 globale raggiungerà 1,6 miliardi. Questa trasformazione demografica, accompagnata da cambiamenti sociali più ampi che hanno portato a notevoli mutamenti nelle strutture familiari, rende urgente la necessità di soluzioni innovative nell'assistenza agli anziani. In questo scenario di invecchiamento globale, la tecnologia sembra assumere un ruolo sempre più preponderante della vita di tutti, arrivando a modificare anche il nostro intimo e sociale rapporto con la salute. Il potenziale delle innovazioni tecnologiche per trasformare l'assistenza agli anziani, in particolare modo, sembra infinito: dai dispositivi indossabili che monitorano in tempo reale i parametri vitali agli algoritmi predittivi progettati per anticipare emergenze mediche, la datificazione dell'invecchiamento sta dando vita a nuove pratiche di cura e forme di sostegno. In particolare modo la pandemia di COVID-19 ha determinato un drastico spostamento verso le tecnologie mobili per la salute, come la tele-medicina e i test diagnostici e il monitoraggio dei pazienti a casa. Eppure, al di sotto della superficie di questi sviluppi tecnologici, si nascondono domande profonde su cosa significhi

davvero prendersi cura in un mondo sempre più mediato dai dati. Gli studi femministi di Scienza, Tecnologia e Società (STS) sottolineano l'importanza cruciale di continuare a investigare empiricamente la cura e aprire interrogativi sul mantenimento, la vulnerabilità e l'interdipendenza di chi la pratica (LINDÉN, LYNDHAL 2021). L'antropologia culturale ha contribuito in modo significativo allo studio di questi fenomeni nelle loro ampie manifestazioni etnografiche, studiando in profondità la relazione tra progressi tecnologici e nuove pratiche di assistenza, con un particolare sguardo rivolto alla popolazione anziana. *An Anthropological Approach to mHealth* si colloca pienamente in questo filone di studi, esplorando l'intersezione tra invecchiamento, datificazione della salute e pratiche di cura tramite lo sviluppo della *mobile-health* (nel testo, *mHealth*) o salute digitale – ossia l'uso di dispositivi mobili, come smartphone, tablet e altri dispositivi indossabili, per monitorare parametri vitali, raccogliere dati, fornire informazioni e servizi – ponendo l'accento su come bilanciare le promesse della tecnologia con le profonde complessità etiche, emotive e sociali dell'assistenza.

Il testo, composto da 11 saggi, fa seguito ai lavori portati avanti nell'ambito del progetto *Anthropology of Smartphones and Smart Ageing* (ASSA), finanziato dall'*European Research Council* (ERC) e ospitato Dipartimento di Antropologia dell'University College London (UCL). Il progetto ASSA, nato per esplorare il rapporto tra persone anziane e tecnologie mobili nel contesto della cura e della salute, rappresenta un contributo significativo allo studio antropologico dell'intersezione tra tecnologia e invecchiamento. L'ambiziosa iniziativa si basa sul lavoro di un team interdisciplinare, composto da undici ricercatori che il 2018 e il 2019 hanno svolto ricerche sul campo della durata di 16 mesi in nove paesi diversi, finalizzate a indagare etnograficamente le maniere in cui gli smartphone influenzano le dimensioni sociali e culturali dell'invecchiamento. Il progetto esprime una vocazione comparativa e collaborativa – coinvolgendo, oltre ad antropologi anche professionisti del settore sanitario – su scala globale, vedendo i ricercatori impegnati tra Irlanda, Cameroon, Uganda, Giappone, Cina, Italia, Chile, Brasile e Palestina. *An Anthropological Approach to mHealth* è solo uno dei diversi resoconti di questo ampio progetto di ricerca. Infatti, sin dalla sua nascita, il team ASSA si è impegnato attivamente per garantire accessibilità ai lavori di ricerca, pubblicando i risultati in modalità *open access*. Nel corso del progetto di ricerca, intuizioni e riflessioni venivano condivise quotidianamente attraverso un blog, accessibile online¹.

Oggi, chiunque sia interessato può consultare il sito ufficiale del progetto², dove sono disponibili in modo chiaro e sintetico aggiornamenti e informazioni sull'iniziativa e sul suo sviluppo. Dal progetto, oltretutto, sono nati un testo comparativo sull'uso degli smartphone nel mondo, intitolato *The Global Smartphone* (MILLER *et al.* 2021) e tre monografie più dettagliate sulle singole ricerche etnografiche (DUQUE 2022; GARVEY, MILLER 2021; WALTON 2021). Ogni ricercatore del gruppo ASSA, infatti, sta producendo, o ha prodotto, una etnografia sul proprio contesto di ricerca, sempre all'interno della serie *Ageing with Smartphones* di UCL Press cui anche *An Anthropological Approach to mHealth* fa parte. L'iniziativa segue le orme della precedente impresa di Daniel Miller, il *Why We Post project* (MILLER 2016), sia negli argomenti trattati sia nella vocazione all'accessibilità e alla disseminazione dei risultati di ricerca – tanto che dal progetto ASSA sono nati due corsi online gratuiti sulla piattaforma FutureLearn (HAWKINS, AKWONDO, MILLER, 2023: 2).

Dunque, *Anthropology of Smartphone and Smart Ageing* va ad arricchire il *corpus* già ben nutrito di pubblicazioni nate sulla scia del progetto ASSA, come titolo più recente. La specificità è sicuramente rappresentata da una più ristretta lente tramite cui guardare l'ampio tema oggetto del progetto ASSA e la presenza di un ampio panorama etnografico, rappresentato dai nove saggi che rappresentano la parte centrale del volume. Il testo è diviso in tre sezioni, che rispecchiano i tre obiettivi del progetto ASSA: studiare l'invecchiamento di coloro che non si ritengono né giovani né anziani; approfondire l'impatto dell'uso degli smartphone nella vita dei partecipanti alla ricerca; e in particolare modo analizzare la relazione tra salute e utilizzo di applicazioni telefoniche contribuendo, laddove possibile, alla loro implementazione o alla loro invenzione:

the first goal was to study ageing [...]. This project would focus upon people who did not regard themselves as either young or elderly. We anticipated that their sense of ageing would also be impacted by the recent spread of smartphone use. Smartphones were thereby transformed from a youth technology to a device used by anyone. This also meant that, for the first time, we could make a general assessment of the use and consequences of smartphones as a global technology, beyond those connotations of youth. The third goal was more practical: we wanted to consider how the smartphone has impacted upon the health of people in this age group and whether we could contribute to this field. More specifically, this would be the arena of mHealth, that is, smartphone apps designed for health purposes (HAWKINS, AKWONDO, MILLER, 2023: 5).

Il lettore potrà dunque orientarsi su tre livelli, corrispondenti alle tre sezioni che strutturano il volume. La prima, *Contextualising mHealth*, raccoglie quattro capitoli che inquadrano l'approccio antropologico all'*mHealth*, attraverso altrettanti studi etnografici condotti in contesti specifici. Xinyuan Wang esamina l'utilizzo della app WeDoctor a Shanghai da parte dei professionisti sanitari; Patrick Awondo indaga le dinamiche di potere e i fallimenti di alcune iniziative di *mHealth* a Yaoundé, in Camerun; Walton analizza l'utilizzo di Whatsapp durante la pandemia di COVID-19 a Milano; infine, Daniel Miller esplora il fenomeno del ricorso a Google per la ricerca di informazioni sanitarie a Cuan, in Irlanda, mettendo in luce come questa pratica possa ampliare disuguaglianze sociali già esistenti. La seconda sezione, *Informing mHealth*, comprende due capitoli volti a mostrare come un approccio etnografico ispirato alla prospettiva *smart-from-below*, ripresa da Kat Pype (2017), possa offrire indicazioni pratiche per sviluppare o migliorare interventi di salute basati sull'uso degli smartphone. Alfonso Otaegui propone suggerimenti concreti per ampliare il modello delle *nurse navigators*, figure che supportano i pazienti nell'orientarsi all'interno delle complesse burocrazie sanitarie, in una clinica oncologica di Santiago del Cile. Charlotte Hawkins e John Mark Bwanika presentano il caso di un programma di salute mentale digitale a Kampala, in Uganda, illustrando come la comprensione etnografica delle percezioni e delle esperienze legate alla salute mentale abbia contribuito a definire il protocollo di valutazione per un progetto pilota di telepsichiatria e psicoterapia. Infine, la terza parte, *Designing mHealth*, documenta tre esperienze in cui il progetto ASSA stesso ha progettato e sperimentato interventi di salute direttamente ispirati dalle ricerche sul campo. Laura Haapio-Kirk, Sasaki Rise e Kimura Yumi descrivono l'uso dell'applicazione LINE per il monitoraggio della salute sociale nelle comunità rurali in Giappone. Pauline Garvey, Daniel Miller e Sheba Mohammad delineano una strategia di diffusione di informazioni sanitarie sull'impatto della dieta sull'ipertensione a Trinidad e Tobago. Marília Duque, infine, sviluppa un protocollo per la registrazione dei pasti e la comunicazione via WhatsApp a San Paolo, in Brasile, come alternativa più efficace rispetto alle app dedicate, spesso poco utilizzate, all'interno di programmi di nutrizione.

Come emerge da una rapida panoramica sulla struttura del volume, le tre sezioni presentano un progressivo aumento di complessità in relazione al posizionamento dei ricercatori: si parte da un primo livello di natura maggiormente teorica, volto a delineare l'approccio analitico antropologico al fenomeno della *mHealth*, per giungere a un terzo livello di carattere

applicativo, in cui l'antropologo o l'antropologa interviene direttamente nello sviluppo e nell'implementazione delle tecnologie *mHealth* sul campo. Tuttavia, all'aumentare della complessità del posizionamento dei ricercatori, non corrisponde un'analoga crescita dell'approfondimento sulla metodologia e sull'etica della ricerca. Sarebbe stato interessante leggere una discussione più articolata sul posizionamento etico del gruppo di ricerca rispetto a questo approccio "interventista" (come descritta a p. 184), che invece risulta del tutto assente. Allo stesso modo, manca una riflessione più ampia sulle possibili critiche all'implementazione delle soluzioni *mHealth*, che nel testo sono soltanto accennate e quasi esclusivamente nell'introduzione. Sebbene la posizione degli autori sull'impiego delle *mHealth* nei contesti di ricerca non venga esplicitamente discussa, essa emerge comunque con chiarezza come traccia sottostante a tutti i contributi:

As smartphone and mobile phone penetration continues to increase around the world, the hope is that this technology can help health systems with the growing burden of ageing populations (HAWKINS, AKWONDO, MILLER, 2023: 6).

La prospettiva politica che emerge dal testo – e che tuttavia non viene mai davvero approfondita, lasciando dunque il lettore o la lettrice a intuirlo – è che, secondo il gruppo di ricerca, mettere al centro l'utilizzo sociale dello smartphone relativamente alla ridistribuzione, in uno scenario mondiale in cambiamento, delle responsabilità di cura, sia una critica al modello neoliberale di disinvestimento nei sistema di cura istituzionali, che individualizza «health responsibilities and making social problems private responsibilities» (p. 10).

In conclusione, l'impronta complessiva del testo si distingue per la ricchezza del materiale etnografico presente in ciascun capitolo, accompagnata da un solido rigore analitico riguardo all'approccio antropologico alle tecnologie *mHealth*. Ne risulta una riuscita chiave comparativa, che emerge con particolare efficacia. Oltre a offrire una chiara collocazione della ricerca all'interno dei principali temi e approcci al campo, il volume consente al lettore di acquisire informazioni su situazioni etnografiche eterogenee, mantenendo però sempre saldo il filo conduttore: l'impiego delle tecnologie mobili per la salute nella popolazione anziana. L'approccio comparativo e collaborativo del progetto Assa, insieme al suo impegno nei confronti della *open science*, attraversa e caratterizza l'intero testo, delineando un nuovo standard nello studio dell'integrazione della tecnologia nella vita quotidiana. Tuttavia, sarebbe stato forse utile e interessante dedicare maggior spazio alle implicazioni e al ragionamento che sottendono il po-

sizionamento, perlopiù implicito, delineato nel testo. Il volume esplora sì l'impatto delle tecnologie *mHealth* sull'esperienza delle persone anziane a livello globale, e presenta il ruolo che l'antropologia culturale può svolgere nell'implementazione di dispositivi tecnologici per migliorare l'autocura, facilitando una gestione più efficace della salute a distanza, eppure sembra mancare una riflessione sulla dimensione etica della ricerca. È vero che l'adozione delle tecnologie *mHealth* sta aumentando rapidamente grazie alla diffusione dei dispositivi mobili e delle applicazioni sanitarie, con investimenti sempre più significativi da parte sia del settore pubblico che privato. Si prevede infatti che il mercato globale della *mHealth* crescerà a un tasso annuale di circa il 30% tra il 2019 e il 2027 (HEALTHCARE IT 2020). È innegabile che con l'invecchiamento della popolazione mondiale, la tecnologia stia svolgendo un ruolo sempre più centrale nella negoziazione delle responsabilità di cura. Ma che ruolo vuole svolgere l'antropologia, e il gruppo coordinato da Daniel Miller, nella negoziazione di queste responsabilità? Forse, per l'approfondimento di questa domanda, dovremo aspettare future pubblicazioni del gruppo Assa.

Note

⁽¹⁾ <https://blogs.ucl.ac.uk/assa/>

⁽²⁾ <https://www.ucl.ac.uk/anthropology/assa/>

Bibliografia

- DUQUE M. (2022), *Ageing with Smartphones in Urban Brazil: A Work in Progress*, UCL Press, London.
- GARVEY P., MILLER D. (2021), *Ageing with Smartphones in Ireland: When Life Becomes Craft*, UCL Press, London.
- HEALTHCARE IT (2020), *Mobile Health (mHealth) Market Size, Share, Analysis by Platform, by Application (Education and Awareness, Disease and Epidemic Outbreak Tracking, Communication and Training, Diagnostics and Treatment), and by End Use. Forecasts to 2027*, <https://www.reportsanddata.com/report-detail/mobile-health-mhealth-market> (consultato il 16/2/2025).
- LINDÉN, LYNDBAL (2021), *Care in STS*, "Nordic Journal of Science and Technology Studies", Vol. 9(1): 3-12.
- MILLER D. (2016), *Social Media in an English Village*, UCL Press, London.
- MILLER D., RABHO L., AWONDO P. et al. (2021), *The Global Smartphone. Beyond a Youth Technology*, UCL Press, London.
- PYPE K. (2017), *Smartness from Below: Variations on Technology and Creativity in Contemporary Kinshasa*, pp. 97-115, in CLAPPERTON CHAKANETSA MAVHUNGA C. (a cura di), *What Do Science, Technology and Innovation Mean from Africa?*, MIT Press, Cambridge, MA.

UNITED NATIONS, DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS (2023), *World Population Ageing 2023. Challenges and Opportunities of Population Ageing in the Least Developed Countries*, https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/undesd_pd_2024_wpa2023-report.pdf (consultato il 16/1/2025).

WALTON, S. (2021), *Ageing with Smartphones in Urban Italy: Care and Community in Milan and Beyond*, UCL Press, London.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2011), *mHealth: New Horizons for Health through Mobile Technologies: Second Global Survey on eHealth*. WHO, Geneva.

Narrare la fatica

Storie di caregiver informali fra Giappone e Inghilterra

Francesco Diodati
IRPPS CNR

JASON DANELY, *Fragile Resonance. Caring for Older Family Members in Japan and England*, Cornell University Press, London 2022, 294 pp.

La monografia di Jason Danely restituisce una lunga ricerca etnografica di tipo comparativo sui racconti dei caregiver di familiari anziani a Kyoto (2013-2014) e a Oxford (Inghilterra) (2015-2017), durante la quale l'antropologo ha partecipato ad attività di volontariato e gruppi di sostegno al caregiver facilitati da professionisti sanitari (p. 12). Soprattutto, l'Autore ha raccolto un numero considerevole di interviste, visto che sostiene di aver parlato con oltre 100 caregiver informali giapponesi (registrando in 25 occasioni) (p. 13) e 15 inglesi (p. 16) in diverse circostanze. Il libro di Danely tratta specificatamente il tema delle narrazioni dei caregiver, cercando di comprenderne lo scopo e il significato. Secondo l'Autore, il modo in cui le storie dei caregiver "risuonano" fra di loro è in realtà una descrizione delle modalità «attraverso cui gli individui si relazionano con il mondo pur mantenendo la loro specificità» (p. 4). La narrazione emerge come una modalità per i caregiver di riflettere sulle loro esperienze in modo "morale e significativo", e attraverso di essa è possibile leggere tre differenti tipi di risonanza su più livelli: in primo luogo, il primo tipo di risonanza descrive la relazione empatica che essi condividono con la persona di cui si prendono cura, che Danely chiama "immaginazione empatica" appoggiandosi alle riflessioni di Arthur Kleinman (2009); in secondo luogo, "la risonanza narrativa" mostra il tentativo dei caregiver di far "risuonare" la propria esperienza con il più ampio contesto storico e culturale; infine, è possibile parlare di un terzo tipo di risonanza fra le storie dei caregiver che supera differenti contesti storici e culturali e che Danely chiama "risonanza cosmica" (p. 4). Narrare la propria esperienza diventa per i caregiver un processo di auto-trasformazione, che li aiuta non soltanto a capire come portare

avanti la propria responsabilità di cura, e dunque ad accettarla, ma anche a metterla in discussione e rinegoziarla in termini sostenibili.

Pur ammettendo che si tratta di una comparazione sbilanciata in termini di dati qualitativi ed etnografici raccolti (p. 13), Danely afferma che questa ricerca ha permesso di evidenziare delle differenze culturali fra i due setting nazionali. Per spiegare cosa intendesse con queste differenze culturali, l'Autore ci restituisce l'impressione ottenuta quando ha condiviso i dati della ricerca con i propri informatori. Se questi empatizzavano con i contenuti delle storie dell'Altro, tendevano anche a enfatizzare le differenze culturali in termini negativi e anche alquanto stereotipati:

La misura in cui i caregiver inglesi utilizzano servizi come lavoratori di cura conviventi sorprendevo molti caregiver in Giappone, che lo vedevano come una prova del valore dato all'autonomia nella cultura inglese. Al contrario, gli inglesi sembravano turbati da quello che percepivano come "co-dipendenza" e mi dicevano che un professionista è in grado di gestire meglio di un parente le responsabilità di cura (p. 13).

Questa descrizione supporta la tesi centrale del libro che contrappone, da un lato, una visione della fatica legata al ruolo di cura come di una "ferita aperta" (DANEY 2021), un legame fra corpi prima che fra persone; dall'altro, una visione istituzionalizzata del peso del caregiver che valorizza l'autonomia e la necessità di preservare la salute di chi si prende cura attraverso il ricorso a caregiver professionali. Secondo Danely, quest'ultimo modello è molto più diffuso in Inghilterra, dove sono presenti da tempo politiche di sollievo e campagne pubbliche di *advocacy* a favore della figura del caregiver familiare. Per questo motivo, i caregiver inglesi tendono a vedere la cura nei termini di un'attività rischiosa, un legame pericoloso per la propria salute psicologica e fisica ("co-dipendenza") mentre i caregiver giapponesi, seppur riconoscondone la fatica, producono storie che ne legittimano l'esistenza rifacendosi a visioni culturali sulla vulnerabilità e sulla compassione.

Fragile Resonance appartiene a un corpus di letteratura che tenta di inquadrare la cura informale e familiare nel contesto di transizione demografica ed epidemiologica, di cui il caregiving nella malattia di Alzheimer e nelle demenze in genere è forse il caso più rappresentativo e che ha alimentato diversi studi statistici sullo stress e sulla depressione sviluppati dai caregiver (ABEL 2022). Si tratta di un tema che recentemente ha attirato l'interesse di diversi antropologi (KLEINMAN 2009, SEAMAN 2018; DANEY 2017, 2021) anche nel contesto italiano (GUSMAN 2015; EUGENI 2013; DIODATI 2021, 2022).

Questo campo di studio ha certamente il merito di spingere il campo delle scienze umane applicate alla salute a riflettere su quanto la critica storico-politica all'istituzionalizzazione rischia di deviare in una forma di idealizzazione della cura familiare (DIODATI 2021). Offre anche un terreno di collaborazione con altre discipline umanistiche, incluse prospettive filosofiche e femminismi che riflettono su modalità non convenzionali di relazioni di cura (ACQUISTAPACE 2024), in un momento storico in cui anche l'ambiente dei servizi istituzionali sembra interessarsi al lavoro di cura informale innescando processi di cui è necessario coglierne le implicazioni culturali e politiche (DIODATI 2021).

Jason Danely si concentra su esperienze intense sul piano mentale e fisico, casi di assistenza ininterrotta di ventiquattro ore su ventiquattro mentre si ha a che fare con le conseguenze più drammatiche di gravi condizioni di salute, come la malattia di Alzheimer (KLEINMAN 2009), che spingono alcuni caregiver a confessare all'Autore di aver desiderato di uccidere i loro cari per porre fine alla loro sofferenza e alla propria. Danely definisce queste storie tragiche e drammatiche come "un lato oscuro" della cura, che ci mostra quanto questo ruolo possa rinsaldare legami affettivi, familiari ma anche alimentare disperazione e angoscia (p. 11). Il suo libro costringe il lettore a riflettere su queste tensioni, lo porta di fronte a storie cariche di una sofferenza che spesso il narratore non riesce a comunicare e tantomeno a spiegare attraverso il ricorso a codici culturali che dovrebbero contenere tutte le istruzioni d'uso. Ciò nonostante, seppur ci costringa ad abbandonare qualsiasi tipo di visione idealizzata o romantica della cura, Danely ci spinge anche ad apprezzarne il valore sociale e umano. Secondo l'Autore, la sofferenza è intrinseca alla cura in un modo che concetti medicalizzati dello stress del caregiver non riescono a spiegare. Infatti, alcuni caregiver giapponesi, pur ammettendone la pericolosità, sosterebbero anche che questa sofferenza è ciò che permette di risuonare mente e corpo con l'altro di cui si prendono cura: «Più diventi aperto e vulnerabile all'altro di cui ti prendi cura, più diventi responsivo ai suoi bisogni ma rischi anche di fare del male a te stesso e a chi riceve le cure» (p. 11). Per spiegare questa situazione, conia il termine di "compassione pericolosa": «La compassione pericolosa descrive il modo in cui la cura e la sofferenza diventano mutualmente intrecciate in modi che aumentano la capacità del caregiver di essere responsivo e responsabile rendendolo al tempo stesso pericolosamente esposto alla possibilità di farsi e fare del male» (p. 11). La compassione pericolosa è una forma di narrazione della cura che serve a sostenere i caregiver e aiutarli a portare a termine il proprio ruolo dan-

dogli significato come un processo di auto-trasformazione. Si diventa compassionevoli per rispondere ai bisogni dell'altro ma tutto ciò corrisponde a un'esperienza incorporata, che porta ad addestrare il proprio corpo per rispondere in modo efficace ai bisogni quotidiani del corpo dell'altro, come dar da mangiare, lavare (p. 100). Le narrative dei giapponesi sono piene di riferimenti a questo processo di risonanza compassionevole, che rende fragile e vulnerabile il caregiver di fronte alla possibilità di essere assorbito in questo ruolo, tale che un informatore lo descrive come una prova del principio della non dualità della coscienza (p. 125). Si tratta di "un'estetica inter-soggettiva e infra-corporea e allo stesso tempo di un progetto etico e creativo". Al contrario, i caregiver inglesi tendevano a vedere la loro fatica come un fatto necessario ma momentaneo, un peso da portare prima di ottenere servizi di sollievo; il loro stesso modo di raccontare tendeva a separare due corpi e due coscienze in un modo che non appare nelle storie dei caregiver giapponesi (p. 84). Per questo motivo, gli inglesi tendono a evitare la co-residenza o a non fornire assistenza ai bisogni più intimi. In entrambe le situazioni, la fatica e la sopportazione vanno considerati come elementi performati da parte dei caregiver per rendere "l'azione etica possibile" (p. 84) ma la diversità di vedute suggerisce anche che possano esserci risposte culturalmente differenti alla cura.

Nelle conclusioni, l'Autore offre una discussione delle implicazioni politiche del suo lavoro. Comparando il sistema delle assicurazioni statali giapponese e la legge inglese che prevede il diritto al sollievo del caregiver, l'Autore afferma che nessuno dei offre soluzioni adeguate, nel momento in cui entrambi si basano su un sistema consumistico che si affida al mercato (pp. 190-191). Il presupposto di questo sistema è il credo che gli individui siano "consumatori" di servizi di cura e che sia possibile risolvere il "problema" della cura delegando alle imprese lo sviluppo di soluzioni efficienti ed economicamente sostenibili. A questa soluzione neoliberista Danely contrappone principi ispirati alla giustizia sociale e all'interdipendenza (si veda CARE COLLECTIVE 2021) (p. 191).

Il libro di Danely è sicuramente un testo complesso, che offre un contributo importante agli studi sulla cura con un taglio decisamente antropologico, che vede la narrazione non soltanto come un deposito di informazioni ma come un veicolo che produce significato e orienta il comportamento. A mio avviso, portando diversi esempi a sostegno della propria argomentazione, Danely dimostra in modo convincente che la narrazione ha uno scopo in termini sociali ed è molto più di un "discorso", come vengono ormai definite nel dibattito politico in genere, dove "narrazione" viene utilizzato

spesso come sinonimo per qualcosa di falso, ideologicamente deviato – ex., “narrazione della pandemia”. Inoltre, il suo concetto di “compassione pericolosa” sembra rispondere efficacemente anche alla critica di Felicity Aulino (2019) agli studi sul caregiving nel contesto occidentale, in cui l’autrice ci ha invitato a guardare agli atti materiali dell’assistenza – far da mangiare, pulire, vestire – e non soltanto a speculazioni filosofiche e teologiche sui buoni sentimenti che dovrebbero guidarli. Anche se tornerò su questo punto, *Fragile Resonance* non dimentica il corpo ma, anzi, è su di esso che l’Autore costruisce l’impalcatura teorica e argomentativa del suo libro.

Ciò nonostante, trovo che sia molto problematico il modo in cui l’Autore interpreta la diversità culturale fra le due visioni sulla cura. Curiosamente, nelle conclusioni offre una vignetta etnografica in cui una delle sue assistenti, una donna giapponese che ha vissuto per diversi anni in Inghilterra, sostiene che i giapponesi sono troppo pronti a sacrificarsi per adempiere ai doveri sociali (p. 167). Mi sarebbe piaciuto di più ascoltare storie di caregiver giapponesi, magari di generazioni differenti, che espongono le loro attese sulla cura o parlano di esperienza vissute, e che in un certo modo mettono in crisi immagini sulla famiglia tradizionale. Mi riferisco a situazioni ben documentate in letteratura: basti pensare a un volume interdisciplinare sulla cura degli anziani nel Sud Est Asiatico (SHEA *et al.* 2020), in cui diverse ricerche mostrano che i tradizionali doveri di cura degli anziani sono oggi più che mai in crisi. Al tempo stesso, Danely non fa dialogare sufficientemente le sue ricerche con indagini qualitative sul carico del caregiver in Regno Unito, di cui esistono diversi esempi di tipo interdisciplinare: basti pensare a un articolo che sostiene, sulla base di diversi casi documentati, che diversi caregiver inglesi non si riconoscono nel modello istituzionale di peso della cura (GREENWOOD *et al.* 2018).

Seppur non negando la presenza di diversità culturali-religiose e storico-politiche, è importante precisare che il rischio di una culturalizzazione del fenomeno è ben presente e poco esplicitato dall’Autore. Personalmente, credo il rischio sia anche quello di produrre una lettura celebrativa della cura familiare che, nel tentativo di sottrarla a visioni riduzioniste e istituzionalizzate, ci condanna all’incapacità di pensare alternative più sane e sostenibili all’assistenza di tipo diadico. Inoltre, il libro di Danely è una visione della cura attraverso le storie dei caregiver e, seppur, la rappresentazione che produce appare molto più concreta e tangibile di quella offerta dagli apparati teorici della pedagogia o della filosofia morale (TRONTO 1993), di cui pur il volume risente, questo costituisce il limite della sua ricerca. Mi riferisco al dilemma già esposto dall’importante lavoro di Annemarie

Mol, Ingunne Moser, e Jeanette Pols (2010), ovvero, che la cura è spesso non comunicata e non raccontata e pertanto non può essere colta unicamente attraverso il linguaggio verbale, come testimoniano anche le stesse storie “rotte” e “cariche di incertezza” di Danely. Peraltro, Felicity Aulino (2019) ha suggerito che quello di esporre le emozioni e i pensieri più profondi rispetto al proprio ruolo di cura non sia altro che una modalità culturalmente orientata di viverlo, che non ha necessariamente cittadinanza ovunque.

Pur in considerazione di questi limiti, *Fragile Resonance* rimane un importante contributo teorico nel campo dell'antropologia medica e degli studi di area che si appoggia a un corpus consistente di dati etnografici e qualitativi.

Bibliografia

ABEL E.K. (2022), *Elder Care in Crisis: How the Social Safety Net Fails Families*, New York University Press, New York.

ACQUISTAPACE A.L. (2024), *Tenetevi il matrimonio e dateci la dote. Il lavoro riproduttivo nelle relazioni di intimità, solidarietà e cura oltre la coppia nell'Italia urbana contemporanea*, Mimesis/Eterotopie, Milano-Udine.

AULINO, F. (2019), *Rituals of Care: Karmic Politics in an Ageing Thailand*, Cornell University Press, Ithaca - London.

DANEY J. (2017), *Carer Narratives of Fatigue and Endurance in Japan and England*, “Subjectivity”, Vol. 10(4): 411-426.

DANEY J. (2021), “*It Rips You to Bits!*”: *Woundedness and Compassion in Carers' Narratives*, pp. 168-185, in BROWNE V., DANELY J., ROSENOW D. (a cura di), *Vulnerability and the Politics of Care: Transdisciplinary Dialogues*, Oxford, Oxford Press University.

DIODATI F. (2021), *Oltre l'ambivalenza del “care”*: *Indicazioni analitiche sull'antropologia del prendersi cura*, “AM: Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica”, 51: 71-101.

DIODATI F. (2023), *Narrating the Caring Fatigue: Stories of the Ambivalence of Filial Care in a Caregivers' Self-Help Group in Italy*, “Anthropology & Medicine”, Vol. 30(3): 215-229.

EUGENI E. (2013), *Dalla riproduzione alla manipolazione dello Stato: gli “usi” del capitale sociale nel welfare che cambia. Il caso dell'assistenza domiciliare sociale*, “AM: Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica”, 35-36: 225-245.

GREENWOOD N., MCKEVITT C., MILNE A. (2018), *Time to Rebalance and Reconsider: Are We Pathologising Informal, Family Carers?*, “Journal of the Royal Society of Medicine”, Vol. 111(7): 253-254.

GUSMAN A. (2015), *Le famiglie e la fatica del caregiving: Note da una ricerca etnografica in una struttura per le cure palliative*, pp. 133-157, in FAVOLE A. (a cura di), *La famiglia di fronte alla morte: Etnografie, narrazioni, trasformazioni*, Torino, Fondazione Fabretti.

KLEINMAN A. (2009), *Caregiving: The Odyssey of Becoming More Human*, “The Lancet”, Vol. 373 (9660): 292-293.

MOL A., MOSER I., POLS J. (2010b), *Care: Putting Practice into Theory*, pp. 7-27, in MOL A., MOSER I., POLS J. (a cura di), *Care in Practice: On Tinkering in Clinics, Homes and Farms*, Bielefeld, Transcript-Verlag.

SHEA J., MOORE K., ZHANG H. (a cura di) (2020), *Beyond Filial Piety: Rethinking Aging and Caregiving in Contemporary East-Asian Society*, New York, Berghahn Books.

SEAMAN A.T. (2018), *The Consequence of "Doing Nothing": Family Caregiving for Alzheimer's Disease as Non-Action in the US*, "Social Science & Medicine", Vol. 197: 63-70.

Il Ballo di San Vito

Giovanni Pizza
Università degli Studi di Perugia

Vincenzo Alastra, *Malattia di Huntington: una danza tra destino e speranza*, Pensa Multimedia, Lecce 2024, 226 pp.

Lo psicoterapeuta Vincenzo Alastra licenzia per l'editore Pensa Multimedia un volume dal titolo *Malattia di Huntington: una danza tra destino e speranza* con prefazione della senatrice a vita Elena Cattaneo e con Roberta Invernizzi co-autrice della parte prima

È un testo molto ricco, formato da tre parti e quattro appendici per complessivi nove capitoli sei nella prima parte, due nella seconda e uno nella terza parte. Soprattutto la prima parte si basa sulle narrazioni degli ammalati e dei loro *caregiver familiari* di cui diamo conto di seguito nei racconti di Sandra, Maria Teresa, Stefano, Manuela, narrazioni non raccolte con metodo kleinmaniano, ma nel quadro metodologico della medicina narrativa. Eppure, la vicinanza all'antropologia medica è notevole. E questo significa che medicina narrativa e antropologia medica hanno molto in comune. Il libro è parte del progetto: "Malattia di Huntington e patologie neurodegenerative: una danza tra destino e speranza. Formare una comunità che cura" dell'Associazione Italiana HuntingtonEmilia Romagna – AIHER Odv, con il sostegno della Fondazione di Modena.

La Malattia di Huntington affligge il sistema nervoso centrale e si trasmette per via ereditaria. Ha un decorso lentamente progressivo: dopo 16-20 anni di malattia si muore. Le manifestazioni più diffuse sono neurologiche, psichiatriche e cognitive.

Dalle interviste si evince che la Malattia di Huntington è un problema distruttivo per le famiglie: anche se si aprono nuove possibilità queste sono spesso più anguste. Al tempo stesso la famiglia è una risorsa, insieme alle terapie, ai professionisti incontrati, agli ambienti di cura, alla fede religiosa, alla condivisione che si ha nella comunicazione della diagnosi, come è nella testimonianza di Manuela, l'ultima qui riportata di seguito:

Mia mamma e i suoi fratelli non hanno mai fatto il test del DNA perché è una cosa che li spaventa molto. Questa scelta nessuno la può giudicare perché è come scoprire se domani muori oppure no. Non è qualcosa che qualcuno si può permettere di dirti di fare. Bisogna rispettare la persona. Però penso che, quando una coppia ha il progetto di avere figli, allora dovrebbe accertarsi della situazione. Io mi ritrovo ad essere figlia unica con una mamma che si è ammalata negli stessi anni della nonna: ha iniziato più o meno a 38 anni. Lei ha capito subito che era la malattia di Huntington perché aveva visto sua madre e anche noi lo sapevamo.

Però non ha accettato di averla fino all'ultimo, fino allo stremo. È iniziata con movimenti involontari alle mani alle dita; era molto nervosa, per qualsiasi cosa si innervosiva. Mia mamma è stata sempre anche molto ansiosa, cosa che ha trasmesso anche a me e per la quale anch'io mi devo curare. Quando cresci con dei genitori che manifestano delle emozioni così, tu impari a manifestarle come loro; quindi anch'io devo tenerla sotto controllo perché tendo anch'io per ogni piccola cosa ad andare in panico. Lei ha iniziato così. E non l'accettava. (Sandra)

Mia mamma, intanto, non ce la faceva più: fisicamente, perché gli anni erano passati, e un po' anche mentalmente. Aveva preso malissimo la malattia di Enrico; è iniziato in lei un decadimento cognitivo dovuto sicuramente a questo profondo disagio psicologico. Era una donna super in gamba, imprenditrice, con la malattia di Giovanni passava otto ore in ospedale o in struttura, la mattina a lavorare e poi si occupava anche di me e Enrico. È stata bravissima e non ha mai preteso niente da noi. Non ci ha fatto mai pesare niente. Invece con Enrico si è trasformata ha iniziato a soffrire tantissimo, una sofferenza che non riusciva a trasformare in cose per lui. Il necessario lo faceva, ma era tutto un rivendicare. Ha iniziato a prendersela con me, ad accusarmi di essere sana senza che lo meritassi. Aveva bisogno di aiuto su tutto, non ce la faceva più anche quando la malattia di Enrico non era così grave. D'altra parte, era difficilissimo aiutarla perché aveva questo atteggiamento che diventava cattivo, ostile, verso di me, che mi ero fatta la mia famiglia, che avevo mia figlia, che eravamo sane, che potevo avere una vita normale... Anche se normale non era: con una situazione così era impossibile. Ha iniziato a pretendere che tornassimo, io e la mia famiglia, a vivere con loro. Aveva costruito una casa in modo tale che potessimo trasferirci; abitavamo a dieci minuti di distanza, però lei si era fissata che dovevamo immolarci a non si sa bene cosa. Non è riuscita quasi da subito ad accettare di avere in casa con lei Enrico, neanche con un aiuto, sebbene lui, anche per il carattere che aveva, avrebbe potuto benissimo essere gestito a casa. Per lei era troppo doloroso vederlo, ma non sapeva come giustificarlo razionalmente perché, da donna molto intelligente e molto in gamba quale era, faceva fatica a raccontarsi le cose. (Maria Teresa)

Quello che a me piacerebbe trasmettere è che, quando c'è la malattia di Huntington in una famiglia, la famiglia è debole, non ci sono dei pilastri indistruttibili perché purtroppo la malattia fa dei danni, prima o poi. (Stefano)

Mia mamma da dicembre è ricoverata in una struttura. Nel 2021 ha avuto un peggioramento drastico, non me lo aspettavo così. Aveva crisi di pianto, piangeva in continuazione... Quando piange urla, la casa è piccola e c'è proprio da impazzire. Il problema è che all'inizio la cura che avevamo provato a cambiare non funzionava e alla fine, dopo cinque mesi, siamo riusciti a trovare con i neurologi una cura che la mantiene più stabile. Ora prende molti antidepressivi per l'umore. Abbiamo visto che funziona, ma, con tutte le medicine che prende, tende sempre a dormire; anche nei momenti in cui è sveglia sembra assopita e quando fale battute non ride più come prima... Non ride, fa fatica a ridere come prima. Ha avuto anche due polmoniti ab ingestis quindi è stata due mesi in ospedale e l'abbiamo fatta dimettere dalla struttura. Il mio progetto era quello di riportarla a casa, con tutti gli strumenti che mi servivano. Adesso mia mamma è quasi allettata. Durante questo periodo in cui io ero convinta di riportarla a casa, mi ero già fatta prescrivere tutto dal fisiatra. E invece le è venuta un'altra polmonite. Me ne sono accorta io. Non sono facili da capire quando sono in uno stato così avanzato, quando non riescono a parlare... Mia mamma parla poco. Quando ti vuole dire qualcosa si agita, perché vorrebbe ma non riesce. Io però, guardandola, cerco di capire che cosa ha: guardandola riesco a capire se sta male o se sta bene. Quando l'ho vista, quel giorno, ho detto: "Mi sa che ha un po' di febbre". L'ho capito solo guardandola. Ho vissuto insieme a lei negli ultimi tre anni e non era la prima volta che le veniva la febbre per qualcosa, quindi conoscevo anche le manifestazioni. La febbre era data da un inizio di polmonite ab ingestis causata da una disfagia grave. Sono andata completamente in crisi: non mi aspettavo dopo un mese e mezzo un'altra polmonite, me l'aspettavo un po' più in là. Ho pensato: se le vengono polmoniti così spesso e io non me ne so accorgere, come facciamo? A casa non abbiamo infermieri, si poteva attivare l'assistenza infermieristica, ma c'è bisogno di costanza perché io purtroppo non sono un'infermiera e se lei ha dei bisogni urgenti devi sempre chiamare l'ospedale. Per prendere questa decisione ho consultato un mio amico, [...] lui per 20 anni si è preso cura della moglie, malata di SLA. Sono simili, queste due malattie, ma la differenza è che con la SLA rimani lucido mentalmente fino alla fine; la moglie del mio amico era in grado di intendere e di volere, quindi lui rispettava le sue decisioni; nella mia situazione, invece, sono io a dover decidere per mia madre. Sono andata completamente nel panico. Il mio amico mi ha detto che aveva sua figlia che lo aiutava e all'inizio anche sua madre; "mentre tu sei da sola". Una cosa che lui ha fatto, che è molto utile e io non ho pensato di fare il corso da infermiere. Comunque, non si è sentito assolutamente di dirmi che decisione prendere. Allora ho parlato con i medici, con il medico di famiglia, con l'assistente sociale e con tutta l'équipe della struttura, anche in

lacrime, per capire come vedevano la situazione. Mi hanno detto: “Guarda, Sandra, se decidi di tenerla qua, riserveremo un trattamento speciale per te e per tua mamma: puoi venire qua tutti i giorni, non hai limiti di orario, puoi salire in stanza, puoi stare con lei e fai quello che vuoi. Capiamo che la situazione non è facile e che tua mamma ha bisogno di te”. Mia mamma vive per me, a mia mamma senza di me gli occhi non le brillano. Io sono l’unica cosa che le è rimasta. Così, è in struttura da dicembre: mi sono resa conto che la decisione giusta era tenerla lì, accettare questa nuova realtà. (Sandra)

Allora fino a qualche anno fa era un tema tabù nel senso che non ne parlavo affatto con nessuno, prima di far entrare qualcuno in casa dovevo fidarmi ciecamente. Questo è un atteggiamento che hanno anche le mie sorelle e che loro hanno ancora adesso. Io nel tempo ho cercato un po’ di ammorbidire questa cosa, non mi censuro più. Qualche anno fa mi censuravo, ora non è più un tabù e fa parte della mia sfera privata quindi in quanto tale non è alla mercé di tutte le persone che incontro nel mio cammino. L’ambito in cui penso sempre bene se parlarne è quello lavorativo. È un’arma a doppio taglio. In generale, anche le mie sorelle hanno sempre evitato di dirlo perché in qualche modo volevamo metterci in società al pari degli altri; perciò non voglio essere guardata in quel modo, non voglio essere la poveretta. Se c’è da prendere una decisione voglio essere a livello zero, come tutti; non voglio partire con uno svantaggio relazionale che poi in realtà potrebbe essere positivo se vogliamo però questa sensazione non ci era mai piaciuta. Al lavoro ci sono, io sono lavoratrice autonoma quindi ho dei clienti. C’è stato un cliente a cui mi era capitato di dirlo ma non perché ci stavo bevendo un caffè e dovevo sfogarmi ma perché io non ho la 104 quindi ho cercato di spiegargli che se dico “io domani non posso esserci”, è per quel motivo. Però me ne sono pentita perché non è stato positivo. Dall’altra parte, invece, un cliente l’ha totalmente capito perché il padre aveva una malattia, quindi c’è stata una connessione di questo tipo. Diciamo che ho imparato che se devo dire una cosa in più la dico alla persona che vedo che è più sensibile, se no mi faccio i fatti miei. Se dico questa cosa a una persona che non è in grado di gestirla, ci sto più male io. Quindi anche un modo per preservarsi. (Manuela)

Come si comprende dall’*esergo*, dedicato a una canzone di Vinicio Caposela, questa malattia a livello popolare è accomunata alla possessione e si chiama Ballo di San Vito. Il Ballo di San Vito è responsabile di epidemie coreutiche collettive ed è presente nelle tipologie del tarantismo, la danza terapeutica studiata dall’antropologo Ernesto de Martino nel 1959 in Salento con la sua *équipe*.

Ma non viene dedicato molto spazio alla possessione. Piuttosto si adotta una prospettiva di cura globale della persona malata che viene definita *umanesimo della cura* che rende questo libro rilevante per l’antropologia medica.

È alla luce di un *umanesimo della cura*, di un richiamo a riappropriarci delle nostre competenze di cura, a sentirci partecipi e responsabili di destini comuni, che questa pubblicazione dedica attenzione ai mondi di significato e ai vissuti e valori di cui sono intrise le storie qui raccolte (ivi: 24).

La ricerca psicologica sull'Huntington ha fatto ricorso anche a dei laboratori narrativi-creativi che hanno prodotto artefatti tipo poesie o foto, elaborati di cui si dà conto nella parte II:

Si potrebbe dire che il denominatore comune delle attività condotte nell'ambito del laboratorio narrativo-creativo, rimanda all'arte di raccontare di sé in modo breve ed essenziale, a una pratica educativo-narrativa che è stata qualificata come Breve Essenziale Narrazione (BEN); un modo di operare che sollecita processi pensosi e riflessivi ed espressioni narrative "brevi" e dense di significato (ivi: 150).

Nel suo complesso è un libro bello e utile. Per quanti sono disposti a avere a che fare con le persone ammalate di Huntington, o comunque che abbiano per altri o per sé timore per un malessere incurabile. Un libro che si può leggere anche senza seguirne l'indice, piuttosto mettendo insieme interviste e laboratori in base alle storie personali.

Quello che non manca in questo libro è il richiamo al rispetto per la persona malata, richiamo che ci accomuna tutti. Alastra è uno psicoterapeuta che segue la metodologia della medicina narrativa e in ciò appare alleato dell'antropologia medica.

Bibliografia

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

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. (ed.) (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 L. EISENBERG, A. KLEINMAN (eds.), *The Relevance of Social Science for Medicine*, Reidel Publishing Company, Dordrecht.
4. *Opere collettive in periodici*
 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. *Contributi individuali entro opere collettive in periodici*
 PRINCE R. (1982), *Shamans and Endorphins: Hypotheses for a Synthesis*, in PRINCE R. (a cura di), *Shamans and Endorphins*, "Ethos. Journal of the Society for Psychological Anthropology", Vol. 10 (4): 409-423.
6. *Articoli in periodici*
 MENÉNDEZ E. L. (1985), *Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina*, "Nueva Antropología", Vol. 7(28): 11-27.
 N.B. *Le indicazioni dei luoghi di edizione, come peraltro quelle degli editori, vanno mantenute nella lingua originale.*
7. *Articoli online e siti web*
 FOOTMAN K., KNAI C., BAETEN R., GLONTI, K., MCKEE M. (2014), *Policy Summary 14: Crossborderhealthcare in Europe*, http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/263538/Crossborder-health-care-in-Europe-Eng.pdf?ua=1 (consultato il 10 ottobre 2018).
<http://www.medanthro.net/about/about-medical-anthropology/> (consultato il 10 ottobre 2018).
 N.B. *È necessario inserire la data di ultima consultazione della risorsa.*

Instructions for Authors

Communications

For every communication, please send an e mail to the following e mail address

redazioneam@antropologiamedica.it

Please Note. *The respect of the following Editorial Instructions is an indispensable condition for the acceptance of the manuscripts proposed.*

- *Articles*: manuscripts submitted by the Authors should be prepared in Microsoft Word and should be submitted by e mail at *redazioneam@antropologiamedica.it*. Every page of the article should correspond to 2000 characters, typeface Garamond 12 and the manuscripts must not exceed 12000 words (including abstracts, notes and references).
- *Reviews*: manuscripts submitted by the Authors as review of book, must be titled and not exceed 3000 words (including references and title).
- Manuscripts will be subjected to double-blind review process. In case of acceptance with modifications, the changes will be promptly communicated to the Author who will consider them for the final version of the manuscript. The final version must be edited following carefully the *Instructions for the Authors*.
- Final version of the manuscripts will be considered as complete in every part.
- Front matter: Title and under the title: Authors' Name and Surname, Affiliation, e mail address.
- Back matter: a *Bionote* of the Author, no more than 160 words, including place and date of birth of the author; *Abstract* of no more than 80 words with the title of the article and 5 *keywords* in the same language of the manuscript. Abstract, with title and keywords, should be submitted in 4 languages: English, French, Spanish and Italian.

Graphic conventions

- For cultural- ethnic, linguistic, religious and political and ideological groups use capital letter when used as noun or adjectives (e.g.: Bororo, Bororo community).
- For institutions, authorities, associations, scientific society and other collective structures: Initial letter in capital for the first word (e.g.: Italian society of medical anthropology). Acronyms in Small Caps (e.g.: SIAM).
- For naming historical- chronological periods: initial letter in capital (e.g.: Renaissance, Nineteenth century, Twentieth century).

- Words in dialects or foreign language (different from the language of the manuscript) should be written using *italics*.
- For words used with a particular meaning: use quotation marks in apex (“ ”).
- Brief quotations (no longer than 3 lines) should be placed in the text between guillemets (angle quotes: « »). Longer quotations should be separated from the text in smaller print (10), without quotation marks and with indentation. Quotations in foreign languages (different from the one of the manuscript) can be left in the original language giving the translation in note. Where quotation is in original language, its placement between guillemets relives from the italics.
- Use Endnotes, preceded by the indication Notes and numbered in progression, before Bibliography at the end of manuscript.

References in the text and in the notes

- References in the text should take the form: Surname of Author or of the Editor in Small Caps, year of publication between round brackets; in case of specific citations: number of page or pages preceded by colons and a space.
Examples: (SEPPILLI 1996) and (SEPPILLI 1996: 19).
- For references where more than one work by the same author is cited references should be in date order: (GOOD 2006, 2015). For works by the same author in the same year, use letter: (SEPPILLI 1955a, 1955b).
- For references where a work of more than one author is cited: (GOOD, DEL VECCHIO GOOD 1993). For more than 3 authors in the references, please indicate the first author followed by *et al.* in italics (CORIN *et al.* 2004).
- For references where different works of different authors are cited: (PITRÈ 1896, ZANETTI 1892).
- For references where the work has an Editor: (SEPPILLI 1989). For more than one editor: (LANTERNARI, CIMINELLI 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.

