

AM



60 / dicembre 2025

RIVISTA DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI ANTROPOLOGIA MEDICA
FONDATA DA TULLIO SEPPILLI

癩

In copertina: ideogramma cinese che designa la malattia (bìng).



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



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

Fondata da / Founded by
Tullio Seppilli

Biannual open access peer-reviewed online Journal

60

dicembre 2025
December 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, Aguplano Libri, Perugia / Attilio Scullari, Digital manager, Perugia

AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica fondata da Tullio Seppilli è una testata semestrale della Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute), 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. 60, dicembre 2025
n. 60, December 2025

Editoriale

- 9 Giovanni Pizza
Editoriale di AM 60
AM 60 Editorial

Saggi

- 11 Elisa Pasquarelli
Tra normalità e pre-demenza. Il Subjective Cognitive Decline (SCD) nel discorso biomedico sulla malattia di Alzheimer
Between Normality and Pre-Dementia. The Subjective Cognitive Decline (SCD) in the Biomedical Discourse on Alzheimer's Disease
- 43 Andrea Di Lenardo, Federico Divino
Terapeuti e Theravāda. Sull'attitudine alla "cura" di una comunità giudaica egizia e le sue similitudini con lo spirito medico degli antichi Buddhisti
Therapeutae and Theravāda: On the Attitude to "Care" of an Egyptian Jewish Community and Its Similarities with the Medical Spirit of the Early Buddhists

Ricerche

- 73 Maria Dorillo
Sistemi medici in dialogo. Pratiche del respiro nella meditazione buddhista cinese
Medical Systems in Dialogue: Breath Practices in Chinese Buddhist Meditation
- 99 Lorena La Fortezza
Navigare tra le contraddizioni. La presa in carico del minore autore di reato, tra cura, sostegno e controllo
Navigating Contradictions. The Care of Juvenile Offenders between Support, Control, and Care
- 137 Giacomo Pezzanera, Jean-Louis Aillon, Daniela Giudici
"Non affittiamo a neri": diritto alla casa, razzializzazione e salute mentale a Torino
"We Do Not Rent to Black People": Housing Rights, Racialization, and Mental Health in Turin

- 167 Matteo Valoncini
*Corpi, digitalizzazione e datificazione:
 la generazione sociotecnica delle ontologie variabili*
*Bodies, Digitization, and Datafication:
 The Socio-Technical Generation of Variable Ontologies*

Riflessioni e racconti

- 199 Sara Cassandra
*Pensiero logico, pensiero illogico e pensiero analogico:
 medicina di confine tra pregiudizio e fraintendimento*
*Logical Thinking, Illogical Thinking, and Analogical
 Thinking: Medicine at the Intersection of Prejudice
 and Misunderstanding*

Recensioni

Tommaso Sbriccoli, *Rifare o trasformare il mondo.
 Politiche della memoria, economie della giustizia
 e forme della lotta nelle terapie rituali (e non
 solo...) / Remaking or Transforming the World:
 Politics of Memory, Economies of Justice, and Forms of
 Struggle in Ritual Therapies (and Beyond)* [Roberto
 Beneduce, *Il rancore del tempo. Follia, cura e violenza
 sull'altopiano dogon*], p. 205 • Francesco Scotti,
*Una ricerca sui punti cardinali di una psichiatria
 di comunità in Italia / A Study on the Cardinal Points
 of Community Psychiatry in Italy*
 [Giuseppe A. Micheli, *In terra incognita: disegnare una
 società che cura dopo Basaglia*], p. 213

Editoriale di AM 60

Giovanni Pizza

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

Questo numero raccoglie testi di diverso argomento: due saggi e quattro ricerche.

I due saggi sono quello di Elisa Pasquarelli, con il quale aggiorna il suo percorso antropologico sull'Alzheimer e le demenze, e lo scritto a quattro mani di Di Lenardo e Divino, in cui i due autori mettono insieme gli sforzi per comparare i Terapeuti giudaici e i buddisti. Seguono 4 ricerche: Maria Dorillo. Lorena La Fortezza, Giacomo Pezzanera con Jean-Louis Aillon e Daniela Giudice, e infine Matteo Valoncini.

Dorillo dedica la sua ricerca alla Cina storica. La Fortezza alle contraddizioni presenti nell'ordinamento giuridico italiano relativo ai giovani. Pezzanera *et al.* è dedicato alla razzializzazione e al razzismo che impediscono agli stranieri che affluiscono al Centro Frantz Fanon per problemi connessi alla salute mentale di trovare casa a Torino. Valoncini riflette, sulla base di un'etnografia della digitalizzazione, sulla variabilità ontologica, concetto elaborato da Annemarie Mol.

È poi la volta di Sara Cassandra che tratta a modo suo, nella rubrica *Riflessioni e Racconti*, di "medicina di confine" e di "logicità e illogicità" del pensiero.

Infine ci sono le recensioni. Una di Sbriccoli e una di Scotti.

Questo è quanto siamo riusciti a fare con il n. 60.

Buona lettura!

Tra normalità e pre-demenza

Il Subjective Cognitive Decline (SCD) nel discorso biomedico sulla malattia di Alzheimer

Elisa Pasquarelli

Università degli Studi di Torino
[elisa.pasquarelli@unito.it]

Abstract

Between Normality and Pre-Dementia. The Subjective Cognitive Decline (SCD) in the Biomedical Discourse on Alzheimer's Disease

The Subjective Cognitive Decline identifies a self-experienced decline in cognition that is not detected by standardized neuropsychological tests. In contemporary biomedical discourse on Alzheimer's disease, the SCD represents a stage on the continuum from normality to dementia and precedes the preclinical state known as Mild Cognitive Impairment. Thus, the Subjective Cognitive Decline represents a potential preclinical state of the preclinical state. In this article I describe its scientific and conceptual history.

Keywords: subjective cognitive decline, mild cognitive impairment, Alzheimer's disease, biomedical discourse, dementia

«L'anticamera, dell'anticamera, dell'anticamera dell'Alzheimer». Un'introduzione

NEUROLOGO: Ancor prima dell'MCI adesso sta venendo fuori anche il “disturbo soggettivo di memoria”, quindi un disturbo che ha ancora meno impatto sulla vita quotidiana, percepito semplicemente dal paziente stesso. Quindi, capire quanto questo può essere l'anticamera, dell'anticamera, dell'anticamera dell'Alzheimer (PASQUARELLI 2018: 95).

Queste sono le parole di un neurologo con cui tenni un colloquio etnografico nel lontano 2010 durante lo svolgimento di una ricerca antropologica sulla diagnosi precoce del deterioramento cognitivo e il Mild Cognitive Impairment (MCI), oggi come allora considerato uno stadio preclinico della malattia di Alzheimer. In questo passaggio il medico fa un fugace accenno all'oggetto di questo articolo, cioè il Subjective Cognitive Decline (SCD).

Infatti, l'espressione "disturbo soggettivo di memoria", in inglese *subjective memory complaints*, è solo una delle tante che nel corso degli anni sono state utilizzate, in una confusiva interscambiabilità terminologica, per indicare la medesima condizione cioè, in sostanza, un calo nella cognizione avvertito dal soggetto ma non rilevato dai test neuropsicologici standardizzati (e, dunque, non oggettivo) fra cui *subjective memory decline*, *subjective cognitive concerns*, *subjective memory impairment*. Un tentativo di uniformazione della nomenclatura è stato fatto nel 2014 con Subjective Cognitive Decline, ma non si può dire che abbia accolto l'univoco plauso della comunità scientifica se contributi della letteratura medica anche recentissimi, pur facendo chiaramente riferimento a esso, usano uno degli altri costrutti che avrebbe dovuto soppiantare. Comunque, è questo il concetto ufficiale vigente. E, anche se ancora non si chiamava così, aleggia in biomedicina da più di quarant'anni. Nel 1982, è stata proposta una stadiazione del processo di deterioramento cognitivo culminante con la malattia di Alzheimer, riaggiustata nel tempo e ancora valida, divisa in sette fasi: l'odierno Subjective Cognitive Decline era (ed è) la seconda tappa, ubicata tra la normalità e il Mild Cognitive Impairment.

In questo articolo ripercorro la storia scientifica e concettuale del Subjective Cognitive Decline all'interno del più ampio discorso biomedico sulla malattia di Alzheimer che lo concepisce come un potenziale stadio preclinico dello stadio preclinico Mild Cognitive Impairment. L'anticamera dell'anticamera dell'Alzheimer, appunto.

Nascita della malattia di Alzheimer

La malattia di Alzheimer è un disturbo neurodegenerativo caratterizzato dall'accumulo di proteina beta-amiloide e proteina tau nel cervello con la conseguente formazione di lesioni note, rispettivamente, come placche amiloidi e grovigli neurofibrillari. Alla loro insorgenza scatta un danno neuronale che porta all'atrofia e al deterioramento di domini cognitivi multipli (OLIVER *et al.* 2022: 1-2) quali la memoria, l'apprendimento, l'attenzione, la concentrazione, il linguaggio, l'orientamento spazio-temporale, le abilità visuo-spaziali e quelle percettive.

Psichiatria e biomedicina individuano e cominciano a studiare placche e grovigli a cavallo tra la fine dell'Ottocento e l'inizio del Novecento. Le placche amiloidi – all'epoca dette "senili" – sono state descritte per la prima volta nel 1892 da Paul Blocq e Georges Marinesco che le avevano rinvenute in

tre pazienti con epilessia presso l'Ospedale Salpêtrière di Parigi diretto da Jean-Martin Charcot. Nel 1898, Emil Redlich, dell'Ospedale Neuropsichiatrico dell'Università di Vienna, le rilevò in due pazienti con demenza senile (PASQUARELLI 2018). I grovigli neurofibrillari furono osservati nel 1907 dallo psichiatra americano Solomon Carter Fuller in diversi pazienti, tre dei quali con demenza senile, ma, come egli riconobbe in seguito, fu Alois Alzheimer il primo a descriverli (GOEDERT, GHETTI 2007). Quest'ultimo, in sede autoptica, rintracciò entrambi i reperti nel cervello di Auguste D., passata alla storia come la sua prima paziente.

Alzheimer la incontrò il 26 novembre 1901 presso la Clinica per dementi ed epilettici di Francoforte sul Meno diretta da Emil Sioli. Auguste Deter era una signora di cinquantuno anni con gravi disturbi mnesici, cognitivi, comportamentali e dell'umore. I primi segnali di confusione erano apparsi in marzo e nel giro degli otto mesi successivi il quadro complessivo era drasticamente peggiorato spingendo il marito a optare per il ricovero. Morì l'8 aprile 1906. L'autopsia rivelò, oltre a placche e grovigli, anche atrofia cerebrale e alterazioni arteriosclerotiche (MAURER, VOLK, GERBALDO 2000).

Alzheimer incaricò Gaetano Perusini di intercettare altri pazienti con caratteristiche analoghe a quelle di Auguste stuzzicato, da indefesso clinico e fine scienziato qual era, dal fatto che i suoi sintomi coincidessero con quelli della demenza senile, etichetta che però si applicava solo a persone oltre i sessantacinque anni. Nel corso del 1907 Perusini ebbe modo di esaminarne tre. La signora B.A., sessantacinquenne al momento del ricovero, aveva perso la memoria a sessant'anni; in clinica mostrava euforia, istupidimento e parafasia. Morì dopo due settimane. Il segretario di tribunale Leonhard Sch., sessant'anni, presentava segni precoci di demenza e disturbi comportamentali. La morte lo colse quello stesso anno. Infine, il 21 settembre entrò in clinica il cestaio R.M., un uomo di quarantacinque anni che a quaranta aveva sviluppato un disturbo psichico connotato da una smemoratezza progressivamente ingravescente che sfociò in un serio disturbo della memoria accompagnato da disorientamento spazio-temporale e problemi di percezione. Morì il 3 aprile 1908 (MAURER, MAURER 1999: 213-215). In un articolo del 1909 Perusini illustrò questi casi e quello di Auguste riepilogando gli esiti delle autopsie cerebrali in questi termini:

si può osservare un comune reperto principale, cioè una strana alterazione delle fibrille delle cellule gangliari e la formazione di strane placche, che compaiono entrambe più o meno nella stessa misura e in modo conforme in tutti e quattro i casi (ivi: 215).

Nel frattempo, il 12 settembre 1907, Alois Alzheimer aveva incontrato il suo storico secondo paziente, Johann F., alla Reale Clinica Psichiatrica di Monaco dove guidò il Laboratorio Anatomico dal 1904 al 1912. Johann Feigl era un uomo di cinquantasei anni con disturbi della memoria, dell'orientamento, lentezza nella comprensione e nell'eloquio, aprassia, parafasia, paragrafia. Morì di polmonite dopo tre anni di ospedalizzazione il 3 ottobre 1910 (MÖLLER, GRAEBNER 2000). Nel suo cervello, spiega Alzheimer in un articolo del 1911, «la degenerazione fibrillare che ho descritto in precedenza [...] mancava, sebbene le placche fossero di una dimensione e di una frequenza mai viste prima negli altri casi» (ivi: 39).

Prima del decesso di Johann era frattanto nata la categoria “malattia di Alzheimer”. Nel 1910, Emil Kraepelin la inserì nell’ottava edizione del suo influente manuale *Psychiatric: Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte* conferendole ufficialmente dignità nosografica pur riconoscendo che aveva i suoi punti oscuri.

L’interpretazione clinica della malattia di Alzheimer è ancora confusa. Mentre i reperti anatomici suggeriscono che abbiamo a che fare con una forma particolarmente grave di demenza senile, il fatto è che questa malattia a volte insorge già alla fine dei quarant’anni. In tali casi dovremmo presumere un “senium praecox”, se non piuttosto un peculiare processo patologico più o meno indipendente dall’età (cit. in MAURER, VOLK, GERBALDO 2000: 24).

La creazione nosologica di Kraepelin si basava su quattro casi – Auguste D., B.A., Leonhard Sch., R.M. – che erano stati discussi da Perusini nell’articolo del 1909, da Alzheimer nel 1907 (Auguste D.) e da Francesco Bonfiglio nel 1908 (Leonhard Sch.). Benché sia certo che Kraepelin abbia conosciuto Johann durante i giri di visita medica e fosse perciò al corrente della sua storia clinica, è improbabile che durante la stesura del suo trattato fosse al corrente delle risultanze istopatologiche (ivi: 24-25).

Kraepelin operò una scelta nosografica che suscitò qualche perplessità nello stesso eponimo. Insieme ai colleghi summenzionati Alzheimer era giunto alla conclusione che la condizione di quei pazienti fosse una forma di demenza presenile – ed è così che è concettualizzata in questa fase la malattia di Alzheimer – ma non era convinto che si trattasse di un “nuova” patologia da battezzare e autonomizzare sul piano nosologico, clinico, diagnostico, quanto piuttosto della comparsa anticipata dei sintomi della già nota demenza senile. Per giunta i rapporti fra le due demenze rimanevano un enigma. Lo stesso Kraepelin rifletté sulle difficoltà di distinguere dal punto di vista clinico e neuropatologico la demenza senile dal normale invecchiamento e la demenza senile dalla presenile malattia di Alzheimer

(FÖRSTL H. 2000). Perché, allora, consacrò quest'entità nosografica dai contorni teoricamente e concettualmente fumosi rispetto all'esistente demenza senile? A parte le ipotesi storiche sulla competizione scientifica con il laboratorio di Arnold Pick a Praga e l'opposizione all'approccio psicoanalitico di Sigmund Freud (cfr. PASQUARELLI 2018: 33-35), Kraepelin aveva dalla sua parte l'età dei pazienti analizzati. Siccome tra XIX e XX secolo l'età era un parametro d'orientamento nell'ordinamento tassonomico delle malattie sembrava illogico attribuire la demenza di una persona di meno di sessant'anni ai normali processi di invecchiamento ossia, nel lessico del tempo, alla demenza senile. Nell'articolo del 1911 – lo cito dalla traduzione inglese (FÖRSTL, LEVY 1991) – Alzheimer, in riferimento a Johann, con fermezza afferma: «La demenza senile era fuori questione dal momento che il paziente aveva solo 56 anni» (ALZHEIMER 1991: 74). Il criterio classificatorio dell'età presupponeva che ogni periodo della vita avesse le sue proprie patologie. Attenendosi a questo principio, Kraepelin individuò nell'età d'insorgenza l'elemento differenziante tra malattia di Alzheimer e demenza senile e qualificò la prima come *demenza presenile*, ossia un'entità distinta, legittimando la corrispondente categoria nosologica separata senza affrontare il problema teorico-scientifico di stabilire se la demenza senile fosse diversa dal processo di invecchiamento.

L'Alzheimer dopo Alzheimer

Fin dai suoi albori, la storia della malattia di Alzheimer è stata circonfusa da dibattiti su due spinose questioni che si sono trascinate nei decenni arrivando, con qualche variazione, fino ai nostri giorni: da un lato, la differenza tra invecchiamento e demenza senile e, dall'altro, la differenza tra demenza senile e malattia di Alzheimer. Questi interrogativi teorici e scientifici hanno segnato la modellazione aurorale del discorso biomedico sulla malattia di Alzheimer. Nello scritto del 1911 Alzheimer (1991) disquisisce delle placche cerebrali dei cinque storici primi pazienti e osserva: «non può essere messo in dubbio che le placche [...] corrispondono in tutti gli aspetti rilevati a quelle che troviamo nella demenza senile» (ivi: 87) ma «ci sono casi di indubitabile demenza senile in cui le placche non sono molto numerose» (ivi: 91). Aggiunge inoltre che «le placche non sono la causa della demenza senile ma solo una caratteristica che accompagna l'involutione senile del sistema nervoso centrale» (*ibidem*). Sono considerazioni importanti, confortate da acquisizioni scientifiche posteriori, che eviden-

ziano quale sfida intellettuale rappresentasse all'epoca l'apparente sovrapposibilità istopatologica di quadri concettualmente differenziati.

Nel 1925, dieci anni dopo la prematura morte di Alois (19 dicembre 1915), Ernst Grünthal, che lavorava presso le cliniche psichiatrica e neurologica di Würzburg, analizzò quattordici cervelli che aveva portato con sé da Monaco dove i pazienti erano stati osservati clinicamente e diagnosticati da Kraepelin. Nella pubblicazione derivatane constatò che «attualmente, perlomeno con i nostri metodi, dal solo quadro istopatologico non si può stabilire la diagnosi differenziale tra la demenza senile e la malattia di Alzheimer» (cit. in MAURER, MAURER 1999: 275).

Di fatto, questa condizione presenile mostrava perturbanti analogie con la demenza senile, il cui rapporto con l'invecchiamento normale era a sua volta oggetto di discussione. Ma il discorso biomedico si stava avviando verso un sostanziale stravolgimento concettuale della malattia di Alzheimer.

Nel 1936, alla seconda assemblea annuale della Società dei neurologi e degli psichiatri tedeschi, Hans Pittrich, assistente di Karl Kleist, presentò, col supporto di diapositive e di un film di sette minuti e mezzo, il caso di un signore di settant'anni «regredito mentalmente» (ivi: 277) da qualche anno e aggravatosi nei nove mesi precedenti al quale assegnò la diagnosi di malattia di Alzheimer. Data l'età dell'uomo, questo è il primo passo verso la fusione di demenza senile e malattia di Alzheimer che si realizzerà compiutamente alla fine degli anni Sessanta.

Che demenza senile e malattia di Alzheimer fossero la stessa cosa è stato sostenuto per la prima volta nel 1948 da R.D. Newton. Sulla base di centocinquanta autopsie svolte in un ospedale psichiatrico del Regno Unito, determinò che, sebbene i sintomi clinici manifestati dalle persone fossero eterogenei e il numero di placche e grovigli fosse differente, le caratteristiche cliniche e patologiche erano simili in tutti i soggetti indipendentemente dal fatto che avessero più o meno di sessantacinque anni (KATZMAN, BICK 2000).

Nel 1962 la domanda che aveva assillato i ricercatori della generazione di Alzheimer e Kraepelin diede titolo a una conferenza: *Demenza senile e Alzheimer – la stessa malattia?* L'organizzatrice, Elfriede Albert, introdusse il termine "alzheimerizzazione" per designare lo sviluppo, su un soggetto con demenza senile, della malattia di Alzheimer. Era accaduto a una sua paziente. Asserì che fosse il medesimo processo che subisce un'accelerazione, con più rapidi e gravi danni cerebrali, e che non sussistesse alcuna differenza tra i due stati né a livello clinico né anatomico. Qualche anno

dopo, tornando sul concetto da lei coniato, accorpò definitivamente demenza presenile e demenza senile (MAURER, MAURER 1999: 279-281).

La maggior parte dei medici riteneva la malattia di Alzheimer un disturbo piuttosto raro che affliggeva soggetti tra i quaranta e i cinquant'anni e per individui di età più avanzata emetteva diagnosi come senilità e demenza senile, da molti ritenuta un'entità autonoma. Nel 1968 e nel 1970 apparvero due articoli a firma di Gary Blessed, Bernard Tomlinson e Martin Roth (citt. in KATZMAN, BICK 2000: 109-110) che innescarono un profondo cambiamento nella concettualizzazione della malattia di Alzheimer. Nel primo, confermata la correlazione tra demenza e numero di placche e grovigli, supportarono l'idea che le persone anziane potessero sviluppare la malattia di Alzheimer. Nel secondo affermarono che fra le varie cause di demenza nella popolazione anziana la malattia di Alzheimer era la più frequente e questo la trasformò da disordine "raro" a disordine "comune" incoraggiandone il rilevamento via via che aumentava la speranza di vita.

È stata istituita così la corrispondenza tra demenza senile e malattia di Alzheimer. Attraverso quest'operazione teorico-filosofica, il decadimento cognitivo in anzianità, sottratto al reame della normalità e incastonato in una casella nosologica, «è stato consegnato a un orizzonte di significato medicalizzato, trasmutato nel sintomo di una patologia terrorizzante» (PASQUARELLI 2019: 45), con ripercussioni sulla percezione dell'invecchiamento. È stata anche, al contempo, un'operazione politico-scientifica che ha espanso enormemente la platea dei "malati" e attivato un campo d'azione biomedica sferzato da interessi accademici, scientifici, farmaceutici che smuove ingenti capitali finanziari e intellettuali parallelamente alimentando l'articolazione di discorsi politico-sanitari, mediatici, socioculturali che hanno prodotto (e producono) rappresentazioni stigmatizzanti della malattia di Alzheimer, di chi ne soffre, dell'invecchiamento e della persona anziana (PASQUARELLI 2019).

La visione biomedica contemporanea della malattia di Alzheimer, di cui sopra ho riportato la descrizione tecnica, discende da quel passaggio storico che l'ha portata ad assorbire la demenza senile nel suo perimetro concettuale. Ma senza sciogliere i dubbi d'inizio Novecento e consolidando un affine dilemma: dove si situi la discreta discriminante tra invecchiamento normale e malattia di Alzheimer è faccenda aperta e controversa. È da tempo assodato in biomedicina che i depositi amiloidi e la costituzione di grovigli neurofibrillari avvengono in ogni cervello durante l'invecchiamento. E diversi studi, tramite autopsia, hanno dimostrato che così come possono

apparire nei cervelli di persone che in vita non hanno dato segni di deterioramento cognitivo, pure a livelli tali da risultare compatibili con una diagnosi di malattia di Alzheimer, possono mancare in quelli di individui cui era stata diagnosticata (KAUFMAN 2006; WHITEHOUSE, GEORGE 2008).

Nonostante il successo dell'assimilazione di demenza senile e Alzheimer, i rapporti tra questa malattia e l'invecchiamento normale non sono chiariti. Ciò influenza l'interpretazione del declino cognitivo, i vissuti personali, le pratiche clinico-diagnostiche (PASQUARELLI 2016, 2018) e ombreggia sia la ricerca scientifica sia quella farmaceutica, che nonostante sforzi pluridecennali non è approdata a nulla.

Se la malattia di Alzheimer non può essere differenziata dall'invecchiamento cerebrale normale, per curare la malattia di Alzheimer dovremmo letteralmente arrestare il processo naturale di invecchiamento del cervello (WHITEHOUSE, GEORGE 2008: 5).

Per il momento, non vi sono risorse farmacologiche in grado di bloccare o rallentare il decorso progressivo della malattia di Alzheimer, principali obiettivi futuribili della ricerca. Inoltre, prove provenienti da studi biochimici, neuropatologici e di neuroimaging hanno permesso di stabilire che il processo fisiopatologico dell'Alzheimer comincia anni o addirittura decenni prima del declino cognitivo (CHENG, CHEN, CHIU 2017) e siccome, «generalmente, al momento della diagnosi di AD, il danno neurologico causato dalle placche amiloidi e dai grovigli neurofibrillari è ritenuto irreversibile» (WARREN *et al.* 2022: 1), la ricerca si è orientata verso l'individuazione di stati prodromici dell'Alzheimer nell'auspicio di intervenire con largo anticipo sulla manifestazione dei sintomi clinici.

Il continuum normalità-demenza

Ideata nel 1982 da Barry Reisberg, la Global Deterioration Scale (GDS) prevede sette stadi del deterioramento cognitivo compresi tra normalità e demenza che nella versione originaria erano così nominati:

1. No Cognitive Decline
2. Very Mild Cognitive Decline
3. Mild Cognitive Decline
4. Moderate Cognitive Decline
5. Moderately Severe Cognitive Decline
6. Severe Cognitive Decline
7. Very Severe Cognitive Decline (REISBERG *et al.* 1982).

A oggi, nella variante in vigore, tutte le denominazioni eccetto la prima sono state modificate.

1. No Cognitive Decline
2. Subjective Cognitive Impairment
3. Mild Cognitive Impairment
4. Moderate Cognitive Decline (Mild Dementia)
5. Moderately Severe Cognitive Decline (Moderate Dementia)
6. Severe Cognitive Decline (Severe Dementia)
7. The Final Stage (REISBERG *et al.* 2022).

Il terzo stadio è stato rinominato Mild Cognitive Impairment nel 1988 (REISBERG *et al.* 1988). Alla fine degli anni Novanta, Ronald Petersen (PETERSEN *et al.* 1999) lo ha usato per la prima volta come categoria diagnostica definendolo uno «stato di transizione tra i cambiamenti cognitivi del normale invecchiamento e la malattia di Alzheimer» (PETERSEN *et al.* 2001: 1985). Era il coronamento di decenni di tentativi, risalenti agli anni Sessanta, di identificare una specifica categoria nosologica per un deficit cognitivo isolato in soggetti anziani non affetti da demenza, proprio allo scopo di individuare uno stato transitorio tra invecchiamento cognitivo fisiologico e patologico (VANACORE *et al.* 2017). Fra le etichette proposte nel tempo a tal fine figurano: *benign senescent forgetfulness*, *ageing associated memory impairment*, *age-associated cognitive decline*, *cognitive impairment no dementia* (PETERSEN 2004: 183-184).

Il Mild Cognitive Impairment si caratterizza per un soggettivo disturbo di memoria che non interferisce in maniera apprezzabile con le attività della vita quotidiana obiettivamente secondo criteri diagnostici che, fra l'altro (cfr. PETERSEN *et al.* 1999; PETERSEN 2004; ARTERO *et al.* 2006; PETERSEN 2011; LOPEZ 2013), prevedono la conferma del problema riferito dal soggetto da parte di un informatore e l'emersione di deficit cognitivi oggettivi ai test neuropsicologici.

Il Mild Cognitive Impairment è stadio preclinico della malattia di Alzheimer anche se, va detto, i tassi di conversione sono oscillanti. Una percentuale di soggetti evolve a demenza, sì, ma ci sono anche persone che rimangono stabili e altre in cui i sintomi che hanno motivato la diagnosi scompaiono.

Comunque, con l'istituzione di quest'entità nosologica si è delineato un continuum tra normalità e demenza mediato dal Mild Cognitive Impairment che possiamo così schematizzare: "normalità-MCI-Ad". Il nuovo pa-

radigma di malattia di Alzheimer implica una fase preclinica che si sviluppa in una prodromica (specificatamente “*MCI due to AD*”) fino alla demenza conclamata (VANACORE 2017: 213). Come abbiamo visto, una quota di persone “torna” alla normalità da uno stato di Mild Cognitive Impairment, documentando limpidamente quanto esso sia a sua volta avvolto dalle storiche incertezze relative alla distinzione tra normale e patologico e all’identificazione di una soglia tra i due poli. A rendere, se possibile, più complicato il quadro è stato l’inserimento di una altrettanto «ambigua condizione» (*ibidem*) fra la fase preclinica e quella prodromica: il Subjective Cognitive Decline, un disturbo riferito dal soggetto che, però, ai test neuropsicologici ottiene risultati *nella norma*.

Lo spartiacque tra normale e patologico non è stato fissato e, anzi, rappresenta un cruccio onnipresente della ricerca sulla malattia di Alzheimer. La Global Deterioration Scale, il Mild Cognitive Impairment, il Subjective Cognitive Decline tradiscono l’intento di suddividere in sezioni parcellizzanti il processo di deterioramento cognitivo che si snoda tra normalità e demenza reagendo alla difficoltà (impossibilità?) di puntellare il recinto divisorio tra queste due dimensioni sotto ogni punto di vista: concettuale, teoretico, clinico, neuropatologico. Questo è stato il grande tema delle riflessioni storiche sull’Alzheimer. Poi il focus si è ristretto al rapporto tra normalità e MCI e tra MCI e Alzheimer. Oggi le cose sono cambiate. Il Mild Cognitive Impairment non “sfiora” più la normalità, ma confina col Subjective Cognitive Decline in una nuova configurazione del continuum del deterioramento cognitivo: “normalità-SCD-MCI-AD”.

Un disturbo cognitivo con troppi nomi

Il secondo stadio della Global Deterioration Scale, al di là delle denominazioni, è il Subjective Cognitive Decline. Seguendo la descrizione del 2022, che riprende sostanzialmente quella del 1982, in questa fase le persone cominciano a lamentare dei disturbi di memoria, in particolare di dimenticare nomi conosciuti e dove hanno riposto oggetti famigliari, senza che vi siano deficit oggettivi sul lavoro o nelle situazioni sociali né evidenze oggettive dei deficit al colloquio clinico. Secondo stime calcolate nel 1986, suffragate da studi successivi, la durata di questo stadio in persone altrimenti sane è approssimativamente di quindici anni prima dell’avvento dello step seguente (REISBERG *et al.* 2022: 44; cfr. REISBERG 1986; REISBERG *et al.* 1982, 2020), cioè il Mild Cognitive Impairment. Inoltre, le persone allo

stadio 2 non hanno performance più basse ai test psicometrici di chi non avverte disturbi di memoria (REISBERG *et al.* 1988).

Nella letteratura biomedica vi è una caleidoscopica eterogeneità terminologica per riferirsi a questo stato: *subjective memory complaints*, *subjective memory decline*, *subjective memory impairment*, *subjective cognitive concerns*, *subjective cognitive impairment*. L'indefinitezza terminologica e la corrispondente indefinitezza metodologica, cioè l'assenza di criteri di valutazione e diagnostici concordi, sono state denunciate come un serio limite per la ricerca cui porre rimedio (ABDULRAB, HEUN 2008). Un gruppo di lavoro, di cui dirò, ha tentato un'armonizzazione nel 2014 promuovendo la categoria Subjective Cognitive Decline, l'adesione alla quale è alquanto claudicante. Per dire, lo stesso creatore della Global Deterioration Scale nel 2020 usa Subjective Cognitive Decline e nel 2022 di nuovo Subjective Cognitive Impairment (REISBERG *et al.* 2020, 2022), che fra le varie espressioni in circolazione è la più inflazionata. Non solo. Nell'articolo del 2020, citando una meta-analisi (MITCHELL *et al.* 2014) sugli esiti di «quello che loro chiamano “subjective memory complaints”», è indicato tra parentesi «sinonimo di SCD» (REISBERG *et al.* 2020: 17) il che, a ben guardare, non è propriamente corretto. La coesistenza di una pluralità di etichette pretese come sinonimi è assai problematica per la ricerca perché impedisce la comparabilità degli studi (STUDART NETO, NITRINI 2016; ÁVILA-VILLANUEVA, FERNÁNDEZ-BLÁZQUEZ 2017; CHENG, CHEN, CHIU 2017), tanto più che ciascuna espressione è invece utilizzata in modo discordante per designare certi aspetti del Subjective Cognitive Decline o il costrutto Subjective Cognitive Decline, e che anche questo costrutto è variamente declinato essendoci gruppi di ricerca che lo intendono una fase preclinica nel continuum dell'Alzheimer e altri che lo considerano rappresentazione diagnostica di qualunque declino cognitivo riferito dal soggetto anche laddove quel declino non sia correlato a un soggiacente processo neurodegenerativo (MUNRO *et al.* 2023: 1-2). Ci sono molti contributi scientifici che dopo l'iniziativa del 2014, pur adottandone definizione e criteri, continuano a usare sinonimicamente un termine diverso da Subjective Cognitive Decline. Si prenda per esempio questa frase: «subjective cognitive decline (SCD), subjective memory impairment (SMI) e subjective cognitive complaint (SCC) [...] sono definizioni differenti dello stesso concetto» (WARREN *et al.* 2022: 2). Curiosamente, appare in un articolo incentrato su un ulteriore costrutto: Subjective Memory Complaints (SMC). Gli Autori sostengono che «possono rappresentare la prima manifestazione preclinica dell'AD o catturare uno stadio “pre-MCI”» (*ibidem*) rimandando anche alla pubblicazione del gruppo promotore dell'unifica-

zione terminologica del 2014 (cfr. *infra*) e ne danno una definizione coincidente con quella di Subjective Cognitive Decline (*ibidem*). Qualcosa di simile accade in un altro lavoro con Subjective Cognitive Impairment la cui descrizione tecnica, uguale a quella di Subjective Cognitive Decline, è ripresa dalla stessa fonte del 2014 (HILL *et al.* 2016: e109).

Questa farragine terminologica esalta il carattere puramente teorico-concettuale del costrutto Subjective Cognitive Decline. La «distinzione tra la malattia come concetto, congettura teoretica e oggetto o entità naturale è essenziale» (DILLMAN 2000: 131) per comprendere le implicazioni etiche, politiche e psicosociali dell'applicazione di un'etichetta di ambigua valenza clinica su persone in carne e ossa. Diagnosi aleatorie come Mild Cognitive Impairment o Subjective Cognitive Decline, che possono approdare a un pieno ristabilimento della normalità cognitiva, possono avere effetti destabilizzanti sull'equilibrio esistenziale dell'individuo perché, al di là della variabilità degli esiti futuri, sono di fatto concettualmente poste in relazione con l'emersione dell'Alzheimer. Il monitoraggio clinico della situazione, finalizzato a valutare l'andamento dei problemi cognitivi nel tempo per saggiarne l'eventuale evolutività, implica di sottoporsi periodicamente a visite ed esami, spesso non necessari, impiantando una routine virtualmente ansiogena e stressogena. Inoltre, sono etichette che si portano appresso un forte stigma che può condurre a forme di discriminazione del soggetto, a isolamento sociale, a un aumento della disabilità e a un generale abbassamento della qualità della vita.

Il *concetto* Subjective Cognitive Decline è una congettura teoretica fondata sulla strutturazione arbitraria del continuum normalità-demenza in particelle categoriali contigue che può avere una sua praticità clinica e scientifica ma che non rispecchia una realtà naturale scovata dalla biomedicina *poi* tassonomicamente sistematizzata nella nosografia. Al contrario, la ricerca scientifica è alle prese con la caratterizzazione di uno stato che ha costruito astrattamente e che sta ontologizzando all'interno di un discorso che ha il potere non solo di creare ma anche di naturalizzare i propri oggetti.

Il Subjective Cognitive Decline Initiative (SCD-I) Working Group

Nel campo del Subjective Cognitive Decline, oltre a quella terminologica regna(va) anche una considerevole eterogeneità metodologica poco giovevole alla comparazione degli studi e alla comprensione scientifica di questo stato. Vi sono scelte di metodo che condizionano la prevalenza del

Subjective Cognitive Decline: il contesto di reclutamento dei partecipanti agli studi (se l'ambiente clinico o la comunità) e le modalità di valutazione. A tal proposito incidono gli strumenti di indagine (interviste strutturate condotte da un esaminatore o questionari autocompilati), il numero degli item considerati (una domanda, scale con molti item), tipologia delle domande (aperte o a scelta multipla), i domini cognitivi esaminati (la memoria e/o domini non mnesici), la durata della raccolta dei dati (periodo più breve o più lungo). Sono tutti fattori che possono portare a risultati contraddittori (ÁVILA-VILLANUEVA, FERNÁNDEZ-BLÁZQUEZ 2017: 1-2). Per esempio, per verificare il SCD la maggioranza degli studi basati sulla popolazione ha utilizzato solo una domanda solitamente limitata ai problemi di memoria con la conseguenza che la presenza del SCD è stata talvolta ritenuta non significativa perché si è rivelata molto comune (VAN HARTEN *et al.* 2018: e309).

Istituito con l'obiettivo di standardizzare quella varietà terminologica e metodologica, il Subjective Cognitive Decline Initiative (SCD-I) Working Group ha proposto questa categoria fornendone una precisa definizione ed elaborando i relativi criteri diagnostici (JESSEN *et al.* 2014; cfr. MOLINUEVO *et al.* 2017).

Innanzitutto, capiamo perché è stato fabbricato questo costrutto rispetto alle possibili alternative offerte dalla combinazione degli elementi contenuti nelle tante etichette adoperate negli anni. Ogni parola componente la dicitura, infatti, veicola un aspetto della più ampia configurazione tecnica di questo stato che, in breve, è «un declino cognitivo auto-percepito in individui cognitivamente normali» (VAN HARTEN *et al.* 2018: e301).

Subjective Cognitive Decline, dunque. È *soggettivo* perché si tratta di un'esperienza personale che può essere indipendente dal funzionamento oggettivo. Cioè: una persona che accusa un declino cognitivo può ottenere punteggi ai test psicometrici rientranti nel range normale. È *cognitivo* perché il peggioramento avvertito dal soggetto può riguardare qualunque dominio, non solo la memoria. Gli studi clinici e la ricerca di base hanno accertato che disturbi delle abilità visuo-spaziali, del linguaggio, deficit dell'attenzione e altri sintomi potrebbero coesistere nelle persone con SCD. Molte definizioni, come abbiamo visto, si focalizzavano su un problema mnesico, mentre in questo modo si possono afferrare i percorsi dal SCD alla demenza quando i sintomi iniziali non sono correlati alla memoria. *Declino*, infine, vuol suggerire l'idea di un aggravamento progressivo o di un cambiamento da un pregresso livello di funzionamento e non di un disturbo isolato o di

un deterioramento consolidato dovuti a un evento acuto (STUDART NETO, NITRINI 2017; SI, XING, HAN 2020; VIVIANO, DAMOISEAUX 2020).

Il gruppo SCD-I ha definito il Subjective Cognitive Decline come l'esperienza auto-riferita di un persistente declino nelle capacità cognitive rispetto a uno status cognitivo precedente considerato normale in un soggetto che nei test neuropsicologici standardizzati ha performance, aggiustate per età, genere e livello di istruzione, nella norma (JESSEN *et al.* 2014, 2020).

I criteri diagnostici promulgati per l'identificazione del Subjective Cognitive Decline sono:

1. un persistente declino auto-percepito nelle capacità cognitive rispetto a uno stato antecedente ritenuto normale non associato a un evento acuto;
2. prestazioni nella norma per età, genere e scolarità nei test neuropsicologici tipicamente utilizzati per la valutazione del Mild Cognitive Impairment.

Sono criteri di esclusione:

1. diagnosi di MCI o demenza;
2. declino motivato da disturbo psichiatrico, neurologico, altri disturbi medici, dall'utilizzo di farmaci o di altre sostanze (*ibidem*).

Il Subjective Cognitive Decline così delineato «è uno stadio intermedio tra la cognizione normale e il MCI che può predire lo sviluppo di un declino cognitivo oggettivo» (SI, XING, HAN 2020: 2) configurandosi come stadio preclinico nel continuum della malattia di Alzheimer. Tuttavia, non diversamente dal Mild Cognitive Impairment, può seguire tre traiettorie prognostiche che contemplano anche la totale remissione dei sintomi e la loro stabilizzazione, oltre all'instaurazione di MCI e Alzheimer (ivi: 6). Per questo, il

SCD probabilmente funge più accuratamente da punto di diramazione tra l'invecchiamento cognitivamente intatto e una miriade di potenziali esiti incluse varie demenze ma anche, comunemente, il recupero di uno stato soggettivo non compromesso. Infatti, per molti, il SCD può essere un evento temporaneo (VIVIANO, DAMOISEAUX 2020: 2).

Il Subjective Cognitive Decline circoscrive concettualmente uno stadio "pre-MCI" ma la disomogeneità degli sviluppi successivi, il fatto che tutte le persone anziane possono sperimentarlo occasionalmente, la possibile

reversibilità dei sintomi col ripristino di un *habitus* cognitivo soggettivamente integro, la pluralità delle sue eziologie – come suggerisce il secondo criterio di esclusione – nonché l'applicazione dell'etichetta, per definizione, a individui che non soddisfano la soglia patologica nei test psicometrici preposti, e che dunque non hanno un deficit oggettivo, lo rendono assai scivoloso a livello predittivo e prognostico. Il gruppo SCD-I ha perciò individuato una serie di caratteristiche del SCD che aumentano le probabilità che ci sia un disturbo neurodegenerativo sottostante aggregate nel concetto di Subjective Cognitive Decline plus (SCD+).

Il Subjective Cognitive Decline plus

Le caratteristiche (*features*) del SCD-plus sono:

1. un declino soggettivo nella memoria
2. insorgenza del SCD negli ultimi cinque anni
3. età all'insorgenza di sessant'anni o più
4. preoccupazioni (*concerns, worries*) associate al SCD
5. percezione di performance peggiori rispetto alle altre persone nello stesso gruppo d'età
6. conferma del declino da parte di un informatore
7. presenza del genotipo ApoE ε4
8. positività ai biomarcatori fisiopatologici dell'Alzheimer (CHENG, CHEN, CHIU 2017; JESSEN *et al.* 2020; SI, XING, HAN 2020).

A queste caratteristiche ne sono state aggiunte due che non erano originariamente previste: la costanza del SCD nel tempo e la ricerca di aiuto medico (JESSEN *et al.* 2014, 2020). Le caratteristiche del SCD-plus sono sottoposte continuamente a verifica e rifiniture migliorative, perciò in futuro potrebbero essere modificate (JESSEN *et al.* 2020).

Il primo criterio è un declino soggettivo nella memoria prescindendo dal declino in altri domini. Tale scelta è motivata dal fatto che la maggioranza degli studi si è concentrata sulla percezione soggettiva di disturbi mnemonici mentre l'associazione tra il declino cognitivo in altri domini e un futuro declino cognitivo oggettivo è incerta (*ibidem*).

Il secondo criterio è l'inizio del SCD negli ultimi cinque anni. Questa caratteristica è ispirata da studi longitudinali che hanno stabilito che tra la comparsa del SCD e una diagnosi di demenza intercorrono approssimati-

vamente dieci anni. Siccome l'individuo prima passa per il Mild Cognitive Impairment, un SCD insorto da più di cinque anni ha meno probabilità di essere correlato a una consecutiva demenza (*ibidem*). Un disturbo cognitivo soggettivo di lunga data, protratto per molti anni, ha plausibilmente cause diverse dall'Alzheimer (STUDART NETO, NITRINI 2016).

L'età d'insorgenza del disturbo dai sessant'anni in su è importante per distinguere le cause neurologiche da quelle psichiatriche perché è più probabile per una persona anziana che per una giovane avere un declino cognitivo soggettivo dovuto all'Alzheimer (*ibidem*). In persone di età inferiore a sessant'anni il SCD potrebbe derivare da cause anche reversibili, come la depressione, in misura maggiore rispetto a una persona di età pari o superiore a sessant'anni (JESSEN *et al.* 2020).

Secondo numerosi studi gli individui che esprimono preoccupazioni per il percepito declino nelle funzioni cognitive sono esposti a un rischio più alto di declino oggettivo o demenza (*ibidem*), tuttavia non si sa in che modo specifiche preoccupazioni per il proprio SCD influenzino il declino cognitivo (KOPPARA *et al.* 2015: 195).

La conferma del disturbo riferito dal soggetto da parte di un informatore è stata inserita sulla scia di studi che hanno dimostrato che i resoconti che ne rilasciano i famigliari sono più congruenti con la stima della compromissione oggettiva e la previsione del declino longitudinale (SAMPATAKAKIS, ROMA, SCARMEAS 2024).

Vediamo le due caratteristiche aggiuntive. La prima è la stabilità nel tempo del SCD che deve quindi essere persistente e non un disturbo sporadico o perdurante per un periodo limitato. Vi sono prove che le persone che lamentano regolarmente un declino soggettivo hanno un rischio più elevato di manifestare un disturbo cognitivo oggettivo rispetto a chi lo comunica in un'unica occasione (JESSEN *et al.* 2020; cfr. VAN HARTEN *et al.* 2018). Perdipiù, se il SCD deve essere un indicatore preclinico dell'Alzheimer la stabilità temporale è fondamentale. Diversamente il costrutto non dovrebbe essere considerato un obiettivo della ricerca né un marcatore affidabile per questa forma di demenza (ÁVILA-VILLANUEVA, FERNÁNDEZ-BLÁZQUEZ 2017).

La seconda caratteristica addizionale è la ricerca di aiuto medico per il SCD perché risulta che il rischio di un futuro declino cognitivo oggettivo sia più alto in queste persone che in quelle con SCD che non chiedono un parere medico (JESSEN *et al.* 2020). Su questo punto si possono fare alcune considerazioni. In prima istanza, si può ipotizzare che una persona che si rivolge

alla biomedicina riconosca al problema una certa gravità e che potrebbe pertanto essere già inistradata verso un declino cognitivo oggettivo. In tal caso, il follow-up permetterà di diagnosticarlo. D'altra parte, una persona potrebbe rivolgersi a uno specialista anche in assenza di un disturbo di rilievo clinico, spinta da quell'arcinota "paura" che suscita l'Alzheimer e che si è infiltrata prepotentemente nella visione occidentale dell'anzianità (PASQUARELLI 2019). In questo caso, il monitoraggio nel tempo dovrebbe condurre all'accertamento della stabilizzazione sintomatica oppure del reintegro della normalità cognitiva. Le persone con SCD che invece non vanno da un medico per questo disturbo potrebbero leggerlo alla luce di meccanismi di normalizzazione che attingono all'autorappresentazione e alla visione dell'anzianità. Una persona può attuare un confronto con le proprie attitudini cognitive precedenti e integrare il disturbo in un senso di continuità biografica (per esempio, l'essere stata sempre un po' smemorata) e vederlo come una normale caratteristica di sé. E una persona che reputi il decadimento cognitivo un normale indotto del processo di invecchiamento sarà meno propensa a considerarlo un problema medico, specie se di lieve entità. Certo, simili atteggiamenti possono far sottovalutare un disturbo degno di valutazione. Però, stando al continuum "normalità-SCD-MCI-AD", queste persone dovrebbero prima o poi dare segnali di deterioramento cognitivo perscrutabili dall'esterno giungendo comunque all'attenzione medica e, per questa via, a una diagnosi di Mild Cognitive Impairment. Il punto, semmai, è che anche il MCI è potenzialmente reversibile. Pertanto, si può supporre che le persone non consultino un medico anche perché il disturbo, nel tempo, si attenua o svanisce. Più che un rischio superiore di declino cognitivo oggettivo, forse le persone che si rivolgono a un medico hanno un rischio superiore di ricevere una qualche diagnosi.

Una revisione della letteratura qualitativa sull'esperienza fenomenologica del Subjective Cognitive Decline (BUCKLEY *et al.* 2015) non ha rintracciato soggetti anziani che imputassero i disturbi cognitivi all'Alzheimer. Le attribuzioni causali rimandavano a fattori attenuanti quali ansia e stress (cagionati per esempio dalla morte del coniuge), esaurimento, stanchezza, l'umore, altre patologie, l'assunzione di farmaci nonché le abilità cognitive passate e l'invecchiamento, normalizzando il declino cognitivo in funzione delle prestazioni retrospettive e dell'età avanzata. Insomma, il vissuto del declino cognitivo soggettivo è fenomenologicamente complesso e le scelte relative alla sua gestione, incluso se coinvolgere un medico oppure no, dipendono da processi interpretativi individuali incardinati nel tessuto biografico, esistenziale, familiare, sociale e socioculturale di ogni persona.

Tutte le caratteristiche viste finora sono cliniche, cioè analizzabili attraverso una visita paragonabile a quella per la tipizzazione del MCI (cfr. PASQUARELLI 2016, 2018).

Gli ultimi due criteri, invece, richiedono analisi laboratoriali afferendo, rispettivamente, alla profilazione genetica e alla misurazione, nel liquido cerebrospinale, delle proteine amiloide e tau.

Il genotipo ApoE ε4

L'apolipoproteina E (ApoE) è una proteina plasmatica che funge da ligando recettoriale per la clearance delle lipoproteine circolanti dal sangue e dal liquido cerebrospinale (www.cam-monza.com/novita/apolipoproteina-e/) che ha tre isoforme – ε2, ε3, ε4 – codificate da tre alleli di un gene polimorfico localizzato nel cromosoma 19.

La variante allelica ε4 è considerata un fattore di rischio per l'Alzheimer primariamente perché incide sui livelli di beta-amiloide e tau (MUNRO *et al.* 2023) che, come abbiamo visto, sono responsabili della formazione di placche amiloidi e grovigli neurofibrillari. Tuttavia, i meccanismi mediante i quali l'ApoE ε4 influenzerebbe la patogenesi della malattia di Alzheimer non sono ben compresi (FERRARI-SOUZA *et al.* 2023).

Margaret Lock ha messo in luce l'instabilità del rapporto tra questo genotipo e l'instaurazione della malattia di Alzheimer presso gruppi umani differenti. Tra i Pigmei e altre popolazioni con un'economia di sussistenza basata prevalentemente su caccia e raccolta, l'ApoE ε4 pare proteggere dall'Alzheimer. In alcuni gruppi della Nigeria questa malattia ha un'incidenza minima indipendentemente dalla presenza dell'allele ε4. In Nord America, invece, l'ApoE ε4 si associa all'insorgenza dell'Alzheimer, ma fra gli afro-americani in misura inferiore rispetto ai "bianchi". Se ne ricava che in Africa debbano agire fattori di riduzione del rischio e in Nord America fattori di accrescimento (LOCK 2006; LOCK, LLOYD, PREST 2006; LOCK *et al.* 2007). In effetti, come insegna l'epigenetica, il passaggio da genotipo a fenotipo (patologico) non è deterministicamente lineare perché vi sono costanti interazioni tra cofattori genetici, proteici, ambientali. Pertanto, l'indicazione genetica del rischio di malattia non è predittiva ma probabilistica poiché all'eventuale manifestazione patologica partecipano l'esposizione all'ambiente ecologico e sociale e/o le influenze reciproche tra geni e/o tra geni e proteine (cfr. COOK-DEGAN 2000; LOCK 2013).

Ciò nondimeno, sugli individui portatori dell'ApoE $\epsilon 4$ e, a maggior ragione, sui portatori con Subjective Cognitive Decline e Mild Cognitive Impairment è impresso il marchio di una "suscettibilità genetica" che dovrebbe essere gestita con molta cautela. Il messaggio recepito infatti può essere quello di un destino di malattia inscritto a livello molecolare nel corpo e perciò stesso inevitabile, quando in virtù dei molteplici fattori concomitanti e mutuamente interagenti che interferiscono sul comportamento dei geni non è necessariamente segnato.

Finora la stragrande maggioranza degli studi sulla predisposizione genetica alla demenza in individui con Subjective Cognitive Decline ha seguito due piste: il confronto dei portatori di ApoE $\epsilon 4$ con non portatori e l'esplorazione dell'apporto di questo genotipo al Subjective Cognitive Decline. Su questo punto, la conclusione è che non ci sono prove sufficienti che l'allele $\epsilon 4$ predisponga le persone allo sviluppo del SCD. La ricerca in questo campo sta considerando l'implicazione di altri fattori, ma il profilo genetico delle persone con Subjective Cognitive Decline, a parte l'ApoE $\epsilon 4$, è pressoché inesplorato (SAMPATAKAKIS, ROMA, SCARMEAS 2024).

Proteina amiloide e proteina tau

I marcatori fisiopatologici dell'Alzheimer sono la proteina beta-amiloide e la proteina tau. La proteina beta-amiloide ($A\beta$), prodotto del processamento della proteina precursore dell'amiloide (APP), ha due forme distinte per numero di amminoacidi componenti (quaranta o quarantadue) e per grado di tossicità: $A\beta_{1-40}$, $A\beta_{1-42}$ (o $A\beta_{42}$). Quest'ultima è quella che interviene nella malattia di Alzheimer. Essa si accumula nel cervello formando aggregati potenzialmente tossici a livello sia extracellulare (le placche amiloidi) che intracellulare determinando la morte neuronale (www.centroalzheimer.org/glossary/beta-amiloide-A\beta). La proteina tau contribuisce al funzionamento neuronale stabilizzando il citoscheletro dei neuroni. È normalmente fosforilata ma un'anomalia nel processo può portare alla sua iper-fosforilazione (P-tau). Se ciò avviene, la P-tau si aggrega e forma i grovigli neurofibrillari all'interno dei neuroni decretandone la morte. Il meccanismo dell'iperfosforilazione è sconosciuto ma tra le ipotesi avanzate c'è anche un coinvolgimento della $A\beta_{42}$ (www.centroalzheimer.org/glossary/tau-iperfosforilata-p-tau/).

Entrambe circolano nel liquido cerebrospinale e possono essere misurate su un campione estratto attraverso la rachicentesi o puntura lombare.

L'analisi dei valori liquorali consente di ponderare la presenza di placche e grovigli nel cervello in quanto se la proteina beta-amiloide si accumula nelle placche diminuisce nel liquor (amiloidosi cerebrale) mentre la tau iperfosforilata che dà origine ai grovigli neurofibrillari corrispondentemente vi aumenta (indice di neurodegenerazione) (SI, XING, HAN 2020).

Da qualche anno, entrambi gli aggregati proteici possono essere visualizzati *in vivo* attraverso una tomografia a emissione di positroni con traccianti specifici per l'amiloide, la cosiddetta PET amiloide, e per la tau fosforilata, detta Tau-PET, della quale l'accuratezza previsionale è ancora sotto scrutinio (SCHÖLL *et al.* 2016; GROOT *et al.* 2024).

Negli studi vi è qualche discrepanza interpretativa riguardo al ruolo predittivo di queste proteine. Secondo alcuni la proteina beta-amiloide 42 ($A\beta_{42}$) è più attendibile della tau nell'indicare la progressione clinica del Subjective Cognitive Decline a Mild Cognitive Impairment, mentre la tau totale (T-tau) lo sarebbe per la progressione del MCI (*ibidem*). Ma vi sono studi che hanno trovato invece che sia una bassa quantità di $A\beta_{42}$ a predire l'evoluzione ad Alzheimer del MCI e altri secondo i quali è un'alta tau totale piuttosto che l' $A\beta_{42}$ ad associarsi con un futuro declino nella memoria e nelle funzioni esecutive (CHENG, CHEN, CHIU 2017). Né si debbono dimenticare quegli studi neuropatologici che hanno ripetutamente dimostrato che placche amiloidi e grovigli neurofibrillari si formano anche nei cervelli di persone anziane cognitivamente sane (SCHÖLL *et al.* 2016). Come spiegato in una revisione sistematica (PARFENOV *et al.* 2020), l'assunto che il Subjective Cognitive Decline preceda il deterioramento cognitivo oggettivo è supportato anche da taluni studi che avrebbero scoperto una ricorrenza più frequente nelle persone con SCD rispetto ai gruppi di controllo delle anomalie di questi biomarcatori, inclusa la simultaneità di bassa $A\beta_{42}$ ed elevata tau nel liquido cerebrospinale. Ma, nel complesso, la rassegna ha evidenziato un tasso di conversione da Subjective Cognitive Decline a Mild Cognitive Impairment relativamente basso, risultato che andrebbe coordinato con gli alti tassi di reversibilità dello stesso MCI che si aggirano tra il 30 e il 50% in un periodo che va da due a cinque anni di follow-up (ivi: 255-256). In generale, l'associazione tra i biomarcatori e gli esiti cognitivi a lungo termine in persone con SCD non è consistente (CHENG, CHEN, CHIU 2017: 494). Ciò nonostante, attualmente il predittore della progressione a un declino cognitivo oggettivo reputato più robusto è proprio la positività ai biomarcatori dell'AD (ROSTAMZADEH *et al.* 2022). Tuttavia, la loro misurazione routinaria in tutti i soggetti con SCD rappresenta una sfida organizzativa, finanziaria ed etica (CAPPA *et al.* 2024: 6623) che potrebbe essere

poco conveniente accogliere considerando che quantità anomale di beta-amiloide e tau emergono pure col fisiologico processo di invecchiamento e si registrano in persone senza disturbi cognitivi.

Tre traiettorie del Subjective Cognitive Decline

In linea teorica il Subjective Cognitive Decline anticipa il Mild Cognitive Impairment, eppure le ricerche dedicate lo hanno perlopiù osservato in singoli punti temporali trascurandone il decorso longitudinale. Uno studio di coorte condotto dal 2005 al 2019 negli Stati Uniti ha verificato se le traiettorie del Subjective Cognitive Decline possano fornire informazioni supplementari sul rischio di MCI/demenza rispetto a valutazioni fatte un'unica volta (LIEW 2020b). Sono stati arruolati 5661 individui cognitivamente normali sottoposti dal primo al quarto anno alle valutazioni standardizzate per il Mild Cognitive Impairment e la demenza comprendenti la ricostruzione della storia clinica, un esame fisico, la somministrazione di dettagliati test neuropsicologici. L'indagine condotta in quest'arco di tempo è stata utilizzata per identificare le traiettorie del Subjective Cognitive Decline, mentre i dati ricavati dal quarto anno in poi sono stati sfruttati per investigare le associazioni tra quelle traiettorie e il Mild Cognitive Impairment e la demenza. I soggetti partecipanti dovevano incontrare i seguenti criteri:

1. età pari o superiore a cinquanta anni
2. diagnosi di normalità cognitiva dal primo al quarto anno (al completamento della valutazione diagnostica non dovevano risultare con MCI o demenza)
3. fornire informazioni sul SCD in almeno tre dei quattro punti temporali tra l'anno 1 e l'anno 4 (ivi: 2).

Attraverso un approccio basato sui dati lo studio ha empiricamente identificato tre traiettorie del Subjective Cognitive Decline:

1. No SCD (coloro che non hanno riferito il SCD in nessuna delle quattro visite annuali)
2. SCD Intermittente (coloro che lo hanno riportato approssimativamente in una o due visite annuali)
3. SCD Persistente (coloro che lo hanno comunicato approssimativamente in tre visite annuali) (ivi: 5-6).

Confrontandoli con la traiettoria No SCD, il SCD Intermittente era associato a un rischio maggiore di MCI/demenza e il SCD Persistente lo era al rischio più elevato in assoluto. Un'ulteriore analisi stratificata ha riscontrato che il rischio collegato al SCD Intermittente era presente principalmente nella fascia d'età più avanzata laddove quello collegato al Persistente era distribuito uniformemente tra i gruppi più giovani e più anziani.

I risultati di questo studio supportano la rilevanza della valutazione longitudinale del SCD e specialmente del SCD Persistente, già additato in letteratura come un indicatore chiave dell'occorrenza di disturbi neurocognitivi, e il motivo è quasi lapalissiano. Spiega l'Autore: dato che i disturbi neurocognitivi sono concettualizzati come malattie neurodegenerative, di fronte a processi neuropatologici progressivi è più probabile che gli individui esperiscano sintomi persistenti piuttosto che transitori di SCD (ivi: 6).

L'importanza del SCD Intermittente in letteratura è invece più controversa: uno studio non ha mostrato alcun nesso con i disturbi cognitivi, un altro ha trovato una relazione significativa ma solo se il SCD è riferito da un informatore, non quando è auto-valutato, un altro ancora ha rilevato un'associazione significativa nell'opposta direzione, cioè la presenza di SCD Intermittente risultava congiunta con un rischio più basso di disturbi neurocognitivi (ivi: 7).

Siccome il SCD può comparire anche quindici anni prima del MCI, la sua misurazione longitudinale può permettere la distribuzione degli individui lungo tre livelli di rischio:

1. a basso rischio (assenza di SCD in tutte le visite annuali)
2. ad alto rischio (segnalazione intermittente del SCD durante le visite annuali)
3. ad altissimo rischio (segnalazione persistente del SCD durante le visite annuali) (ivi: 8).

Queste tre categorie di rischio collimano con l'attuale spettro del Subjective Cognitive Decline scaglionato in No SCD-SCD-SCD+. Le persone con SCD Intermittente rientrerebbero nella definizione base di SCD e i soggetti con SCD Persistente in quella di SCD-plus (*ibidem*). Rispetto ai criteri operazionalizzati nel 2014, l'Autore ribadisce l'utilità di inserire «la presenza di un SCD persistente nel corso di diversi anni» (*ibidem*), com'era stato da poco proposto (JESSEN *et al.* 2020; cfr. *supra*).

Invece, il SCD Intermittente, con le contraddittorie risultanze degli studi, preserva la sua rilevanza più che altro nella popolazione più anziana, poiché nei soggetti giovani o a basso rischio può dipendere da diverse cause non neurodegenerative (ivi: 7) che confluiscono nella galassia delle plurime eziologie del Subjective Cognitive Decline.

Eterogeneità e inconsistenza

Il Subjective Cognitive Decline può essere dovuto al normale processo di invecchiamento e a una ricca congerie di cause irrelate al deterioramento cognitivo neurodegenerativo: depressione e ansia (LIEW 2019, 2020a), nevroticismo (PARFENOV *et al.* 2020), tratti di personalità, condizioni fisiche (STOGMANN *et al.* 2015), disturbi del sonno, assunzione di farmaci o altre sostanze (PARFENOV *et al.* 2020), abuso di alcol (SAMPATAKAKIS, ROMA, SCARMEAS 2024), eventi di vita emotivamente angoscianti (LIEW 2020b). Di fronte a questa morfologia eziologica il posizionamento del SCD nel continuum normalità-demenza si fa pencolante.

Essendo una sindrome aspecifica con molteplici potenziali eziologie sottostanti, il SCD non può essere considerato uguale a una fase prodromica dell'Ad (CHENG, CHEN, CHIU 2017: 493).

Il SCD non dovrebbe essere inteso strettamente come uno stato prodromico della demenza, poiché può verificarsi anche insieme ad altre condizioni psichiatriche, come la depressione o l'ansia, nonché nel contesto di malattie somatiche, e non tutti i casi portano a un ulteriore declino cognitivo (PAVEL *et al.* 2023: 60).

Gli individui con Subjective Cognitive Decline, date le numerose cause che possono determinarne l'insediamento, rappresentano una popolazione estremamente eterogenea. Di conseguenza, lo stesso Subjective Cognitive Decline appare intrinsecamente multifaccettato: nell'eziologia, nell'esperienza e nella percezione individuali, nei sentieri prognostici. Bisogna poi considerare che è una condizione altamente frequente fra gli adulti sani che invecchiano e nella popolazione anziana comune (PARFENOV *et al.* 2020; CAPPA *et al.* 2024). Dopo i sessantacinque anni, molte persone lamentano lievi problemi cognitivi che le preoccupano, quali difficoltà nel trovare le parole o smemoratezza (DESAI, SCHWARZ 2011), che paiono più probabilmente collegati a cause estranee alla neuropatologia – specie stress e sintomi depressivi (HESSEN *et al.* 2017) – cioè a fattori sconfiggibili che rendono il declino cognitivo soggettivo invertibile.

Vi sono studi che attestano un'elevata possibilità di conversione a demenza per persone con *défaillance* cognitive soggettive, ma altri studi non l'hanno invece riscontrata (OPDEBEECK *et al.* 2019). Concordemente, un adagio ricorrente nella letteratura biomedica sul tema avverte che lo scenario prognostico di un susseguente decadimento cognitivo oggettivo può non spalancarsi.

Comunque, non tutti gli individui con subjective cognitive decline evolveranno necessariamente a un deterioramento cognitivo oggettivo come la demenza o il mild cognitive impairment (LI, YUE, XIAO 2022: 2).

Sebbene vi siano prove epidemiologiche di un rischio aumentato di progressione verso MCI e demenza nel SCD, molti soggetti con SCD non progrediscono verso un declino oggettivo (CAPPA *et al.* 2024: 6623).

Di fatto, il Subjective Cognitive Decline ha una scarsa specificità nella predizione dei disturbi neurocognitivi (LIEW 2020b) ed è contornato da un'intelaiatura concettuale che si scontra inesorabilmente con la disomogeneità delle risultanze scientifiche. Tra l'altro, a oggi non esiste un gold standard per differenziare in ambito clinico gli individui con SCD da quelli senza SCD e rimane incerto quali fattori influenzino l'eventuale progressione da SCD a demenza (SAMPATAKAKIS, ROMA, SCARMEAS 2024: 1975-1976).

Sul piano concettuale, collocandolo nel continuum normalità-demenza la biomedicina ne accantona l'eterogeneità in favore di una visione compatte in perfetto stile nosologico – un nome, criteri diagnostici, prognosi – convalidata dal presupposto teorico-scientifico della sua istituzione, cioè la precedenza pluriennale dell'attivazione dei meccanismi fisiopatologici dell'Alzheimer sull'esternazione dei sintomi clinici, senza però problematizzare la differenziazione della malattia di Alzheimer dal decadimento cognitivo “naturale” dell'età avanzata. Attualmente, nello «spettro clinico dell'Ad, non c'è un definito cut-off per discriminare tra invecchiamento normale e demenza» (CHENG, CHEN, CHIU 2017: 492) perciò la sequenza di fasi tra questi due estremi – pensiamo alla Global Deterioration Scale o al paradigma “normalità-SCD-MCI-Ad” – è un artificio teorico funzionale alla sistematizzazione del pensiero scientifico, rappresentazione rettilinea di un iter fisiopatologico, peraltro dalle rotte plurali e diversificate, che travalica un confine la cui localizzazione è ancora ignota. Oltretutto, come detto, i cambiamenti fisiopatologici dell'Alzheimer – amiloidosi, taupatia – appartengono al processo fisiologico di invecchiamento, non sempre comportano forme di deterioramento cognitivo e un deterioramento cognitivo anche grave può affliggere persone i cui cervelli non denotano le tipiche

lesioni, placche amiloidi e grovigli neurofibrillari, che connotano tecnicamente la malattia di Alzheimer quale entità biomedica.

“Pre-Subjective Cognitive Decline”

L'irreversibilità del processo neurodegenerativo dell'Alzheimer e il fallimento dei ritrovati farmacologici nel neutralizzarla sono scogli che la ricerca scientifica ha cercato di aggirare retrocedendo di casella in casella nel continuum normalità-demenza consolidando concettualmente stadi preclinici che dovrebbero illuminare il punto di partenza temporale delle modifiche fisiopatologiche dell'Alzheimer: AD-MCI-SCD+-SCD. E, nel farlo, si sta approssimando viepiù alla normalità. La biomedicina palesa un approccio incline a frazionare in interstizi sempre più ristretti lo spazio tra “normalità” e “non-normalità” medicalizzando condizioni che potrebbero avere scaturigini differenti da un meccanismo dementigeno, alla ricerca della soluzione per un problema di salute dell'anzianità, qual è concettualmente la malattia di Alzheimer oggi, schivando la questione del rapporto tra quest'ultima e l'invecchiamento normale che è, di per sé, un processo fisiologico inevitabile e inarrestabile.

Ci si potrebbe allora chiedere a quale età, nel corso della vita umana, inizi quel declino soggettivo che inaugura il continuum che conduce alla demenza. È una domanda che si è posto Barry Reisberg, il padre della Global Deterioration Scale, in un articolo nel quale sostiene l'esistenza di uno stato “pre-SCD” che chiama Psychometric Cognitive Decline (PCD) (REISBERG *et al.* 2020). Per rispondere alla domanda, cita un lavoro che ha indagato questo aspetto concludendo che «il declino cognitivo è già presente nella mezza età (età 45-49)» (ivi: 19). Reisberg e colleghi avanzano la proposta del “pre-SCD” sulla base dei risultati di un loro studio condotto dal 1982 al 2001 seguendo a intervalli specificati, il più a lungo possibile o fino alla morte, sessanta persone cognitivamente normali, cioè allo stadio 1 della Global Deterioration Scale (No Cognitive Decline), di età superiore ai quarant'anni all'atto del reclutamento. Alla fine del protocollo i soggetti sono stati distinti in *decliners*, se con SCD o peggio, e *nondecliners* se “rimasti” NCD. Fra i due gruppi c'erano significative differenze nei punteggi ottenuti ai test psicometrici: i futuri *nondecliners* li avevano avuti più bassi – punteggi più bassi, nella batteria testistica adottata, equivalgono a performance migliori (*ibidem*) – rispetto a coloro che invece evolsero a SCD (o MCI o demenza). Su queste basi, gli Autori chiudono affermando che questa ricerca

fornisce ulteriore supporto a un processo di declino cognitivo per il quale suggeriamo la terminologia “psychometric cognitive decline” che precede gli stadi successivi SCD e MCI della finale demenza da AD (ivi: 20).

Quest’asserzione, è evidente, dà per scontata la solidità di SCD e MCI (e l’automatica consequenzialità dei passaggi del continuum normalità-demenza anche), mentre sono costrutti che faticano a stabilizzarsi nella loro funzione predittiva sia perché potenzialmente rovesciabili clinicamente, sia perché le risultanze sul loro rapporto con i capisaldi fisiopatologici dell’Alzheimer – placche amiloidi e grovigli neurofibrillari – e con il relativo fattore di rischio genetico più accreditato in biomedicina – il genotipo ApoE ε4 – sono ondivaghe. Comunque, una volta creata la categoria di declino cognitivo psicometrico, si assiste a un’ennesima riconfigurazione del continuum normalità-demenza: “NCD-PCD-SCD-SCD+-MCI-AD”.

Se attecchisse nella comunità scientifica, lo Psychometric Cognitive Decline diventerebbe lo stadio preclinico dello stadio preclinico Subjective Cognitive Decline dello stadio preclinico Mild Cognitive Impairment. Rievocando il neurologo con cui ho esordito: l’anticamera, dell’anticamera, dell’anticamera dell’Alzheimer.

Appunti finali

Dopo aver eletto il Mild Cognitive Impairment a stadio preclinico posto tra normalità e demenza, la biomedicina è andata a ritroso concependo il Subjective Cognitive Decline quale stadio preclinico posto tra normalità e pre-demenza (“pre-MCI”) ma i risultati sono ambivalenti e non dirimenti: entrambi gli stati, lo abbiamo visto, possono intraprendere tragitti prognostici diversi dalla demenza, compreso il rientro dei sintomi, e il Subjective Cognitive Decline ha un fondale eziologico complesso ed eterogeneo che ridimensiona la validità del suo inquadramento come stato prodromico dell’Alzheimer.

L’insistito indietro-ggiamento della ricerca biomedica nel continuum normalità-demenza di stadio preclinico in nuovo o ulteriore “pre-stadio pre-clinico” poggia sull’assunto che la malattia di Alzheimer cominci, in senso fisiopatologico, decenni prima dell’esordio clinico. Ciò giustifica la caccia di indizi di quell’abbrivio in fasi sempre più precoci lungo il continuum normalità-demenza e il tempo anagrafico dell’essere umano. Tuttavia, prima di caldeggiare la consistenza dello Psychometric Cognitive Decline (PCD) o di qualsivoglia stadio “pre-SCD” sarebbe opportuno risolvere scien-

tificamente l'inconsistenza del Subjective Cognitive Decline, già rimaneggiato concettualmente più volte per adattarlo allo scopo, che potrebbe non raggiungere mai, di circoscrivere affidabilmente uno stadio preclinico di MCI/demenza.

Bibliografia

ABDULRAB K., HEUN R. (2008), *Subjective Memory Impairment: A Review of its Definitions Indicates the Need for a Comprehensive Set of Standardized and Validated Criteria*, "European Psychiatry", Vol. 23 (5): 321-330.

ALZHEIMER A. (1991 [1911]), *Über eigenartige Krankheitsfälle des späteren Alters*, traduzione inglese in FÖRSTL H., LEVY R., *On Certain Peculiar Disease of Old Age*, "History of Psychiatry", Vol. 2 (5): 74-101.

ARTERO S., PETERSEN R., TOUCHON J., RITCHIE K. (2006), *Revised Criteria for Mild Cognitive Impairment: Validation within a Longitudinal Population Study*, "Dementia and Geriatric Cognitive Disorder", Vol. 22 (5-6): 465-470.

ÁVILA-VILLANUEVA M., FERNÁNDEZ-BLÁZQUEZ M.A. (2017), *Subjective Cognitive Decline as a Preclinical Marker for Alzheimer's Disease: The Challenge of Stability Over Time*, "Frontiers in Aging Neuroscience", Vol. 9 (art. 377): 1-3.

BUCKLEY R.F., SALING M.M., FROMMANN I., WOLFGRUBER S., WAGNER M. (2015), *Subjective Cognitive Decline from a Phenomenological Perspective: A Review of the Qualitative Literature*, "Journal of Alzheimer's Disease", Vol. 48 (suppl. 1): S125-S140.

CAPPA S.F., RIBALDI F., CHICHERIO C., FRISONI G.B. (2024), *Subjective Cognitive Decline: Memory Complaints, Cognitive Awareness, and Metacognition*, "Alzheimer's & Dementia", Vol. 20 (9): 6622-6631.

CHENG Y.-W., CHEN T.-F., CHIU M.-J. (2017), *From Mild Cognitive Impairment to Subjective Cognitive Decline: Conceptual and Methodological Evolution*, "Neuropsychiatric Disease and Treatment", Vol. 13: 491-498.

DESAI A.K., SCHWARZ L. (2011), *Subjective Cognitive Impairment: When to be Concerned about 'Senior Moments'*, "Current Psychiatry", Vol. 10 (4): 31-45.

DILLMAN R.J.M. (2000), *Alzheimer's Disease. Epistemological Lessons from History?*, pp. 129-157, in WHITEHOUSE P.J., MAURER K., BALLENGER J.F. (a cura di), *Concepts of Alzheimer Disease. Biological, Clinical and Cultural Perspective*, The John Hopkins University Press, Baltimore.

FERRARI-SOUZA J.P., BELLAVAR B., FERREIRA P.C.L., BENEDET A.L., POVALA G., LUSSIER F.Z., LEFFA D.T., THERRIAULT J., TISSOT C., SOARES C., WANG Y., CHAMOUN M., SERVAES S., MACEDO A.C., VERMEIREN M., BEZGIN G., KANG M.S., STEVENSON J., RAHMOUNI N., PALLÉN V., POLTRONETTI N.M., COHEN A., LOPEZ O.L., KLUNK W.E., SOUCY J.-P., GAUTHIER S., SOUZA D.O., TRIANA-BALTZER G., SAAD Z.S., KOLB H.C., KARIKARI T.K., VILLEMAGNE V.L., TUDORASCU D.L., ASHTON N.J., ZETTERBERG H., BLENNOW K., ZIMMER E.R., ROSA-NETO P., PASCOAL T.A. (2023), *ApoE ε4 Potentiates Amyloid β Effects on Longitudinal Tau Pathology*, "Nature Aging", Vol. 3 (10): 1210-1218.

FÖRSTL H. (2000), *Contributions of German Neuroscience to the Concept of Alzheimer Disease*, pp. 72-82, in WHITEHOUSE P.J., MAURER K., BALLENGER J.F. (a cura di), *Concepts of Alzheimer Disease. Biological, Clinical and Cultural Perspective*, The John Hopkins University Press, Baltimore.

- FÖRSTL H., LEVY R. (1991), *On Certain Peculiar Diseases of Old Age*, "History of Psychiatry", Vol. 2 (5): 71-101.
- GÖEDERT M., GHETTI B. (2007), *Alois Alzheimer: His Life and Times*, "Brain Pathology", Vol. 17: 57-62.
- GROOT C., SMITH R., COLLIJ L.E., MASTENBROEK S.E., STOMRUD E., PICHET BINETTE A., LEUZY A., PALMQVIST S., MATTSSON-CARLGREN N., STRANDBERG O., CHO H., LYOO C.H., FRISONI G.B., PERETTI D.E., GARIBOTTO V., LA JOIE R., SOLEIMANI-MEIGOONI D., RABINOVICI G., OSSENKOPPELE R., HANSSON O. (2024), *Tau Positron Emission Tomography for Predicting Dementia in Individuals with Mild Cognitive Impairment*, "JAMA Neurology", Vol. 81 (8): 845-856.
- HESSEN E., ECKERSTRÖM M., NORDLUND A., ALMDAHL I.S., STÅLHAMMAR J., BJERKE M., ECKERSTRÖM C., GÖTHLIN M., FLADBY T., REINVANG I., WALLIN A. (2017), *Subjective Cognitive Impairment is a Predominantly Benign Condition in Memory Clinic Patients Followed for 6 Years: The Gothenburg-Öslo MCI Study*, "Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra", Vol. 7 (1): 1-14.
- HILL N.L., MOGLE J., WION R., MUNOZ E., DEPASQUALE N., YEVCHAK A.M., PARISI J. (2016), *Subjective Cognitive Impairment and Affective Symptoms: A Systematic Review*, "The Gerontologist", Vol. 56 (6): e109-e127.
- JESSEN F., AMARIGLIO R.E., BUCKLEY R.F., VAN DER FLIER W.M., HAN Y., MOLINUEVO J.L., RABIN L., RENTZ D.M., RODRIGUEZ-GOMEZ O., SAYKIN A.J., SIKKES A.M., SMART C.M., WOLFGRUBER S., WAGNER M. (2020), *The Characterisation of Subjective Cognitive Decline*, "Lancet Neurology", Vol. 19 (3): 271-278.
- JESSEN F., AMARIGLIO R.E., VAN BOXTEL M., BRETELER M., CECCALDI M., CHÉTELAT G., DUBOIS B., DUFOIL C., ELLIS K.A., VAN DER FLIER W.M., GLODZIK L., VAN HARTEN A., DE LEON M.J., MCHUGH P., MIELKE M.M., MOLINUEVO J.L., MOSCONI L., OSORIO R.S., PERROTIN A., PETERSEN R.C., RABIN L. A., RAMI L., REISBERG B., RENTZ D.M., SACHDEV P.S., DE LA SAYETTE V., SAYKIN A.J., SCHELTENS P., SHULMAN M.B., SLAVIN M.J., SPERLING R.A., STEWART R., USPENSKAYA O., VELLAS B., VISSER P.J., WAGNER M. – SUBJECTIVE COGNITIVE DECLINE INITIATIVE (SCD-I) WORKING GROUP (2014), *A Conceptual Framework for Research on Subjective Cognitive Decline in Preclinical Alzheimer's Disease*, "Alzheimer's & Dementia", Vol. 10 (6): 844-852.
- KATZMAN R., BICK K.L. (2000), *The Rediscovery of Alzheimer's Disease During the 1960s and 1970s*, pp. 104-114, in WHITEHOUSE P.J., MAURER K., BALLENGER J.F. (a cura di), *Concepts of Alzheimer Disease. Biological, Clinical and Cultural Perspective*, The John Hopkins University Press, Baltimore.
- KAUFMAN S.R. (2006), *Dementia-near-death and "Life Itself"*, pp. 23-42, in LEIBING A., COHEN L. (a cura di), *Thinking about Dementia. Culture, Loss, and the Anthropology of Senility*, Rutgers University Press, New Brunswick.
- KOPPARA A., WAGNER M., LANGE C., ERNST A., WIESE B., KÖNIG H.-H., BRETTSCHEIDER C., RIEDEL-HELLER S., LUPPA M., WEYERER S., WERLE J., BICKEL H., MÖSCH E., PENTZEK M., FUCHS A., WOLFGRUBER S., BEAUDUCEL A., SCHERER M., MAIER W., JESSEN F. (2015), *Cognitive Performance Before and After the Onset of Subjective Cognitive Decline in Old Age*, "Alzheimer's & Dementia: Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring", Vol. 1 (2): 194-205.
- LI W., YUE L., XIAO S. (2022), *Subjective Cognitive Decline is Associated with a Higher Risk of Objective Cognitive Decline: A Cross-Sectional and Longitudinal Study*, "Frontiers in Psychiatry", 13:950270: 1-9.
- LIEW T.M. (2019), *Depression, Subjective Cognitive Decline, and the Risk of Neurocognitive Disorders*, "Alzheimer's Research & Therapy", Vol. 11 (70): 1-8.
- LIEW T.M. (2020a), *Subjective Cognitive Decline, Anxiety Symptoms, and the Risk of Mild Cognitive Impairment and Dementia*, "Alzheimer's Research & Therapy", Vol. 12 (107): 1-9.

- LIEW T.M. (2020b), *Trajectories of Subjective Cognitive Decline, and the Risk of Mild Cognitive Impairment and Dementia*, "Alzheimer's Research & Therapy", Vol. 12 (135): 1-12.
- LOCK M. (2006), *Living with Uncertainty: The Genetics of Late Onset of Alzheimer Disease*, "General Anthropology", Vol. 13 (2): 1-9.
- LOCK M. (2013), *The Alzheimer Conundrum. Entanglements of Dementia and Aging*, Princeton University Press, Princeton.
- LOCK M., FREEMAN J., CHILIBECK G., BEVERIDGE B., PADOLSKY M. (2007), *Susceptibility Genes and the Question of Embodied Identity*, "Medical Anthropology Quarterly", Vol. 21 (3): 256-276.
- LOCK M., LLOYD S., PREST J. (2006), *Genetic Susceptibility and Alzheimer's Disease. The Penetrance and Uptake of Genetic Knowledge*, pp. 123-154, in LEIBING A., COHEN L. (a cura di), *Thinking about Dementia. Culture, Loss, and the Anthropology of Senility*, Rutgers University Press, New Brunswick.
- LOPEZ O.L. (2013), *Mild Cognitive Impairment*, "Continuum. Lifelong Learning in Neurology", Vol. 19 (2): 411-424.
- MAURER K., MAURER U. (1999 [1998]), *Alzheimer. La vita di un medico. La carriera di una malattia*, Manifestolibri, Roma.
- MAURER K., VOLK S., GERBALDO H. (1997), *Auguste D. and Alzheimer's Disease*, "The Lancet", Vol. 349 (9064): 1546-1549.
- MITCHELL A. J., BEAUMONT H., FERGUSON D., YADEGARFAR M., STUBBS B. (2014), *Risk of Dementia and Mild Cognitive Impairment in Older People with Subjective Memory Complaints: Meta-Analysis*, "Acta Psychiatrica Scandinavica", Vol. 130 (6): 439-451.
- MOLINUEVO J.L., RABIN L.A., AMARIGLIO R., BUCKLEY R., DUBOIS B., ELLIS K.A., EWERS M., HAMPEL H., KLÖPPEL S., RAMI L., REISBERG B., SAYKIN A., SIKKES S., SMART C.M., SNITZ B.E., SPERLING R., VAN DER FLIER W.M., WAGNER M., JESSEN F., SUBJECTIVE COGNITIVE DECLINE INITIATIVE (SCD-I) WORKING GROUP (2017), *Implementation of Subjective Cognitive Decline Criteria in Research Studies*, "Alzheimer's & Dementia", Vol. 13 (3): 296-311.
- MÖLLER H.-J., GRAEBER M.B. (2000), *Johann F. The Historical Relevance of the Case for the Concept of Alzheimer Disease*, pp. 30-46, in WHITEHOUSE P.J., MAURER K., BALLENGER J.F. (a cura di), *Concepts of Alzheimer Disease. Biological, Clinical and Cultural Perspective*, The John Hopkins University Press, Baltimore.
- MUNRO C.E., BOYLE R., CHEN X., COUGHLAN G., GONZALEZ C., JUTTEN R.J., MARTINEZ J., ORLOVSKY I., ROBINSON T., WEIZENBAUM E., PLUIM C.F., QUIROZ Y.T., GATCHEL J.R., VANNINI P., AMARIGLIO R. (2023), *Recent Contributions to the Field of Subjective Cognitive Decline in Aging: a Literature Review*, "Alzheimer's & Dementia: Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring", Vol. 15 (4): 1-14.
- OLIVER M.D., MORRISON C., KAMAL F., GRAHAM J., DADAR M. (2022), *Subjective Cognitive Decline is a Better Marker for Future Cognitive Decline in Females than in Males*, "Alzheimer's Research & Therapy", Vol. 14 (n. 1: 147): 1-12.
- OPDEBECK C., YATES J.A., KUDLICKA A., MARTYR A. (2019), *What are Subjective Cognitive Difficulties and Do They Matter?*, "Age and Ageing", Vol. 48 (1): 122-127.
- PARFENOV V.A., ZAKHAROV V.V., KABAIEVA A.R., VAKHNINA N.V. (2020), *Subjective Cognitive Decline as a Predictor of Future Cognitive Decline. A Systematic Review*, "Dementia & Neuropsychologia", Vol. 14 (3): 248-257.
- PASQUARELLI E. (2016), *Tra normalità e demenza. Definizioni biomediche, rappresentazioni e vissuti del declino cognitivo in anzianità*, "AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica", 41-42: 181-207.

- PASQUARELLI E. (2018), *Antropologia dell'Alzheimer. Neurologia e politiche della normalità*, Alpes Italia, Roma.
- PASQUARELLI E. (2019), *Metafore in azione. Rappresentazioni e retoriche nell'immaginario socioculturale della malattia di Alzheimer in Occidente*, "Anuac", Vol. 8 (2): 37-60.
- PAVEL A., PAUN R., MATEI V., ROSCA A., TUDOSE C. (2023), *Quality of Life in People With Subjective Cognitive Decline*, "Alpha Psychiatry", Vol. 24 (2): 60-64.
- PETERSEN R.C. (2004), *Mild Cognitive Impairment as a Diagnostic Entity*, "Journal of Internal Medicine", Vol. 256 (3): 183-194.
- PETERSEN R.C. (2011), *Mild Cognitive Impairment*, "The New England Journal of Medicine", Vol. 364 (23): 2227-2234.
- PETERSEN R.C., SMITH G.E., WARING S.C., IVNIK R.J., TANGALOS E.G., KOKMEN E. (1999), *Mild Cognitive Impairment. Clinical Characterization and Outcome*, "Archives of Neurology", Vol. 56 (3): 303-308.
- PETERSEN R.C., DOODLY R., KURZ A., MOHS R.C., MORRIS J.C., RABINS P.V., RITCHIE K., ROSSOR M., THAL L., WINBLAD B. (2001), *Current Concepts in Mild Cognitive Impairment*, "Archives of Neurology", Vol. 58 (12): 1985-1992.
- REISBERG B. (1986), *Dementia: a Systematic Approach to Identifying Reversible Causes*, "Geriatrics", Vol. 41 (4): 30-46.
- REISBERG B., FERRIS S.H., DE LEON M.J., CROOK T. (1982), *The Global Deterioration Scale for Assessment of Primary Degenerative Dementia*, "The American Journal of Psychiatry", Vol. 139 (9): 1136-1139.
- REISBERG B., FERRIS S.H., DE LEON M.J., SINAICO E., FRANSSEN E., KLUGER A., MIR P., BORENSTEIN J., GEORGE A., SHULMAN E., STEINBERG G., COHEN J.T. (1988), *Stage-Specific Behavioral, Cognitive, and In Vivo Changes in Community Residing Subjects with Age-Associated Memory Impairment and Primary Degenerative Dementia of the Alzheimer Type*, "Drug Development Research", Vol. 15 (2): 101-104.
- REISBERG B., SHAO Y., MOOSAVI M., KENOWSKY S., VEDVYAS A., MARSH K., BAO J., BUJ M., TOROSIAN C., KLUGER A., VEDVYAS G., OO T., MALIK F., ARAIN F., MASURKAR A.V., WISNIEWSKI T. (2020), *Psychometric Cognitive Decline Precedes the Advent of Subjective Cognitive Decline in the Evolution of Alzheimer's Disease*, "Dementia and Geriatric Cognitive Disorders", Vol. 49 (1): 16-21.
- REISBERG B., VADUKAPURAM R., KENOWSKY S. (2022), *The Global Deterioration Scale (Gds)*, pp. 44-46, in GAUTHIER S., WEBSTER C., SERVAES S., MORAIS J.A., ROSA-NETO P. (2022), *World Alzheimer Report 2022. Life After Diagnosis: Navigating Treatment, Care and Support*, Alzheimer's Disease International, London.
- ROSTAMZADEH A., BOHR L., WAGNER M., BAETHGE C., JESSEN F. (2022), *Progression of Subjective Cognitive Decline to MCI or Dementia in Relation to Biomarkers for Alzheimer Disease: A Meta-Analysis*, "Neurology", Vol. 99 (17): e1866-e1874.
- SAMPATAKAKIS S.N., ROMA M., SCARMEAS N. (2024), *Subjective Cognitive Decline and Genetic Propensity for Dementia beyond Apolipoprotein ε4: A Systematic Review*, "Current Issues in Molecular Biology", Vol. 46 (3): 1975-1986.
- SCHÖLL M., LOCKHART S.N., SCHONHAUT D.R., O'NEIL J.P., JANABI M., OSSENKOPPEL R., BAKER S.L., VOGEL J.W., FARIA J., SCHWIMMER H.D., RABINOVICI G.D., JAGUST W.J. (2017), *PET Imaging of Tau Deposition in the Aging Human Brain*, "Neuron", Vol. 89 (5): P971-P982.
- SI T., XING G., HAN Y. (2020), *Subjective Cognitive Decline and Related Cognitive Deficits*, "Frontiers in Neurology", Vol. 11 (art. 247): 1-13.

STOGMANN E., MOSER D., KLUG S., GLEISS A., AUFF E., DAL-BIANCO P., PUSSWALD G., LEHRNER J. (2015), *Activities of Daily Living and Depressive Symptoms in Patients with Subjective Cognitive Decline, Mild Cognitive Impairment, and Alzheimer's Disease*, "Journal of Alzheimer's disease", Vol. 49 (4): 1043-1050.

STUDART NETO A., NITRINI R. (2016), *Subjective Cognitive Decline. The First Clinical Manifestation of Alzheimer's Disease?* "Dementia & Neuropsychologia", Vol. 10 (3): 170-177.

VAN HARTEN A.C., MIELKE M.M., SWENSON-DRAVIS D.M., HAGEN C.E., EDWARDS K.K., ROBERTS R.O., GEDA Y.E., KNOPMAN D.S., PETERSEN R.C. (2018), *Subjective Cognitive Decline and Risk of MCI. The Mayo Clinic Study of Aging*, "Neurology", Vol. 91 (4): e300-e312.

VANACORE N., DI PUCCHIO A., LACORTE E., BACIGALUPO I., MAYER F., GRANDE G., CESARI M., CANEVELLI M. (2017), *Dal mild cognitive impairment alla demenza: qual è il ruolo della sanità pubblica?*, "Recenti Progressi in Medicina", Vol. 108 (5): 211-215.

VIVIANO R.P., DAMOISEAUX J.S. (2020), *Functional Neuroimaging in Subjective Cognitive Decline: Current Status and a Research Path Forward*, "Alzheimer's Research & Therapy", Vol. 12 (23): 1-18.

WARREN S.L., REID E., WHITFIELD P., MOUSTAFA A.A. (2022), *Subjective Memory Complaints as a Predictor of Mild Cognitive Impairment and Alzheimer's Disease*, "Discover Psychology", Vol. 2 (13): 1-7.

WHITEHOUSE P.J., GEORGE D. (2008), *The Myth of Alzheimer's. What You Aren't Being Told about Today's Most Dreaded Diagnosis*, St. Martin's Press, New York.

Sitografia

<https://www.cam-monza.com/novita/apolipoproteina-e/> (consultato il 30 marzo 2025).

<https://www.centroalzheimer.org/glossary/beta-amiloide-Aβ> (consultato il 31 marzo 2025).

<https://www.centroalzheimer.org/glossary/tau-iperfosforilata-p-tau/> (consultato il 31 marzo 2025).

Scheda sull'Autrice

Elisa Pasquarelli (Gubbio, 1981), PhD, è antropologa medica e criminologa clinica. I suoi principali ambiti di ricerca in campo antropologico includono: biomedicina e discorso biomedico, etnografia dell'ospedale, storia scientifica e concettuale della malattia di Alzheimer, la diagnosi precoce del deterioramento cognitivo, l'invecchiamento. Su queste tematiche ha pubblicato articoli apparsi in varie riviste scientifiche tra cui, per AM, *L'etnografia dell'ospedale. Alcune prospettive di studio nel dibattito antropologico contemporaneo* (2006), *Etnografia dopo l'etnografia. Riflessioni su un'esperienza di ricerca antropologica sull'uso delle medicine complementari in oncologia (Toscana)* (2013) e *Tra normalità e demenza. Definizioni biomediche, rappresentazioni e vissuti del declino cognitivo in anzianità* (2016). È autrice del volume *Antropologia dell'Alzheimer. Neurologia e politiche della normalità* (Alpes Italia, 2018).

Riassunto

Tra normalità e pre-demenza. Il Subjective Cognitive Decline (SCD) nel discorso biomedico sulla malattia di Alzheimer

Il Subjective Cognitive Decline identifica un calo nella cognizione riferito dal soggetto ma non rilevato dai test neuropsicologici standardizzati. Nel discorso biomedico contemporaneo sulla malattia di Alzheimer rappresenta una fase del continuum che va dalla normalità alla demenza e precede lo stadio preclinico noto come Mild Cognitive Impairment, configurandosi come potenziale stadio preclinico dello stadio preclinico. In questo articolo ne ripercorro la storia scientifica e concettuale.

Parole chiave: subjective cognitive decline, mild cognitive impairment, malattia di Alzheimer, discorso biomedico, demenza

Resumen

Entre la normalidad y la predemencia. El Subjective Cognitive Decline (SCD) en el discurso biomédico sobre la enfermedad de Alzheimer

El Subjective Cognitive Decline identifica un deterioro de la cognición comunicado por el sujeto pero no detectado por pruebas neuropsicológicas estandarizadas. En el discurso biomédico contemporáneo sobre la enfermedad de Alzheimer, representa una etapa en el continuo que va de la normalidad a la demencia y precede a la etapa preclínica conocida como Mild Cognitive Impairment configurándose como una potencial etapa preclínica de la etapa preclínica. En este artículo recorro su historia científica y conceptual.

Palabras clave: subjective cognitive decline, mild cognitive impairment, enfermedad de Alzheimer, discurso biomédico, demencia

Résumé

Entre normalité et pré-démence. Le Subjective Cognitive Decline (SCD) dans le discours biomédical sur la maladie d'Alzheimer

Le Subjective Cognitive Decline identifie un déclin de la cognition signalé par le sujet mais non détecté par les tests neuropsychologiques standardisés. Dans le discours biomédical contemporain sur la maladie d'Alzheimer, il représente une phase du continuum de la normalité à la démence et précède le stade préclinique connu sous le nom de Mild Cognitive Impairment, se configurant comme un stade préclinique potentiel du stade préclinique. Dans cet article, je retrace son histoire scientifique et conceptuelle.

Mots-clés: subjective cognitive decline, mild cognitive impairment, maladie d'Alzheimer, discours biomédical, démence

Terapeuti e Theravāda

*Sull'attitudine alla "cura" di una comunità giudaica egizia
e le sue similitudini con lo spirito medico degli antichi Buddhisti*

Andrea Di Lenardo

Università Ca' Foscari di Venezia, Università degli Studi di Udine e Università degli Studi di Trieste
[andrea.dilenardo@unive.it]

Federico Divino

Universiteit Antwerpen
[federico.divino@gmail.com]

Abstract

Therapeutae and Theravāda: On the Attitude to "Care" of an Egyptian Jewish Community and Its Similarities with the Medical Spirit of the Early Buddhists

The article intends to investigate the Jewish group of the Therapeutae, active in the 1st century AD. A comparison has been suggested by several authors between the Therapeutae, dedicated to the care of souls, and the Buddhist who practiced the medical arts, referred to as the Theravāda. While recognizing the cosmopolitical context, in which the Mediterranean world got in touch with Buddhism, this contribution analyzes the elements common to the Therapeutae and the Buddhists, showing the inconsistency of the hypothesis.

Keywords: therapeutae, Theravāda, Early Buddhism, Second Temple Judaism, Hellenistic Judaism

Introduzione

Il presente articolo intende analizzare criticamente l'ipotesi di alcune convergenze tra concezione terapeutica del buddhismo e di un particolare movimento ebraico. Se volessimo definire un approccio propriamente antropologico alla concezione terapeutica del buddhismo, il punto di partenza sarebbe quello di riconoscere che le pratiche di cura non sono mai semplici "tecniche" neutrali, ma dispositivi situati che traducono, in gesti e regimi del corpo, una visione del mondo in cui

sofferenza e guarigione si definiscono reciprocamente dentro un orizzonte etico e soteriologico; è la mossa che l'antropologia del corpo ha codificato nel passaggio dal corpo biologico al corpo significativo, e che permette di intendere meditazione, dieta, purificazioni e farmacologia come elementi di una stessa economia simbolica del prendersi cura (SCHEPER-HUGHES, LOCK 1987; WALLNER, KLÜNGER 2015). In un lavoro monumentale come quello di Franco Voltaggio (1992) si affrontava in maniera pionieristica la necessità di trattare antropologicamente le diverse tradizioni di cura presenti in varie culture del mondo. L'opera di Voltaggio presentava altresì una sezione dedicata al buddhismo (ivi: 156-160), sebbene questa non fosse sviluppata quanto altre opere che già da tempo avevano portato all'interesse dell'antropologia medica le tradizioni buddhiste (si veda l'ottima summa che ne fa SALGUERO 2022). Sebbene dunque non dettagliata, l'opera di Voltaggio era certamente innovativa per il panorama italiano, che ancora non si occupava di medicina buddhista, ed aveva altresì il pregio di portare sullo stesso livello del dibattito più concezioni medico-terapeutiche, affermando la necessità di trattarle tutte allo stesso modo.

In una rinnovata cornice di studi che hanno saputo affermare l'importanza delle tradizioni mediche buddhiste, l'interesse per il buddhismo non è ornamentale ma costitutivo, perché le fonti più antiche attestano una precoce tematizzazione della malattia e della guarigione che organizza l'intero discorso dottrinale: la sofferenza non coincide con la sola disfunzione organica, e la "terapia" consiste nel ricomporre condotta, mente e corpo; perciò la cura non è additiva ma intrinseca al cammino, come è stato mostrato con argomenti tanto filologici quanto storico-medici (ANĀLAYO 2015).

Similmente, l'arte medica dei terapeuti, che Filone chiama filosofi, era da quest'ultimo giudicata più nobile di quella praticata in città, poiché quest'ultima curava solo i corpi mentre l'arte dei terapeuti curava sia i corpi che le anime, afflitte da mali gravi, difficili da curare e originati da piaceri, desideri, sofferenze, paure, ambizioni, follie, ingiustizie e altre passioni e vizi (FILONE, *De vita contemplativa* 2). Purtroppo, non sono note informazioni più dettagliate sulle loro pratiche mediche.

Concentrandoci sulla tenuta storica di questo impianto, le ricostruzioni che discutono l'affidabilità dei discorsi buddhisti diventano il cardine metodologico per legare l'analisi medica alla stratigrafia dei testi pāli, ai quali si farà riferimento in questa indagine per le motivazioni che saranno spiegate più avanti. La storicità relativa dei materiali non invalida la comparsa precoce di idee mediche o, più propriamente, "terapeutiche"; anzi, consente di distinguere livelli e funzioni nella genesi della semantica del "curare" che l'ascetismo buddhista ereditava e rielaborava (ANĀLAYO 2012).

È in questa stessa direzione che si è mossa la discussione, ormai affrontata diverse volte su “AM”, sul valore terapeutico delle pratiche buddhiste (cfr. per esempio, volumi 54 (2022): 271-298; 55 (2023): 307-335; 58 (2024): 83-114; 59 (2025): 177-209, allo stato attuale). In questo caso l’argomento pregnante non è la derivazione, ma l’isomorfismo genealogico di un sapere ascetico-empirico che precede la sistemazione nel quadro āyurvedico e che nel canone trova alcune delle sue prime attestazioni tecniche, soprattutto nell’attenzione agli umori, all’alimentazione e ai protocolli di purificazione, con la figura di Jivaka a segnare il punto di contatto fra cura come arte morale e cura come competenza specialistica (Zysk 1995). La matrice “ascetica” di queste riflessioni terapeutiche è altrettanto importante. Essa spiega, da un lato, l’attenzione meramente *pratica* che questi pensatori rivolgevano a tematiche come il corpo, il malessere, la guarigione, e, dall’altro, è un possibile punto di convergenza con tendenze altrettanto pragmatiche e incentrate sull’aspetto concreto della terapia quale parte di una visione del mondo che articola valori morali, religiosi e sociali.

Anche i terapeuti conducevano una vita ascetica, dedita alla contemplazione (*De vita contemplativa* 1): sono posseduti dallo spirito divino (13), si spogliano dei loro beni (18), vivono fuori dalle città, in giardini o luoghi desertici in solitudine (20), in case umili (38) o in comunità (24), indossando vesti semplici (38) e trascorrendo la giornata in preghiera (27), ascesi e lettura e interpretazione delle Scritture (28), in digiuno (34) e nella frugalità (37).

Proprio l’idea che “medicina” e pratica non siano due domini separati, ma un medesimo campo disciplinare di ciò che, demartinianamente, potremmo chiamare *presenza*, viene suffragata mettendo in rilievo la visione “terapeutica” che i Buddhisti riservano non soltanto alla medicina in senso lato, ma anche alla pratica contemplativa attraverso la condizione di *sati* e dei vari livelli di assorbimento meditativo visti *de facto* come tecniche che operano simultaneamente sul piano terapeutico ed etico. L’attenzione non è uno strumento accessorio, ma il fulcro terapeutico dell’antico buddhismo, e la sua efficacia passa per un lavoro piano-piano sul corpo, così che la guarigione diventa, insieme, postura mentale e riorganizzazione somatica (ANĀLAYO 2020). Tale aspetto è certamente retaggio della matrice “ascetica” del movimento buddhista. Dentro questo orizzonte, la tematizzazione del corpo nella calma meditativa ha una funzione diagnostica e farmacologica in senso lato: l’assetto corporeo non è il “contenitore” della mente, ma la scena stessa su cui la presenza si costituisce e si tutela, ragion per cui le pratiche di quiete e riassetto tonico non sono psicologismi, bensì protocolli terapeutici pienamente integrati al regime della purezza e alla disciplina del vivente (ANĀLAYO 2021).

Gli studi storici sul rapporto fra ascetismo, farmacologia vegetale e formalizzazione tecnica confermano il fatto che la matrice empirica buddhista non esclude dimensioni simboliche e rituali: al contrario, la loro integrazione spiega perché nella guarigione vi sia sempre una questione di equilibrio e senso¹, non soltanto di intervento sul sintomo, e perché il monaco e il medico emergano come figure contigue al comune archetipo del guaritore (ZYSK 1993, 1998; SALGUERO 2015).

Nei medesimi termini, l'interesse dell'antropologia medica per queste pratiche antiche² dipende dal fatto che la sofferenza vi è definita come evento relazionale, affrontata da una *comunità* attraverso saperi comuni codificati, come quelli relativi alla purezza (LÉVI-STRAUSS 1964; DOUGLAS 1966). Perciò la cura è un gesto di mondo e di comunità, non un atto tecnico isolato: la compassione, che istituisce il legame con il malato, è la forma in cui il principio dell'interdipendenza prende corpo nella pratica terapeutica, e questo spiega la continuità osservabile fra contesti monastici e reti laiche di assistenza (HONG, KURANE 2019).

E sullo stesso asse si comprendono le prescrizioni sul cibo come ingranaggi che allineano gerarchia, disciplina e terapia, cosicché l'atto dietetico è simultaneamente un atto di cura e un atto di appartenenza, cosa che spiega la potenza regolativa dei canoni quando ordinano purificazioni e condotte (OLIVELLE 1998, 2005).

Per quanto concerne le norme di purità, centrali nel dibattito del giudaismo di I secolo d.C., la vita fuori dalle città egizie (*De vita contemplativa* 20) potrebbe forse suggerire la volontà di evitare la contaminazione causata dal contatto con i gentili e quindi un'interpretazione particolarmente rigorista delle norme di purità. Verso questa interpretazione propende anche il fatto che fossero vegetariani – come i Nasarei (EPIFANIO DI SALAMINA, *Panarion* 18,1,4), Dositei (*Panarion* 13,1,1-3), Giacomo, il fratello di Gesù (EGESIPPO, *Hypomnemata* v, *apud* GIROLAMO, *De viris illustribus* 2; EPIFANIO, *Pan.* 78,13,2-3; 14,2) e gli Ebioniti (*Panarion* 19,1,2.4; 2,1; 3,6; 5,4-5; 20,3,2; 30,3,2; 13,4-5; 22,1-11) – e astemi, come i Nazirei Consacrati (*Nm* 6,2-5; *Gdc* 13,3-5): secondo Filone, infatti, mangiavano solo pane, sale e issopo e bevevano solo acqua (*De vita contemplativa* 37).

Questo nesso fra purezza, cura del corpo e potenza terapeutica dell'ascesi è stato evidenziato dagli studi sull'ideologia ascetica indiana, dove la padronanza di sé è, al tempo stesso, esibizione e trascendimento del corpo, e la prova fisiologica vale come attestazione di integrità morale: non sorprende, dunque, che nella semantica buddhista la *visuddhi* sia insieme cura e criterio (RIGOPOULOS 2018).

Il quadro etno-storico che lega il pensiero indiano alle letture ellenistiche della cura ha un capitolo specifico negli studi antropologici comparati, dove sogno e sonno furono per primi il terreno comune di una riflessione che congiungeva

osservazione del corpo e cosmologia dell'anima. Questo segmento della storia intellettuale chiarisce la circolazione di modelli e, soprattutto, i filtri concettuali con cui il mondo greco traduceva il lessico terapeutico indiano (FILLIOZAT 1947). E comprendere il retaggio greco in questo caso può essere utile per dipanare le eventuali influenze che questi saperi potrebbero aver avuto sul movimento dei terapeuti, le cui convergenze (e divergenze) rispetto alle concezioni mediche buddhiste sono qui prese in esame.

Lo studio di queste convergenze in passato ha mostrato come il dialogo fra medicina greca e indiana sia stato spesso letto attraverso lenti anacronistiche, e quanto sia necessario distinguere con cautela i livelli dell'interpretazione, per evitare di retroproiettare equivalenze fra "medico" e "asceta" che le fonti non autorizzano: è qui che la critica filologica diventa immediatamente utile all'antropologia della cura (JOUANNA 2006).

La messa a fuoco della *crisi della presenza* è un altro aspetto antropologico che ci fornisce, sul piano teorico, un possibile sostrato comune che potrebbe eventualmente congiungere concezione terapeutica buddhista e giudaico-ellenistica. Quando la presenza minaccia di dissolversi di fronte al dolore, alla paura o al morire, le culture possono elaborare tecniche per sottrarla al rischio del nulla: così la meditazione addestra a restare, e la sua funzione terapeutica consiste nell'assicurare continuità all'esserci laddove il mondo "viene meno" all'esperienza, con una lucidità che non è clinica ma antropopoietica (DE MARTINO 2021, 2022).

Se spostiamo lo sguardo alla soglia del morire, la riflessione si precisa: la riduzione dell'angoscia non è un effetto collaterale, ma l'indice di una riuscita tutela della presenza, e ciò che l'etnografia delle pratiche contemplative ha rilevato è proprio la possibilità di attraversare l'"apocalisse" personale senza naufragare, purché si disponga del linguaggio e del rito interiorizzato che rende transitabile l'evento (DE MARTINO 2019).

A titolo di bilancio, conviene ricordare che l'ampio scavo storico-antropologico sul nesso fra ascetismo e medicina ha reso oggi possibile un dialogo effettivo con l'antropologia medica: l'archeologia delle idee di salute e malattia, il lessico degli umori, l'emergere del "medico" accanto all'asceta e la critica delle proiezioni ellenistiche stabiliscono il piano documentario. La teoria della presenza, la semantica della purezza e l'analisi delle pratiche come costruzioni culturali forniscono il piano interpretativo, così che la cura non appaia più un mero corredo tecnico ma una visione del mondo in atto (SALGUERO 2015).

La medicina buddhista

Nel quindicesimo libro della sua *Geographica*, Strabone riporta tradizioni che gli sono pervenute circa il primo impatto che il mondo greco ha avuto con l'ascetismo indiano. Vi compaiono dei personaggi curiosi chiamati γαρμᾶνες (*garmānes*, qui all'accusativo γαρμᾶνας, *garmānas*) a causa di un errore di trascrizione, che vengono riconosciuti come aventi un particolare rapporto con la medicina.

Il nome γαρμᾶνες/γαρμᾶνας è una probabile corruzione di un originale *σαρμᾶνες (**sarmānes*), dove la σ è stata trascritta come γ forse per un errore di copiatura. Questa pronuncia doveva rendere l'indiano *śramaṇa* ("asceti"), di cui grazie ai greci abbiamo una sorprendente attestazione nel mondo occidentale. Gli *śramaṇa* sono praticanti l'ascetismo indiano, generalmente associabili al buddhismo, nel cui milieu culturale questo termine viene con tutta probabilità utilizzato la prima volta in specifico riferimento alla loro disciplina ascetica, per essere poi esteso a molti altri asceti del panorama indiano (STONEMAN 2019: 329).

L'attestazione di Strabone ci permette di identificare almeno due tipologie di *σαρμᾶνες, che sembrano avere, entrambe, qualcosa a che fare con l'ambiente medico:

Della popolazione dei γαρμᾶνες [*σαρμᾶνες?], i più onorevoli, dice, sono gli ὕλοβιοι [(*hylobioi*); ὕλοβίους (*hylobiōys*)], che vivono nelle foreste e si nutrono di foglie e frutti selvatici; sono vestiti di indumenti fatti con la corteccia degli alberi e si astengono dal commercio con le donne e dal vino. I re comunicano con loro tramite messaggeri, riguardo alle cause delle cose, e attraverso di loro adorano e supplicano la Divinità.

Secondi in onore agli ὕλοβιοι, sono gli esperti nell'arte medica [τοὺς ἱατρικοὺς (*toys iatrikōys*)], poiché applicano la filosofia allo studio della natura dell'uomo. Sono di abitudini frugali, ma non vivono nei campi e si nutrono di riso e farina, che ciascuno dà quando viene chiesto, e li accolgono ospitalmente. Sono in grado di far procreare molta prole e di avere figli maschi o femmine, mediante incantesimi. Curano le malattie con la dieta, piuttosto che con rimedi medicinali. Tra questi ultimi, i più in uso sono unguenti e cataplasmi. Tutti gli altri, a loro avviso, partecipano ampiamente di una natura nociva.

Sia questa che l'altra classe di persone praticano la forza, sia nel sopportare la fatica attiva che nel sopportare la sofferenza, tanto da poter rimanere in una stessa posizione per un giorno intero, senza muoversi.

Ci sono incantatori e indovini, esperti nei riti e nelle usanze relative ai morti, che vanno in giro per villaggi e città mendicando. Ce ne sono altri più civilizzati e meglio informati di questi, che inculcano le opinioni popolari sull'Ade, che, secondo le loro idee, tendono alla pietà e alla santità. Le donne studiano filosofia con alcuni di loro, ma si astengono dai rapporti sessuali (*Geographica* XV, 1, 60; ed. MEINEKE 1877)³.

In questa descrizione si susseguono dunque due tipi di asceti: in *Geographica* XV, 1, 61 si passa poi a parlare di βραχμᾶνας (*brachmānas*, accusativo di βραχμᾶνες, *brachmānes*), che sono, con tutta probabilità, brāhmaṇi arcaici. Questi, distinti in abitatori delle foreste (ὕλοβιοι) e in esperti nell'arte medica (ιατρικοί, *iatrikoí*), sono in realtà molto simili tra loro, se non per la peculiare scelta di vita che li contraddistingue. Chi abita nelle foreste, infatti, pare adottare un tipico comportamento da rinunciante, ritirandosi dalla città per perseguire una vita ascetica lontana dalle convenzioni mondane. I medici invece devono vivere necessariamente più vicini alla città per poter praticare la terapia. Nonostante l'apparente distinzione tra i due, è probabile che essi condividano una forma comune di ascetismo itinerante e capace di tramandarsi conoscenze mediche acquisite proprio dalla frequentazione delle foreste, dove potevano essere presenti piante officinali.

Questa teoria sull'origine delle conoscenze mediche nelle tradizioni ascetiche indiane è stata proposta (SALGUERO 2022; WUJASTYK 2022: 399-413) proprio riconoscendo lo stretto legame che unisce pratica ascetica e conoscenza medica nell'India arcaica e spiegherebbe la propensione alla medicina che fin dall'inizio contraddistinse queste forme di ascetismo. Il successivo sviluppo di un impianto medico-teorico più articolato, così come l'annessa figura del medico quale specialista della malattia e delle tecniche terapeutiche, non sarebbe altro che una naturale prosecuzione di questo nucleo di conoscenze trasmesse forse con un modello simile a quello che legava un maestro al suo discepolo nelle tradizioni ascetiche e sapienziali dell'India antica (*paramparā*).

Gli estratti di Strabone che abbiamo presentato nell'introduzione sono con tutta probabilità citati a partire dagli *Indica* di Megastene, un'importante risorsa per la ricostruzione del panorama storico-antropologico dell'India nel III secolo a.C. Va detto che in questi racconti tanto i βραχμᾶνες che i γαρμᾶνες vengono menzionati non tanto con uno sguardo etnografico dell'autore, né per interesse a descrivere la cultura e le usanze degli asceti, di cui l'attitudine verso la pratica terapeutica degli ιατρικοί non è che una menzione *en passant*. Ciò che interessa Megastene è parlare dei φιλόσοφοι (*philosophoi*), di cui βραχμᾶνες e γαρμᾶνες sono presentati come diramazioni. Ciò detto, il racconto ha un involontario valore etnografico, in quanto ci prova anche l'esistenza di tendenze come quelle dei *vānaprastha* (asceti che rifiutavano *in toto* di interagire con la società e andavano ad abitare nelle foreste), a cui possiamo vagamente far corrispondere gli ὕλοβιοι.

Secondo Richard Stoneman (2019: 231), inoltre, le testimonianze di Megastene ci proverebbero che gli ὕλοβιοι sono con tutta probabilità «proto-Buddhists»:

There is a sharp divide in the Indian medical tradition between the practices of the Vedas, carried out by Brahmins, which rely mainly on magical practices and incantations, and those of the ascetics, which grew into Buddhist medicine or Ayurveda, reliant as stated on herbal remedies, but also on the balance of elements in the body, regulated by diet and also ointments (*ibidem*).

A nostro giudizio, tuttavia, anche gli ἰατρικοί possono essere ricondotti a una diramazione dei Buddhisti, i quali mostrano, come già detto, una approfondita conoscenza della medicina, e una spiccata propensione per formulare teorie medico-empiriche fin dalle prime attestazioni. L'opera di Kenneth G. Zysk (1998: 32-33), spunto per successivi studi in tal senso, è fondamentale per comprendere la natura di queste loro inclinazioni.

Tutte le attitudini mediche attestate da Megastene e Strabone trovano un riscontro nella letteratura buddhista pāli. I Greci ci dicono che gli ἰατρικοί indiani erano esperti nella preparazione di medicinali (φάρμακα, *phármaka*) tra cui unguenti (ἐπίχριστα, *epíchrista*) e impacchi (καταπλάσματα, *kataplásmata*). Nel canone pāli le menzioni di dettagliate procedure mediche che prevedono tutti gli elementi sopracitati sono numerose, come analizzato da Zysk, in particolare per quanto riguarda la figura del medico Jīvaka. Esempi di menzione di farmaci si trovano per esempio in testi quali *Dīgha Nikāya* 1; 2, *Saṃyutta Nikāya* 4, 1 o *Majjhima Nikāya* 7; 25. In questi testi, si parla di purgativi (*virecana*), medicinali benefici (*bhesajja*), tecniche di digiuno (*āhārupaccheda*) ed esercizi di apnea (*appānaka*). La medicina buddhista, come emerge da questi esempi, si concentra sulla purificazione del corpo per rimuovere le impurità e ristabilire l'equilibrio. Agli unguenti possiamo far corrispondere il pāli *ālepa*, vedendo come sono menzionati in testi quali il Mahāvagga, dove si descrive l'applicazione di unguenti terapeutici sul corpo del Buddha (Zysk 1982: 70-86).

Un'altra tipologia di farmaco importante nella letteratura pāli è l'emetico (*vamana* o *uddhamvirecana*), menzionato molto di frequente e talvolta addirittura come metonimia della medicina in generale. La tendenza è infatti quella di considerare l'emetico o il purgante (*virecana*) come purificatore del corpo. Inoltre, l'impiego di metafore e analogie tra la pratica ascetica buddhista e la medicina è molto frequente: conseguentemente, l'equivalenza tra l'insegnamento del Buddha e una sorta di farmaco universale è molto frequente (elemento che richiama alla mente il quadrifarmaco epicureo).

Un'altra menzione greca degli śramaṇa si trova in Clemente Alessandrino (*Stromata* I, 15, 71), che si riferisce a loro chiamandoli σαμαναίοι (*samanaíoi*) in relazione a tradizioni osservate tra i Battriani (σαμαναίοι Βάκτρων, *samanaíoi Báktrōn*). Egli nota anche che, tra gli Indiani, vi sono i gimnosofisti e altri filosofi barbari (ἰνδῶν τε οἱ γυμνοσοφισταί, ἄλλοι γε φιλόσοφοι βάρβαροι, *indōn te oi*

gymnosophistai, *álloi ge philósophoi bárbaroi*). Il termine γυμνοσοφισταί è di significato incerto. La maggior parte degli studiosi concorda nell'identificarli con i giainisti, tra cui ancora oggi è presente un movimento che promuove la nudità (*digambara*) e rifiuta di indossare indumenti. Ciò che rimane poco chiaro è se i γυμνοσοφισταί facciano parte dei σαμναίοι o se siano invece un gruppo indipendente. Clitarco di Alessandria, citato da Strabone, parla anche di un gruppo di asceti chiamati πράμνες (*prámmes*), ma anche questa è con tutta probabilità una corruzione di *σράμνες (*śramaṇa*), noti appunto per il fatto di viaggiare nudi (γυμνήτης, *gymnētēs*, “nudo”), il che rappresenta un punto di convergenza con quanto sappiamo dei giainisti. In questo caso vengono menzionati come opposti ai brāhmaṇi (βραχμᾶνες), noti per lo sviluppo delle scienze naturali (φυσιολογία, *physiología*) e astronomiche (ἀστρονομία, *astronomía*). Vi è poi un altro gruppo noto per l'impiego di medicinali, che trasportavano in borse in pelle di cervo (πήρας δ' ἔχειν ῥιζῶν καὶ φαρμάκων μεστάς, *péras d' échein rhizōn kai pharmákōn mestás*), anche se la loro medicina è criticata come non empirica e basata piuttosto sull'impiego di incantesimi (γοητεία, *goēteía*) e formule rituali (ἐπωδαί, *epōidai*), forse di tipo mantrico, nonché sull'utilizzo di amuleti (περίαπτα, *periapta*).

Certamente, l'abbandono degli indumenti è indicativo di un chiaro comportamento ascetico. Un altro passaggio significativo di Clemente Alessandrino è il seguente: «Ci sono poi fra gli Indiani seguaci delle dottrine di Budda [Βούττα (*Boýtta*)], che essi venerano come un dio per la sua straordinaria austerità» (*Stromata* I, 15, 72; ed. RIZZI, PINI 2006: εἰσὶ δὲ τῶν Ἰνδῶν οἱ τοῖς Βούττα πειθόμενοι παραγγέλμασιν. ὃν δι' ὑπερβολὴν σεμνότητος ὥς θεὸν τετιμῆκασιν, *eisì dè tō'n Indō'n oi tois Boýtta peithómenoi paraggélmassin; hōn di' hyperbolēn semnótētos hōs theōn tetimēkasi*). Questa è probabilmente la prima menzione in una lingua occidentale del nome di Buddha.

Facciamo questa doverosa premessa perché gli studi storico-antropologici sulle tradizioni indiane sottolineano l'importanza della pratica medica (DIVINO 2022: 271-298, 2023b: 307-335) e perché è stata proposta una connessione tra questa stessa attitudine medica e quella riscontrata in un particolare gruppo giudaico i cui membri erano noti come i θεραπευταί (*therapeytai*) e θεραπευτρίδες (*therapeytrídes*), da θεραπεύω, “curo” o “servo [Dio]” (*De vita contemplativa* 2). L'ipotesi consiste nella possibile influenza tra il Buddhismo indiano *theravāda* e i θεραπευταί, basata anche sulla somiglianza fonetica tra i due nomi. Intendiamo vagliare criticamente anche questo aspetto dell'ipotesi e dimostrare che, sebbene essa non regga sul piano linguistico, qualche somiglianza antropologica tra i due gruppi potrebbe permanere e una comparazione potrebbe comunque suscitare un interessante dibattito. Cionondimeno, mostreremo altri elementi a dimostrazione

del fatto che questa ipotesi di per sé non presenti elementi sufficientemente validi per provare un'influenza sui Terapeuti da parte di influssi indiani e del Buddhismo *theravāda*, il quale peraltro ha acquisito questo nome in un periodo più recente della storia buddhista.

Fin dalle sue origini, quindi, il buddhismo ha presentato un'attenzione particolare verso la medicina, tanto da poter essere considerato esso stesso una forma di terapia. Per comprendere appieno questo legame, è necessario analizzare il contesto storico e culturale in cui il buddhismo si è sviluppato e il rapporto con la cultura ascetica indiana (DIVINO 2022: 271-298, 2023b: 307-335).

Il pensiero buddhista si basa sul concetto di *dukkha*, un termine di difficile traduzione che indica un malessere esistenziale ed universale, una sofferenza intrinseca alla condizione umana. La dottrina buddhista si propone come una terapia per questo malessere, fornendo strumenti per la sua comprensione e la sua risoluzione. Le Quattro Nobili Verità, fondamento del pensiero buddhista, possono essere interpretate come un modello diagnostico: identificano il problema (*dukkha*), ne individuano la causa (l'ignoranza e l'attaccamento), indicano la possibilità di guarigione (il raggiungimento del *Nirvāṇa*) e prescrivono la terapia (il Nobile Ottuplice Sentiero).

Il rapporto tra buddhismo arcaico e pratica medica è testimoniato da diversi elementi. I testi antichi menzionano spesso pratiche mediche, come l'uso di erbe medicinali, purganti e unguenti, a dimostrazione di una conoscenza approfondita del corpo e delle sue funzioni, a cui si somma la presenza di un medico personale del Buddha, Jīvaka Komārabhacca. La figura di Jīvaka, che cura il Buddha con terapie āyurvediche, è significativa anche per la sua potenza terapeutica, descritta come quasi magica. Ma gli antichi Buddhisti erano dei medici? Praticavano la medicina? Le fonti suggeriscono che i monaci ricevevano una formazione medica e che i monasteri conservavano una tradizione fitoterapica. Le prove archeologiche mostrano la presenza di centri medici in prossimità di siti monastici. È probabile che i monaci praticassero la medicina come parte della loro attività di assistenza e cura all'interno della comunità (ZYSK 1982: 70-86, 1995: 153-154).

Il legame tra buddhismo e medicina si rafforza ulteriormente se si considera il ruolo centrale dell'ascetismo in entrambe le discipline. Gli asceti indiani (*śramaṇa*), tra cui gli antichi Buddhisti, erano noti per le loro conoscenze mediche, tramandate oralmente e basate sull'osservazione empirica e sulla sperimentazione. Questa tradizione medica, in contrasto con la medicina vedico-brāhmaṇica basata su magia, incantesimi e amuleti, si è evoluta nella medicina āyurvedica, influenzando profondamente il pensiero buddhista.

L'asceta buddhista, in quanto figura proto-medica, si caratterizza per la sua ricerca della purificazione e della liberazione dalla sofferenza. La pratica ascetica, che include la meditazione, il controllo del respiro e una disciplina alimentare, è finalizzata al benessere fisico e mentale. Il Buddha, pur criticando le forme di ascetismo estreme che conducono alla mortificazione del corpo, riconosce il valore di una "via mediana", in cui la cura del corpo è parte integrante del percorso di liberazione.

Il corpo, nel pensiero buddhista, è un luogo di sofferenza ma anche di potenziale trasformazione. La meditazione *sati*, che si concentra sull'analisi del corpo, mira a sviluppare una consapevolezza profonda dei suoi processi fisici e mentali. Attraverso la meditazione, il corpo diventa un veicolo di purificazione e di trasformazione.

La concezione buddhista della malattia è complessa e articolata. Il lessico pāli utilizza diversi termini per indicare la "malattia": *byāḍhi*, *roga* e *dukkha*. Gli ultimi due termini in particolare indicano sfumature particolari: una disfunzione o un malfunzionamento del corpo o della mente (*roga*), un malessere generalizzato che permea l'esistenza umana (*dukkha*). La medicina buddhista si propone di curare sia le malattie fisiche che quelle mentali, riconoscendo la profonda interconnessione tra corpo e mente (DIVINO 2022: 271-298).

Possibilità di contatto

Nel 2018 e nel 2022 sono stati rinvenuti presso l'area del tempio di Iside, a Berenice in Egitto, rispettivamente il corpo e la testa di una statua raffigurante il Buddha (fig. 1). L'importanza del rinvenimento è data dal fatto che si tratta del manufatto buddhista rinvenuto finora più a occidente. Precedentemente, infatti, statue di questo tipo non erano state rinvenute più a ovest dell'Afghanistan. Si tratta di un importante reperto che testimonia gli scambi commerciali e culturali tra il subcontinente indiano e i territori dell'impero romano. La statua è stata datata su base stilistica al II secolo a.C., ipotizzando come zona di provenienza Alessandria (SIDEBOTHAM *et al.* 2023: 13-28). Prima di questo reperto vi erano senz'altro altri tipi di attestazioni di una relazione di scambio tra l'India e l'Egitto, ma la statua può riaprire il dibattito sulla possibilità anche di mutue influenze culturali: in questo contesto, l'ipotesi buddhista sull'origine dei Terapeuti può essere sottoposta a nuovo vaglio scientifico.



Fig. 1. Ricostruzione della testa marmorea del Buddha dal cortile del tempio di Iside a Berenice con il corpo, sempre in marmo, ritrovato nella stessa area nel 2018 (SIDEBOTHAM *et al.* 2023: 13-28).

Infatti, con la conquista di territori indiani da parte di Alessandro Magno, a cui concesse il diritto di avere leggi proprie (HENGEL 1976: 24), il rapporto tra India e mondo mediterraneo divenne più stretto di quanto non avvenisse in precedenza. Nell'esercito di Alessandro erano presenti, inoltre, truppe ausiliarie costituite da elementi giudaici e samaritani, come riferiscono lo Pseudo-Ecateo (*apud* FLAVIO GIUSEPPE, *Contra Apionem* I, 192 ss.) e Flavio Giuseppe (*Antiquitates Iudaicae* XI, 321.339.345; HENGEL 1976: 137), non sappiamo se attivi anche in India.

Filone Alessandrino cita sette filosofi dell'antica Grecia, i magi persiani e i gimnosofisti dell'India come esempi di uomini buoni, che sono presenti non solo tra i greci, ma anche tra i barbari (*Quod omnis probus liber sit* 73-74). Filostrato narra del viaggio di Apollonio di Tiana in Persia e India per consultare i brāhmaṇi e poi in Egitto per fare visita ai gimnosofisti (*Vita Apollonii* I-V). Diogene Laerzio, citando il *Magicus* di Aristotele⁴ e i *Diadochai* di Sozione di Alessandria, scriveva

che, secondo alcuni, lo studio della filosofia trae le sue origini dai magi persiani, dai caldei babilonesi e assiri, dai gimnosofisti indiani e dai druidi o semnotei celti e galli (*Vitae et sententiae philosophorum* I, 1-11). E Clemente Alessandrino si esprime, ancora, in maniera simile (*Stromata* I, 71-73; TAYLOR, DAVIES 1998: 5).

In questo periodo di contatti tra India e mondo mediterraneo (sebbene a volte sovrastimati⁵), dunque, le origini della filosofia furono a volte ricondotte all'India. Lo stesso accade anche in una variante sullo stesso tema, in cui i Giudei sono presentati come filosofi originari dell'India. Si tratta di un frammento di Clearco, riportato da Flavio Giuseppe, con l'opinione di Aristotele, secondo cui coloro che in Siria, in Giudea e a Gerusalemme sono chiamati Giudei altro non sarebbero che filosofi indiani, chiamati in India Calami (*Contra Apionem* I, 22).

Come anticipato, alcuni studiosi hanno poi ritenuto, a partire dal secolo scorso, che il gruppo ebraico dei Terapeuti di cui scrive Filone (*De vita contemplativa* 1-90) possa aver ricevuto un qualche tipo di influenza da parte del buddhismo, sino a considerarli veri e propri Buddhisti o discendenti (in termini religiosi) di Buddhisti giunti in Egitto o a considerare quella dei Terapeuti una forma sincretistica che unisse elementi giudaici a elementi buddhisti. Sia scrittori pseudo-storici, che divulgativi, che, ancora, accademici hanno sostenuto questa tesi, come Robert Linssen (1958: 208), S.M. Pathak (1976: 140-142), Zacharias P. Thundy (1993: 64, 208, 211, 244-250, 252, 265), James M. Hanson (2005: 76) e Michael Lockwood (2019: 1, 65). In relazione a quanto scritto sopra, tali contatti sono verosimili, ma ciò non è sufficiente perché siano anche probabili.

Il primo elemento di analogia con i monaci buddhisti proposto consiste nell'utilizzo dei libri da parte dei Terapeuti (*De vita contemplativa* 29-30.76-78), cui tributavano particolare valore. Questa però non è una loro caratteristica esclusiva, essendo invece comune ad altri gruppi ebraici: i giudeocristiani, gli Esseni⁶ (FLAVIO GIUSEPPE, *Bellum Iudaicum* II, 159; PSEUDO-IPPOLITO, *Refutatio omnium haeresium* IX, 22, 2), la comunità dei rotoli del Mar Morto, probabilmente i sicari⁷ e i megariti. Ya'qūb al-Qirqisānī nel 937 scrisse, nel *Kitāb al-anwār wal-marāqib*, riguardo ai megariti che erano così chiamati perché i loro libri furono rinvenuti in una grotta, il migliore dei quali è indicato come alessandrino (I, 283, 18-20). I megariti spiegavano molti passi delle scritture in chiave allegorica (I, 304, 15). Wilhelm Bacher ipotizza che vadano messi in relazione con i Terapeuti (BACHER 1895: 703), che vivevano in tutti i voqoi (*nomoi*) d'Egitto, ma in particolare nei dintorni di Alessandria (FILONE, *De vita contemplativa* 21), e che interpretavano le Scritture in chiave allegorica (28-29; ZURAWSKI 2017: 494-496, 501).

Il fatto che i rotoli di Qumran siano stati rinvenuti, a partire dal 1947, in grotte riposte nelle grotte rappresenta un parallelo significativo con quanto scrive

al-Qirqisānī sui “Megariti”. Inoltre, rotoli nella zona di Qumran (vicina a Gerico) furono scoperti già nell’antichità, come testimonia Origene, che scrive di essersi servito per la *Hexapla* di un rotolo ebraico contenuto in una giara rinvenuta in una grotta vicino a Gerico (THIEDE 2003: 119). Il brano di al-Qirqisānī costituisce un ulteriore elemento di analogia tra Terapeuti ed Esseni e rotoli del Mar Morto, oltre a quelli che emergono dai rotoli e da Filone e Giuseppe. Ma non è possibile affrontare in questa sede il rapporto tra Esseni e Terapeuti.

Fuori dall’India, anche i Buddhisti di I secolo d.C. utilizzavano i libri, redatti da monaci buddhisti dello Sri Lanka già nel I secolo a.C., al tempo del re Vattagamani Abbhaya (ca. 88-76 a.C.), come narrato nella *Cronache di Ceylon*. Yuan Chwang scrive che i monaci buddhisti avrebbero composto un canone delle scritture già nel IV secolo a.C. Questa informazione, però è nota grazie a una testimonianza di VII secolo d.C. (THUNDY 1993: 64). Non si può escludere a priori e in assoluto un’influenza di qualche tipo tra culture e società diverse, anche in assenza di elementi determinanti per provarla. Tuttavia, l’analogia che si è sopra evidenziata con altri gruppi giudaici, come la comunità dei rotoli del Mar Morto (i più antichi dei quali sono datati già al II secolo a.C., quindi di un secolo precedenti l’attestazione dei libri buddhisti di cui sopra), mostra come all’interno del variegato mondo del cosiddetto “settarismo” ebraico la presenza di biblioteche fosse attestata già due secoli prima dell’attestazione filoniana di una comunità di Terapeuti ad Alessandria. Pertanto, non è necessario introdurre le biblioteche buddhiste del I secolo d.C. per spiegare perché i Terapeuti ne possedessero una.

Peraltro, vi è un’ulteriore analogia tra l’impiego dei libri presso i Terapeuti e nella comunità dei rotoli del Mar Morto. Se i primi, infatti, il settimo giorno si riunivano in assemblea comune (FILONE, *De vita contemplativa* 30) e ascoltavano la lettura ad alta voce dei testi, lo stesso facevano gli Esseni (FILONE, *Quod omnis probus liber sit* 81-82) e nei rotoli del Mar Morto si sottolinea l’importanza della lettura collettiva (1QS 6, 6-8; POPOVIĆ 2017: 446).

Roger T. Beckwith ritiene che vi sia un parallelo tra il riferimento alle leggi e agli oracoli dati per ispirazione attraverso profeti e *Salmi* e gli altri libri dei Terapeuti (*De vita contemplativa* 25), Luca 44, 24 e testo di Qumran chiamato *Miqsat Ma’ase ha-Torah* (*Alcuni precetti sulla Torah*, 4QMMT), in cui si dice ai lettori di fare riferimento alla Legge, ai profeti e a Davide (cioè ai *Salmi*). Beckwith (1991: 388) definisce i Terapeuti «a quasi-Essene group» (ivi: 388) e sottolinea il fatto che sia i Terapeuti che gli Esseni e la comunità dei rotoli del Mar Morto possedevano un’importante biblioteca di Sacre Scritture e libri di interpretazione delle stesse (ivi: 388, 392), noti a Qumran come *pešarim*.

Inoltre, Jason M. Zurawski (2017: 501) rileva che l'educazione essena, secondo Filone, è interamente dedicata all'aspetto morale della filosofia, poiché la parte logica non è necessaria per l'acquisizione delle virtù e la parte naturale è utile solo per la contemplazione dell'esistenza di Dio e della creazione dell'universo (FILONE, *Quod omnis probus liber sit* 80). Nella loro educazione, utilizzano come pedagoghi le loro patrie leggi (80: τοῖς πατρίοις νόμοις, *toîs patriois nómois*). Come già accennato, essi vengono istruiti con queste leggi durante tutta la settimana, ma soprattutto il sabato, quando si riuniscono nelle sinagoghe. Lì un membro del gruppo legge i libri e un altro, uno degli anziani più esperti, insegna, spiegando il significato filosofico e simbolico del testo (81-82). In questo modo i membri della comunità vengono educati alla pietà, alla santità, alla giustizia, all'economia, alla politica, alla conoscenza di ciò che è buono, cattivo, utile per l'amore di Dio, della virtù e dell'uomo (83).

Analoga, per Zurawski (2017: 501), è la descrizione che Filone fornisce dell'educazione dei Terapeuti. Durante la settimana studiano in completa solitudine, filosofando sulle Scritture allegoricamente, considerando cioè le interpretazioni letterali simboli del significato segreto da chiarire attraverso interpretazioni allegoriche più profonde (FILONE, *De vita contemplativa* 28: ἐν ὑπονοίαις, *en hyponoíais*). Studiano anche antichi trattati allegorici, che tentano di imitare nella redazione di nuove opere scritte (29). Poi, come gli Esseni, si riuniscono di sabato e uno dei membri più anziani istruisce gli altri, interpretando allegoricamente il significato della Legge (30-31). Come per gli Esseni, ancora, la Legge ebraica è funzionale all'educazione e alla filosofia dei Terapeuti. Essi, infatti, sono educati dalla natura e dalle sacre leggi a servire Dio (2: ἐκ φύσεως καὶ τῶν ἱερῶν νόμων ἐπαιδεύθησαν θεραπεύειν τὸ ὄν, *ek phýseōs kai tōn hierōn nómon epaideýthēsan therapeúein tò ón*). Una delle due etimologie che propone Filone per il nome θεραπευταί, peraltro, è proprio θεραπεύω, nell'accezione di "servire", riferito alla Divinità (2; HORSLEY 1979: 41; RUNIA 2000: 373).

Il secondo indizio a favore di un'influenza buddhista sul gruppo giudaico in esame sarebbe lo stile di vita ascetico dei Terapeuti, paragonato a quello dei monaci buddhisti (THUNDY 1993: 208). I Terapeuti praticavano infatti un regime di vita molto semplice, considerando la vanità il principio della menzogna e la semplicità quello della verità: dalla menzogna, secondo loro, sgorgerebbero le molteplici forme del male, mentre dalla verità l'abbondanza dei beni umani e divini (FILONE, *De vita contemplativa* 39). Secondo Thundy, tale stile di vita non sarebbe previsto dal giudaismo, da cui l'idea che derivi dal buddhismo (*ibidem*). Ma la dicotomia tra verità e menzogna, elette quasi a compendio rispettivamente di bene e male, è un tema che ricorreva diffusamente già nei rotoli del Mar Morto (per esempio, in 1Qs 3,18-21.24-25; 4, 2-5.9.19-22).

Inoltre, se è vero che l'ascetismo non era imposto dalla Legge a tutti gli ebrei, era comunque una scelta di vita contemplata sin da opere molto antiche all'interno del *Tanak* (la Bibbia ebraica), come *Šofetim* (il *Libro dei Giudici*), in cui per esempio è prescritto alla madre di Sansone: «Ora guàrdati dal bere vino o bevanda inebriante e non mangiare nulla d'impuro. Poiché, ecco, tu concepirai e partorirai un figlio sulla cui testa non passerà rasoio, perché il fanciullo sarà un nazireo di Dio fin dal seno materno» (*Giudici* 13,4-5; ed. C.E.I. 2008, vol. I).

Per quanto possibile, dunque, anche in questo caso un'influenza esterna riguardo uno stile di vita più morigerato non può essere provata con la semplice, eventuale assenza nel giudaismo antecedente (che comunque non basterebbe a provare un'influenza esterna perché potrebbe sempre trattarsi di un'innovazione endogena), poiché, appunto, l'ascetismo era già contemplato nel *Libro dei Giudici*, solo per fare un esempio. Infine, oltre ai Terapeuti, nel I secolo d.C., vi erano altri esempi di ascetismo ebraico, come quello degli Esseni, di Giovanni il Battista⁸, di Banno (FLAVIO GIUSEPPE, *Vita* 11; DIVINO, DI LENARDO 2023: 146-149, 153, 159) o dei Samaritani dositei (Epifanio di Salima, *Panarion* 13, 1, 2).

Difficoltà linguistiche

Un terzo elemento a sostegno della “ipotesi buddhista” sarebbe il parallelo etimologico tra *θεραπευταί* e *theravāda* (da cui *θεραπευταί* deriverebbe, secondo Thundy), da *thera*, “anziani”, o *arahats*, “il perfetto”, e *vada*, “dottrina” (THUNDY 1993: 211). In realtà, *thera* significa sì “anziano” (deriva da *sthavira*, riconducibile alla radice indoeuropea **stéwh₂ros*, che è probabile significhi “stecca” o “bastone” come il termine correlato *sthūra*, in riferimento a ciò a cui si appoggiano gli anziani), ma *-vāda* è semplicemente un suffisso derivativo. Thundy (ivi: 245) afferma inoltre che il greco, che non ha i suoni corrispondenti per le fricative labio-dentale e per le fricative apico-dentali, avrebbe cambiato l'indiana /v/ nella greca /p/, come nel tamil *karuvā*, “cannella”, che diventa *καρπιον* (*karpion*) in Ctesia (analogamente Buddha viene scritto Βούττα da Clemente Alessandrino). La prova linguistica – va detto – è estremamente debole e va considerata paraetimologica per almeno due ragioni.

In primis, la proposta etimologica di Thundy non regge il confronto con le leggi fonetiche indoeuropee. Tanto le lingue indiane quanto il greco appartengono alla famiglia linguistica indoeuropea, dove si può ricostruire con un buon margine di certezza il meccanismo evolutivo delle radici semantiche. Se i termini *theravāda* e *θεραπεύω* (*therapeýō*)/*θεραπευταί* presentassero un antenato comune proto-indoeuropeo, allora questi non rispetterebbe in alcun modo le leggi fonetiche.

Volendo forzare la teoria, la radice comune sarebbe **t^hérey-*, ma, indipendentemente dalla ricostruzione ipotizzata, non rispetterebbe le leggi fonetiche note. L'equivalenza tra indiano /e/ e greco ε, infatti, non sussiste, in quanto le lingue indiane riducono ad /a/ il timbro vocalico /e/ indoeuropeo, mentre il greco tende a conservarlo nella maggior parte delle occorrenze. Le lingue indiane presentano /e/ come il risultato della monotongazione di /ai/ nei contesti in cui si è formato in proto-indo-iranico o proto-indo-ario un dittongo del genere (KÜMMEL 2014: 204-221; FORTSON 2015).

Inoltre, anche l'aspirata iniziale presenta dei problemi. Di norma, a una *th-* indiana può corrispondere un θ greco. Tuttavia, la ricostruzione di θεράπων (*therápōn*), “servitore”, “aiutante”, “compagno”, ha sviluppato la θ per via di un **tr-* iniziale, che nello specifico deriva dalla radice **treb-* (BEEKS 2010: 541, 1467), che infatti Beeks collega alla radice di τέραμνον (*téramnon*), “stanza”, “camera”, “casa”, “portico”.

Sappiamo che Thundy ha in realtà ipotizzato come più ragionevole un prestito successivo, ma anche in questo caso – ed è la seconda ragione per cui la sua ipotesi etimologica è problematica – vi è una difficoltà non indifferente: è infatti difficile dimostrare che già nel III, nel II o nel I secolo a.C. o nel I d.C. vi fosse una qualche comunità buddhista indiana che utilizzasse il termine *theravāda* per definirsi, in quanto questo termine ha assunto l'accezione specifica che gli diamo oggi solo recentemente. L'origine del termine ha a che fare con gli Sthāvirīya, il gruppo degli “anziani”, in riferimento alla presunta antichità della scuola buddhista in questione. Sebbene vi siano segnali che ci facciano sospettare che un appellativo del genere venisse talvolta usato in riferimento a un gruppo ipotetico del buddhismo post-conciliare (IV secolo a.C.) che si rifaceva principalmente agli insegnamenti dei *Nikaya*, va detto che l'accezione specifica di *theravāda* per indicare le scuole buddhiste sudasiatiche è divenuta di uso comune anche per opera di Ananda Metteyya, nato Allan Bennett, fautore della diffusione del buddhismo in Europa (BATCHELOR 1994).

Ad ogni modo, il termine *theravāda*, in sanscrito *sthaviravāda*, è anch'esso problematico. Di norma lo si riconduce alla radice *sthūra*, che indica un bastone – da cui forse la metonimia dell'anzianità. Nello specifico, ci si riferisce allo scisma del gruppo degli anziani come agli *Sthāvira nikāya*, da cui è possibile che il nome *sthaviravāda* si sia originato (SKILTON 2000: 49, 64). Anche dunque volendoci appoggiare a queste antiche attestazioni come potenziali nomenclature indicanti il buddhismo antico, è difficile immaginare che questo termine venisse associato in particolare all'attitudine medica di quei Buddhisti *theravādin* che secondo Thundy avrebbero influenzato le comunità giudaiche dei Terapeuti.

Thundy (1993: 244) dichiara che Filone non conosca l'etimologia di θεραπευταί e la derivazione dal greco θεραπεύω, nell'accezione di “curare” o di “servire”, che – ritiene – sarebbe solo un'ipotesi dell'alessandrino. Filone però scrive di non aver aggiunto nulla di suo riguardo ai Terapeuti (*De vita contemplativa* 1) e l'etimologia di θεραπευταί da θεραπεύω è congrua sia rispetto al riferimento alle loro pratiche di cura dei corpi e delle anime (*De vita contemplativa* 2) che rispetto alla loro devozione nel servire Dio, di cui già si è detto.

Vegetarianismo e celibato

Il quarto paragone consiste nel vegetarianismo dei Terapeuti, comune ai monaci buddhisti (THUNDY 1993: 244). I Terapeuti, infatti, non mangiavano cibi ricchi, ma solo pane e sale e, volendo, issopo, e bevevano acqua fresca: mangiavano e bevevano, dunque, solo ciò che serve a non patire la fame e la sete, evitando la sazietà, considerata nemica tanto dell'anima quanto del corpo (FILONE, *De vita contemplativa* 37). L'Alessandrino contrappone (58.64) la continenza del regime alimentare dei Terapeuti – dediti invece alla scienza e alla contemplazione delle cose di natura secondo i precetti di Mosè (64) – all'opulenza dei banchetti romani, greci (a cui partecipavano anche Socrate, Senofonte e Platone; 57-59) e barbari, che deplora (48-49.53-56) e i cui commensali indulgevano anche nella lussuria con i giovinetti (50-52.59-63).

Un esempio di atteggiamento opposto a quello dei Terapeuti, nell'ambito dell'ebraismo, è la sepoltura, di epoca asmonea, dell'aristocratico ebreo Giasone⁹, che, secondo Martin Hengel (1993: 84), probabilmente era stato un capitano pirata. Nella tomba sono presenti graffiti greci con il motto: «Godete finché vivete», secondo lo studioso dagli evidenti echi epicurei. Questa iscrizione, «illustra il nuovo stile di vita aristocratico-ellenistico già noto, all'incirca centocinquanta anni prima, a Qohelet» (ivi: 85), dove infatti si legge: «Per stare lieti si fanno banchetti / e il vino allietta la vita, / ma il denaro risponde a ogni esigenza» (*Ecclesiaste* 10, 19; ed. C.E.I. 2008, vol. II).

Quanto concerne i Buddhisti invece è abbastanza dibattuto. Certamente è riscontrabile una tendenza al vegetarianismo fin dalle fonti antiche. La propensione all'astenersi dal consumo di carni animali è ben documentata anche come prescrizione motivata da ragioni mediche di “purezza” (DIVINO 2023a: 55-57). Abbiamo inoltre la testimonianza delle fonti greche in merito:

While the Brahmins live on fruits and abstain from meat, devote many hours to worship, observe silence and fasting, the Samanaioi [cioè sempre gli *śramaṇa*] are described as living in an 'order' (εἰς τὸ τάγμα ἐγγράφεσθαι [*eis tagma eggráphes-*

thai]) and living outside the cities in houses and precincts built for them by the king (οἴκους καὶ τεμένη ὑπὸ τοῦ βασιλέως οἰκοδομηθέντα [*oikouys kai teménē ypò toŷ basiléōs oikodomēthénta*]); they are summoned to meals by a bell, at which each has his own bowl, and they end their lives by suicide by fire. This all sounds very Buddhist except for the routine use of death by fire (STONEMAN 2019: 328).

Ma anche per spiegare il vegetarianismo dei Terapeuti, emblema del loro ascetismo anche nelle scelte alimentari, non è necessario richiamarsi ai monaci buddhisti. Parallelismi senz'altro più vicini culturalmente, cioè restando nell'alveo dell'ebraismo, si hanno sin da *Berešit* (il *Libro della Genesi*), con Dio che prescrive all'uomo di mangiare erbe e frutti (1, 29-30), e poi con Daniele quando si nutre solo di legumi (*Daniele* 1, 8-15). Si pensi poi al vegetarianismo del gruppo giudaico dei nasarei di cui scrive Epifanio (*Panarion*, Anacephalaeosis I, tomo I, 19, 1; 18, 1, 4), dei Samaritani dositei (*Panarion*, Anacephalaeosis I, tomo I, 13, 1; 13, 1, 1), di Giacomo il Giusto, fratello di Gesù (EGESIPPO, *Hypomnemata* V, apud EUSEBIO DI CESAREA, *Historia ecclesiastica* II, 23, 5 e apud GIROLAMO, *De viris illustribus* 2; EPIFANIO, *Panarion* 78, 13, 2-3; 14, 1-2), dell'osseo Elxai (*Panarion* I, 19, 3, 6) e degli ebioniti (*Panarion* 30, 15, 3), che attribuivano tale vegetarianismo anche a Giovanni il Battista (*Vangelo degli Ebioniti*, apud EPIFANIO, *Panarion* 30, 13, 4-5; KELHOFFER 2005: 139; DIVINO, DI LENARDO 2023: 147-148), a Gesù (*Vangelo degli Ebioniti*, apud *Panarion* 30, 22, 1-5) e a Pietro (*Viaggi*, apud *Panarion* 30, 15, 3).

Tornando agli elementi portati a supporto dell'“ipotesi buddhista”, il quinto tema è quello del celibato. Thundy (1993: 245) collega, infatti, le vergini anziane dei Terapeuti (BRAYER 1969: 122) con le *bhikkhunī* buddhiste. Il celibato, però, nel contesto ebraico dell'epoca era praticato anche tra alcuni Esseni (FILONE, *Hypothetica*, apud EUSEBIO, *Praeparatio evangelica* VIII, 11, 14; FLAVIO GIUSEPPE, *Bellum Iudaicum* II, 120; PLINIO IL VECCHIO, *Naturalis historia* V:17; PSEUDO-IPPOLITO, *Refutatio omnium haeresium* IX, 18, 3; ZIAS 2000: 221-222), da Simeon ben Azzai (VAN DER HORST, CASTELLI 2002: 390), tra i Gesuani da Giovanni figlio di Zebedeo (almeno secondo EPIFANIO, *Panarion* 28, 7, 5; 78, 13, 2), Giacomo il Giusto (*Panarion* 30, 2, 6; 78, 13, 2) e le «quattro figlie nubili» del diacono Filippo «che avevano il dono della profezia» (*Atti* 21, 9; cfr. *Panarion* 78, 16, 6), tra gli ebioniti con gli anziani e vergini (*Panarion* 30, 2, 6) e poi nel nascente Cristianesimo con la figure delle vergini (*Prima e Seconda lettera di Clemente alle vergini*; SIROLI 1966: 95-114).

Altri elementi

Il sesto parallelo si ha tra la vita comunitaria dei Terapeuti e le *saṅghārāma*, dove vivevano gli emissari buddhisti inviati dall'imperatore Aśoka nel III secolo a.C. (THUNDY 1993: 246). Thundy identifica i presunti guaritori *theravāda* con tali missionari (ivi: 245), ma non vi è prova che essi siano giunti oltre l'Iran. Comunque, le abitazioni di coloro i quali, tra i Terapeuti, vivevano in comunità, infatti, erano molto semplici e non erano troppo vicine le une dalle altre, come in città, per permettere loro di fare esperienza della solitudine, ma neppure troppo distanti, per mantenere uno spirito di comunità e difendersi in caso di scorrerie di briganti (FILONE, *De vita contemplativa* 24). In ogni abitazione dei Terapeuti vi è una stanza sacra, chiamata santuario e monastero, in cui vengono iniziati ai misteri e in cui non introducono né bevanda, né cibo, né altro necessario ai bisogni dei corpi, ma solo le leggi, gli oracoli dei profeti e gli inni (25).

Anche questo elemento di somiglianza con il monachesimo buddhista, però, non appare dirimente. Infatti, vi sono due possibili modi di condurre un'esistenza ascetica: da soli, isolati o in una comunità o edificio collettivo (isolato oppure situato in una città o in un villaggio). L'ascetismo cristiano ha contemplato sia la vita solitaria che quella comunitaria, con la nascita del monachesimo eremitico e cenobitico nel III-IV secolo, sempre in Egitto (e forse non per caso), con Antonio e Pacomio. Anche il giudaismo del I secolo d.C. sviluppò queste diverse possibilità: gli Esseni vivevano all'interno di proprie comunità o in città come gli altri ebrei (per esempio nel probabile quartiere esseno di Gerusalemme; REISNER 1997: 217-250; PIXNER 1997: 22-31) e i Terapeuti vivevano in città oppure in insediamenti propri. Anche i giudeocristiani si riunivano in abitazioni private come i Terapeuti. Il sito archeologico di Khirbet Qumran, se connesso con i rotoli della comunità rinvenuti nelle vicine grotte, potrebbe essere uno di questi insediamenti di asceti ebrei. L'ascetismo solitario era invece praticato per un periodo o per tutta la vita da figure come Giovanni il Battista, Gesù durante i quaranta giorni trascorsi nel deserto (*Marco* 1:12-13; *Matteo* 4:1-11; *Luca* 4:1-12) e Banno (FLAVIO GIUSEPPE, *Vita* 11; DIVINO, DI LENARDO 2023: 146-149, 153, 159), come già ricordato.

Infine, si potrebbe essere tentati di considerare i Terapeuti di Alessandria più permeabili a influenze ellenistiche (e dunque in questo caso anche a quelle buddhiste, che in epoca ellenistica raggiunsero il mondo mediterraneo) rispetto ai gruppi palestinesi (come gli autori dei rotoli del Mar Morto, gli Esseni, forse gli Emerobattisti) in base all'idea che gli ebrei palestinesi fossero meno ellenizzati o più conservatori di quelli della diaspora. Se ovviamente un pescatore di un piccolo villaggio della Galilea verosimilmente fu meno esposto agli scambi intellettuali internazionali di un ricco e istruito abitante di Alessandria d'Egitto, non

è corretto considerare il giudaismo palestinese necessariamente meno ellenizzato di quello della diaspora. Al contrario, un gruppo giudaico in terra straniera avrebbe potuto cercare di “resistere” culturalmente al contesto in cui si trovava e dar vita così a fenomeni di radicalizzazione. Due esempi a supporto ci giungono da Flavio Giuseppe, che racconta delle rivolte dei sicari della diaspora, che erano presenti e insorsero nel 73 d.C. o poco dopo proprio ad Alessandria d’Egitto (*Bellum Iudaicum* VII, 409-421.433) e nella Cirenaica (VII, 437-453). Un altro esempio, dalle dimensioni ancor più significative, è la Seconda guerra giudaica (115-117 d.C.), che vide gli Ebrei insorgere contro i dominatori romani in Cirenaica, Egitto e Siria e a Cipro.

L’ellenismo e l’ellenizzazione (per quanto si tratti di un concetto composito e a tratti persino contraddittorio; HENGEL 1981: 123), infatti, in particolare nel primo periodo ellenistico, ma a mio avviso non solo, possiedono una fortissima componente politico-sociale. Per contro, secondo Hengel, gli aspetti filosofici, letterari e religiosi rivestono, almeno inizialmente, un’importanza secondaria, ma vengono acquistando sempre più rilievo con il passare del tempo (ivi: 111). In Egitto e in altre comunità della diaspora ebraica ellenistica, infatti, si oppose «una sorprendente resistenza al tentativo di una effettiva assimilazione», che avrebbe costretto le comunità giudaiche «ad abbandonare il *proprium* della fede giudaica, la fedeltà alla legge e al monoteismo» (ivi: 176).

Hengel (1993: 77-78) ritiene, inoltre, che è spesso

difficile attribuire specifiche concezioni teologiche prevalentemente o esclusivamente “alla diaspora ellenistica” o “al giudaismo palestinese”. Da un lato, infatti, si tiene troppo poco presente che il giudaismo grecofono della diaspora costituiva una chiara unità ancor meno del giudaismo di Palestina precedente il 70 d.C., che, come oggi sappiamo, era un fenomeno assai stratificato; dall’altro – se si prescinde dall’opera di Filone, unica nel suo genere e sostanzialmente non comparabile con alcunché –, non possediamo un numero particolarmente cospicuo di testimonianze letterarie attribuibili con assoluta certezza a questo giudaismo della diaspora già di per sé contrastante, non foss’altro per ragioni geografiche e sociali.

Al termine della sua monografia *L’“ellenizzazione” della Giudea nel I secolo d.C.*, poi, lo studioso conclude che «il giudaismo palestinese, dopo un periodo di oltre trecent’anni passato sotto l’influenza della cultura ellenistica greca, può essere definito “giudaismo ellenistico”» (ivi: 129).

Una radicale distanza tra giudaismo palestinese e giudaismo alessandrino

contaminato dall’ellenismo [...] non è più sostenibile in questa forma. Se così stessero le cose, allora anche in Palestina il giudaismo sarebbe stato a modo suo “contaminato dall’ellenismo”, ma tale predicato è intrinsecamente del tutto assurdo e, in questo contesto, va respinto a *limine* (*ibidem*).

Il giudaismo palestinese, in altre parole, era esso stesso un giudaismo ellenistico e la Palestina si trovava sotto il graduale influsso culturale dell'ellenismo da secoli al tempo di Gesù e di Flavio Giuseppe, sin da prima dell'epoca dei Maccabei (HENGEL 1981: 87-135).

Come ha sottolineato anche James H. Charlesworth (1998: 124-135), «Gerusalemme era una delle città principali di una cultura cosmopolita. Possedeva non soltanto il Tempio, ma anche una grande arena per le corse di carri e di cavalli (un ippodromo, vedi *Antichità giudaiche* 17,255; *Guerra giudaica* 2,44), uno stadio per le gare di atletica (un *gymnasium*, vedi *IMaccabei* 1,14; *2Maccabei* 4,7-20; *Antichità giudaiche* 12,241), e grandi teatri». Inoltre,

Erode era un atleta, costruì il *gymnasium*, e almeno una volta assistette personalmente ai giochi olimpici. Le grandi arene per le gare di atletica a Gerusalemme e strutture analoghe ritrovate in Galilea (a Magdala e a Tiberiade) dimostrano che gli ebrei (o almeno una parte di loro) erano molto appassionati agli sport ellenistici (ivi: 135).

Secondo Harold A. Harris (1976: 96, cit. in CHARLESWORTH 1998: 135), non vi è «alcuna prova che gli ebrei ortodossi si tenessero alla larga dai giochi in Palestina». E nella «città di Gerusalemme e nelle sue vicinanze sono state scoperte varie iscrizioni in molte lingue, specialmente in greco, aramaico, latino ed ebraico; e queste ci permettono di comprendere meglio il fenomeno linguistico descritto in *Atti* 2 [...]. L'influenza ellenistica è evidente nei sigilli sui papiri samaritani» (*ibidem*).

Non si può dunque ritenere l'ellenismo un elemento tale da considerare i Terapeuti come un fenomeno autonomo rispetto al più generale giudaismo del tempo (per quanto frastagliato), né un elemento tale da legittimare un paragone prioritario dei Terapeuti con altri fenomeni ellenistici extra-ebraici (come la conoscenza del Buddhismo nel contesto mediterraneo) anziché (o prima che) con gli altri gruppi ebraici palestinesi contemporanei o precedenti, come gli Esseni o la comunità dei rotoli del Mar Morto.

Conclusioni

In questo articolo abbiamo analizzato l'ipotesi di un'influenza buddhista sui Terapeuti, un gruppo giudaico diffuso in Egitto e in particolare ad Alessandria nel I secolo d.C. Dopo aver esposto il contesto storico delle interazioni tra India e mondo mediterraneo, abbiamo confrontato in dettaglio gli elementi di similitudine tra la pratica dei Terapeuti e quella degli antichi Buddhisti *theravāda*: l'attitudine medica, l'ascetismo, il vegetarianismo, il celibato e l'uso delle bi-

biblioteche sacre. Attraverso un'attenta analisi filologica, storica e comparativa, abbiamo mostrato che, sebbene esistano analogie significative tra i due gruppi, queste non bastano a provare un'influenza diretta. Le convergenze appaiono meglio spiegabili come espressione di tendenze ascetiche e terapeutiche comuni a diverse culture, piuttosto che come risultato di un contatto specifico tra monaci buddhisti e Terapeuti.

L'ipotesi di una filiazione diretta, sostenuta da studiosi come Thundy, risulta infondata soprattutto sul piano linguistico ed etimologico, mentre l'analisi delle pratiche ascetiche e culturali mostra radici endogene e parallele all'interno del giudaismo antico.

In conclusione, nel I secolo d.C. ad Alessandria d'Egitto erano effettivamente presenti degli indiani ivi residenti, come attestato da Dione Crisostomo (*Oratio* 37; THUNDY 1993, 247, 264), e discendenti di antenati indiani precedentemente stanziati in Etiopia, come si legge in Flavio Filostrato (*Vita Apollonii* VI, 11; THUNDY 1993: 243-244), ma lo stesso potrebbe valere per Antiochia, dove Augusto ricevette una legazione dall'India (NICOLAO DI DAMASCO, *apud* STRABONE, *Geographica* XV, 1, 73; *ivi*: 249) nel 21 a.C. (*ivi*: 248), e per Roma, dove Claudio ricevette un'ambasceria dallo Sri Lanka (Plinio il Vecchio, *Naturalis historia* VI, 14; *ivi*: 249-250). Legati indiani furono successivamente inviati anche a Traiano, Antonino Pio, Settimio Severo, Elagabalo, Aureliano, Costantino, Giuliano e Giustiniano (*ivi*: 248). A ciò, si potrebbe aggiungere, forse, l'attività missionaria apostolica in India già nel I secolo, che secondo Geza Vermes (2000: 90) avrebbe carattere storico.

Pertanto, sebbene influenze orientali anche indo-iraniche (e segnatamente persiane; CHARLESWORTH 1998: 105) siano evidenti nell'apocalittica giudaica del secondo tempio, non sembrano esservi elementi sufficienti a sostenere una "filiazione" dei Terapeuti da Buddhisti giunti in Egitto, ma nemmeno un prestito diretto sui terapeuti da parte del Buddhismo. Ciò che vi è di certo sono i contatti diplomatici e commerciali tra India e mondo ellenistico e alcune analogie tra monaci buddhisti e gruppi ebraici (Terapeuti ed Esseni) di carattere generale, comuni forse più per alcuni elementi comuni del contesto ideologico delle pratiche ascetiche, per il carattere di un qualsiasi stile di vita ascetico di per sé, al di là delle sue varie declinazioni culturali, che per qualche influenza diretta e specifica, che dunque, al momento attuale, resta impossibile da confermare.

L'importanza di questi raffronti evidenzia la centralità che le concezioni terapeutiche svolgono da sempre nelle tradizioni che tendiamo a definire "religiose", ma che nel loro complesso rivelano un interesse olistico per l'essere umano che va al di là delle semplici idee di spiritualità e di norme socioculturali. L'auspicio

è quello di accendere un rinnovato interesse dell'antropologia medica anche per queste tradizioni, nella speranza che lo studio della loro concezione del corpo, della malattia e del benessere permetta una comprensione più approfondita dei tutti gli altri aspetti di questi movimenti, siano essi intesi o meno come dottrinali. Infine, è nel confronto rigoroso atto a segnalare somiglianze tanto quanto divergenze che aspetti precedentemente ignoti possono essere disvelati.

Note

⁽¹⁾ Cfr. LINGIARDI (2018) che parla di diagnosi come di «momento decisivo della conoscenza di sé» (ivi. IX) e «possibilità di ripensare la nostra storia e il nostro futuro, il nostro posto nel mondo [...] non è mai un fatto neutro, e porta con sé una dimensione esistenziale. Sociale, come vuole Sontag. Intima, come vuole Woolf» (ivi: 123).

⁽²⁾ Per un approfondimento sulla medicina nell'antichità e in particolare sull'archeologia dei medicinali, si rinvia a RAITANO 1995.

⁽³⁾ τοὺς δὲ Γαρμᾶνας τοὺς μὲν ἐντιμοτάτους ὕλοβίους φησὶν ὀνομάζεσθαι, ζῶντας ἐν ταῖς ὕλαις ἀπὸ φύλλων καὶ καρπῶν ἀγρίων, ἐσθῆτος φλοιῶν δενδρείων, ἀφροδισίων χωρὶς καὶ οἴνου: τοῖς δὲ βασιλεῦσι συνεῖναι, δι' ἀγγέλων πυνθανομένοις περὶ τῶν αἰτίων καὶ δι' ἐκείνων θεραπεύουσι καὶ λιτανεύουσι τὸ θεῖον. μετὰ δὲ τοὺς ὕλοβίους δευτερεύειν κατὰ τιμὴν τοὺς ἱατρικοὺς καὶ ὡς περὶ τὸν ἄνθρωπον φιλοσόφους, λιτοὺς μὲν μὴ ἀγραύλους δέ, ὀρύζῃ καὶ ἀλφίτοις τρεφομένους, ἃ παρέχειν αὐτοῖς πάντα τὸν αἰτηθέντα καὶ ὑποδεξάμενον ξενία: δύνασθαι δὲ καὶ πολυγόνους ποιεῖν καὶ ἀρρενογόνους καὶ θηλυγόνους διὰ φαρμακευτικῆς: τὴν δὲ ἱατρειὰν διὰ σιτίων τὸ πλέον, οὐ διὰ φαρμάκων ἐπιτελεῖσθαι: τῶν φαρμάκων δὲ μάλιστα εὐδοκιμεῖν τὰ ἐπὶ χρίστα καὶ τὰ καταπλάσματα, τᾶλλα δὲ κακουργίας πολὺ μετέχειν. ἀσκεῖν δὲ καὶ τούτους κάκεινους καρτερίαν τὴν τε ἐν πόνοις καὶ τὴν ἐν ταῖς ἐπιμοναῖς, ὥστ' ἐφ' ἐνὸς σχήματος ἀκίνητον διατελέσαι τὴν ἡμέραν ὅλην. ἄλλους δ' εἶναι τοὺς μὲν μαντικούς καὶ ἐπφδοὺς καὶ τῶν περὶ τοὺς κατοικομένους λόγων καὶ νομίμων ἐμπείρους, ἐπαιτοῦντας κατὰ κώμας καὶ πόλεις, τοὺς δὲ χαριεστέρους μὲν τούτων καὶ ἀστειοτέρους, οὐδ' αὐτοὺς δὲ ἀπεχομένους τῶν καθ' ἥδην θρυλουμένων ὅσα δοκεῖ πρὸς εὐσέβειαν καὶ ὁσιότητα: συμφιλοσοφεῖν δ' ἐνίοις καὶ γυναῖκας ἀπεχομένας καὶ αὐτὰς ἀφροδισίων.

⁽⁴⁾ Oggi attribuito a uno Pseudo-Aristotele.

⁽⁵⁾ Come in LINNSEN 1958: 204-208; HANSON 2005:75-78; LOCKWOOD 2019: 8, 65.

⁽⁶⁾ Numerose sono le analogie tra i Terapeuti e gli Esseni, ma non saranno oggetto nello specifico di questo articolo. Non si entrerà nemmeno nel merito della discussione circa l'identità tra Esseni e comunità dei rotoli del Mar Morto e tra questa e il gruppo che viveva presso il sito di Khirbet Qumran.

⁽⁷⁾ Si pensi ai testi rinvenuti a Masada, di I secolo d.C. (SEELY 1996: 287-301).

⁽⁸⁾ Bisogna tuttavia precisare che Giovanni il Battista è descritto come un'asceta solo nei vangeli e non anche nel brano che gli dedica Flavio Giuseppe (*Antiquitates Iudaicae* XVIII, 116-119).

⁽⁹⁾ Sempre secondo Hengel (1993: 85), «Giasone era probabilmente un sadduceo, cioè un membro di quel nuovo partito, formato da appartenenti ai ceti sociali più elevati, che Giuseppe pone a confronto con gli epicurei». I sadducei e i boethusiani, a motivo della loro sfiducia in una vita dopo la morte, si concedevano lussi e ricchezze (*Avot de Rabbi Natan* A 5, 2; B 10, 5; DI LENARDO 2025: 109-129).

Bibliografia

- ANĀLAYO B. (2021), *Dimensions of the 'Body' in Tranquility Meditation*, "Mindfulness", Vol. 12: 2341-2351. DOI: 10.1007/s12671-021-01659-9.
- ANĀLAYO B. (2012), *The Historical Value of the Pāli Discourses*, "Indo-Iranian Journal", Vol. 55 (3): 223-253. DOI: 10.1163/001972412X620187.
- ANĀLAYO B. (2015), *Healing in Early Buddhism*, "Buddhist Studies Review", Vol. 32 (1): 19-33. DOI: 10.1558/bsrv.v32i1.28962.
- ANĀLAYO B. (2020), *The Centrality of Mindfulness-Related Meditations in Early Buddhist Discourse*, "Mindfulness", Vol. 11: 1935-1942. DOI: 10.1007/s12671-020-01381-y.
- BACHER W. (1895), *Qirgisani, the Karaite, and His Work on Jewish Sects*, "The Jewish Quarterly Review", Vol. 7 (4): 687-710.
- BATCHELOR S. (1994), *The Awakening of the West*, Parallax Press, Ypsilanti.
- BECKWITH R.T. (1991), *A Modern Theory of the Old Testament Canon*, "Vetus Testamentum", Vol. 41 (4): 385-395.
- BEEKES R., VAN BEEK L. (a cura di) (2010), *Etymological Dictionary of Greek* (2 volumi), Brill, Leiden.
- BETTINI M. (2021), *Il sapere mitico: Un'antropologia del mondo antico*, Einaudi, Torino.
- BRAYER M.M. (1969), *Psychosomatics, Hermetic Medicine, and Dream Interpretation in the Qumran Literature (Psychological and Exegetical Considerations)*, "The Jewish Quarterly Review", Vol. 60 (2): 112-127.
- BUSWELL R.E., LOPEZ D.S. (2014), *The Princeton Dictionary of Buddhism*, Princeton University Press, Princeton.
- CHARLESWORTH J.H. (1998 [1988]), *Gesù nel giudaismo del suo tempo alla luce delle più recenti scoperte*, Claudiana, Torino.
- COLLINS J.J. (2020), *Models of Utopia in the Biblical Tradition*, pp. 51-67, in OLYAN S. M., CULLEY R.C. (a cura di), *A Wise and Discerning Mind: Essays in Honor of Burke O. Long*, Brown Judaic Studies, Providence.
- CONFERENZA EPISCOPALE ITALIANA (C.E.I.) (2009 [2008]), *La Sacra Bibbia*, vol. I, *Antico Testamento: Prima parte*, La Biblioteca di Repubblica-L'Espresso - Mondadori, Milano.
- CONFERENZA EPISCOPALE ITALIANA (C.E.I.) (2009 [2008]), *La Sacra Bibbia*, vol. II, *Antico Testamento: Seconda parte*, La Biblioteca di Repubblica-L'Espresso - Arnoldo Mondadori Editore, Milano.
- DE MARTINO E. (2021), *Morte e pianto rituale nel mondo antico: Dal lamento funebre al pianto di Maria*, Einaudi, Torino.
- DE MARTINO E. (2019), *La Fine del Mondo: Contributo all'analisi delle apocalissi culturali*, Einaudi, Torino.
- DE MARTINO E. (2022), *Il mondo magico: Prolegomeni a una storia del magismo*, Einaudi, Torino.

- DI LENARDO A. (2025), *Boethusiani e sommi sacerdoti di Gerusalemme: Prosopografia della casa di Boeto*, pp. 109-129, in GRITTI E., *Prosopografie 2024: Atti delle giornate di studio, Università degli studi di Bergamo, 16-18 maggio 2024*, Università degli studi di Bergamo, Bergamo.
- DIVINO F. (2022), *Alcune note sulla concezione di corpo e di malattia nella medicina buddhista*, "AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica", Vol. 23 (54): 271-298.
- DIVINO F. (2023a), *Elements of the Buddhist Medical System*, "History of Science in South Asia", Vol. 11 (1): 22-62.
- DIVINO F. (2023b), *Tra purezza e ascesi: Conclusioni sul problema della visione medica nel buddhismo*, "AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica", Vol. 24 (55): 307-335.
- DIVINO F., DI LENARDO A. (2023), *The World and the Desert: A Comparative Perspective on the "Apocalypse" between Buddhism and Christianity*, "Buddhist-Christian Studies", Vol. 43 (1): 141-162.
- DOUGLAS M. (1966), *Purity and Danger: An Analysis of Concepts of Pollution and Taboo*, Routledge and Kegan Paul, Londra.
- FILLIOZAT J. (1947), *Le sommeil et les rêves selon les médecins indiens et les physiologues grecs*, "Journal de psychologie normale et pathologique", Vol. 40 (3): 326-346.
- FORTSON B.W. (2015), *Indo-European: Methods and Problems*, in BOWERN C., EVANS B. (a cura di) *The Routledge Handbook of Historical Linguistics*, Routledge, Londra.
- HANSON J.M. (2005), *Was Jesus a Buddhist?*, "Buddhist-Christian Studies", Vol. 25 (1): 75-89.
- HARRIS H.A. (1976), *Greek Athletics and the Jews ("Trivium" special publications)*, University of Wales Press, Cardiff.
- HENGEL M. (1981 [1976]), *Ebrei, Greci e Barbari: Aspetti dell'ellenizzazione del giudaismo in epoca precristiana*, Paideia, Brescia.
- HENGEL M. (1993 [1991]), *L'"ellenizzazione" della Giudea nel I secolo d.C.*, Paideia, Brescia.
- HICKEY W.S. (2010), *Meditation as Medicine: A Critique*, "CrossCurrents", Vol. 60 (2): 168-184, *Religion and Healing*.
- HONG H.T.K., KURANE A. (2019), *Buddhist Health-Care from an Anthropological Perspective*, pp. 653-658, in THIEN THICH DUC, THICH NHAT TU (a cura di), *Buddhist Approach to Harmonious Families, Healthcare and Sustainable Societies*, Buddhist University Publications, Ho Chi Minh City.
- HORSLEY R.A. (1979), *Spiritual Marriage with Sophia*, "Vigiliae Christianae", Vol. 33 (1): 30-54.
- JOUANNA J. (2006), *Médecine grecque et médecine indienne dans l'œuvre de Jean Filliozat*, "Comptes rendus des séances de l'Académie des Inscriptions et Belles-Lettres", Vol. 150 (4): 1917-1925. DOI: 10.3406/crai.2006.88139.
- KATEUSZ A. (2017), *"She Sacrificed Herself as the Priest": Early Christian Female and Male Co-Priests*, "Journal of Feminist Studies in Religion", Vol. 33 (1): 45-67.
- KELHOFFER J.A. (2005), *The Diet of John the Baptist: Locust and Wild Honey in Synoptic and Patristic Interpretation*, Mohr Siebeck, Tübingen.
- KÜMMEL M.J. (2014), *Syllable- and Word-related Developments in Earlier Indo-Iranian*, pp. 204-221, in REINA J.C., SZCZEPANIAK R. (a cura di), *Syllable and Word Languages*, de Gruyter, Berlin-New York.
- LÉVI-STRAUSS C. (1964), *Mythologiques: Le Cru et le Cuit*, Plon, Parigi.
- LINGIARDI V. (2018), *Diagnosi e destino*, Einaudi, Torino.
- LINSSEN R. (1958), *Living Zen*, George Allen & Unwin, Londra.

- LOCKWOOD M. (2019), *The Unknown Buddha of Christianity: The Crypto-Buddhism of the Essenes (Therapeutae and Qumranites)*, Tambaram Research Associates, Tambaram.
- MAHANARONGCHAI S. (2014), *Health and Disease in Buddhist Minds*, Verlag Traugott Bautz, Nordhausen.
- MEINEKE A. (1877), *Geographica*, Teubner, Leipzig.
- NAJMAN H. (2006), *Towards a Study of the Uses of the Concept of Wilderness in Ancient Judaism*, "Dead Sea Discoveries", Vol. 13 (1): 99-113.
- OLIVELLE P. (1998), *Caste and Purity: A Study in the Language of the Dharma Literature*, "Contributions to Indian Sociology", Vol. 32 (2): 189-216. DOI: 10.1177/006996679803200203.
- OLIVELLE P. (2005), *Food for Thought: Dietary Rules and Social Organization in Ancient India*, pp. 1000-1026, in OLIVELLE P. *Language, Texts, and Society: Explorations in Ancient Indian Culture and Religion*, Firenze University Press, Firenze. DOI: 10.1400/41397.
- PATHAK S.M. (1976), *Influence of Early Monastic Buddhism on Some Pre-Christian Jewish Sects: The Essenes and the Therapeutae: A Study in Cultural Influence of Ancient India*, "Proceedings of the Indian History Congress", Vol. 37 (1): 140-142.
- PIXNER B. (1997), *Jerusalem's Essene Gateway: Where the Community Lived in Jesus' Time*, "Biblical Archaeological Review", Vol. 23 (3): 22-31.
- POPOVIĆ M. (2017), *Reading, Writing, and Memorizing Together: Reading Culture in Ancient Judaism and the Dead Sea Scrolls in a Mediterranean Context*, "Dead Sea Discoveries", Vol. 24 (3): 447-470.
- RAITANO A. (1995), *Archeologia dei medicamenti: Racconto sulle terapie attraverso le antiche civiltà*, Fondazione Marino Golinelli, Bologna.
- RAMELLI I.L.E. (2011), "The Pastoral Epistles and Hellenistic Philosophy: 1 Timothy 5:1-2, Hierocles, and the 'Contraction of Circles'", "The Catholic Biblical Quarterly", Vol. 73 (3): 562-581.
- REISNER R. (1997 [1992]), *La comunità primitiva ed il quartiere esseno di Gerusalemme*, pp. 217-250, in CHARLESWORTH J.H. (a cura di), *Gesù e la comunità di Qumran: Il fondatore del cristianesimo e il Maestro di Giustizia, gli esseni e i primi cristiani, i pasti rituali e l'eucaristia*, Piemme, Casale Monferrato (AL).
- RIGOPOULOS A. (2018), *Transcending the Body, Exhibiting the Body: Notes on the Ideology and Practice of Hindu Asceticism*, "Quaderni di Civiltà e Religioni", Vol. 5: 81-101.
- RIZZI M., PINI G. (2006), *Clemente di Alessandria, Gli Stromati: Note di vera filosofia*, Paoline, Milano.
- RUNIA D.T. (2000), *The Idea and the Reality of the City in the Thought of Philo of Alexandria*, "Journal of the History of Ideas", Vol. 61 (3): 361-379.
- SALGUERO C.P. (2022), *A Global History of Buddhism and Medicine*, Columbia University Press, New York.
- SALGUERO P. (2015), *Toward a Global History of Buddhism and Medicine*, "Buddhist Studies Review", Vol. 32 (1): 35-61. DOI: 10.1558/bsrv.v32i1.26984.
- SCHEPER-HUGHES N., LOCK M.M. (1987), *The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology*, "Medical Anthropology Quarterly", Vol. 1 (1): 6-41.
- SEELY D.R. (1996), *The Masada Fragments, the Qumran Scrolls, and the New Testament*, "BYU Studies Quarterly", Vol. 36 (3): 287-301.
- SIDEBOTHAM S.E., AST R., KAPER O.E., BERGMANN M., BHANDARE S., MAURER A., HARTMANN R., POPLAWSKI S., OLEKSIK J.M., BARTOS N., GEERTS R.C.A., KUCHARCZYK R., CASTRO M., STOYE M. (2023), *Results of the Winter 2022 Excavation Season at Berenike (Red Sea Coast), Egypt*, "Thetic", Vol. 27 (1): 13-28.

- SIROLLI G. (1966), *Documenti di patrologia*, vol. II, Presenza, Roma.
- SKILTON A. (2004), *A Concise History of Buddhism*, Windhorse Publications, Birmingham.
- SMITH J.A. (1984), *The Ancient Synagogue, the Early Church and Singing*, "Music & Letters", Vol. 65 (1): 1-16.
- STANLEY S. (2012), *Mindfulness: Towards A Critical Relational Perspective*, "Social and Personality Psychology Compass", Vol. 6 (9): 631-641. DOI: 10.1111/j.1751-9004.2012.00454.x.
- STONEMAN R. (2019), *The Greek Experience of India*, Princeton University Press, Princeton.
- TAYLOR J.E., DAVIES P.R. (1998), *The So-Called Therapeutae of De Vita Contemplativa: Identity and Character*, "The Harvard Theological Review", Vol. 91 (1): 3-24.
- THIEDE C.P. (2003 [2000]), *I rotoli del Mar Morto e le radici ebraiche del cristianesimo*, Mondadori, Milano.
- THUNDY Z.P. (1993), *Buddha and Christ: Nativity Stories and Indian Traditions*, Brill, Leiden-New York-Köln.
- VAN DER HORST P.W., CASTELLI S. (2002), *Celibacy in Early Judaism*, "Revue Biblique", Vol. 109 (3): 390-402.
- VERMES G. (2000), *I volti di Gesù*, Bompiani, Milano.
- VOLTAGGIO F. (1992), *L'Arte della guarigione nelle culture umane*, Bollati Boringhieri, Torino.
- WALLNER F., KLÜNGER G. (2015), *Buddhism: Science and Medicine Interpretations, Applications, and Misuse*, Verlag Traugott Bautz, Nordhausen.
- WUJASTYK D. (2022), *The Science of Medicine*, pp. 399-413, in FLOOD G. (a cura di), *Wiley Blackwell Companion to Hinduism*, John Wiley & Sons, Hoboken.
- ZIAS J.E. (2000), *The Cemeteries of Qumran and Celibacy: Confusion Laid to Rest?*, "Dead Sea Discoveries", Vol. 7 (2): 220-253.
- ZURAWSKI J.M. (2017), *Mosaic Paideia: The Law of Moses within Philo of Alexandria's Model of Jewish Education*, "Journal for the Study of Judaism in the Persian, Hellenistic, and Roman Period", Vol. 48 (4/5): 480-505.
- ZYSK K.G. (1982), *Studies in Traditional Indian Medicine in the Pali Canon: Jīvaka and Āyurveda*, "The Journal of the International Association of Buddhist Studies", Vol. 5 (1): 70-86.
- ZYSK K.G. (1993), *Religious Medicine. The History and Evolution of Indian Medicine*, Routledge, Oxon.
- ZYSK K.G. (1995), *New Approaches to the Study of Early Buddhist Medicine: Use of Technical Brāhmaṇic Sources in Sanskrit for the Interpretation of Pali Medical Texts*, "Pacific World", Vol. 11 (1): 143-154.
- ZYSK K.G. (1998), *Asceticism and Healing in Ancient India: Medicine in the Buddhist Monastery*, Motilal Banarsidass Publications, Delhi.

Scheda sugli Autori

Andrea Di Lenardo nasce a Gemona del Friuli (UD) il 12 aprile 1994. Dopo il liceo classico e la laurea in Storia presso l'Università Ca' Foscari di Venezia con una tesi in Storia delle religioni, consegue con lode la laurea magistrale in Scienze dell'antichità interateneo a Udine e Trieste con una tesi in Letteratura cristiana antica. È dottorando interateneo a Ca' Foscari Venezia, Udine e Trieste con un progetto di ricerca sui gruppi ebraici al tempo di Gesù nelle

fonti cristiane. È membro dell'Associazione Italiana di Filosofia della Religione, di Rodopis e della redazione del "Nuovo Giornale di Filosofia della Religione".

Federico Divino nasce a Roma il 18 marzo 1995. È membro del centro di ricerca in culture Visive e Digitali (ViDi) presso la facoltà di scienze sociali dell'Università di Anversa, Belgio. Il suo ambito di ricerca è la meditazione buddhista, analizzata sia come pratica di cura che come dispositivo per accedere a stati di coscienza estesa. Ha pubblicato diversi lavori di antropologia medica incentrati sulle tradizioni buddhiste nonché degli studi sul tema della coscienza nella meditazione.

Riassunto

Terapeuti e Theravāda: Sull'attitudine alla "cura" di una comunità giudaica egizia e le sue similitudini con lo spirito medico degli antichi Buddhisti

L'articolo intende indagare il gruppo ebraico dei Terapeuti, attivo nel I secolo d.C. È stato suggerito, da parte di diversi autori, un accostamento tra i terapeuti, dediti alla cura delle anime, e i Buddhisti che esercitavano le arti mediche, indicati come Theravāda. Pur riconoscendo il contesto cosmopolitico, in cui il mondo mediterraneo entrò in contatto con il Buddhismo, il contributo analizza gli elementi comuni ai Terapeuti e ai Buddhisti, mostrando l'inconsistenza dell'ipotesi.

Parole chiave: terapeuti, Theravāda, Antico Buddhismo, Giudaismo del Secondo Tempio, Giudaismo ellenistico

Resumen

Terapeutas y Theravāda: Sobre la actitud hacia la "cura" de una comunidad judía egipcia y sus similitudes con el espíritu médico de los antiguos Budistas

El artículo pretende investigar el grupo de Terapeutas judíos, activo en el siglo I d.C. Varios autores han sugerido una comparación entre los terapeutas, que se dedicaban al cuidado de las almas, y los budistas que practicaban las artes médicas, denominados Theravāda. Si bien se reconoce el contexto cosmopolítico, en el que el mundo mediterráneo entró en contacto con el budismo indio, esta contribución analiza los elementos comunes a los Terapeutas y a los Budistas, mostrando la inconsistencia de la hipótesis.

Palabras clave: terapeutas, Theravāda, Budismo antiguo, Judaísmo del Segundo Templo, Judaísmo helenístico

Résumé

Thérapeutes et Theravāda: Sur l'aptitude au "soin" d'une communauté juive d'Égypte et ses similitudes avec l'esprit médical des anciens Bouddhistes

Cet article se propose d'étudier le groupe juif des Thérapeutes, actif au I^{er} siècle de notre ère. Plusieurs auteurs ont suggéré un rapprochement entre les thérapeutes, voués au soin des âmes, et les bouddhistes pratiquant les arts médicaux, connus sous le nom de Theravāda. Tout en reconnaissant le contexte cosmopolitique, au cours de laquelle le monde méditerranéen entra en contact avec le bouddhisme, cette contribution analyse les éléments communs aux Thérapeutes et aux Bouddhistes afin de démontrer l'inconsistance de cette hypothèse.

Mots-clés: thérapeutes, Theravāda, Ancien Bouddhisme, Judaïsme du Second Temple, Judaïsme hellénistique

Sistemi medici in dialogo

Pratiche del respiro nella meditazione buddhista cinese

Maria Dorillo

Università Ca' Foscari Venezia
[mariadorillo@gmail.com]

Abstract

Medical Systems in Dialogue: Breath Practices in Chinese Buddhist Meditation

The present article offers a case study of the intersection between medical systems in premodern China by analyzing a passage from the *Mohe zhiguan* 摩訶止觀 (The Great Calming and Contemplation), where breath assumes a central role, intertwining somatic dimension and meditative path. Breath practices, on the one hand rooted in “traditional” Chinese medicine and on the other of Indian origin, are articulated as therapeutic tools aimed at promoting psychophysical well-being and meditative progress.

Keywords: breath, Buddhism and medicine, meditation, *Mohe zhiguan* 摩訶止觀, “traditional” Chinese medicine

Introduzione

Con la diffusione del buddhismo in Cina si assiste all'introduzione di un articolato *corpus* di idee e pratiche di natura medica. I testi buddhisti, che giungono attraverso traduzioni, adattamenti e rielaborazioni, contribuiscono in modo sostanziale all'arricchimento del panorama terapeutico cinese, instaurando un dialogo fecondo con le tradizioni mediche autoctone. Sebbene tali apporti siano stati integrati solo parzialmente all'interno della storia della medicina cinese, essi rappresentano una risorsa imprescindibile per comprendere l'articolazione e l'eterogeneità dei saperi medici nella Cina premoderna (SALGUERO 2018).

Un esempio emblematico di questa interazione si ritrova nel *Grande trattato su śamatha e vipaśyanā* (*Mohe zhiguan* 摩訶止觀; d'ora in avanti *MHZG*), un'opera attribuita a Tiantai Zhiyi 天台智顗 (538-97). Redatto direttamente in lingua cinese, il *MHZG* si configura come un manuale di meditazione

che, nella sua articolata ed estesa trattazione, dedica una specifica sezione all'osservazione della malattia. In questo contesto, l'esercizio meditativo si intreccia con precisi riferimenti terapeutici, testimoniando come, nel testo in questione, "meditazione" e "medicina" siano racchiuse in un medesimo orizzonte epistemologico.

In tal senso, particolarmente significativa è l'esposizione delle pratiche del respiro afferenti a due distinte tradizioni: da un lato, i "sei respiri *qi* 氣" (*liu qi* 六氣), propri della medicina "tradizionale"¹ cinese, dall'altro, i "dodici respiri *xi* 息" (*shierxi* 十二息), che affondano le loro radici nella tradizione indiana. Queste tecniche, sebbene sviluppatesi in contesti teorici differenti, sono presentate nel testo su un piano di complementarità, ossia come strumenti terapeutici all'interno di un medesimo percorso di coltivazione e perfezionamento. Il lessico tecnico impiegato, così come la struttura argomentativa del *MHZG*, riflettono dunque una perfetta integrazione tra sistemi medici "tradizionali" e dottrina buddhista.

Il presente contributo si propone di avviare la riflessione a partire da una breve disamina dei fondamenti concettuali della cosiddetta medicina "tradizionale" cinese, con particolare attenzione alle modalità attraverso cui il buddhismo, sin dalle origini connesso alla sfera terapeutica, entra in dialogo con la tradizione locale. Tale premessa consente di delineare il quadro teorico entro cui si inserisce il *MHZG* e di comprendere le dinamiche attraverso le quali il testo mette in relazione, mediante un lessico e una struttura concettuale condivisi, due distinti sistemi medici. All'interno dell'opera, infatti, il respiro assume un ruolo centrale, configurandosi sia come strumento terapeutico in senso fisiologico, sia come mezzo per il progresso meditativo. L'analisi di questa sezione offre dunque l'occasione per esplorare l'articolazione del sapere medico nella Cina medievale, contribuendo al contempo a ripensare le categorie di "meditazione" e "medicina" come ambiti profondamente interrelati.

Un pluralismo medico "tradizionale"

A partire dall'epoca Shang 商 (ca. 1600-1046 a.C.), in Cina si sviluppano forme di medicina legate al culto degli antenati, a testimonianza di come l'equilibrio tra il mondo dei vivi e l'aldilà fosse essenziale per il mantenimento di un buono stato psico-fisico (UNSCHULD 1985: 19-22). Su queste basi, la natura del sapere medico che si va formando dal periodo degli Stati Combattenti (ZHAN GUO 戰國, 453-221 a.C.) risulta essere pluralistica: pra-

tiche come la divinazione, gli esorcismi, le tecniche di controllo del respiro, i primi accenni di agopuntura e l'uso di *materia medica* coabitano in una dimensione variegata e stratificata. Gli "esperti di arti esoteriche" (*fangshi* 方士), interessati alla dimensione sottile del cosmo, si trovano spesso sovrapposti, per le loro pratiche, a figure come i *wu* 巫 che risultano principalmente come specialisti nei rapporti con l'aldilà². È proprio la varietà delle esperienze socioeconomiche ad aver favorito la nascita di molteplici sistemi terapeutici, ciascuno con le proprie teorie eziologiche, contribuendo così allo sviluppo di una medicina caratterizzata da pluralismo e diversità (UNSCHULD 1985: 12-14).

Tuttavia, la svolta decisiva si registra in epoca Han 漢 (206 a.C.-220 d.C.), quando la sistematizzazione delle conoscenze mediche conduce alla formulazione di un'ideologia medica della corrispondenza sistematica. Fondata sui concetti di *qi*, *yin-yang* 陰陽 e dei "cinque agenti" (*wu xing* 五行), tale concezione mette in relazione funzioni corporee e fenomeni cosmici, ponendo le basi della medicina "tradizionale". Al tempo stesso, si sviluppano metodi specifici atti a contrastare le influenze delle forze demoniache, che impiegano talismani, formule rituali e sostanze magiche (STRICKMANN 2002).

In ogni caso, si ha menzione dei suddetti sistemi nella produzione testuale che, avvalendosi talvolta del riferimento a figure leggendarie come Huangdi 黃帝 (Imperatore Giallo) e Shennong 神農 (Divino Agricoltore) per rafforzare l'autorità dei testi, costituisce il nucleo teorico delle conoscenze mediche. Una delle principali opere di riferimento è il *Classico di medicina interna dell'Imperatore Giallo* (*Huangdi neijing* 黃帝內經) che, suddiviso internamente in *Questioni fondamentali* (*Suwen* 素問) e *Perno spirituale* (*Lingshu* 靈樞), si occupa di eziologia, fisiologia, diagnosi e prevenzione³. A questo, si affianca il *Classico delle difficoltà* (*Nan jing* 難經) che tratta l'uso dei meridiani e i metodi diagnostici (UNSCHULD 2016). Ulteriori scritti fondamentali sono il *Classico delle erbe di Shennong* (*Shennong bencao jing* 神農本草經), prima opera sistematica di *materia medica*, e il *Classico sulle malattie causate dal freddo* (*Shanghan lun* 傷寒論), incentrato sulla durata e la natura delle malattie, e sui relativi trattamenti⁴.

Parallelamente alla preziosa tradizione ricevuta e alle numerose iscrizioni su ossa oracolari, gusci di tartaruga e bronzi, importanti contributi derivano anche dalle scoperte archeologiche, come il *corpus* di testi rinvenuto nel 1973 a Mawangdui 馬王堆 (Hunan 湖南) che, risalente al 168 a.C., rivela un'ampia gamma di pratiche, tra cui varie tecniche di controllo

del respiro, l'uso di erbe, l'esorcismo e alcune pratiche sessuali (COOK 2023: 9-28).

Configurandosi come un sistema in cui convivono saperi empirici e cosmologici, la medicina "tradizionale" cinese si fonda su principi teorici e pratici che intrecciano i processi fisiologici del corpo con il cosmo. Tra questi, il concetto di *qi* occupa una posizione centrale, rappresentando la sostanza fondamentale che pervade l'universo e regola ogni forma di vita e trasformazione. Il *qi*, strettamente connesso al respiro, si muove ciclicamente e incarna il legame tra microcosmo e macrocosmo. Le stesse origini grafiche del carattere, risalenti alle ossa oracolari della dinastia Shang e ai bronzi dell'epoca Zhou 周 (ca. 1100-256 a.C.), raffigurano vapori o sostanze gassose, suggerendo inizialmente un legame con il vapore derivato dalla cottura dei cibi. Solo in seguito il concetto ha assunto connotazioni più ampie, identificandosi con l'energia vitale corporea e la forza cosmica primordiale (STANLEY-BAKER 2022a).

Quanto all'ambito medico, l'uso del *qi* risulta attestato sin dal IV secolo a.C. in un manoscritto di divinazione ritrovato a Baoshan 包山 (Hubei 湖北), in cui i disturbi del *qi* sono associati alle malattie. Tali disfunzioni, nello specifico, includevano un movimento in "direzione opposta" (*ni* 逆), "verso l'alto" (*shang* 上) o "disordinato" (*luan* 亂), testimoniando l'inizio di una sistematizzazione delle patologie in termini di "eccesso" (*shi* 實) o "carezza" (*xu* 虛) di *qi*. Nel complesso, nell'ambito della medicina del periodo imperiale, vari termini descrivono, con diverse sfumature, il concetto di *qi*: il "*qi* reale" (*zhen qi* 真氣) si riferisce al flusso naturale che attraversa il corpo, mentre il "*qi* retto" (*zheng qi* 正氣) indica il corretto funzionamento corporeo, in opposizione al "*qi* obliquo" (*xie qi* 邪氣), causa di innumerevoli patologie. Altre espressioni di cui si ha menzione sono il "*qi* essenziale" (*jing qi* 精氣) e il "*qi* originario" (*yuan qi* 元氣) che rappresentano l'origine dell'energia vitale, trasmessa dai genitori e concentrata nei reni (COOK 2023: 15-16). Nel tempo, il *qi* diviene inoltre elemento centrale di tecniche terapeutiche daoiste, come le pratiche di "circolazione del *qi*" (*xing qi* 行氣), di "rimozione del *qi* patogeno" (*daoyin* 導引) e di "fusione del *qi*" (*he qi* 合氣), che daranno origine all'"alchimia interna daoista" (*neidan* 內丹)⁵.

Altro pilastro teorico della medicina cinese è la classificazione binaria *yin-yang*, fondata su due polarità opposte ma complementari che, a partire dal IV secolo a.C., vengono utilizzate per interpretare lo stato del corpo umano. Nella medicina della corrispondenza sistematica, questa dottrina permette difatti di classificare organi, funzioni e patologie. Nello specifico,

yin è associato al freddo, alla passività e al buio; *yang*, al calore, all'attività e alla luce. L'applicazione medica di questa teoria è testimoniata in testi come il *Canone di cauterizzazione degli undici canali yin-yang* (*Yin yang shiyi mai jiu jing* 陰陽十一脈灸經), dove i canali corporei sono organizzati secondo la loro natura *yin* o *yang*. Il *Perno spirituale*, ad esempio, integra questa classificazione con i sapori, gli organi e i processi cosmici, sottolineando la funzionalità pratica di tali categorie. Inoltre, in termini di metabolismo, *yin* rappresenta la sintesi, mentre *yang* la decomposizione; in termini di funzioni fisiologiche, *yin* delinea un processo di raffreddamento, umidificazione e inibizione, mentre *yang* un processo di riscaldamento, evaporazione e agitazione (UNSCHULD 2003; LIU Lihong 2019).

Tuttavia, parallelamente a tale visione dualistica, la medicina “tradizionale” cinese sviluppa anche una classificazione pentadica, articolata nella teoria dei cinque agenti: metallo, legno, acqua, fuoco e terra. Questi non sono da intendere come elementi statici, ma “agenti” in continua interazione, descritti attraverso cicli di “generazione” (*xiang sheng* 相生) e “controllo” o “distruzione” (*xiang ke* 相剋). La teoria dei cinque agenti diviene così uno strumento per comprendere i processi fisiologici e patologici, influenzando diagnosi e trattamenti. I testi del periodo Zhou, come il *Commentario di Zuo* (*Zuozhuan* 左傳) e gli *Annali di Lü Buwei* (*Lüshi chunqiu* 呂氏春秋)⁶, già presentano riferimenti a tale dottrina, ma è nel *Classico di medicina interna dell'Imperatore Giallo*, e in particolare nelle *Questioni fondamentali*, che essa trova piena espressione, tramite associazioni a cinque sapori, organi, colori e direzioni (UNSCHULD 2003: 99-124). Pertanto, questa teoria diviene sia strumento per descrivere l'organismo umano come un sistema unico, fondato su sezioni e funzioni correlate, sia metodo per la diagnosi delle malattie e l'elaborazione di indicazioni pratiche.

In questo sistema complesso si inserisce anche la teoria dei “canali” (*jing* 經 o *mai* 脈), che si occupano di trasportare *qi* e sangue, e collegare gli organi interni, incarnando un concetto che riveste un ruolo centrale nelle prime nozioni cinesi di fisiologia e patologia. Sebbene il termine *jing* emerga solo successivamente nei testi rispetto a *mai*, entrambi designano percorsi attraverso cui fluiscono le sostanze vitali nell'organismo. Nel *Perno spirituale*, tali canali sono connessi a specifici organi, differenziandosi dai manoscritti del *corpus* di Mawangdui, dove queste associazioni risultano invece più limitate (HARPER 1998; UNSCHULD 2003).

Quanto agli organi interni, questi si trovano suddivisi in due categorie principali: i “cinque organi pieni” (*wu zang* 五臟) – cuore, fegato, milza,

polmone e reni – e i “sei organi cavi” (*liu fu* 六腑) – cistifellea, stomaco, intestino crasso, intestino tenue, vescica e “triplice focolare” (*sanjiao* 三焦)⁷. Questi sono classificati in base alla logica *yin-yang*: i pieni sono *yin*, i cavi *yang*. La loro funzione è sistemica più che anatomica, come dimostra l’uso di metafore burocratiche imperiali nelle *Questioni fondamentali*, dove gli organi sono presentati come funzionari del corpo (CHEN Yun-Ju 2022: 18). Inoltre, la concezione della medicina cinese si fonda sulla visione dell’organismo come un sistema integrato, regolato dal *qi*, dai canali e dagli equilibri *yin-yang* e pentadici. Il corpo è visto pertanto non come un’entità isolata, ma come parte inscindibile dell’universo, in cui ogni funzione interna è influenzata da fattori esterni, e solo osservando i cambiamenti nelle condizioni esterne è possibile comprenderne lo stato.

La stretta connessione tra corpo e ambiente emerge con chiarezza nell’eziologia, ossia nell’analisi delle cause delle malattie. Sebbene sia arduo delineare una storia precisa della concezione della malattia nella Cina premoderna, possono tuttavia essere individuate alcune linee guida fondamentali. A partire dal periodo Han, la malattia viene concepita come esito di squilibri, derivanti tanto da fattori ambientali quanto da comportamenti eccessivi o non correttamente armonizzati con l’ambiente esterno. Il benessere fisico è visto infatti come una condizione di equilibrio tra forze interne ed esterne, concetto che si riflette nell’impiego di teorie come quella del *qi*, *yin-yang*, dei cinque agenti e dei canali. Particolare attenzione è data ai “sei fattori esogeni” o “sei *qi*” (vento, freddo, calore, umidità, aridità e fuoco), ritenuti responsabili dell’insorgere delle patologie quando agiscono in modo violento o improvviso (DI Lu 2022: 222-23).

Accanto a questi, anche i fattori interni potevano essere all’origine delle malattie. Le emozioni, ad esempio, giocano un ruolo decisivo: felicità, rabbia, malinconia, preoccupazione, paura e terrore, se vissute in maniera eccessiva o prolungata, possono alterare l’equilibrio degli organi interni. Altri elementi disturbanti includono una dieta inappropriata, gli sforzi eccessivi e la mancanza di esercizio fisico (COOK 2023: 20-21). Tuttavia, a partire dalla dinastia Tang 唐 (618-906 d.C.) e, in modo più sistematico, durante i Song Meridionali (Nan Song 南宋, 1126-1279), si sviluppano classificazioni eziologiche più articolate, come quella proposta da Chen Yan 陳言 (1121-90) nel *Trattato sulle tre tipologie dei fattori patogeni* (*Sanyin jiyi bingzheng fanglun* 三因極一病證方論), dove le cause delle malattie vengono suddivise in “fattori interni” (*nei yin* 內因), “fattori esterni” (*wai yin* 外因) e “fattori né interni né esterni” (*bu nei wai yin* 不內外因; DI Lu 2022: 224). Quanto alle fonti, i manoscritti di Mawangdui fanno maggiormente riferimento a

cause generiche piuttosto che a fattori climatici specifici, a differenza delle *Questioni fondamentali*, dove vento, freddo e altri agenti vengono invece esplicitamente indicati come patogeni, sebbene senza una corrispondenza diretta e univoca tra sintomo e malattia. Una stessa patologia può infatti manifestarsi con sintomi differenti e, viceversa, condizioni patologiche diverse non indicano necessariamente malattie distinte.

Nel complesso, l'analisi di una patologia richiedeva una valutazione complessa che includesse elementi sociali, ambientali ed emotivi. Da qui lo sviluppo di un sistema diagnostico articolato, basato su quattro approcci principali che, con il tempo, sono divenuti i quattro metodi diagnostici della medicina cinese moderna: l'ispezione, l'auscultazione e la valutazione degli odori, il dialogo e l'esame del polso. Nello specifico, l'osservazione esterna – che comprende i primi due approcci – è strettamente connessa alla teoria dei cinque agenti, la quale, mediante l'associazione tra elementi, organi e colori, fornisce indizi fondamentali sulla natura della malattia. Il dialogo con il paziente consente invece di raccogliere informazioni più soggettive legate alle sensazioni personali, mentre l'esame del polso – che riflette il movimento del *qi* nei canali – si afferma come tecnica cruciale per individuare e localizzare le anomalie (UNSCHULD 2003: 241-52).

Per quanto riguarda le terapie, si distinguono quattro approcci principali: gli interventi invasivi, le terapie a caldo, l'uso di *materia medica* e gli esercizi fisici. Se in una fase iniziale il calore era impiegato per ottimizzare l'efficacia degli aghi – che fungevano da strumento per modificare il flusso del *qi* nei canali corporei – con il tempo si sviluppano trattamenti specifici come la cauterizzazione e la fumigazione, spesso utilizzati per espellere il freddo, trattare morsi di animali o alleviare intorpidimenti (UNSCHULD 2003: 266-71).

Altro pilastro dei metodi terapeutici è la *materia medica*, articolata attraverso due concetti distinti: i “farmaci” (*yao* 藥) e le “formule” (*fang* 方), che rimandano rispettivamente a una “*materia medica* di natura enciclopedica” (*bencao* 本草) e a “formulari” (*fangshu* 方書), questi ultimi organizzati in una raccolta di formule, amuleti e rituali. In tale contesto, opere come le *Prescrizioni per cinquantadue malattie* (*Wushier bingfang* 五十二病方), il *Classico delle erbe di Shennong* e il *Classico sulle malattie causate dal freddo* testimoniano l'uso di sostanze naturali (vegetali, animali e minerali) per curare disturbi interni o lesioni esterne, anche se, almeno fino all'XI secolo, tale uso non era ancora integrato con la teoria della corrispondenza sistematica. Difatti, come osserva Unschuld (2003: 284-313), solo a partire da quel periodo si

giunge allo sviluppo della cosiddetta “farmacologia della corrispondenza sistematica”. Nello specifico, fondamentale nello sviluppo della medicina fitoterapica è il *Compendio di materia medica* (*Bencao gangmu* 本草綱目), che organizza in modo sistematico una grande quantità di rimedi medicinali, conoscenze farmacologiche, botaniche e mineralogiche. In ogni caso, la letteratura farmaceutica si consolida solo sotto la dinastia Yuan 元 (1260-1368), anche grazie all’influenza del Daoismo, che valorizza pratiche comprendenti *materia medica* e formulari, inserite nella più ampia tradizione delle “tecniche di autocoltivazione” (*yangsheng* 養生), finalizzate al benessere dell’organismo (STANLEY-BAKER 2022b).

Su queste basi si inserisce il contributo del buddhismo, il cui impianto dottrinale – e terapeutico – si confronta e interagisce con la medicina “tradizionale”.

Buddhismo e medicina

Il rapporto che lega la tradizione buddhista e la medicina si configura come intimo, profondo ed evidente, con radici che affondano nel buddhismo antico. Riconoscendo il nesso intrinseco tra la pratica ascetica e quella medica, e tenendo presente che al Buddha viene frequentemente attribuito l’epiteto di “asceta itinerante”, emerge chiaramente come i concetti di matrice medica costituiscano un elemento centrale e imprescindibile del pensiero buddhista (DIVINO 2021). Inoltre, sono numerose le occasioni in cui si menziona la figura del laico Jīvaka Kaumārabhr̥tya, che si dedicava con attenzione alla somministrazione di unguenti e cibi specifici a fini terapeutici, ponendo in evidenza l’importanza che il buddhismo riconosceva al pensiero medico e all’utilizzo di sostanze curative per contrastare eventuali squilibri (ZYSK 1991). In tal senso, l’idea stessa di squilibrio diviene emblematica di una condizione di disagio, che lo stesso Buddha descrive durante il suo primo sermone come uno stato inevitabile dell’esistenza. La malattia, insieme a vecchiaia e morte, è dunque annoverata tra i cosiddetti “mali dell’esistere”.

L’indagine sulle origini di tale interconnessione richiede una menzione della medicina indiana⁸. Benché si riscontrino affinità tra le pratiche mediche menzionate nei testi buddhisti e quelle che saranno successivamente codificate nell’Āyurveda, non vi sono tuttavia testimonianze che attestino l’esistenza di un sistema medico āyurvedico compiutamente strutturato in epoca pre-buddhista. Come evidenziato da Divino (2023), le prime attesta-

zioni di concetti tecnico-medici associabili all'Āyurveda compaiono proprio all'interno del Canone pāli, rafforzando l'ipotesi formulata da Zysk (1991), secondo cui entrambe le tradizioni potrebbero derivare da una matrice comune riconducibile alle conoscenze mediche degli ambienti ascetici⁹.

Oltre a ciò, le norme del *vinaya* offrono numerose indicazioni di carattere medico e anatomico, che riflettono un processo di sistematizzazione delle pratiche di cura all'interno delle comunità monastiche. Tali testimonianze, pur appartenendo a una fase successiva e più organizzata della tradizione, contribuiscono a delineare un interesse terapeutico già presente nei primi ambienti buddhisti. I monaci ricevevano infatti una formazione medica di base e, nel tempo, svilupparono una farmacopea fondata su regole alimentari e sull'impiego di sostanze naturali, offerte principalmente dai laici. La *materia medica* comprendeva, ad esempio, alimenti come burro chiarificato, olio, miele, melassa, insieme a estratti vegetali e radici. Inoltre, la figura del monaco-guaritore, incaricato della cura fisica e del supporto dei malati, assumeva un ruolo cruciale. A tal proposito, Zysk (1991: 41-42) ricorda come, in alcune comunità, l'assistenza ai malati fosse tanto importante da prevedere il passaggio della ciotola del defunto – simbolo della vita monastica – a colui che se ne era preso cura.

Alla luce di ciò, risulta dunque chiaro che l'interesse del buddhismo per la medicina non sia né occasionale né secondario, bensì profondo e strutturato. Ciò rende imprescindibile un'analisi delle modalità attraverso cui l'argomentazione medica del buddhismo antico sia giunta e si sia integrata con la tradizione cinese. Nonostante l'introduzione del buddhismo in Cina è generalmente fatta risalire alla dinastia Han, fu nei secoli successivi che tale dottrina si radicò ufficialmente, fondendosi gradualmente con la civiltà cinese. Questo tuttavia non fu un processo passivo: al contrario, fu uno scambio vivace di idee e pratiche, attraverso il quale il buddhismo si integrò con vari aspetti della cultura locale (BIANCHI 2018: 402). Un elemento centrale nella diffusione del buddhismo furono le vie della seta, che permisero il flusso di testi, merci e conoscenze tra India e Cina.

In questo contesto, i traduttori svolsero un ruolo essenziale, rendendo accessibile un vasto repertorio di testi che influenzarono profondamente la cultura cinese. Le prime traduzioni, risalenti all'epoca Han e ai periodi dei Tre Regni (SAN GUO 三國, 221-65) e dei Jin Occidentali (XI JIN 西晉, 265-316), sono dette "traduzioni antiche" (*guyi* 古譯). Pur essendo poco raffinate, esse segnarono l'inizio della trasmissione buddhista. Tra i primi traduttori ricordiamo An Shigao 安世高 (ca. 148-70) e Lokakṣema (ZHI Lou-

jiachen 支婁迦讖, II secolo). Successivamente, durante le Dinastie del Sud e del Nord (NAN Bei Chao 南北朝, 316-589), si svilupparono le “traduzioni vecchie” (*jiuyi* 舊譯), realizzate da équipe di traduttori che crearono una vera lingua letteraria buddhista. In questo periodo operarono Kumārajīva (Jiumoluoshi 鳩摩羅什, 344-413), Dharmakṣema (Tanwuchen 曇無讖, 385-433), Buddhābhaddra (Fotuobatuoluo 佛陀跋陀羅, 359-429) e Paramārtha (Zhendi 真諦, 499-569; BIANCHI 2018: 407-13).

Con la diffusione delle traduzioni, si affermarono anche le pratiche meditative: nel V secolo si ha testimonianza di maestri di meditazione che godevano di prestigio per le loro abilità. Come evidenzia Greene (2021: 17), fu proprio a partire dagli inizi del V secolo che la meditazione inizia a essere concepita come un aspetto da poter apprendere teoricamente e praticare. Tale concezione permise inoltre di gettare le basi per un contesto in cui si inserì la produzione di manuali di meditazione che, lungi da intendersi come traduzioni dirette da testi indiani, figuravano come compilazioni a metà tra traduzioni e prodotti *ex novo*, natura che garantì loro uno *status* di prestigio in quanto accessibili a un pubblico specializzato (GREENE 2021: 95). Tra questi, ricordiamo il *Sūtra sulla concentrazione della meditazione seduta* (*Zuo chan sanmei jing* 坐禪三昧經) di Kumārajīva che, non corrispondendo ad alcuna categoria bibliografica indiana, si presenta come una preziosa fonte per la comprensione dell’esperienza meditativa buddhista in Cina (GREENE 2021: 16). Inoltre, tra VI e X secolo si sviluppò una terminologia stabile grazie alle “traduzioni nuove” (*xinyi* 新譯).

Oltre a ciò, pellegrini cinesi come Xuanzang 玄奘 (602-64) e Yijing 義淨 (635-713) viaggiarono in India per recuperare testi mancanti in Cina e tradurli; anche Faxian 法顯 (ca. 336/45-418/23) compì un viaggio simile, lasciando importanti resoconti. Lo stesso Yijing, ad esempio, fornì dettagliate informazioni su norme igieniche monastiche e pratiche di cura del corpo osservate nei monasteri di Nālandā (BIANCHI 2018: 408-23). Complessivamente, tutto questo materiale confluirà nel Canone buddhista cinese, già sistematizzato nel VI secolo.

Traduzioni e testi di meditazione ebbero un impatto significativo anche sulla medicina cinese locale, poichè numerosi testi buddhisti trasmessi in Cina contenevano nozioni mediche (LONG DARUI 2007). Un contributo notevole è rappresentato dai manoscritti ritrovati a Dunhuang 敦煌 (nord-ovest della Cina), che includono oltre ottanta documenti di contenuto medico. Come osservano Heirman e Torck (2012: 4), il trasferimento culturale di tali conoscenze comportò inevitabili adattamenti e trasformazioni,

dando origine a nuove forme di pratiche. In questo processo, il lessico e i concetti buddhisti furono rielaborati attraverso tecniche traduttive specifiche, come la traslitterazione, la resa semantica o l'uso di termini equivalenti. Tali strategie, secondo Salguero (2010, 2022), evidenziano la natura dinamica e flessibile del sapere medico buddhista, che tra VI e VIII secolo giunse a consolidare i propri principi fondamentali nel contesto culturale cinese.

In ogni caso, il linguaggio buddhista incarna un'argomentazione medica non occasionale ma strutturale, volta non tanto a offrire consigli per il benessere fisico in senso stretto, quanto a promuovere un insieme di retitudini che investono la sfera dell'azione, dell'intenzione e del linguaggio. Consolidata, in tal senso, è l'interpretazione delle quattro nobili verità, fondamento dottrinale del buddhismo, secondo un modello di tipo medico (DIVINO 2022) che presenta, a sua volta, notevoli affinità con la logica della medicina "tradizionale" cinese. In particolare, la "verità del patema" (cin. *kudi* 苦諦; san. *duḥkha-satya*) si rifà all'anamnesi, che nella medicina "tradizionale" cinese si articola nei quattro metodi diagnostici. La "verità dell'origine del patema" o "verità dell'accumulo del patema" (cin. *jidi* 集諦; san. *samudaya-satya*) corrisponde all'eziologia che, nel contesto "tradizionale", prende in esame le cause interne (come il *qi* patogeno e le reazioni emotive smodate) ed esterne (come i "sei fattori esogeni"). La "verità dell'estinzione del patema" (cin. *miedi* 滅諦; san. *nirodha-satya*) può essere letta come una forma di prognosi, collegandosi alla valutazione del *qi* e al riequilibrio di *yin-yang* nel sistema "tradizionale". Infine, la "verità della via" (cin. *daodi* 道諦; san. *mārga-satya*), tracciando un percorso verso l'affrancamento dai patemi, assume la funzione di terapia, che nella medicina "tradizionale" cinese comprende interventi invasivi, *materia medica* ed esercizi fisici e respiratori¹⁰.

In aggiunta, il buddhismo introduce un ampio *pantheon* di divinità dai poteri curativi, rituali, recitazioni di formule, costruzione di talismani e pratiche meditative. Nello specifico, *bodhisattva* come Guanyin 觀音 (Avalokiteśvara) e Puxian 普賢 (Samantabhadra) erano celebrati per le loro capacità curative ed erano spesso inseriti in particolari contesti rituali, in cui figuravano formule e gesti simbolici volti a garantire salute e longevità (BIRNBAUM 1989). Il desiderio di un'esistenza duratura, tanto quantitativa quanto qualitativa, era infatti ben radicato nella cultura cinese. Atto a estendere la durata di vita era anche l'impiego di brevi gruppi di parole dal forte valore sonoro (*dhāraṇī*) che, a partire dal VII secolo, si diffusero attraverso testi di carattere esoterico¹¹.

L'introduzione del buddhismo in Cina diviene così veicolo di un vivace scambio interculturale, che ha dato in seguito origine a sviluppi dottrinali prettamente cinesi (CHEN Ming 2013). Oltre ai testi tradotti o ai manuali di meditazione, si svilupparono difatti correnti di pensiero denominate *zong* 宗 (“linea ancestrale”, “lignaggio spirituale”). Tali circoli non erano rigidi né settari: i monaci potevano seguire più insegnamenti contemporaneamente. Solo sotto la dinastia dei Song Settentrionali (Bei Song 北宋, 960-1127) il governo cercò di formalizzare l'associazione tra monasteri e lignaggi. I principali sviluppi dottrinali si concentrarono nelle tradizioni Tiantai, Huayan 華嚴, Chan 禪 e Terra Pura (*jingtu* 淨土). La Tiantai, di cui Zhiyi è il maggior esponente, si distinse per la sistematizzazione delle scritture buddhiste secondo un ordine gerarchico mediante la teoria della “classificazione degli insegnamenti” (*panjiao* 判教), che poneva al vertice il *Sūtra del Loto*. La Huayan, incentrata sul *Sūtra della Ghirlanda*, valorizzò nello specifico una rivalutazione della realtà fenomenica, influenzando così anche il Chan (BIANCHI 2018: 426). Quest'ultimo, che fiorì soprattutto sotto i Song 宋 (960-1279), diede principale importanza alla meditazione e alla trasmissione diretta dell'insegnamento da maestro a discepolo. La Terra Pura, invece, si fondava sul culto del Buddha Amitābha e sulla speranza di rinascita nella sua terra di beatitudine.

Dalla fine della dinastia Tang e con l'inizio dei Song, la produzione in lingua cinese aumentò, mentre le traduzioni si fecero sempre più marginali. In questo modo, il Canone buddhista cinese si ampliò notevolmente. Quanto all'ambito medico, la dialettica buddhista giunta in Cina risulta intrinsecamente connessa all'atto terapeutico, sia nella sua forma pratica sia in senso metaforico e, integrata con il pluralismo medico “tradizionale”, dà così origine a nuove forme di conoscenza.

Note sul “patema” e la sua “cura”

Al centro della dialettica buddhista si colloca il riconoscimento di una particolare condizione intrinseca all'esistenza umana, da cui prende forma un lessico complesso, volto ad articolarne e approfondirne la descrizione. Il termine sanscrito *duḥkha* (*ku* 苦) non si limita, infatti, a indicare un patema contingente, ma esprime una condizione di “disagio” o “profonda insoddisfazione” originata dall’“impermanenza” (cin. *wu chang* 無常; san. *anitya*). Questa condizione, tuttavia, non va interpretata in chiave pessimista, bensì realista, poiché rivela la vera realtà e natura delle cose.

L'esistenza, dunque, da un lato è segnata dall'inesorabile incedere del cambiamento, che si intreccia con il "ciclo ordinario di nascita e morte" (*saṃsāra*); dall'altro, l'insegnamento buddhista si propone di indagare la natura e la genesi di questa condizione. In tale prospettiva, la malattia si presenta come una manifestazione di *duḥkha*: essa può insorgere per l'indebolimento del corpo, soggetto a invecchiamento e deperimento, per effetto di sforzi fisici eccessivi, abitudini scorrette o mutamenti esterni. In questo contesto, il *karma* (ye 業) riveste un ruolo cruciale: strettamente connesso alla rigenerazione dell'esistenza fenomenica, agisce all'interno dell'incessante processo della "coproduzione condizionata" (cin. *shì er yin yuan* 十二因緣; san. *pratītyasamutpāda*), risultando responsabile del sopraggiungere delle malattie (BIRNBAUM 1989: 9).

Nel complesso, il corpo, in relazione a *duḥkha*, assume una centralità tanto in ambito medico, dove una conoscenza approfondita risulta imprescindibile, quanto nel contesto del pensiero buddhista. Esso è fonte di profonda insoddisfazione, poiché genera attaccamento; si configura come manifestazione evidente dei "sintomi" (cin. *xiang* 相; san. *lakṣaṇa/nimitta*)¹² della malattia, determinati da fattori ambientali e mentali; è oggetto e mezzo attraverso cui raggiungere il distacco, nell'ambito dell'osservazione delle sue impurità¹³.

Ne consegue che alla condizione di "disagio" corrisponde l'esistenza di una "cura". Estirpando *trṣṇā* (*ai* 愛) – la "sete", il "desiderio bramoso" che costituisce la radice di *duḥkha* – si giunge dunque alla cessazione di qualsiasi patema. A tal fine, il Buddha propone il perseguimento dello "scioglimento dei legami", condizione necessaria per sottrarsi a nuove costruzioni di identità (Lo TURCO 2018: 37). Al riconoscimento della condizione di insoddisfazione si affianca quindi l'esistenza di un percorso terapeutico.

Da un lato, emerge una natura fortemente pratica della cura. La tradizione buddhista illustra infatti vari rimedi preventivi e terapeutici, quali l'uso di *materia medica*, amuleti, tecniche di meditazione, rituali e recitazione di testi. In tali pratiche, inoltre, la condotta morale assume un ruolo di primaria importanza, poiché l'impegno e la diligenza si configurano come fattori capaci di migliorare la propria condizione nella vita presente o nelle prossime esistenze, favorendo la generazione di "meriti" (*fu* 福; BIRNBAUM 1989: 3-8). Dall'altro lato, transcendendo la dimensione pratica, il processo di cura può essere inteso anche come percorso di coltivazione e perfezionamento. In tal senso, il Buddha è spesso metaforicamente presentato come il sommo medico, il cui "insegnamento" (cin. *fa* 法; san.

dharma) simboleggia la medicina, mentre gli esseri senzienti incarnano i pazienti.

Più precisamente, il percorso – o la terapia – che conduce alla cessazione di *duḥkha* si articola nelle pratiche del “nobile ottuplice sentiero” (cin. *ba sheng dao* 八聖道 o *ba zheng dao* 八正道; san. *ārya aṣṭāṅgika mārga*). In tale contesto, la meditazione rappresenta un aspetto fondamentale nella concezione della terapia buddhista (Lo TURCO 2018: 57-59) e, parte integrante del cammino del *bodhisattva* (*pusa* 菩薩) nei termini delle “sei perfezioni” (cin. *liu boluomi* 六波羅蜜; san. *ṣaṭ-pāramitā*) nella tradizione Mahāyāna, essa implica l’osservazione di un oggetto che suscita meraviglia e ammirazione.

Un discorso sui respiri

Zhiyi nacque a Jingzhou 荊州, nell’odierna provincia dell’Hubei, e visse a cavallo tra le dinastie Chen 陳 (557-89) e Sui 隋 (589-618). Sostenuto da entrambi i regimi, la sua figura riflette il crescente interesse nei confronti del buddhismo. La riunificazione promossa dai Sui, poi stabilizzata sotto i Tang, costituì infatti un fattore determinante per la diffusione del buddhismo nel territorio cinese. Fu proprio dopo la caduta della dinastia Chen che Zhiyi fece ritorno a Jingzhou, dove, nel 592, fondò il tempio Yuquan 玉泉寺, luogo in cui espose i suoi insegnamenti, confluiti due anni più tardi nella redazione del *MHZG* (HURVITZ 1980; SHINOHARA 1992).

Quest’opera, che si configura come un manuale di meditazione ricco di riferimenti dottrinali buddhisti in generale, presenta un metodo volto a guidare il praticante verso una reale comprensione della realtà, definita da Zhiyi come “insegnamento perfetto” (*yuan jiao* 圓教). Nello specifico, l’opera di cui disponiamo oggi, terza e ultima edizione, è articolata in dieci capitoli: i primi cinque offrono le fondamenta teoriche, mentre il sesto e, in particolare, il settimo si dedicano alla descrizione della pratica meditativa (SWANSON 1989). Il settimo capitolo, sebbene incompleto, costituisce circa due terzi dell’intera opera e illustra, nei termini di “dieci oggetti di meditazione”, una meditazione definita *zhiguan* 止觀, in cui i due momenti di *śamatha* e *vipaśyanā* del buddhismo antico risultano integrati (KANTOR 2002; POCESKI 2020). *Zhiguan*, infatti, rappresenta un esercizio meditativo in cui l’atto del *silenziare* è simultaneo all’osservazione *attenta*. Tra questi dieci temi di meditazione figura la malattia, analizzata all’interno di un articolato repertorio di pratiche, che comprendono visualizzazioni, rituali di pentimento, recitazione di *mantra* e tecniche di controllo del respiro.

Queste pratiche, che attingono a tradizioni differenti, testimoniano l'integrazione di concetti e terminologie proprie della medicina "tradizionale" cinese all'interno di una cornice buddhista.

Nel *MHZG* la malattia viene indicata con due termini principali, *bing* 病 (o talvolta *binghuan* 病患) e *ji* 疾, utilizzati in modo quasi intercambiabile in riferimento a uno stato generico di malattia. L'espressione *bing* ricorre frequentemente per indicare i sintomi della malattia, per classificare patologie legate a cause specifiche e per designare il tema di meditazione. In questo senso, si riferisce dunque a una condizione di afflizione generale. Parallelamente, *ji*, quando associato al "corpo" (*shen* 身), evoca l'idea di una manifestazione corporea di una particolare condizione di squilibrio. In ogni caso, entrambi i termini rinviano alla nozione di *ku*, facendo sì che la malattia venga concepita come una condizione intrinseca all'esistenza, in quanto determinata dalle leggi di causalità e inevitabilmente connessa alla presenza di un corpo fisico¹⁴. Difatti, la visione di un corpo soggetto alla retribuzione *karmica*, e quindi vincolato all'atto della nascita, può costituire un ostacolo al progresso meditativo. Inoltre, accanto a *bing* e *ji*, emerge anche *fannao* 煩惱 (o *nao* 惱), termine che, propriamente buddhista e caratterizzato da un ampio campo semantico, sembra indicare un'"afflizione" legata a specifiche cause, fungendo da categoria generale entro cui inserire vari tipi di patemi.

Tuttavia, se correttamente compresa, tale condizione può essere trasformata in uno strumento funzionale al percorso meditativo. In un primo momento, la malattia viene dunque presentata come parte degli ostacoli legati alla "retribuzione *karmica*" (*bao* 報) e viene altresì annoverata tra i "demoni della morte" (*si mo* 死魔), in quanto causa potenzialmente mortale (SWANSON 2018: 754). In ogni caso, poiché legata al corpo fisico, essa viene concettualizzata in termini somatici come risultato di uno squilibrio dei quattro elementi (terra, aria, fuoco e acqua), i quali assumono un ruolo centrale nella pratica meditativa, profilando così un'interconnessione tra la meditazione buddhista e la sfera medica.

Nel *MHZG*, la trattazione dell'esperienza della malattia si fonda su una duplice struttura interpretativa: da un lato i cinque organi pieni della medicina "tradizionale" cinese, dall'altro i quattro elementi della tradizione buddhista. Tale approccio permette di articolare le cause della malattia, delineandone l'eziologia attraverso entrambi i sistemi. Ad esempio, la patogenesi viene spiegata mediante i dodici anelli della coproduzione condizionata, mentre viene applicata contestualmente la categorizzazione binaria

yin-yang. Nello specifico, oltre allo squilibrio dei quattro elementi, le cause della malattia comprendono il consumo eccessivo di bevande e cibi, una pratica meditativa scorretta, l'azione di demoni e spiriti, l'influenza di Māra e, infine, gli effetti dell'azione *karmica*. Per queste forme di malattia – ritenute distruttive in quanto annientano la concentrazione meditativa – vengono proposti specifici metodi terapeutici volti a trattare la condizione patologica. Nel caso in cui tali disturbi si manifestino, il *MHZG* propone difatti un ventaglio di rimedi da applicare in base alla natura della patologia e alle capacità dell'individuo.

Tra questi, risulta interessante l'esposizione dei sei respiri *qi*, ossia *chui* 吹, *hu* 呼, *xi* 嘿, *he* 呵, *xu* 嘘 e *shi* 噤 che, propri della medicina “tradizionale” cinese, devono essere immaginati dal praticante attraverso un approccio analitico. Sebbene il testo non fornisca descrizioni dettagliate delle modalità di immaginazione, particolare attenzione è invece posta sugli effetti benefici derivanti dalla loro esecuzione. A tal proposito, il testo recita:

[...] Se è freddo, si impieghi *chui* come se si stesse espellendo del fuoco; (se) è caldo, si impieghi *hu*; (se) le centinaia di articolazioni sono doloranti, si impieghi *xi*, che cura anche (le malattie) del vento; se vi sono gonfiori irritanti e *qi* crescente, si impieghi *he*; se vi è un eccesso di muco, si impieghi *xu*; se si è affaticati, si impieghi *shi*. (L'utilizzo dei sei *qi* per curare (le malattie) dei cinque organi pieni (può essere riassunto come segue): *he* cura il fegato; *hu* e *chui* curano il cuore; *xu* cura il polmone; *xi* cura i reni; *shi* cura la milza. E ancora, i sei *qi*, (se impiegati insieme,) possono curare un organo pieno: se l'organo è freddo, si impieghi *chui*; se è caldo, si impieghi *hu*; se è dolorante, si impieghi *xi*; se è vessato, si impieghi *xu*; se è affaticato e privo di energia, si impieghi *shi*. Lo stesso vale per gli altri quattro organi pieni. Inoltre, espirare dalla bocca elimina il freddo, (mentre espirare) dal naso elimina il calore interno. [...] Espirare dalla bocca elimina il calore, (mentre espirare) dal naso porta (aria) fresca all'interno. *Xi* (che esce) dalla bocca elimina il dolore rimuovendo il vento, mentre (*xi* che entra) dal naso porta calma e armonia all'interno. *He* (che esce) dalla bocca elimina le vessazioni, mentre il *qi* (che circola) nelle zone inferiori (del corpo) fa disperdere il muco. [...] *Xu* elimina i gonfiori, portando calma all'interno (mediante l'inspirazione dal) naso. *Shi* elimina la stanchezza, portando armonia all'interno (mediante l'inspirazione dal) naso. Si espiri e inspiri attentamente, evitando gli eccessi. (Se ciò) viene fatto correttamente, con incrementi e decrementi adeguati in base alla situazione, non solo si potranno curare le proprie malattie, ma si potrà anche aiutare gli altri¹⁵.

Queste sei tipologie di respiro risultano pertanto collegate al *qi* di un particolare organo e prendono il nome da una sillaba, la cui produzione ricorda il suddetto respiro. Il respiro *he*, ad esempio, definito anche come “respiro caldo”, si riferisce alla produzione di un respiro forte a bocca aperta e

viene impiegato per espellere calore, mentre il respiro *chui* consiste in una decisa espulsione d'aria attraverso le labbra leggermente socchiuse ed è associato a un'azione più diretta e mirata. Il respiro *hu*, invece, si configura come una semplice espirazione, più neutra e regolare, che richiama una condizione di equilibrio interno e armonizzazione. Il respiro *xu* si realizza mantenendo la bocca aperta in modo da favorire una gentile espulsione dell'aria direttamente dai polmoni; il respiro *xi*, a sua volta, si caratterizza per una lieve espirazione con la bocca appena dischiusa, che promuove l'espulsione dell'aria proveniente dall'interno del corpo. Infine, il respiro *shi* si presenta come un'espirazione dolce e rilassata, in grado di far fluire l'aria dalle labbra leggermente aperte in modo naturale (DESPEUX 2006).

Da questa esposizione emerge chiaramente come l'attenzione sia esclusivamente posta sull'espirazione, considerata come veicolo attraverso cui modulare, dirigere ed equilibrare il *qi*. Difatti, è in termini di qualità e modalità di espirazione che le diverse tipologie di respiro si distinguono tra loro: ogni suono-sillaba si configura dunque come una guida funzionale, che riflette la natura del respiro e la sua risonanza fisiologica. In tal senso, la produzione di questi sei respiri, intesi singolarmente come un processo consapevole e mirato che si adatta alla condizione del corpo e dell'organo interessato, assume una valenza terapeutica.

Ai sei *qi*, Zhiyi aggiunge i dodici respiri *xi*, anch'essi generati attraverso un esercizio di immaginazione:

[...] Impiegare il respiro per curare le malattie in contrasto con le otto percezioni tattili è (come segue): se a causa della percezione di 'pesantezza' insorgono le grandi malattie della terra, ci si avvalga principalmente dell'espirazione per curarle; se si genera la percezione di "leggerezza", che dà origine alle malattie del vento, ci si avvalga principalmente dell'inspirazione per curarle; se si genera la percezione di "freddo", che dà origine alle malattie dell'acqua, ci si avvalga principalmente dell'espirazione per curarle; se si genera la percezione di "caldo", che dà origine alle malattie del fuoco, ci si avvalga principalmente dell'inspirazione per curarle. Il resto va inteso allo stesso modo. [...] Inoltre, vi sono le distinzioni riguardanti l'utilizzo di dodici (tipologie di) respiro, ovvero (il respiro) superiore, (il respiro) inferiore, (il respiro) bruciato, (il respiro) profondo, (il respiro) crescente, (il respiro) decrescente, (il respiro) freddo, (il respiro) caldo, (il respiro) veloce, (il respiro) mantenuto, (il respiro) armonioso e (il respiro) supplementare. [...] Il respiro superiore cura le gravose malattie della terra; il respiro inferiore cura le fluttuanti malattie del vento; il respiro bruciato cura i gonfiori; il respiro profondo cura gli emaciamenti; il respiro crescente permette l'aumento dei quattro elementi. [...] Il respiro decrescente elimina tutte le malattie della membrana del cuore; il respiro freddo cura la febbre;

il respiro caldo cura i brividi; il respiro veloce cura le ostruzioni intestinali e i gonfiori (causati da) sostanze velenose; il respiro mantenuto cura i tremori e i turbamenti; il respiro supplementare cura le carenze; il respiro armonioso equilibra i quattro elementi. [...]»¹⁶.

Come evidenzia Salguero (2014: 104), le dodici tipologie di respiro menzionate nel *MHZG* rinviano a tecniche di controllo del respiro (*prāṇāyāma*) proprie della medicina indiana e impiegate per promuovere la concentrazione meditativa. A conferma di ciò, nel *Classico di medicina interna dell'Imperatore Giallo* non si rinviene alcun richiamo a tali pratiche. Lo stesso *MHZG* impiega due termini distinti per riferirsi alle due tipologie di respiro, suggerendo così la consapevolezza della loro differente origine e funzione: da un lato il termine *qi*, dall'altro l'espressione *xi*, a indicare due approcci metodologici differenti. I sei *qi* sono difatti proposti come rimedio per le patologie dei cinque organi pieni, coerentemente con l'impianto teorico della medicina "tradizionale" cinese. I dodici respiri *xi*, invece, sono connessi alle otto percezioni tattili e figurano come un metodo di cura per i disordini dei quattro grandi elementi.

Tuttavia, come osserva Chen Dixuan (2024: 124-26), i dodici respiri *xi* presentano una strutturazione sistematica e un livello di elaborazione teorica che li distingue nettamente dalla tradizione indiana. Questo perché Zhiyi li inserisce all'interno di un impianto dottrinale organico e coerente. Difatti, tale sistematizzazione potrebbe rappresentare una delle prime testimonianze di codificazione completa di questi respiri, a differenza del panorama indiano dove invece appaiono in forme frammentarie. Tale discontinuità può essere compresa considerando lo sviluppo non lineare delle pratiche di *prāṇāyāma*, le quali si sono progressivamente modellate sotto l'influsso di differenti contesti filosofico-religiosi e attraverso una trasmissione prevalentemente orale (CHEN Dixuan 2024).

In definitiva, ciò che preme sottolineare in questa sede è che entrambi i sistemi, *qi* e *xi*, contribuiscono a delineare un quadro terapeutico in cui saperi differenti vengono integrati in funzione del medesimo percorso meditativo.

Considerazioni conclusive: meditazione come terapia

Nel complesso, il *MHZG* delinea un cammino mahāyānico in cui la meditazione viene coltivata all'interno del percorso del bodhisattva. In questo contesto, la malattia, se compresa come simultaneamente priva di esistenza

intrinseca e convenzionalmente reale, perde ogni consistenza ontologica e si configura come un'illusione che altera la percezione della realtà così com'è. Secondo questa prospettiva, tale esperienza è comune a tutti gli esseri non ancora risvegliati e, per superarla, la pratica buddhista offre strumenti volti ad affrontare le affezioni patologiche, intese come espressioni delle distorsioni che ostacolano una corretta comprensione del reale (SKORUPSKI 1999).

Il tema della malattia risulta così intimamente connesso tanto al sistema dottrinale elaborato da Zhiyi – come l'indissolubile binomio *zhiguan* – quanto ad alcuni dei principali assunti del buddhismo, quali i dodici anelli della coproduzione condizionata, le quattro nobili verità e la legge del *kar-ma*. La meditazione, infatti, se non correttamente guidata, può generare squilibri somatici e favorire l'insorgenza di patologie; per questo motivo, il percorso di coltivazione presuppone una stretta integrazione tra prassi meditativa e cura del corpo. I metodi impiegati per affrontare disturbi fisici – come lo squilibrio dei quattro elementi o l'abuso di alimenti e bevande – sono concepiti come fasi propedeutiche al raggiungimento di specifici stati di assorbimento meditativo (*dhyāna*).

Il dialogo tra “meditazione” e “medicina” genera così un sistema concettuale e linguistico che, nel *MHZG*, si esprime sia attraverso l'adozione di un lessico proprio della medicina “tradizionale” cinese per descrivere e classificare le patologie, sia mediante l'impiego di un vocabolario buddhista per delineare un metodo terapeutico inserito in un più ampio processo di coltivazione e perfezionamento. La coesistenza dei due sistemi è evidente, come illustrato dai sei *qi* e dai dodici respiri *xi*, entrambi inclusi tra i metodi di cura.

Se nel buddhismo le tecniche di controllo del respiro si configurano come strumenti che supportano il raggiungimento degli stati di assorbimento meditativo, Zhiyi impiega le pratiche *qi* e *xi* con una finalità terapeutica esplicita, mirata al raggiungimento di uno stato di benessere psico-fisico. Inserite in un paradigma che procede dalla diagnosi alla definizione della terapia, tali pratiche si configurano dunque come veri e propri strumenti terapeutici, nei quali la dimensione somatica si intreccia strettamente con quella soteriologica. Il respiro viene così concepito anche come «a diagnostic tool» (CHEN Dixuan 2024: 121) e il testo, nel complesso, si distingue per una forte componente medica, evidente a livello terminologico e nell'impiego di pratiche dal potenziale terapeutico.

In definitiva, nel *MHZG* i respiri *qi* e *xi* testimoniano l'eterogeneità del panorama medico nella Cina medievale e, facenti capo a due sistemi medici distinti, risultano in una sintesi originale. In tal senso, il concetto di *cura* implica tanto il superamento di una condizione patologica in senso strettamente fisico quanto uno stato in cui si attua la comprensione della realtà così com'è.

Note

⁽¹⁾ Nel presente contributo si è scelto di utilizzare, pur con le dovute cautele, il termine “tradizionale” in riferimento alle pratiche mediche sviluppate in Cina, consapevoli della sua natura convenzionale e della problematicità insita in tale definizione. L'espressione ha difatti acquisito ampia diffusione in epoca moderna, in particolare a partire dalla fondazione della Repubblica Popolare Cinese (1949), come etichetta per designare pratiche mediche di origine premoderna, quali, ad esempio, l'agopuntura. Tuttavia, come osservato da Sivin (1987), ciò che, a posteriori, viene denominato “tradizionale” si discosta in misura significativa dalle pratiche effettivamente adottate in passato. In ogni caso, al fine di garantire chiarezza terminologica e distinguere tali saperi da quelli introdotti successivamente in Cina con il buddhismo, si è ritenuto opportuno mantenere l'uso del termine “tradizionale”, delimitandone l'impiego mediante l'uso delle virgolette.

⁽²⁾ Quanto al termine *wu*, questo viene solitamente utilizzato per ciò che, a posteriori, si definisce “sciamano”. In realtà, il fenomeno dello sciamanesimo viene circoscritto e analizzato solo in epoca moderna, periodo in cui vi sono precisi dati etnografici che permettono di descrivere tale fenomeno. Per il periodo antecedente è pertanto scorretto parlare di sciamanesimo, ma risulta più opportuno parlare di “archeologia dello sciamanesimo” o “proto-sciamanesimo”. Per studi e approfondimenti riguardo al fenomeno dello sciamanesimo, si rimanda a ELIADE (1964) e STUTLEY (2003).

⁽³⁾ Nello specifico, entrambe le sezioni si compongono di ottantuno capitoli. Le *Questioni fondamentali* esaminano i metodi diagnostici e le principali modalità terapeutiche, mentre il *Perno spirituale* tratta in modo sistematico la pratica dell'agopuntura. Per una traduzione del testo, con particolare attenzione alla sezione delle *Questioni fondamentali*, si rimanda all'edizione curata da UNSCHULD, TESSENOW (2011).

⁽⁴⁾ Il testo originale, andato perduto, è il *Classico sulle malattie febbrili causate dal freddo* (*Shanghan zabing lun* 傷寒雜病論), compilato da Zhang Zhongjing 張仲景 (150-219) verso la fine della dinastia Han. In epoca successiva, Wang Shuhe 王叔和 (180-270) ne curò una ricostruzione, dando origine a due opere distinte: il *Classico sulle malattie causate dal freddo* e le *Prescrizioni contenute nel cofanetto d'oro* (*Jingui yaolue* 金匱要略; COOK 2023: 2-7).

⁽⁵⁾ Per approfondimenti sul *neidan* e le sue origini, si rimanda a PREGADIO (2006).

⁽⁶⁾ Il *Commentario di Zuo* costituisce il terzo commentario agli *Annali delle Primavere e degli Autunni* (*Chunqiu* 春秋) e la sua compilazione è generalmente collocata nella seconda

metà del IV secolo a.C. Gli *Annali di Lü Buwei*, invece, sono un'opera redatta intorno al 239 a.C. sotto la supervisione di Lü Buwei 呂不韋, letterato del regno di Qin 秦.

⁽⁷⁾ Nel testo si adottano le espressioni “organi pieni” e “organi cavi” in riferimento alle funzioni che tali strutture svolgono secondo la medicina “tradizionale” cinese: i primi come sedi di immagazzinamento, i secondi come canali di trasformazione e trasporto delle sostanze. Inoltre, particolare attenzione merita il “triplice focolare”, l'unico organo che non trova corrispondenza sul piano anatomico, ma prende il nome dalla sua posizione. Si riteneva difatti che questo fosse articolato in tre sezioni e che si trovasse contemporaneamente in tre diverse parti del corpo (inferiore, centrale e superiore), con la funzione di trasformazione e distribuzione delle sostanze vitali.

⁽⁸⁾ Si adotta qui il termine “medicina indiana” in senso ampio, ma con la consapevolezza delle sue articolazioni storiche, come precisato da Zysk (1993: 1-7). È difatti opportuno tenere a mente le sue fasi evolutive: la cosiddetta “medicina preistorica” o “pre-vedica” (ca. 2700 a.C.-1500 a.C.); la “medicina vedica” (II millennio a.C.); l'Āyurveda. Quest'ultima, secondo l'autore, non sarebbe il risultato della tradizione vedica, bensì l'esito di conoscenze trasmesse all'interno di comunità di asceti itineranti.

⁽⁹⁾ Ringrazio il revisore anonimo per le precisazioni e le preziose indicazioni sull'Āyurveda. Per quanto riguarda i tre umori dell'Āyurveda, si segnala lo studio di Divino (2025), che esamina l'articolazione di tale teoria nel Canone pāli attraverso un confronto testuale tra la tradizione indiana e quella greca, seguendo l'ipotesi di radici indoeuropee. Sui tre umori, inoltre, si menziona il confronto proposto da Friedlander (2010: 57-58) tra questi e i tre veleni del buddhismo, secondo cui vento, bile e flegma, pur non corrispondendo perfettamente, risultano intimamente legati a bramosia, avversione e ignoranza, le tre affezioni fondamentali del pensiero buddhista.

⁽¹⁰⁾ In merito alla connessione tra la medicina “tradizionale” cinese e la medicina buddhista, così come messa in luce in questa sezione, si ritiene opportuno sottolineare che si tratta di un ambito tanto ampio quanto stimolante. Pertanto, non potendo essere trattato in modo esaustivo nel presente contributo, esso rientra tra le prospettive di ricerca future.

⁽¹¹⁾ Nello specifico, il termine *dhāraṇī* designa brevi gruppi di parole dal forte valore sonoro, proprie della tradizione buddhista. In cinese il termine *dhāraṇī* può apparire mediante la traslitterazione *tuoluoni* 陀羅尼; tramite la resa semantica *zongchi* 總持, che allude alla funzione di “trattenere le parole del Buddha”; oppure tramite la traduzione “formula” o “formula divina” (*zhou* 咒 o *shenzhou* 神咒; SALGUERO 2010: 59–62). Per un approfondimento sul ruolo e la diffusione delle *dhāraṇī* nella Cina medievale, si rimanda a COPP 2014.

⁽¹²⁾ Per la resa del termine, solitamente tradotto come “caratteristica” o “segno”, si segue la proposta di Friedlander (2010: 55) che lo rende con “sintomo”, in quanto espressione di un preciso stato patologico.

⁽¹³⁾ In questo caso, si fa riferimento alla “meditazione sulle impurità del corpo” (cin. *bijing guan* 不淨觀; san. *aśubhā*) che permette di generare distacco e repulsione a partire dal riconoscimento della natura impura dei costituenti corporei. Per ulteriori ap-

profondimenti sulla meditazione *aśubhā*, si rimanda a DHAMMAJOTI (2021) e MOHR (2020).

⁽¹⁴⁾ Si confronti, ad esempio, il *Da zhidu lun* 大智度論 (Commentario della *Mahāprajñāpāramitā*) [T no. 1509: 131b11-13] che recita: «Il saggio (Buddha) ha piena consapevolezza del fatto che “il corpo è l’origine della sofferenza e non è mai esente dalle malattie”. Qual è il motivo? (Il motivo) è che il corpo è (il risultato) dell’unione di terra, acqua, fuoco e vento che, per natura, si contrastano e si ostacolano a vicenda». Il testo in cinese è basato sull’edizione canonica *Taishō* [T no. 1509], la cui versione elettronica, curata dalla Chinese Buddhist Electronic Text Association (CBETA), è consultabile on-line: <https://cbetaonline.dila.edu.tw/zh/>. Nel presente contributo, tutte le traduzioni in italiano sono di chi scrive.

⁽¹⁵⁾ [T no. 1911: 108b29-c15].

⁽¹⁶⁾ [T no. 1911: 108c27-109a18].

Bibliografia

Abbreviazioni

T: *Taishō* (*Taishō Shinshū Daizōkyō* 大正新修大藏經), a cura di Takakusu Junjirō e Watanabe Kaigyoku, Tokyo, 1924-35.

Fonti primarie

Da zhidu lun 大智度論 (Commentario della *Mahāprajñāpāramitā*) [T no. 1509].

Mohe zhiguan 摩訶止觀 (Grande trattato su *śamatha* e *vipaśyanā*) [T no. 1911].

Fonti secondarie

BIANCHI E. (2018), *Il Buddhismo cinese*, pp. 401-61, in Rossi D. (a cura di), *Fili di seta. Introduzione al pensiero filosofico e religioso dell’Asia*, Astrolabio Ubaldini Editore, Roma.

BIRNBAUM R. (1989), *The Healing Buddha*, Shambala, Boston.

CHEN DIXUAN (2024), *Inhaling Tradition, Exhaling Innovation: Controlled Breathing as Medicine in Tiantai Buddhism*, “Studies in Chinese Religions”, Vol. 10 (2): 115-150.

CHEN MING (2013), *Zhonggu yiliao yu wailai wenhua* 中古醫療與外來文化 (Medicina straniera e cultura nella Cina medievale), Peking University Press, Beijing.

CHEN YUN-JU (2022), *Yin, yang, and five agents (wuxing) in the Basic Questions and early Han (202 BCE-220 CE) medical manuscripts*, pp. 13-22, in LO V., STANLEY-BAKER M., YANG D. (a cura di), *Routledge Handbook of Chinese Medicine*, Routledge, London.

Chinese Buddhist Electronic Texts Association 中華電子佛典協會 (CBETA), <https://www.cbeta.org> (consultato 11/2023-03/2025).

COOK C.A. (2023), *Medicine and Healing in Ancient East Asia: a View from Excavated Texts*, University Press, Cambridge.

- COPP P. (2014), *The Body Incantatory: Spells and the Ritual Imagination in Medieval Chinese Buddhism*, Columbia University Press, New York.
- DESPEUX C. (2006), *The Six Healing Breaths*, pp. 37-67, in KOHN L., *Daoist Body Cultivation: Traditional Models and Contemporary Practices*, Three Pines Press, Dunedin.
- DHAMMAJOTI K.L. (2021), *Meditative Experiences of Impurity and Purity-Further Reflection on the Aśubhā Meditation and the Śubha-Vimokṣa*, "Religions (Special Issue on Impurity Revisited: Contemplative Practices, Textual Sources, and Visual Representations in Asian Religions)", Vol. 12 (2): 1-32.
- DI LU (2022), *History of Disease: Pre-Han to Qing*, pp. 217-29, in LO V., STANLEY-BAKER M., YANG D. (a cura di), *Routledge Handbook of Chinese Medicine*, Routledge, London.
- DIVINO F. (2021), *Alcune note sul legame tra Buddhismo delle origini e pratica medica attraverso lo sguardo antropologico*, pp. 19-38, in DIVINO F., *Meditazione e Terapia. Dalle origini della pratica meditativa buddhista, all'indagine in etnopsichiatria sulle sue applicazioni cliniche*, Edizioni Diodati, Padova.
- DIVINO F. (2022), *Alcune note sulla concezione di corpo e di malattia nella medicina buddhista*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", Vol. 54: 271-98.
- DIVINO F. (2023), *Elements of the Buddhist Medical System*, "History of Science in South Asia", Vol. 11: 22-62.
- DIVINO F. (2025), *Humors and their Legacy in Early Buddhist Medicine: Revisiting the Indo-European Foundation of Medical Conceptions in the Pāli Canon*, "History of Science in South Asia", Vol. 13: 1-49.
- ELIADE M. (1964), *Shamanism: Archaic Techniques of Ecstasy (Traduzione a cura di TRASK W.R.)*, Routledge and K. Paul, London.
- FRIEDLANDER P.G. (2010), *The Body and the World in Buddhism*, pp. 51-67, in BURNS COLEMAN E., WHITE K. (a cura di), *Medicine, Religion, and the Body*, Brill, Leiden.
- GREENE E.M. (2021), *Chan Before Chan. Meditation, repentance, and Visionary Experience in Chinese Buddhism*, University of Hawai'i Press, Honolulu.
- HARPER D. (1998), *Early Chinese Medical Literature: the Mawangdui Medical Manuscripts*, Kegan Paul International, London-New York.
- HEIRMAN A., TORCK M. (2012), *A Pure Mind in a Clean Body: Bodily Care in the Buddhist Monasteries of Ancient India and China*, Academia Press, Gent.
- HURVITZ L.N. (1980), *Chih-i (538-597): An Introduction to the Life and Ideas of a Chinese Buddhist Monk*, Institut Belge des Hautes Études Chinoises, Bruxelles.
- KANTOR H.R. (2002), *Contemplation: Practice, Doctrine and Wisdom in the Teaching of Zhiyi (538-597)*, "Inter-Religio", Vol. 42: 21-37.
- LIU LIHONG (2019), *Classical Chinese Medicine*, The Chinese University of Hong Kong, Hong Kong.
- LONG DARUI (2007), *Buddhist Medicines in Chinese Literature*, "Hsi Lai Journal of Humanistic Buddhism", Vol. 8: 201-221.
- LO TURCO B. (2018), *Buddhismo*, pp. 15-108, in ROSSI D. (a cura di), *Fili di seta. Introduzione al pensiero filosofico e religioso dell'Asia*, Ubaldini Editore, Roma.
- MOHR M. (2020), *Advanced Contemplation of the Impure: Reflections on a Capstone Event in the Meditation Sūtra*, "Religions (Special Issue on Impurity Revisited: Contemplative Practices, Textual Sources, and Visual Representations in Asian Religions)", Vol. 11 (8): 1-24.
- POCESKI M. (2020), *Disappearing Act: Calmness and Insight in Chinese Buddhism*, "Journal of Chinese Religions", Vol. 48 (1): 1-30.

- PREGADIO F. (2006), *Early Daoist Meditation and the Origin of Inner Alchemy*, pp. 121-58, in PENNY B. (a cura di), *Daoism in History: Essays in Honour of Liu Ts'un-yan*, Routledge, London.
- SALGUERO C.P. (2010), *Mixing Metaphors: Translating the Indian Medical Doctrine Triḍṣa in Chinese Buddhist Sources*, "Asian Medicine: Tradition and Modernity", Vol. 6: 55-74.
- SALGUERO C.P. (2014), *Translating Buddhist Medicine in Medieval China*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia.
- SALGUERO C.P. (2018), *A Missing Link in the History of Chinese Medicine: Research Note on the Medical Contents of the Taishō Tripiṭaka*, "East Asian Science, Technology, and Medicine", Vol. 47 (1): 93-119.
- SALGUERO C.P. (2022), *Global History of Buddhism and Medicine*, Columbia University Press, New York.
- SHINOHARA K. (1992), *Guanding's Biography of Zhiyi, the Fourth Patriarch of the Tiantai Tradition*, pp. 97-116, in GRANOFF P., SHINOHARA K. (a cura di), *Speaking of Monks: Religious Biography in India and China*, Mosaic Press, Oakville-New York-London.
- SIVIN N. (1987), *Traditional Medicine in Contemporary China*, University of Michigan Center for Chinese Studies, Ann Arbor.
- SKORUPSKI T. (1999), *Health and Suffering in Buddhism: Doctrinal and Existential Considerations*, pp. 139-65, in HINNELLS J.R., PORTER R. (a cura di), *Religion, Health and Suffering*, Kegan Paul International, London.
- STANLEY-BAKER M. (2022a), *Qi 氣: A Means for Cohering Natural Knowledge*, pp. 23-50, in LO V., STANLEY-BAKER M., YANG D. (a cura di), *Routledge Handbook of Chinese Medicine*, Routledge, London.
- STANLEY-BAKER M. (2022b), *Daoism and Medicine*, pp. 401-16, in LO V., STANLEY-BAKER M., YANG D. (a cura di), *Routledge Handbook of Chinese Medicine*, Routledge, London.
- STRICKMANN M. (2002), *Chinese Magical Medicine*, Stanford University Press, Stanford.
- STUTLEY M. (2003), *Shamanism: An Introduction*, Routledge, New York.
- SWANSON P.L. (1989), *Foundations of T'ien-t'ai Philosophy*, Asian Humanities Press, Berkeley.
- SWANSON P.L. (2018), *Clear Serenity, Quiet Insight: T'ien-t'ai's Mo-ho chih-kuan*, University of Hawaii Press, Honolulu.
- UNSCHULD P.U. (1985), *Medicine in China: A History of Ideas*, University of California Press, Berkeley-Los Angeles-London.
- UNSCHULD P.U. (2003), *Huang Di Nei Jing Su Wen: Nature, Knowledge, Imagery in an Ancient Chinese Medical Text*, University of California Press, Berkeley-Los Angeles-London.
- UNSCHULD P.U. (2016), *Nan Jing: The Classic of Difficult Issues*, University of California Press, Berkeley.
- UNSCHULD P.U., TESSENOW H. (2011), *Huang Di nei jing su wen: An Annotated Translation of Huang Di's Inner Classic-Basic Questions*, University of California Press, Berkeley.
- ZYSK K.G. (1991), *Ascetism and Healing in Ancient India: Medicine in the Buddhist Monastery*, Oxford University Press, New York.
- ZYSK K.G. (1993), *Religious Medicine. The History and Evolution of Indian Medicine*, Routledge, Oxon.

Scheda sull'Autrice

Maria Dorillo (Perugia 1999) ha conseguito la laurea triennale in “Lingue e Culture Straniere” (cinese e inglese) presso l'Università degli Studi di Perugia e la laurea magistrale in “Lingue e Civiltà dell'Asia e dell'Africa Mediterranea” (curriculum Cina) presso l'Università Ca' Foscari di Venezia. I suoi interessi vertono sul buddhismo cinese, con particolare riferimento alle pratiche meditative nella Cina medievale e all'intersezione tra queste e il pensiero medico.

Riassunto

Sistemi medici in dialogo: pratiche del respiro nella meditazione buddhista cinese

Il presente articolo propone un caso esemplare di intersezione tra saperi medici nella Cina premoderna, analizzando un passaggio del *Mohe zhiguan* 摩訶止觀 (Grande trattato su *śamatha* e *vipaśyanā*) in cui il respiro assume un ruolo centrale, intrecciando dimensione somatica e percorso meditativo. Le pratiche del respiro, da un lato afferenti alla medicina “tradizionale” cinese e dall'altro di matrice indiana, sono articolate come strumenti terapeutici volti a favorire il benessere psico-fisico e il progresso meditativo.

Parole chiave: respiro, Buddismo e medicina, meditazione, *Mohe zhiguan* 摩訶止觀, medicina “tradizionale” cinese

Resumen

Los sistemas médicos en diálogo: prácticas de respiración en la meditación budista china

Este artículo propone un caso ejemplar de intersección entre conocimientos médicos en la China premoderna, analizando un pasaje del *Mohe zhiguan* 摩訶止觀 (Gran tratado sobre *śamatha* y *vipaśyanā*), donde la respiración asume un papel central al entrelazar la dimensión somática con el camino meditativo. Las prácticas respiratorias, por un lado vinculadas a la medicina “tradicional” china y por otro de origen indio, se articulan como herramientas terapéuticas orientadas a favorecer el bienestar psicofísico y el progreso meditativo.

Palabras clave: respiración, Budismo y medicina, meditación, *Mohe zhiguan* 摩訶止觀, medicina “tradicional” china

Résumé

Les systèmes médicaux en dialogue: pratiques respiratoires dans la méditation bouddhiste chinoise

Cet article propose l'étude d'un cas exemplaire d'intersection entre les savoirs médicaux dans la Chine prémoderne, en analysant un passage du *Mohe zhiguan* 摩訶止觀 (Grand traité sur *śamatha* et *vipaśyanā*), où la respiration, qui combine

ensemble la dimension somatique et le parcours méditatif, joue un rôle central. Les pratiques respiratoires, issues d'une part de la médecine "traditionnelle" chinoise et d'autre part d'origine indienne, sont présentées comme des outils thérapeutiques visant à favoriser le bien-être psychophysique et le progrès méditatif.

Mots-clés: respiration, Bouddhisme et médecine, méditation, *Mohe zhiguan* 摩訶止觀, médecine "traditionnelle" chinoise

Navigare tra le contraddizioni

La presa in carico del minore autore di reato, tra cura, sostegno e controllo

Lorena La Fortezza

Ricercatrice Indipendente

[lorena.lafortezza@gmail.com]

Abstract

Navigating Contradictions. The Care of Juvenile Offenders between Support, Control, and Care

This text examines the contradictions of the Italian juvenile justice system through an ethnographic study (2022-2024) with youths on probation. It investigates the ambivalent role of socio-health professionals, situated between care and control, revealing how the focus on individual responsibility conceals structural inequalities. Forms of suffering and resistance, such as self-harm and psychotropic drug use, emerge as creative responses to institutional oppression. The research offers a critical reflection on the power of institutions and the space anthropology may occupy within them, advocating for an engaged and reflexive approach that amplifies the voices of those living at the margins of society.

Keywords: juvenile justice system, probation, critical and institutional anthropology, ethnography, deviance, suffering, control, care, psychotropic drugs, marginality

La barca in mezzo al mare, ossia spazi di navigazione della disciplina antropologica nel mondo istituzionale

Farsi strada come giovane antropologa all'interno di un piccolo gruppo di adolescenti autori di reato e l'insieme intricato di figure istituzionali più o meno visibili e presenti nelle loro vite, ha rappresentato una grande sfida che mi ha vista impegnata tra il 2022 e il 2024 quando, per la tesi di laurea magistrale, ho scelto di fare ricerca con quattro giovani in messa alla prova: Nizar, Karim, Matteo e Davide¹, di cui il lettore potrà metaforicamente ascoltare le voci.

La ricerca sul campo ha avuto inizio nel settembre 2022 grazie alla partecipazione ad un laboratorio di filosofia applicata dedicata a minori in prova.

La mia presenza è stata mediata grazie alla collaborazione con la federazione che ha organizzato l'attività, ispirata ai principi della giustizia riparativa e dialogica attraverso strumenti di natura argomentativa, filosofica ed etica. L'obiettivo del progetto era quello di riflettere sul reato commesso e di ricucire le relazioni interne al giovane partecipante.

All'interno del gruppo, numerosi sono stati gli interrogativi sul posizionamento da intraprendere: la scelta risiedeva nell'essere una semplice osservatrice o una partecipante alle attività. Nel presentarmi come ricercatrice con la volontà di prendere parte agli esercizi proposti ho voluto mettermi in gioco come il resto dei ragazzi per timore che la mia presenza avrebbe potuto destare sospetti e creare fraintendimento tra il mio ruolo e quello di figure di cui i partecipanti avevano già familiarità, come assistenti sociali, educatore e psicologo. La vicinanza di età tra me e i giovani e la possibilità di uno scambio informale ma contenuto all'interno del momento laboratoriale hanno permesso alle interazioni di assumere un carattere confidenziale contribuendo alla negoziazione della mia presenza all'interno del gruppo.

Grazie alla partecipazione all'interno di questo contesto, mi sono potuta inserire nel gruppo e instaurare relazioni più profonde con alcuni dei ragazzi che avrebbero, in un secondo momento, preso parte alla ricerca etnografica. La progettazione della ricerca, che prevedeva l'uso di interviste in profondità e la raccolta di storie di vita, doveva, tuttavia, passare prima al vaglio dell'Ufficio di Servizio Sociale per Minorenni della regione in cui ho svolto l'etnografia che aveva il compito di leggere, comprendere e autorizzare la proposta. Dopo la stesura di un progetto di presentazione del contesto, della metodologia e degli obiettivi della ricerca, ho atteso per lungo tempo la risposta degli uffici preposti. Così, dopo aver soddisfatto alcune richieste circa la specificità delle interviste che avrei condotto, un'autorizzazione tramite posta certificata è stata rilasciata dall'allora nuovo dirigente del Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità. Questa esperienza mi ha fatto intravedere, seppur in minima parte, la complessità delle relazioni con le istituzioni, una difficoltà che i ragazzi in messa alla prova affrontano ogni giorno.

Una volta cominciato il lavoro etnografico, ha iniziato a delinearsi un campo di ricerca complesso: un campo privo di un luogo delimitato, costruito sulla parola e sulle relazioni, ricco di storie, di emozioni, di violenze e di ricordi, articolato nello spazio urbano e della strada. Il posizionamento dei ragazzi, e quindi il mio, è sempre stato caratterizzato da un movimento

costante, a volte confuso, tra il “dentro”, ossia il carcere minorile o la paura di entrarci (dovuto anche al fatto che Matteo e Davide hanno speso parte della loro pena in un istituto penale minorile), e il “fuori”, ossia il mondo della messa alla prova e di quello che implica. Questo dispositivo giuridico ha permesso questo movimento grazie al suo posizionarsi a metà strada tra la detenzione e la libertà incondizionata collocando la ricerca stessa in questo spazio di ambiguità. Questo luogo “di mezzo” ha permesso ai soggetti della ricerca di entrare in uno spazio di parola (DE CERTEAU 2007) al di là degli stereotipi che spesso li marchiano e li fissano nelle forme di soggettività per loro pensate come ammissibili (BENEDUCE 2014). Questo è stato possibile, in prima battuta, grazie al laboratorio di gruppo, che ha permesso la costruzione di un momento di legittimità e di dare senso alle storie e alle esperienze individuali in un contesto di negoziazione collettiva e in secondo luogo, all’interno del momento etnografico. In entrambi, l’atto di parlare ha avuto due risvolti fondamentali: da un lato ha permesso ai ragazzi di farsi soggetti attivi del loro percorso e progetto di vita e dall’altro di farlo all’interno di una narrazione che ha continui rimandi contestuali, storici e culturali che consentono un costante dialogo e, talvolta, attrito tra l’esperienza personale e la sofferenza sociale: raccontare le ragioni dei loro crimini e delle loro pene ha significato non solo ascoltare i motivi storici, culturali, economici e sociali che sottendono le loro azioni e i loro ragionamenti, ma anche accogliere quelle testimonianze e capire che nell’atto di ascolto risiedono la speranza e la possibilità di un esserci nel mondo (DE MARTINO 2002) diverso da come le persone e le istituzioni “al di fuori” (o che hanno il ruolo di giudicare) incasellano e dipingono i giovani che commettono reato. Grazie all’uso, allo scambio e alla forza della parola è stato possibile per i ragazzi riappropriarsi di uno spazio sociale e politico spesso negato o “rapito” da operatori e altre figure istituzionali (FASSIN *et al.* 2015).

Per scorgere le contraddizioni del programma di messa alla prova e per restituire una visione complessa della delinquenza giovanile, ho scelto di collocarmi pienamente nella relazione col ragazzo e solo marginalmente in quella con le istituzioni. Le ragioni furono sia di natura organizzativa e di difficoltà di approccio al mondo istituzionale nei tempi brevi di una ricerca per una tesi magistrale sia parte di una scelta volontaria di riportare l’esperienza etnografica dell’immersione del punto di vista dei giovani partecipanti e, in ultimo, dal desiderio di evitare che il mio ruolo venisse confuso con quello di altri profili professionali inseriti nel sistema penale minorile.

Nonostante la scelta di non interagire direttamente con le figure istituzionali, la loro presenza era evidente nei racconti e nelle esperienze dei ragazzi partecipanti per cui era per me fondamentale interrogarsi sul loro ruolo e sul rapporto che intraprendessero con i minori presi in carico. La “presa in carico” del minore rappresenta il processo attraverso cui i servizi sociali o sanitari assumono formalmente la responsabilità di accompagnare una persona in un percorso di intervento, costruendo insieme a lei (e, nel caso dei minorenni, alla famiglia e all’autorità giudiziaria) un progetto educativo individualizzato di sostegno, tutela e cura condiviso con le istituzioni coinvolte (GALLI 2008). Questo particolare rapporto rivela qualcosa che gli stessi partecipanti alla ricerca hanno vissuto e mi ha portata a riflettere sullo spazio che la mia ricerca antropologica potesse trovare all’interno di questi contesti. L’iniziale difficoltà di accesso al campo delineata dal tentativo di analizzare la messa alla prova mi ha permesso di ragionare sulla resistenza all’accesso a un campo di forze (BOURDIEU 1972) di professionalità inconsuete che si oppone alla scarsità di opportunità di confronto e dialogo con quelle figure istituzionali che storicamente abitano e contribuiscono al funzionamento dell’istituzione e delle sue leggi (FASSIN *et al.* 2015): giudici, assistenti sociali, forze di polizia, educatori, psicologi e psichiatri. Queste professionalità si inseriscono nell’esperienza penale del ragazzo autore di reato poiché non sono solo chiamate a mettere in atto la parola, la decisione o, più globalmente, la scelta giuridica proclamata dal giudice, ma anche a compiere piccole scelte che possono avere un grande impatto sull’andamento del progetto del ragazzo, sia egli inserito in un Istituto Penale Minorile o in percorsi alternativi alla detenzione; queste figure sono «qualcosa di più di una burocrazia con regole e procedure» (ivi: 45). Attività, tirocini, laboratori, volontariato, lavori di pubblica utilità, sedute di psicoterapia sono solo alcuni degli impegni previsti dai giudici che, tuttavia, conservano la loro possibilità di applicabilità nelle mani dell’agenti socio-educativi che incarnano «un principio di produzione, di rappresentazione legittima del mondo sociale» (BOURDIEU 2013: 14, 15). Si collocano così a metà strada tra una prassi deontologica che ha l’obiettivo di reintegrare il minore autore di reato nella società attraverso un percorso riabilitativo di stampo educativo e una applicazione della legge rappresentata dall’organo istituzionale di riferimento, quello giuridico-amministrativo, che esige che il suo potere non solo venga attuato da queste figure, ma, soprattutto, incorporato. Questi agenti non sono semplici esecutori poiché il potere dello Stato si manifesta materialmente attraverso le loro azioni, i loro discorsi e i loro gesti (FASSIN *et al.* 2015). In termini foucaultiani, potremmo dire

che queste figure esercitano una governamentalità: guidano, indirizzano e modellano le condotte, incorporando la funzione regolativa dello Stato (FOUCAULT 2005).

Il protagonismo delle figure professionali socio-educative fu notato già da Franco Basaglia alla fine degli anni Sessanta quando, nella *Istituzione negata* (1968), osserva come nel passaggio delle istituzioni da violente a tolleranti si possa comprendere la reale posta in gioco di questo sapere tecnico (BASAGLIA 2017: 461, 462). Se le istituzioni della violenza si costituiscono sulla divisione tra chi detiene il potere e chi lo subisce, le istituzioni della tolleranza, che si strutturano con l'inserimento di pratiche volte al benessere, all'abbondanza e al welfare, scoprono di non poter più esporre così apertamente la violenza per evitarne le contraddizioni che potrebbero rivelarsi dannose. Così, viene istituito un nuovo sistema: «quello di allargare l'appalto al potere ai tecnici che lo gestiranno in suo nome [dello Stato e delle sue istituzioni politiche] e continueranno a creare – attraverso forme diverse di violenza: la violenza tecnica – nuovi esclusi» (*ibidem*). Mediante un mascheramento profondo di quella violenza, gli agenti tecnici operano un raffinato processo di adattamento dell'istituzionalizzato alla sua condizione, favorendo, così, la sua interiorizzazione. La tolleranza non è, dunque, quella esercitata dal sistema sugli istituzionalizzati, ma quella che l'istituzionalizzato sviluppa nei confronti della propria condizione di assoggettamento.

Nizar: È che non puoi sgarrare troppo, capito? Ci sono cose che non puoi fare, ci sono cose che puoi fare, ci sono cose che non puoi fare ma le fai perché vanno bene, perché sono controllate. Però ci sono cose che non puoi. Quindi... Prima pensavo che un ragazzo per una scusa aveva il diritto di fare qualsiasi cosa, ma [ora ho capito che] anche uno che sta bene non ha il diritto di fare tutto²... Capito?

L.: Ti senti controllato?

Nizar: Sì, ma alla fine ti controlli tu stesso perché se la polizia mi ferma e mi chiede la carta d'identità non vede che sono in messa alla prova. Però per te ti senti un po'... Spero rimanga anche dopo la messa alla prova...

L.: Intendi l'essere incensurato?

Nizar: No, la voglia di [non] fare cazzate...

(Nizar, intervista del 28/06/2023)

Il ruolo dell'agente istituzionale non può che essere osservato, allora, sulla soglia (AGAMBEN 2003) tra l'aiuto e la coercizione, tra l'ascolto e il divieto, tra il pubblico e il privato. A tal riguardo, Fassin (2015), che analizza in profondità lo statuto di questi particolari attori sociali, mette in luce la tensione di cui essi si fanno portavoce e manifestazione concreta, evidente

in molte delle nazioni europee contemporanee: quella tra lo Stato penale e il sistema di welfare. Questa frizione non solo si riferisce alla suscettibilità delle politiche e della loro variabilità, ma anche all'ossessiva delega di uno Stato che si cela e rimette il proprio ruolo nelle mani di soggetti che ne ripropongono lo statuto e le regole. Le conseguenze di questi movimenti oscillanti tra sottrazione e imposizione degli apparati istituzionali dello Stato, quegli spazi in cui il potere si materializza nelle pratiche quotidiane degli operatori (*ibidem*), oscillando costantemente tra logiche di cura e dispositivi di controllo, permetteranno alla presente riflessione di analizzare le contraddizioni strutturali che caratterizzano i percorsi penali dei minori autori di reato.

Pratiche di sostituzione

Per cogliere le criticità e le ambiguità che colorano il sistema penale minorile italiano è utile comprendere, brevemente, cosa la normativa prevede nel caso di minori autori di reato.

Guidato dai principi riabilitativi della pena³, il processo penale minorile conserva la sua particolarità e innovatività rispetto al sistema penale per adulti nella parziale rinuncia dell'assetto punitivo a favore di quello rieducativo. Per fare ciò e per evitare di «bloccare importanti processi evolutivi del diritto» (PALOMBA 2002: 495), esso affida a figure istituzionali di stampo socio-educativo e sanitario la creazione di un progetto educativo che contenga obblighi, prescrizioni, diritti e doveri che il minore deve rispettare e portare a compimento affinché il suo percorso possa dirsi concluso con esito positivo. Il progetto non solo contiene gli aspetti operativi di ciò che la ragazza deve o non deve fare per scontare la propria pena⁴, ma rappresenta un vero e proprio patto tra il giudice e il ragazzo imputato mediato dall'agenti istituzionali che, attraverso la scelta materiale della forma che il percorso deve assumere, hanno il potere e la responsabilità di governarne e stabilirne la direzione. La logica del contratto permette di cogliere la posta in gioco per il ragazzo che ne è destinatario, poiché da un lato mette in evidenza come il progetto abbia lo scopo di incoraggiare il minore a prendersi carico delle proprie responsabilità e degli impegni previsti (FASSIN *et al.* 2015: 162) e dall'altro di accettare le prescrizioni del giudice grazie, soprattutto, all'individualizzazione del percorso. Il progetto sarà poi, in fase di udienza conclusiva (art. 27 bis), il parametro sulla base del quale il minore verrà considerato cambiato in armonia con una condotta

di vita legale e non più deviante e vedrà, dunque, la sua pena estinta o, al contrario, esso rappresenterà la prova della sua negligenza causando un esito negativo del processo.

L'enfasi sulla responsabilità individuale di cui il minore si deve far carico durante il suo periodo di contenimento all'interno dell'istituzione giudiziaria nasconde un primo centrale punto di criticità che vale la pena prendere in considerazione. Non solo questa richiesta impegnativa che viene fatta al minore sembra, nella normativa, vincolare e conferirlo di un onere raramente richiesto all'adulto punito (PALOMBA 2002; BARGIS 2021)⁵, ma, soprattutto, assume un carattere estremamente personale. Il principio di individualizzazione del percorso rieducativo del minore viene mosso dall'intento di voler cucire un progetto fatto su misura del ragazzo, a partire dai suoi bisogni e dalle sue risorse e permette di poter poi, in un secondo momento, valutarne l'adesione e l'evoluzione della personalità in base al percorso intrapreso. Questa impronta personale, oltre a sradicare il giovane dalle proprie reti sociali di riferimento (che siano esse familiari, amicali e lavorative) poiché ritenute dannose al suo processo di risocializzazione, elude completamente il contesto di provenienza e la difficoltà di allontanarsi da alcuni vincoli e forze invisibili. Per molti ragazzi separarsi da quei legami tipici di chi vive una situazione di marginalità, e che con maggiori probabilità hanno possibilità di ritrovarsi nel circuito della giustizia penale minorile (PRINA 2003), appare come un'impresa molto complicata. La frattura dei legami può produrre esiti differenti: da un lato il ripiegamento solitario (come nel caso di Nizar), dall'altro l'attivazione di forme di resistenza nei confronti delle istituzioni e dei loro rappresentanti. Quest'ultima resistenza appare come un sintomo profondo, che ho osservato in alcuni dei ragazzi coinvolti nel laboratorio filosofico, incapaci di abbandonare quella parte di sé che aveva preso forma e trovato significato nelle relazioni che si intendeva recidere. In essa si può leggere, al tempo stesso, il timore di veder dissolta una componente fondamentale della propria identità e il tentativo di rivendicare le appartenenze a cui si è legati. Quando i legami territoriali perdono la loro concretezza, le attività proposte dai servizi socio-educativi rischiano di ridursi a meri compiti svolti passivamente (*ibidem*), da cui liberarsi quanto prima, aumentando così la probabilità che l'esito della messa alla prova sia negativo. Inoltre, nei minori la consapevolezza è tale da essere coscienti che le risorse di base di ciascuno determinano, in parte, le scelte e gli strumenti per affrontarne le conseguenze.

L.: [...] Allora poi una cosa che dicevi l'altra volta sul cambiamento. Che l'esperienza della messa alla prova, ma anche dei giudici eccetera... Ti spin-

gono a cambiare il tuo comportamento [...]. Quello che però non capisco bene è se questo cambiamento sia effettivamente [...] della persona che si sente cambiata e sente di essere migliorata o comunque di aver svolto la sua vita [...] o se è più una cosa di...Come dicevi tu l'altra volta che "davanti al giudice devi fare il buono".

Karim: [...] parlando con altre persone, comunque in messa alla prova, [...] non è che erano tanto cambiati, cioè facevano [l'attività] perché erano costretti. Capito? Cioè il cambiamento per loro non esiste, cioè veramente in alcuni posti non può esistere il cambiamento, cioè come quelli che vengono da [quartiere periferico di una grande città del nord Italia]. Lì è così [...]. Cosa puoi cambiare? Non puoi cambiare niente. Invece già una persona come me che magari non abita in questi ambienti, ma in un posto in periferia un po' più tranquillo, posso dirti che cambia. Cambia, iniziando a girare la testa, perché comunque sei sempre circondato da quella compagnia h24, come fai a cambiare? Tu in primis dovresti andartene via però dopo che te ne vai via devi farti proprio la vita! [...] Sfido le persone, neo maggiorenni o neo-adulti che sono arrivati adesso a 25 anni [...] ad andarsene via [...] dalla zona dove sono cresciuti, soprattutto quelli con i problemi [...]. Comunque, alla fine sei costretto a stare sempre là.

L.: C'è una forza che...

Karim: Sì, c'è proprio un campo magnetico! [...] Oltrepassi quel campo magnetico sbam! Ti prende alla testa. [...] Quindi ritorna, cioè se sei in quegli ambienti ritornerai sempre in quegli ambienti. Se sei in un posto tranquillo come il mio, posso, cioè io garantisco che hai più opportunità di cambiare, ma molte di più. Io ho avuto tante opportunità di cambiare. [...] Ma in qualsiasi posto malfamato che sia [città del nord Italia], che sia [altra città del nord Italia], dipende tutto da dove sei.

L.: Sì, perché io mi chiedevo anche poi... Ci sta che uno non voglia proprio cambiare? [...] se non ci vede del male in quello che fa?

Karim: Ma nessuno vede... Allora se lo fai o non ci vedi del male o comunque non sei cosciente realmente di quello che stai facendo. [...] Per i ragazzini è un discorso secondo me molto difficile da affrontare, perché uno ha appena iniziato a vivere [...]. Uno è molto spaventato, non capiscono realmente che cosa sta succedendo [...]. Però lì per lì non lo capisci finché non arriva il momento. [...] Il momento decisivo in cui dovevi cambiare e prendere le tue opportunità.

(Karim, intervista del 10/07/2023)

Il ragionamento di Karim richiama da vicino quelli che ho raccolto sia durante la ricerca sia all'interno del gruppo filosofico con altri adolescenti. In molti di loro emerge con chiarezza l'intreccio di forze che rende difficile separare il reato dai contesti di vita, dalle storie familiari, comprese quelle migratorie, e dalle problematiche individuali. Per Karim, affrancarsi da alcuni legami e vincoli propri di chi vive condizioni di marginalità e di disuguaglianza sociale appare come un'impresa quasi impossibile; in lui vi

è la lucida consapevolezza che le risorse di base a disposizione di ciascuno condizionano, almeno in parte, le possibilità di scelta e gli strumenti per affrontarne le conseguenze. Tali asimmetrie strutturali rischiano di ripercuotersi anche sulla fruizione del progetto educativo e sulla partecipazione a misure alternative alla detenzione (PALOMBA 2002: 493), poiché queste ultime risultano più accessibili e favorevoli nell'esito per quei ragazzi già inseriti in relazioni e contesti sociali più solidi. Visto che il processo penale minorile coinvolge soprattutto ragazzi provenienti da contesti di marginalità e con una storia migratoria (ANTIGONE 2024), tali disuguaglianze strutturali tendono a riprodursi all'interno del sistema giudiziario, incidendo sulle valutazioni del percorso del minore e contribuendo a perpetuare forme di esclusione già presenti sul piano sociale. La conseguenza più evidente è che si creano due modalità di azione penale parallele e consolidate sulla base di categorie costruite a cui si ritiene che il minore appartenga «dando per scontata l'applicabilità di misure non afflittive per i minorenni italiani e limitandosi a risposte punitive per quelli più difficili o sfuggenti» (PRINA 2003: 149) come possono essere i giovani provenienti da altri paesi, in particolare se minori stranieri non accompagnati. La costruzione di percorsi penali personalizzati sembra, dunque, rispondere all'esigenza di differenziare e rinchiudere il minore autore di reato in categorie mirate allo sviluppo di azioni specifiche. Non considerare che il buon funzionamento ed esito dei progetti educativi dipendono, in grande misura, dagli strumenti che ciascun ragazzo mette in campo per attendere alle attività programmate⁶, produce conseguenze rilevanti. Tra gli esiti più disastrosi, già da tempo riscontrabili sul territorio nazionale (ANTIGONE 2024), vi è il rischio che alcuni adolescenti accedano più facilmente a istituti giuridici maggiormente tutelanti, come le misure cautelari o la messa alla prova. Per altri, invece, prevale una logica di rinuncia o di fallimento da parte di chi ha il compito di giudicare o di assistere. In questi casi, la scelta definitiva tende a essere quella detentiva.

Questo scenario è sempre più una prassi (PRINA 2003; BARGIS 2021) che nasconde non solo il ripresentarsi di un atteggiamento differenziato tra ragazzi italiani e non italiani (*ibidem*), ma soprattutto la tendenza dei giudici a rincorrere e punire quelle categorie che vengono percepite pubblicamente e socialmente come più pericolose.

La risposta di giustizia diventa in questo caso risposta non solo e non tanto ai singoli autori di reato, bensì principalmente alle preoccupazioni sociali suscitate dalle presenze di tali categorie (PRINA 2003: 149).

Diventa chiaro, così, come ciò che si nasconde dietro il bisogno di personalizzazione del progetto educativo non è tanto l'esigenza di elargire risposte individuali a soggetti diversi, quanto quella di rafforzare le divergenze tra le categorie di appartenenza di ogni soggetto (*ibidem*). L'analisi della personalità del giovane imputato, che implica un approfondimento sulla sua storia personale e familiare da parte del giudice e degli altri agenti istituzionali coinvolti nella presa in carico, rappresenta uno snodo centrale dell'intero apparato normativo del processo penale minorile. Tale analisi, tuttavia, rischia di tradursi in una vera e propria profilazione: il minore viene cioè interpretato attraverso griglie di lettura precostituite, basate su categorie stereotipate (ivi: 150) e attribuite al suo gruppo di appartenenza, che sia esso definito dall'origine migratoria, dalla classe sociale o dal contesto territoriale. In questo quadro, la detenzione penitenziaria finisce per configurarsi, senza sorpresa, come l'esito privilegiato per tutti quei corpi percepiti come altri, scomodi o intrattabili.

L.: E quindi, immagino, un po' come succede ovunque, c'erano un po' di gruppetti dentro il [Istituto penale minorile di una grande città del nord Italia]?

Davide: Sì.

L.: Anche in base alla nazionalità.

Davide: Sì, c'era il gruppo dei marocchini, il gruppo degli italiani, ma eravamo veramente pochi... Il gruppo degli italiani era più diviso: perché c'erano italiani che si facevano rispettare, che era gente veramente pericolosa che a me non m'ha mai dato fastidio.

(Davide, intervista del 24/06/2023)

Esiste un altro piano d'analisi, forse ancora più profondo, che si cela dietro al principio di personalizzazione e di responsabilità individuale. L'enorme sforzo che le istituzioni pubbliche fanno per sottolineare l'obiettivo rieducativo e risocializzante dei percorsi giudiziari mette in luce quanto nella relazione con l'istituzione e le sue figure professionali sia affidato alla dimensione soggettiva del giovane, ai suoi sbagli e alle sue scelte. Ponendo l'accento interamente sulla sfera individuale, ogni errore di percorso viene valutato solo in base alle incapacità o alle resistenze del ragazzo correndo il rischio concreto di oscurare quelle schegge, più o meno ingombranti, di violenza strutturale (FARMER 1999) che si infilano e si infiggono nelle biografie e nelle esperienze di giovani autori di reato e che spesso sono all'origine delle loro traiettorie frammentate. Lasciando sotto la superficie le forze che agiscono nella produzione e riproduzione della «violenza subita e agita» (BENEDUCE 1990), si eliminano dalla sfera pubblica del processo e dalle esperienze di vita personali dei ragazzi gli aspetti legati alle violenze

e alle mancanze strutturali delle nostre istituzioni. Tale meticoloso lavoro di rimozione è il cuore di questa stessa violenza «che penetra nei rapporti interpersonali e sociali, diventa violenza privata (familiare e individuale) e quotidiana, partecipando così alla riproduzione della violenza stessa» (ivi: 130). Si assiste a un vero spettacolo di ombre e fantasmi in cui la pretesa risocializzante del sistema penale minorile, riconducendo al soggetto l'origine di quella violenza, sottrae dallo spazio pubblico, politico e sociale il conflitto che viene così interiorizzato dal ragazzo (GALTUNG 1969: 180). Rieducare allora diventa un semplice processo di sostituzione in cui il passato costellato da errori e atti devianti, guardato sempre con un occhio di giudizio e di attenzione verso le mancanze, necessita di essere riscattato. Coloro che meglio si adattano a questo processo di trasformazione, che dimostrano di voler cambiare o di essere cambiati sono i “buoni adolescenti”, i “bravi detenuti” che stanno alle regole e che diventeranno dei “buoni cittadini” rispettosi dello Stato e delle sue leggi.

Politiche ambigue: tra controllo e abbandono

Come si è anticipato, grande centralità nell'attuazione del progetto risocializzante del minore è affidata alle figure socio-educative che lavorano nell'istituzione penale minorile e, talvolta, ma sempre più frequentemente, in quella sanitaria.

Le teorie classiche dello Stato, da Bodin e Hobbes a Marx e Weber, tendono a rappresentarlo come un'entità distante e persino come una specie di “freddo mostro”. [...] La prossimità agli agenti rivela per così dire il suo lato più caldo. È qualcosa di più di una burocrazia con regole e procedure. Anche i funzionari, i magistrati, gli agenti, gli assistenti sociali, gli specialisti di salute mentale agiscono sulla base di opinioni e valori. [...] Non solo con il loro pubblico ma anche con i colleghi, i superiori, le istituzioni. (FASSIN *et al.* 2015: 45)

L'elevata autonomia che questi professionisti hanno all'interno del processo penale minorile, oltre ad influenzare l'andamento e l'esito del percorso, delinea le modalità attraverso le quali vengono istituite le relazioni con il ragazzo affidato ai servizi sociali di riferimento. Durante l'etnografia è emerso fin da subito quanto gli interventi delle figure istituzionali fossero dominati da una elevata casualità e arbitrarietà, creando nel minore assistito grande confusione circa il ruolo di questi agenti e rendendo le esperienze penali molto eterogenee tra loro.

L.: [...] Con che figure ti sei trovato a fare questo percorso?

Davide: [...] Con assistenti sociali, con psicologi, con educatori e gente... Educatori anche per il lavoro; poi molte attività che non saprei come descrivere... Gli educatori delle attività.

L.: Son sempre educatori comunque...

Davide: Come quelle dei filosofi⁷. [...] Poi... basta. In futuro avrò anche altre persone.

L.: Quindi dici che ti aggiungeranno altre attività da fare... [...] E quindi quante volte vedi queste figure?

Davide: La psicologa la vedo una volta ogni due settimane, però dipende da persona a persona: c'è gente che la vede due volte alla settimana. Dipende da come uno sta messo di testa: se uno ha tanti problemi che gli girano in testa oppure no. Mi sono dimenticato di dire gli educatori della comunità per i lavori socialmente utili. Quelli li vedo due volte a settimana. Che poi sembrano poche...

L.: Però poi ogni giorno hai qualcosa...

Davide: Ogni giorno c'ho uno o due cose da fare, capito? E non so' facili... (Davide, intervista del 24/06/23)

Camilla: "Gliela diamo un'altra opportunità". Aveva chiesto alla biblioteca di [paese in provincia di città del nord Italia], poi è andato tutto in fumo perché io ho chiamato: "Allora sta biblioteca?" tramite [nome dell'assistente sociale di Matteo]. Niente, niente da che era sì a che non hanno mai chiamato... La burocrazia non ti dico in queste... [...] Adesso siamo arrivati a... Tra un po' finisce la pena, adesso forse andrà a fare il corso lì...

Matteo: No agosto non c'è... È finito luglio [...].

Io: Non ti hanno più richiamato per quella cosa dell'Inps, vero?

Camilla: Dell'INAIL... No, dell'ENAI⁸.

Matteo: Per questo ti dico che non funziona la messa alla prova.

Camilla: No... Non funziona niente... Poi l'unica cosa che [le assistenti sociali] volevano fare... Volevano metterlo in comunità... [...] Certo che se poi scappava dalla comunità finiva di nuovo dentro... La mia cosa ho detto: "Io preferisco che fa di più, ma che sta a casa". Però a casa pensavo che davano qualcosa da fare, non così... Così è stato, è stato terribile... Solo me la sono presa io nel "frac" in tutto questo, perché comunque... Mi sembra un non lo so... Non ha voglia di far niente... [...]

(Matteo e Camilla, intervista del 20/07/2023)

Le immagini restituite dalle esperienze di messa alla prova vissute da Davide e Matteo si presentano in netto contrasto: Davide ha attraversato un periodo scandito da numerosi incontri e attività, che hanno riempito le sue giornate con una fitta programmazione, inserendosi con decisione nella sua routine quotidiana. Matteo, al contrario, si è ritrovato immerso in una quotidianità statica e priva di stimoli, dominata dalla vita domestica e segnata dall'assenza di proposte in grado di dare senso e direzione al tempo della pena. Per lui, le giornate scorrevano lente e indistinte, al punto che

il confine tra giorno e notte sembrava svanire, come mi aveva raccontato la mamma di Matteo. La monotonia e la percezione di un tempo vuoto e privo di significato hanno spinto sia lui sia sua madre, Camilla, a definire il progetto di prova come un fallimento, accentuato anche dalle aspettative disattese da parte dell'assistente sociale. Se da un lato infatti lo Stato e la giustizia penale minorile hanno delle aspettative di comportamento nei confronti dei giovani, dall'altro anche i ragazzi ne hanno nei confronti delle persone che incarnano l'istituzione dato che attraverso di esse avviene la realizzazione del progetto educativo che sancisce gli esiti della messa alla prova.

Le esperienze di Matteo e Davide mettono in luce, con forza, quanto la presenza costante e la capacità progettuale dei servizi sociali, quando realmente orientate al minore, possano incidere in profondità non solo sugli esiti del progetto, ma anche sul modo in cui questo tempo "di mezzo" viene vissuto dai ragazzi. Nel caso di Davide, il percorso ha avuto il sapore di un'opportunità di riscatto, di un'occasione per ricominciare; per Matteo, invece, che non ha avuto la possibilità di costruire nulla di significativo durante il periodo in casa, l'esperienza ha assunto tutt'altro significato, lasciando spazio alla frustrazione e a un forte senso di inutilità.

Se da un lato questa variabilità negli interventi delle figure istituzionali riflette il principio di individualità che il processo penale minorile deve garantire al fine di costruire un progetto ritagliato a misura sul ragazzo, dall'altro, l'impressione che ne si ricava è che gli agenti sociali dirigano le loro azioni in base a un modello contraddittorio. Tale modello non incarna solo un'ambiguità sistemica delle più ampie politiche penali in ambito minorile e della contemporanea gestione neoliberale degli istituti punitivi (FASSIN *et al.* 2015), ma anche di un'etica professionale che racconta del difficile collocamento di queste figure nel rapporto tra il ragazzo e il giudice.

Il mandato professionale e deontologico di quest'operatore del sociale sarebbe quello di monitorare e rieducare il giovane imputato alla legalità per prepararlo alla risocializzazione attraverso un percorso individualizzato e responsabilizzante (PALOMBA 2002; BARGIS 2021) in grado di produrre uno scostamento dal passato e dal contesto delinquenziale per, poi, fornire al giudice informazioni e dettagli circa il percorso di cambiamento e di maturazione del ragazzo. Lo strumento a disposizione degli agenti istituzionali per mantenere la comunicazione continuativa con l'autorità giudiziaria è quello della relazione sociale che, agli occhi dei ragazzi, assume spesso una funzione di sorveglianza; comunicazione che non tiene conto

solo dell'andamento del giovane nel suo percorso di messa alla prova, ma che assume anche la funzione di giudicarlo e di dare forma ai possibili esiti futuri del progetto.

L.: [...] Quello che dicevi l'altra volta... Che, comunque, lo psicologo dovrebbe tutelarti sulla privacy⁹, però nel tuo caso in realtà lo psicologo riferisce il tuo percorso psicologico al giudice.

Davide: Esatto. Poi per carità ora mi sto iniziando a sfogare eh... Qualche cosa gli ho detto...

L.: Non credo che dicano tutto tutto...

Davide: Penso di sì perché fanno le équipe e devi dire tutto quello che ha detto il paziente... Quindi sì, dicono tutto e quindi sei con l'ansia e ogni cosa ti crea un po' di stress: [...] Eh non è facile...

(Davide, intervista del 24/06/2023)

Il documento di rapporto si inserisce come dispositivo all'interno della relazione tra il professionista e l'adolescente e merita una breve considerazione sebbene non sia stato oggetto di osservazione e analisi etnografica. Sarebbe riduttivo pensare alla relazione sociale come a un semplice strumento di trasmissione di informazioni, poiché essa ha il potere di «fare qualcosa, [di produrre] effetti poiché le iscrizioni istituiscono, legittimano e mantengono la realtà che descrivono» (BASILE, VIAZZO *et al.* 2022: 49). Il documento oggettifica le persone di cui scrive e produce soggetti resi piatti da un linguaggio istituzionale a prima vista neutro, standardizzato e descrittivo spesso incomprensibile ai non addetti ai lavori. In questo processo il minore viene trasformato in un insieme di dati codificati. Come osserva Pierre Bourdieu (2015), le istituzioni (scuola, amministrazione, giustizia) impongono «forme mentali arbitrarie» (ivi: 165) attraverso categorie di classificazione predefinite, inculcando «strutture mentali» (ivi: 167) che «plasmano gli spiriti» (*ibidem*) e condizionano la percezione della realtà. In altre parole, un linguaggio apparentemente neutro esercita una violenza simbolica (BOURDIEU 2013): impone al soggetto disposizioni cognitive che ne orientano il comportamento e ne riducono l'orizzonte di azione. Le pratiche documentarie, che si fondano sulla parola scritta come principale strumento di registrazione e controllo, hanno, quindi, l'effetto di semplificare e normalizzare la complessità delle vite a cui si rivolgono i servizi. In tal modo producono l'illusione di un'uniformità: i soggetti vengono resi prevedibili, perché incasellati entro categorie standardizzate che ne anticipano comportamenti e traiettorie possibili, e allo stesso tempo invisibili, poiché la loro singolarità e la dimensione esperienziale scompaiono dietro le etichette che li rappresentano. È così che tali strumenti finiscono per tradurre la pluralità delle esistenze in classifica-

zioni monolitiche, talvolta diagnostiche, che aspirano a valere in termini universali. In questo processo si riproduce quello che potremmo definire il binomio oggettività-oggettivazione: la ricerca di un sapere neutrale e impersonale si accompagna alla riduzione della persona a mero oggetto di analisi e valutazione con il rischio che la visibilità del minore diventi selettiva (BASILE, VIAZZO *et al.* 2022) (solo alcune informazioni entrano nel dossier) e una parte della sua soggettività resta in ombra: le emozioni, le motivazioni, i legami affettivi personali escono dal campo visivo burocratico. Il linguaggio tecnico-amministrativo innesta anche una forte prevedibilità nelle istituzioni (*ibidem*): il comportamento del minore viene annotato con schemi ripetitivi (es. “famiglia disgregata”) e questo orienta a priori gli interventi successivi. La scrittura istituzionale riduce il ragazzo alla sua (presunta) problematica personale dando per scontata la linea d’azione da seguire.

In *Utopia of Rules*, Graeber (2015) sottolinea che la burocrazia crea «zone morte dell’immaginazione» (ivi: 19): procedure aride che sopprimono qualsiasi esercizio di interpretazione o creatività degli attori coinvolti. La violenza burocratica si manifesta quindi come una violenza strutturale: c’è sempre una sorta di “minaccia” implicita nel documento, una decisione inappellabile che può cambiare arbitrariamente la vita di chi vi è descritto. Questa violenza si distribuisce in modo asimmetrico: come nota Graeber, i gruppi marginali pagano il prezzo più alto. Essi subiscono una sorveglianza incessante, continue valutazioni e controlli sui dati personali, mentre sono meno protetti da giudizi umani. In pratica, la visibilità che attira su di sé il minore autore di reato sprigiona lo sguardo dell’altro che rende pubblico ogni cosa che lo riguarda e lo invalida come oggetto del discorso. Il ragazzo deve accettare che altri parlino al suo posto, di essere osservato e giudicato da occhi esterni: psicologhe, assistenti sociali, giudici, educatori si fanno osservatori dello spazio privato del ragazzo e lo affollano. Nella nostra società, l’intervento dell’esperto corrisponde sempre ad un’invasione dell’ambito intimo del soggetto che non può che mostrarsi in cambio del sostegno e dell’aiuto (BENASAYAG *et al.* 2003). Il trattamento coincide sovente con una sua scomposizione nelle parti visibilmente difettose che bisogna redimere e reintegrare all’interno dell’orizzonte del normale (POLETTI 1988: 57).

In questo senso, la documentazione diventa veicolo di quella che Didier Fassin ha definito violenza burocratica (2009), ossia la capacità della macchina amministrativa di produrre esclusione e sofferenza attraverso procedure apparentemente impersonali e oggettive. Nel caso dei minori au-

tori di reato, tale violenza assume una portata ancora più problematica. Si tratta infatti di soggetti già politicamente marginali, “muets politique-ment” (SAYAD 1979), privi di un’effettiva possibilità di parola pubblica. La scrittura che li rappresenta, spesso in loro assenza, diventa così l’unica forma di “voce” riconosciuta nello spazio giudiziario: una voce mediata, controllata e istituzionalmente filtrata, che rischia di sostituirsi alla loro esperienza vissuta.

Molto spesso, durante l’etnografia, ho avuto la sensazione che la parola dei ragazzi venisse sottratta o “rapita” dalle figure istituzionali che si facevano carico delle loro volontà e dei loro desideri. Ricordo un giovane, conosciuto durante il laboratorio filosofico, che aveva cambiato diverse attività di lavoro socialmente utili, suggerite dalla sua educatrice, che non aveva mai concluso. Durante quell’incontro era stata invitata un’educatrice che aveva in carico diversi minori autori di reato e con lei era emerso il tema dell’utilità dei lavori socialmente utili.

I. lavora in un’area verde occupandosi di fiori e piante e di un banchetto alimentare di verdure e frutta ad offerta libera. Nonostante il tentativo di [educatrice] di lusingare I., elogiando come il suo supporto aiutasse persone in difficoltà, lui afferma chiaramente che non è un motivo per cui fa questo lavoro. Il lavoro, sì, non è male, ma lo fa per la messa alla prova, si impegna per dimostrare al giudice «che sono meglio di lui, dei figli dell’avvocato, di loro». Infatti, quando descrive la sua attività parla solo di piante e non di un banchetto alimentare, non sembra dunque significativa per lui l’idea di servizio, di aiuto e traspare molto forte il messaggio che «se la società non mi aiuta perché dovrei aiutarla io».

M. racconta che ha dovuto fare volontariato in un gattile dove «raccoglievo la merda di gatto ogni giorno» e ben evidenzia come di socialmente utile in questo non ci sia molto. In più, i suoi educatori non gli hanno permesso di cambiare.

(Note di campo del 10/11/2022)

Ho, dunque, notato che se durante la programmazione, la stesura e la realizzazione del progetto educativo avviene di rado una forma di negoziazione degli impegni con il ragazzo preso in carico, questi, di solito, si trasformano in un fallimento: il ragazzo non è motivato, raramente riesce a ricavare significato dall’esperienza e, capita che, finisca per abbandonare l’impegno con valutazioni negative all’interno delle relazioni. Attraverso una discussione approfondita con il minore, la scrittura potrebbe rivelarsi come un terreno di incontro, di accoglienza dei progetti del ragazzo e non come spazio che censura le parole e le intenzioni dei beneficiari.

Capita sovente, tuttavia, che i cosiddetti “oggetti” di queste scritture non si rivedano in quanto detto sul loro conto o, addirittura, riescano a manipolare quell’interpretazione a loro vantaggio.

Se è vero, dunque, che la documentazione tenta di riportare sulla carta l’individuo, oggettificandolo all’interno di una sagoma prestampata, è necessario riconoscere anche le eventuali risposte che gli individui elaborano per sfuggire a quelle che si possono definire forme di violenza burocratica (BASILE, VIAZZO *et al.* 2022: 52).

La riflessione intorno alla responsabilità individuale torna ancora una volta, poiché si rivela, forse, al cuore delle contraddizioni di cui gli agenti istituzionali sociali sono portatori: ossia quella di rendere l’esperienza penale meno punitiva e più orientata alla riabilitazione e al reinserimento sociale attraverso tecniche e strategie apparentemente delicate e umanizzanti, che pongono il reo al centro della cura; una cura interdisciplinare perché coinvolge diverse professionalità allo scopo di ridurre l’impianto punitivo del processo penale minorile. Le pratiche dell’operatoria, le misure e gli interventi educativi mirano, nella teoria, anche a sostenere lo sviluppo personale del minore, la responsabilizzazione e la rielaborazione dei comportamenti che hanno condotto il ragazzo al reato; oltre che a riconoscerne le vulnerabilità (PALOMBA 2002; BARGIS 2021). Tuttavia, a causa del graduale spostamento delle professioni sociali da garanti delle relazioni che forniscono assistenza a esperti sempre più impegnati nella valutazione dei profili e della personalità per conto del giudice (FASSIN *et al.* 2015: 159), il loro ruolo si fa sempre più burocratizzato e tecnico. Il rischio concreto di tale burocratizzazione è quello di ammansire e di occultare la coercizione e la necessità del controllo sotto la razionalizzazione che avviene proprio con strumenti professionali come le relazioni (BASAGLIA 2017). Si assiste, così, alla messa in scena di un rapporto sulla soglia in cui il sostegno, anche se sincero, non può che essere limitato nel tentativo di conciliare gli obiettivi di cura degli organi socio-educativi con la missione penale del sistema della giustizia minorile (FASSIN *et al.* 2015: 182). Attraverso l’azione ambigua di queste figure, si comprende come può accadere che il loro ruolo venga spesso confuso dai ragazzi: essi si collocano nella vita del minore tra la figura dell’alleato (attraverso un’azione educativa di supporto e di ascolto) e quella del traditore, di cui è difficile fidarsi.

Matteo: Non tipo [Nome], la mia assistente sociale... Non mi ispira fiducia... Io se devo parlare con una persona, devo parlare con una persona che so che se dico una cosa rimane tra me e lei.

(Matteo, intervista del 13/07/2023).

Per attuare tale oscillazione di ruoli e di obiettivi, molto dipende dall'arbitrarietà, dalla personalità e dalle scelte di ciascuno operatore sociale attraverso le quali si manifesta e, allo stesso tempo, si costituisce l'organo istituzionale che rappresentano. Essi circolano all'interno di una economia morale mettendo in campo non solo delle "tattiche", ma anche delle vere e proprie "strategie"¹⁰ (DE CERTEAU 2011) che permettono di modellare le regole dell'istituzione penale minorile dimostrandosi capaci di agire autonomamente all'interno di esso contribuendo alla definizione delle sue stesse regole. La variabilità delle soluzioni e dei compiti che le assistenti sociali affidano agli adolescenti fa sì che l'intera esperienza presenti grandi differenze da un ragazzo ad un altro: i percorsi, così, si articolano spesso intorno al principio della casualità modulando il diverso tipo di partecipazioni di queste figure istituzionali.

Karim: C'è assistente e assistente... Allora ti spiego, l'assistente sociale è quello che realmente ti dà una mano [...] e se non era per l'assistente sociale, io finivo in comunità fino ai ventuno anni a partire dai quindici. [...] Perché esistono quelli buoni che ti vogliono dare una mano e poi ci sono quelli che se ne fregano il cazzo e lo fanno solo per lavoro, perché tanto ormai sono in quel settore e l'unica cosa che gli rimane è quella.

(Karim, intervista del 24/06/2023)

Questo principio, che nella pratica regola il reale andamento dei progetti educativi per i minori autori di reato, ha alcune conseguenze piuttosto disastrose: prima fra tutte quella di rendere la progettualità spesso lacunosa e indefinita, protratta senza una tempistica chiaramente impostata e, spesso, dilazionata in un'azione pedagogica polimorfa che coinvolge nella relazione altre figure esperte reiterando la ricerca di una disfunzionalità che viene individuata nella vita privata dei minori e delle loro famiglie (FASSIN *et al.* 2015: 186). L'effetto più emblematico e strutturante è che le figure di sostegno finiscono per costruire un rapporto regolato dalla dicotomia presenza-assenza, la quale ne determina conseguentemente il valore: quando il minore percepisce l'attivazione di una rete di cura e di sostegno intorno a lui riesce a dare un significato profondo al tempo della pena precedentemente spezzato dal reato commesso, ricucendo o riparando la frattura tra lui e la società. La mancanza di questa rete catapultata l'adolescente nell'assenza, sperimentando forme di abbandono di cui, frequentemente, ha già familiarità (separazioni, collocamenti residenziali instabili, assenze genitoriali o traumi migratori sono solo alcune delle forme di abbandono di cui può fare esperienza un minore autore di reato). La sensazione di abbandono non solo svuota di senso il periodo nell'isti-

tuzione giudiziaria, ma, soprattutto affida al singolo l'obbligo di cercare vie di «autodeterminazione come metodo di sopravvivenza della "specie", ognuno secondo le proprie capacità e le proprie possibilità» (CERBINI 2012: 36) con il rischio di riprodurre sistematicamente il divario tra coloro che hanno le risorse per farcela e chi non le ha (PALOMBA 2002: 493) e di causare ulteriori ingiustizie (TOMASELLI 2015). Nell'abbandono parziale (e talvolta totale quando capita, come nel caso di Matteo, che l'assistente sociale si assenti per molti mesi) da parte dell'operatore si può leggere qualcosa delle modalità di azione di uno Stato che riproduce e si riproduce attraverso l'assenza che genera esclusione dove la fiducia nel mondo, nella società e in sé stessi finisce per vacillare (RIINA 2021).

Nel tentativo di risolvere e ridurre il conflitto implicito che si instaura tra il giovane imputato e il giudice attraverso «la loro azione tecnica apparentemente riparatrice e non violenta» (BASAGLIA 2017: 462), le agenti istituzionali finiscono per riconfermare l'inferiorità dell'escluso, nei confronti di chi lo esclude. L'atto educativo a cui viene affidato il controllo tecnico delle azioni e reazioni del ragazzo nei confronti dell'istituzione, se porta l'escluso ad accettare e adattarsi al suo stato di esclusione, si rivela essere una nuova edizione dell'istituto della coercizione e della violenza opprimente. Parlare di istituto della coercizione e della violenza significa, allora, riconoscere come le pratiche educative e di presa in carico non si limitino a sostenere o orientare, ma si iscrivano in una tradizione storica in cui l'azione istituzionale si fonda su forme di costrizione legittimate. La coercizione si manifesta nella capacità dell'istituzione di imporre regole, percorsi e schemi di comportamento al ragazzo, limitandone le possibilità di scelta. La violenza, invece, si esercita in maniera simbolica e strutturale, attraverso linguaggi, dispositivi documentari e pratiche di normalizzazione che producono assoggettamento, inteso come meccanismo mediante cui il soggetto viene modellato e prodotto dalle stesse regole che lo governano. In questo senso, l'atto educativo si rivela parte di una violenza che si maschera da neutralità tecnica e che, mentre dichiara di proteggere o risocializzare, finisce per riprodurre l'esclusione del giovane, trasformandola in una responsabilità e in una traiettoria personale del ragazzo.

Nel momento in cui il progetto socio educativo

viene accettato come un nuovo modello tecnico all'interno delle medesime strutture generali, il processo di trasformazione viene bloccato e ridotto ad un processo di adattamento che nega la terapeuticità stessa dell'istituzione, attraverso la stereotipizzazione della dinamica iniziale. Essa rischia di assu-

mere, cioè, il ruolo di una protesi che aiuta l'adattamento all'interno di uno schema, i cui limiti non vengono varcati. (BASAGLIA 2017: 576)

Se il processo penale minorile rifiuta la logica punitiva e sanzionatoria, non rinuncia tuttavia alla violenza: la sostituisce con la tolleranza, legando, così, i due poli. La tolleranza non ha in sé un carattere di «stravolgimento dialettico» (ivi: 577) perché non permette un processo di trasformazione che «viene annullato e destorificato» (*ibidem*) a causa dell'adattamento a cui gli esclusi sono costretti. Così, «le istituzioni della violenza facilmente possono trasformarsi in istituzione della tolleranza» riconfermando «la funzionalità dell'istituzione al sistema» (ivi: 576).

La carriera morale del minore autore di reato e il ruolo delle figure sociosanitarie

L'adattamento alla condizione di assoggettamento che sperimentano i minori inseriti in percorsi giudiziari alternativi alla detenzione richiama un processo più ampio di trasformazione soggettiva. Erving Goffman (1961) ha mostrato come le istituzioni totali plasmino la "carriera morale" degli internati attraverso pratiche routinarie, regole pervasive e la progressiva riduzione della loro capacità di agency. Ciò che avviene non è solo la limitazione della libertà, ma la riorganizzazione della persona intorno alle esigenze dell'istituzione mediante un controllo routinario della vita e con l'imposizione di un progetto personale congruo all'organizzazione dell'istituzione. Michel Foucault (1975), inoltre, ha descritto questo processo come l'effetto disciplinare dei dispositivi di potere, che producono corpi docili e identità adattate, non attraverso la violenza diretta, ma mediante una rete di micropratiche che normalizzano.

Queste riflessioni possono trovare eco in alcune etnografie contemporanee sul mondo dell'assistenza e della cura.

Didier Fassin elabora il concetto di *punizione compassionevole* (*compassionate repression*) per descrivere la forma contemporanea del potere penale e amministrativo, in cui la cura e la sanzione si intrecciano fino a confondersi (FASSIN 2005). Nelle sue ricerche sulle politiche migratorie e di sicurezza in Francia, Fassin mostra come lo Stato giustifichi le proprie pratiche repressive, di controllo, esclusione e disciplinamento, attraverso un linguaggio morale fondato sulla compassione. L'intervento coercitivo viene così presentato come gesto terapeutico o educativo, necessario per proteggere il soggetto e condurlo verso una forma di "normalità" socialmente accettata.

È questo il paradosso della *punizione compassionevole*: la violenza istituzionale non si manifesta apertamente, ma si traveste da cura, convertendo la coercizione in benevolenza.

Sebbene Fassin non si riferisca specificamente alla giustizia minorile, il suo modello offre una chiave interpretativa utile per leggere le pratiche educative e sanitarie rivolte ai giovani autori di reato. Anche in questi contesti, infatti, il linguaggio della cura e della protezione rischia di occultare forme di controllo e disciplinamento. Le misure penali vengono spesso presentate come percorsi di accompagnamento e risocializzazione, ma nella loro applicazione quotidiana riproducono logiche di sorveglianza e di conformazione, chiedendo ai ragazzi di aderire ai valori dell'istituzione. La dimensione terapeutica, lungi dal contraddire quella punitiva, la rafforza conferendo alla pena una giustificazione morale.

Come mostrano Fassin e Rechtman (2007), la categoria di "sofferenza" svolge un ruolo centrale in questo processo. Nelle istituzioni di cura e assistenza, la sofferenza individuale tende a essere codificata in schemi standardizzati e valutata attraverso parametri tecnico-amministrativi. Allo stesso modo, nei percorsi giudiziari minorili, le relazioni socio-educative e sanitarie traducono spesso le esperienze dei ragazzi in diagnosi e punteggi, cancellando i nessi sociali e politici delle loro biografie. Chi non inquadra il proprio dolore e la propria esperienza nei modelli previsti rischia di trovare difficoltà nel rapporto con le proprie figure istituzionali, come riportano le esperienze esposte sulle difficoltà di un incontro tra minore ed educatore sul tema dei lavori di pubblica utilità, sopra menzionato.

In questo modo, il dolore e la rabbia diventano segni di devianza da correggere più che espressioni di un vissuto da comprendere. La *punizione compassionevole* si manifesta allora come una forma di violenza istituzionale invisibile, che opera attraverso il linguaggio dell'aiuto e della riabilitazione, producendo soggettività docili e riconciliate con l'ordine che le ha escluse.

In questa prospettiva, ciò che si produce non è un percorso verso la l'emanipazione, ma una forma di assoggettamento morbido, in cui il ragazzo viene educato a interiorizzare il proprio ruolo di deviante e a presentarsi come recuperato secondo i criteri dell'istituzione. Il concetto di "istituzione molle" (BASAGLIA 2017) può allora essere riformulato come parte di un più ampio regime neoliberale di governance (ROSE 1999) che opera non tanto attraverso la repressione, ma attraverso pratiche pedagogiche e terapeutiche che modellano i soggetti. La docilità, intesa in termini foucaultiani come il risultato di tecniche e pratiche disciplinari che trasformano i

corpi e le condotte in strumenti produttivi e controllabili, non è un effetto secondario, ma un obiettivo preciso: ridurre il margine di conflitto e incorporare nel giovane la logica stessa dell'istituzione. Quando Nizar, in uno dei nostri primi incontri, mi aveva raccontato delle sue difficoltà di ritorno ad una socialità a cui era precedentemente abituato (vedi sopra, intervista del 28/06/2023) aveva anche condiviso la sua sensazione di affiliazione ad un ordine di regole per lui nuove dettate dalla messa alla prova. Così, l'esperienza della messa alla prova e degli altri percorsi alternativi alla detenzione può essere letta come un laboratorio privilegiato di produzione di soggettività, in cui il linguaggio della cura e della riabilitazione convive con pratiche di controllo e disciplinamento.

Se il potere del soggetto nella relazione di sostegno viene sacrificato in nome del funzionamento dell'istituzione e dei suoi obiettivi, non c'è da stupirsi del fatto che spesso i giovani autori di reato ricorrono a pratiche di sopravvivenza e resistenza nei confronti di questa condizione compassionevole (FASSIN 2005), anche tragiche e dolorose, per contrastare il rischio della colonizzazione del sé agendo degli investimenti (DELEUZE, GUATTARI 1972) sul proprio corpo.

Davide: Però penso che loro [le istituzioni e i suoi agenti] non abbiano mai visto un loro amico... Tanti loro amici togliersi la vita, provare a togliersi... Allora io ho visto uno che si è tagliato le vene... Non da coglione... Non con un coltello, ma con la plastica... Sì è scavato. Eh, sono scene brutte... Non c'aveva il taglio, c'avevo la scavatura. E l'ho salvato. Un altro si è tagliato tutto il petto, le braccia e il collo. E quindi c'era questo qua davanti alla cella non mia, il primo era della mia, con la pozza di sangue che arrivava al corridoio. E il terzo era un ragazzo che era innocente. E si è preso un anno e mezzo, condannato. E l'abbiamo visto impiccato.

Io: E non si è salvato?

Davide: Non lo potevamo salvare, [ma] si è salvato. Nessuno è morto. Perché ho chiamato l'assistente, però fai che io ero fuori dalla cella, lui era dentro. E lo vedevo solo lui impiccato... Poi i pensieri che ti vengono perché ti viene da ammazzarti.

(Davide, intervista del 01/07/2023)

Il rischio di non esserci più nel mondo (DE MARTINO 2002), in sé stessi e nella propria storia, si incide sul campo corporeo e cutaneo del giovane detenuto, unico spazio di determinazione rimasto per resistere alla potenziale crisi della propria presenza¹¹. L'autolesionismo come modalità per farsi ascoltare o per attirare l'attenzione è uno sforzo profondo che agisce nel corpo per tentare delle vie di fuga dall'omologazione, dall'indifferenza e dalla paura di non vedere più un limite tra la propria identità e quella

dell'istituzione. Classificare questi gesti come strumentali per l'ottenimento di alcuni benefici, come spesso si sente in queste occasioni da parte dellə professionista che vivono una profonda prossimità con tali forme di sofferenza, ha lo scopo di contenere le derive perturbanti che comporta doverli affrontare, ma nel farlo si producono necessariamente delle essenzializzazioni che neutralizzano il significato profondo (STERCHELE 2019: 307) che dietro al taglio si nasconde. Infatti, in questa dimensione cutanea della presenza il ragazzo mette in scena il conflitto portando alla luce quella interiorità resa muta come prova di una indocilità che, nel silenzio, resiste contro l'egemonia e l'oppressione di un sistema che schiaccia.

Il taglio in quanto momento di dolore controllato, poiché scelto, misurato, spesso ripetuto secondo rituali o modalità note al soggetto (non è una perdita totale di controllo, ma uno strumento usato per governare l'esperienza interna) (MBEMBE 2003), rappresenta forse l'unico spazio di padronanza sui propri vissuti. Esso riproduce delle fratture che cercano di opporsi all'annientamento (di quella forza mortuaria che esprime l'autorità penitenziaria) e di promuovere la rinascita «nel tentativo di restaurare un'identità minacciata» (BENEDUCE *et al.* 2014: 79). Tagliarsi è, allora, l'atto che crea identità e contatto con una realtà rubata e sottratta grazie e tramite il proprio corpo, che si fa carico di quella sofferenza a fatica sopportata, alla ricerca di una nuova ridefinizione del sé per ristabilire la sensazione di essere ancora integri.

Quando questo dolore travolgente arriva agli occhi dellə professionista sanitaria, come infermiera, medico, psicologo e psichiatra, produce una risposta di tipo farmacologico. Dall'indagine giornalistica condotta da "Altreconomia" pubblicata nell'ottobre del 2023, si evidenzia l'elevato consumo di ansiolitici e antipsicotici, generalmente destinati al trattamento di disturbi deliranti. Entrambe queste classi di farmaci, in dosaggi contenuti, possono esercitare un significativo effetto sedativo. L'analisi dei dati rivela come nell'istituto penitenziario torinese Lorusso Cotugno, la spesa per ogni detenuto pro capite sia cresciuta del 80% dal 2018 al 2022 (RONDI 2023), tendenza allarmante che si registra anche per gli istituti minorili, come per l'istituto penitenziario minorile Ferrante Aporti di Torino, dove l'autorità penitenziaria ha provveduto nel 2022 a una spesa pro capite di 21,29 €.

L'efficacia di un farmaco non si arresta affatto alla questione dei processi biochimici che la sua assunzione attiva nel corpo umano, ma si espande alla dimensione socio-politica e simbolica, proprio perché "per definizione

i medicinali sono sostanze dotate della capacità di mutare le condizioni di un organismo vivente” (PIZZA 2005: 221).

Il campo complesso intorno alla prescrizione e assunzione di queste sostanze è governato nelle carceri minorili da tre attori: i detenuti, il personale sanitario e quello di sorveglianza (STERCHELE 2019). La presenza psichiatrica è quella che regola la prescrizione, l'uso e la circolazione di psicofarmaci specialmente della classe delle benzodiazepine. Anche in questo caso l'etnografia, dal racconto dei partecipanti, mette in luce una forte ambivalenza nella prassi di questi esperti: da un lato si assiste a un'ampia circolazione di sostanze farmacologiche prescritte con un chiaro obiettivo sedativo, dall'altro appare una certa resistenza alla loro prescrizione soprattutto laddove è il detenuto a richiederle. Non a caso, Matteo e Davide, i due interlocutori della ricerca che hanno vissuto un periodo di reclusione, hanno descritto il carcere come un «contesto insonne» (STERCHELE 2019: 299) dove il farmaco diventa la risposta più accessibile alla sopportazione del tempo trascorso in regime di privazione della libertà. La difficoltà a dormire, o meglio nel rimanere svegli (*ibidem*), non indica solo un generalizzato problema di insonnia, ma riflette una sofferenza profonda legata alle complicazioni nella gestione di tutte quelle situazioni dolorose che la reclusione comporta: gli eventi giudiziari, il pensiero della vita fuori dalle mura, il frantumarsi delle relazioni affettive e la condizione di precarietà che grava su ogni detenuto. Il farmaco si configura, così, come una soluzione rapida e avvicinabile per affrontare il peso dell'ordinario funzionamento penitenziario e il conseguente indebolimento dell'identità di ciascuno. Con la sospensione della realtà dolorosa vissuta (GOFFMAN 1961) il soggetto costruisce una condizione dove sceglie di non essere cosciente. La ricerca di una soluzione farmacologica si presenta, dunque, come una risposta sistemica per sopperire alle mancanze strutturali della detenzione.

La ricerca di soluzioni chimiche risponde a una necessità strutturale: colmare i vuoti lasciati dall'esperienza della detenzione. Per molti giovani, la sofferenza si radica in esperienze precedenti e il carcere amplifica sentimenti di disgregazioni e privazione (BENASAYAG, SCHMIT 2003). Non a caso, spesso accade che il farmaco, durante l'esperienza detentiva, sostituisca tossicodipendenze pregresse assumendo una funzione di auto-medicazione. Soprattutto fra coloro che già fuori sperimentano difficoltà quotidiane nell'accesso alle cure e ai servizi psichiatrici territoriali (STERCHELE 2019: 311) si assiste così, attraverso aree grigie di illegalità, alla ricerca di modalità alternative per rispondere a un bisogno di salute.

Io mi shockavo [a] vedere, pigliare una persona due pastiglie di Lerica, Lyrica più 80/100 gocce di Xanax, Rivotril... Delle gocce blu... Li vedevo che si accapponavano. Poi in carcere, là i marocchini... Tutti tossici [...]. Non sai quanto hashish entra in carcere. A Capodanno avevamo tutti quanti la chetamina, MD, cocaina, c'era tutto quanto, tutto.

(Matteo, intervista del 13/07/2023)

Come avviene per il trattamento degli atti autolesivi, anche la cura dei problemi di tossicodipendenza è abitata da stereotipi che portano il personale sanitario ad essenzializzare il problema producendo delle pratiche di cura spesso diseguali: il sospetto verso questo tipo di paziente si trasforma sovente in una difficoltà di accesso ai trattamenti sanitari interni al carcere, spingendo verso circuiti informali di approvvigionamento. Quando il farmaco diviene merce di scambio e di ricatto tra i ragazzi detenuti, non è impensabile immaginare che venga meno anche la prerogativa sedativa di cui si carica la sostanza rendendo il contesto penitenziario tutt'altro che tranquillo e controllabile (ivi: 223-227).

La riappropriazione da parte dei ragazzi detenuti del mercato interno dei farmaci unita alla costruzione di saperi "dal basso" sulla loro manipolazione (SCHIRIPA 2015) rappresenta un forte tentativo di resistenza nei confronti dell'autorità psichiatrica che trattiene nelle sue mani l'atto e la responsabilità di cura. Tra *lò medicò* e il detenuto si instaura infatti un rapporto di negoziazione e contrattazione per cui «se diceva di no, glielo chiedevi due volte e te ne metteva» (Davide, intervista del 14/07/2023). Questa postura apparentemente restia da parte del personale sanitario, che calcola attentamente le operazioni di somministrazione e distribuzione, permette tanto il controllo su quella merce quanto sul sapere medico che ruota intorno a essa. Questa dinamica rispecchia il modello ambulatoriale-emergenziale che domina nelle carceri (VERDE 2011) dove l'intervento di cura è da tempo ridotto a forme di rapida consulenza altamente tecnicizzata e concentrata, appunto, sulla somministrazione di farmaci piuttosto che a un reale rapporto terapeutico. La prescrizione di farmaci si va, così, a sostituire alla relazione tra *lò medicò* e *lò paziente* rimpiazzando la parola (SCHIRIPA 2015: 27).

Prescrivere i farmaci diventa una sanzione della presa in carico del disagio del paziente. Il farmaco diventa il mediatore simbolico di tale relazione. Più la relazione è debole e incerta, più la prescrizione diventa un suo sostituto fondamentale (ivi: 27-28).

Ne risulta un approccio fortemente medicalizzato in cui il farmaco è il principale strumento di contenimento.

In *Pharmaceutical Reason* (2005), Lakoff lo definisce come il modo di pensare e di organizzare la cura psichiatrica in cui il farmaco diventa il fulcro attorno a cui si articolano diagnosi, pratiche cliniche, forme di soggettività e regimi di valore. Il concetto di *pharmaceutical reason* elaborato dall'autore consente di leggere l'uso degli psicofarmaci all'interno dei percorsi penali minorili come parte di una più ampia razionalità biopolitica. Con questa espressione, Lakoff descrive il modo in cui la psichiatria contemporanea si è riorganizzata intorno al farmaco, trasformandolo da semplice strumento terapeutico a dispositivo capace di produrre diagnosi, costruire soggettività e istituire regimi di valore. La sua etnografia, condotta nelle cliniche private di Buenos Aires negli anni Ottanta e Novanta, mostra come la categoria del disturbo bipolare e il relativo trattamento farmacologico abbiano fornito alla classe media urbana non solo un linguaggio diagnostico, ma anche una grammatica morale per interpretare e governare la propria esistenza.

È importante sottolineare che il contesto analizzato da Lakoff è profondamente diverso da quello del processo penale minorile italiano. L'Argentina della transizione democratica e delle trasformazioni neoliberali, in cui i farmaci psicotropi divenivano strumenti per ridefinire le forme di vita della classe media, non può essere sovrapposta in maniera diretta alle traiettorie dei minori autori di reato. Tuttavia, il valore euristico del concetto di *pharmaceutical reason* risiede proprio nella sua capacità di mettere in luce un meccanismo strutturale che travalica i contesti specifici: il farmaco come dispositivo che non si limita a curare, ma che partecipa alla definizione di ciò che è considerato "normale", "adattato" o "patologico".

Applicato al campo della giustizia minorile italiana, questo concetto permette di osservare come la somministrazione di psicofarmaci ai giovani imputati non sia solo una questione di equilibrio neurochimico, ma rappresenti una modalità attraverso cui l'istituzione costruisce soggettività docili e adattabili. In altre parole, i farmaci vengono iscritti all'interno di una logica educativa e giudiziaria che pretende di correggere, orientare e rendere prevedibili i comportamenti, piuttosto che aprire spazi di riconoscimento e ascolto delle esperienze individuali e collettive. Così, mentre nel caso argentino i farmaci diventavano strumenti attraverso cui una classe sociale elaborava il proprio rapporto con la vulnerabilità e la modernità, nei percorsi penali minorili essi si inseriscono in una razionalità istituzionale che punta al contenimento, alla normalizzazione e al mascheramento del conflitto. Questo parallelismo critico, che non si fonda sulla comparazione diretta ma sulla trasposizione concettuale, mette in evidenza come le

logiche farmacologiche non possano mai essere ridotte a semplici pratiche mediche. Esse sono piuttosto elementi di un regime di verità che traduce bisogni complessi, sociali, politici, relazionali, in categorie cliniche e in trattamenti farmacologici. È in questo senso che l'uso degli psicofarmaci nei percorsi penali minorili va compreso come parte integrante di un dispositivo biopolitico che, sotto le sembianze della cura, esercita controllo, produce docilità e rafforza l'ordine istituzionale.

Nei contesti penitenziari e nei percorsi giuridici alternativi alla detenzione, il discorso sugli psicofarmaci raramente si lega a una patologia psichiatrica pregressa diagnosticata e per la quale esiste una terapia farmacologica: la loro circolazione risponde a una sofferenza dovuta alla condizione di sottrazione e controllo in cui il ragazzo vive (VERDE 2011). Il farmaco si costituisce, allora, sia come una forma di auto cura intrapresa dai giovani autori di reato per sopportare lo stato di assoggettamento e schiacciamento apportate dall'istituzione sia come uno strumento istituzionale per «sospendere l'agito del paziente – strategia di cura che lascia evaporare tra gocce e compresse le ragioni di una crisi della presenza (DE MARTINO 1959), il cui senso non riesce a trovare una collocazione esauriente nella nosologia psichiatrica» (BENEDUCE *et al.* 2014: 86). Questo senso di disorientamento della disciplina psichiatrica si nota soprattutto di fronte a quegli atti di violenza quotidiana e di smarrimento così frequenti negli istituti penitenziari minorili. La relazione di cura tra il giovane detenuto e la disciplina psichiatrica vive, così, un'inquietante deformazione dovuta all'incorporazione dell'*habitus* (BOURDIEU 2013) del carcere nella pratica dell'psichiatria che lo portano a comportarsi come il carcere si aspetta da loro (BENEDUCE *et al.* 2014: 87): controllare farmacologicamente i gesti, i comportamenti e le parole estreme dei soggetti istituzionalizzati, al posto di accoglierle cercando il significato che dietro a esse si nasconde. Ricorrendo a una sua vecchia vocazione (BASAGLIA 2017), la psichiatria diventa uno strumento chimico di repressione e occultamento della sofferenza (VERDE 2011: 46) adeguandosi agli intenti disciplinari dell'istituzione per cui lavora. L'atto autolesivo e l'abuso di psicofarmaci o sostanze alteranti possono essere anche guardati tanto come tentativi di ricerca di significato e di ricostruzione della propria identità lacerata all'interno di contesti di forte oppressione e sofferenza, quanto come forme di sfida al potere psichiatrico perché si riappropriano del suo campo privilegiato, ossia il corpo su cui il ragazzo agisce un «processo estremo di soggettivazione» (BENEDUCE *et al.* 2014: 87).

Il desiderio dei ragazzi di essere ascoltati e riconosciuti nella loro frammentarietà spiega quei comportamenti apparentemente contraddittori di attrazione e rifiuto nei confronti del farmaco. Il corpo diventa così esposto all'azione standardizzata della psichiatria, che, assumendo i precetti dell'istituzione per cui opera, si illude di aver costruito una relazione di cura. In realtà, questo fallimento incrina tanto le coordinate esistenziali del giovane quanto quelle professionali dell'operatoria sanitaria. La psichiatra, infatti, finisce per alimentare nel ragazzo un senso di vuoto e disorientamento, poiché la somministrazione di psicofarmaci soffoca la possibilità di un autentico incontro di cura e di ascolto. In questa forma sottile e invisibile di abuso istituzionale, il bisogno di cura viene negato insieme a quello di un riconoscimento.

La guarigione, allora, di un adolescente recluso o vincolato consiste nel «renderlo integralmente omogeneo ad un ambiente sociale di tipo» (FANON 1961: 201) contenitivo. Richiamare Fanon in questo contesto significa cogliere l'analogia tra due esperienze differenti ma accomunate da logiche di dominio e normalizzazione. Per il colonizzato, la "guarigione" coincideva con l'adattamento forzato a un modello sociale e culturale imposto dalla potenza coloniale, che annullava differenze, desideri e soggettività. In modo simile, per il giovane autore di reato inserito in un percorso penale, la rieducazione e la presa in carico rischiano di tradursi in un processo di omogeneizzazione: l'adolescente viene spinto a conformarsi a un modello di cittadino "normale", rispettoso della legge e docile nei confronti delle istituzioni, anche quando ciò significa recidere legami, pratiche e appartenenze che strutturano la sua identità. L'accostamento a Fanon, dunque, non vuole sovrapporre esperienze storiche e politiche diverse, ma mettere in luce un tratto comune: la violenza sottile che trasforma la cura o la riabilitazione in un processo di adattamento coatto a un ordine sociale escludente¹².

Quando, allora, il ragazzo è assopito, sedato, dorme tutto il giorno, accetta di buon grado le pillole prescritte e non crea problemi al funzionamento dell'organizzazione istituzionale, la sua «natura indocile viene finalmente domata» (ivi: 202) e si realizza, così, la trasformazione in un detenuto ammansito.

Conclusioni e spiragli

Navigare all'interno di un'istituzione giuridica come quella penale minore attraverso uno sguardo antropologico ha messo in luce una serie di tensioni e frizioni che richiedono un costante lavoro di analisi, decostruzione e ripensamento del ruolo della disciplina all'interno dello Stato. Fare ricerca etnografica in spazi di controllo e di cura significa, infatti, confrontarsi quotidianamente con i limiti e le ambiguità di un posizionamento che rischia di oscillare tra complicità e critica, tra partecipazione e distacco. Come osserva Stefano Boni (2017), l'antropologia nei confronti del potere statale è attraversata da una forma di *cratofobia*, una diffidenza radicale verso il potere, vissuto come dimensione totalizzante e corruttiva, che spinge spesso l'antropologo a collocarsi all'esterno, in posizione di distanza morale e politica. Tuttavia, questa postura di rifiuto può rivelarsi insufficiente quando si tratta di comprendere dall'interno le logiche, i linguaggi e le pratiche attraverso cui il potere si esercita quotidianamente. Nel volume *Cratofobia e cratofilia. Etica e posizionamenti nello studio dello Stato* (BONI 2024), l'autore propone di pensare la ricerca antropologica sullo Stato non come un atto di denuncia esterna, ma come un esercizio di presenza critica, capace di abitare la contraddizione tra attrazione e rifiuto del potere. Come suggerisce Alessandra Cutolo, l'antropolog@ deve «lasciare qualche spiraglio di apertura» per evitare di diventare un mero «operatore della differenza culturale», collocandosi invece «in tensione continua con i principi di fondo dell'istituzione, cercando di inficiarne gli effetti» (2017: 204). Questa riflessione dialoga con la più ampia tradizione dell'antropologia critica dello Stato, che, a partire dai lavori di Veena Das e Deborah Poole (2004), Akhil Gupta (2012), James Ferguson (1994) e Didier Fassin (2013), ha mostrato come lo Stato non sia un'entità monolitica, ma un insieme di pratiche, discorsi e relazioni situate. Studiare lo Stato «dal basso» significa allora analizzare le forme microfisiche del potere (FOUCAULT 1977), le interazioni ordinarie tra cittadini e funzionari, e i modi in cui la violenza e la cura si intrecciano nei dispositivi istituzionali. In questa prospettiva, il sistema penale minore appare come un laboratorio privilegiato di osservazione: qui il potere statale si esercita attraverso pratiche di assistenza, sorveglianza e classificazione, producendo soggettività docili ma anche resistenze sottili. Collocarsi come antropologa in questo spazio significa accettare di muoversi in una zona liminale, tra empatia e critica, tra la volontà di comprendere e la necessità di esporsi eticamente, cercando di rendere visibili le forme di violenza simbolica e burocratica che operano

nella presa in carico dei minori. Scegliere di stare accanto ai giovani autori di reato, allora, non è solo una questione metodologica, ma un posizionamento politico che mira a restituire voce a soggetti “muets politiquement” (SAYAD 1979), la cui esperienza di esclusione diventa specchio delle contraddizioni dello Stato stesso.

In questa prospettiva, la mia presenza etnografica all'interno del sistema penale minorile si è configurata come un esercizio costante di negoziazione e di riflessività. Il campo non è apparso come un luogo neutro di osservazione, ma come uno spazio densamente politico, in cui ogni gesto, parola o silenzio partecipava alla costruzione di rapporti di potere. Entrare, seppur solcandone il perimetro, nelle istituzioni di giustizia minorile significava confrontarsi con le forme quotidiane della *violenza burocratica* (GUPTA 2012), con la sofferenza prodotta dai dispositivi di controllo, ma anche con le pratiche di cura e le microstrategie di resistenza che vi prendono corpo.

Il posizionamento “in tensione” di cui parla CUTOLO (2017) ha assunto per me una dimensione concreta e quotidiana: scegliere di non colludere con la logica istituzionale senza per questo assumere un atteggiamento di rifiuto totale, ma mantenendo uno sguardo capace di coglierne le contraddizioni interne. Questa posizione intermedia, che non è né di adesione né di fuga, ha permesso di abitare la soglia tra osservazione e coinvolgimento, rendendo visibili le microfratture in cui si insinuano i margini di autonomia e di significato dei giovani in messa alla prova e nelle loro eventuali esperienze di detenzione.

Per questa ragione, ho scelto nel mio percorso di ricerca di *operare accanto ai giovani autori di reato* che, grazie alla loro profonda consapevolezza su quello stesso sistema in cui erano stati catapultati, mi hanno posta davanti a un campo ricco di contraddizioni, ambiguità e zone d'ombra. La loro esperienza ha mostrato come, specialmente nel controverso rapporto con le figure istituzionali educative e sanitarie, si renda evidente la partecipazione a un *sistema totale* (GOFFMAN 1961) in cui la relazione di ascolto è spesso confusa e ambivalente: tra il sostegno e il controllo, tra l'intento di accompagnare e la necessità di sorvegliare. Il sapere tecnico che queste figure mettono in campo corre il rischio reale di celare i *precetti coercitivi* dell'istituzione per cui operano, trasformando la cura in un linguaggio del controllo e la relazione educativa in una forma di normalizzazione.

Queste attore concorrono nel rendere il percorso di messa alla prova altamente variabile, dunque diseguale, nel nome di un progetto educativo che finisce per *spostare la violenza strutturale* sul piano soggettivo e psicologico

dell'individuo. L'effetto che si produce è quello di una pratica burocratizzata e di un discorso centrato sulla *responsabilità individuale*, arricchito da giudizi morali e stereotipi attribuiti alla categoria di appartenenza dei ragazzi. In questo modo, il sistema della giustizia minorile appare come uno spazio in cui la promessa educativa si intreccia con la riproduzione di gerarchie e disuguaglianze sociali.

Tale postura "in tensione", nel rapporto con i ragazzi, ha significato riconoscere la loro esperienza non solo come effetto delle istituzioni, ma come *luogo di riappropriazione di agency e di parola*. Questo equilibrio fragile, tra partecipazione e analisi, ha reso possibile un'etnografia che non si limita a descrivere l'istituzione, ma la attraversa per interrogare le forme di vita che essa produce e le potenzialità che tenta di contenere.

In tal senso, "stare accanto" ai giovani autori di reato non è un gesto romantico, ma un modo per *sovertire la posizione di sguardo* dell'antropologo, collocandosi accanto a chi vive le conseguenze materiali e affettive delle politiche pubbliche. È un atto epistemico e politico insieme, che riconosce come la conoscenza antropologica non possa dirsi neutra, ma sia sempre inscritta in rapporti di forza e di responsabilità, e che il compito dell'etnografò non sia quello di rappresentare "gli altri", ma di *restituire visibilità alle tensioni* che attraversano il campo e di cui egli stesso fa parte.

Le pratiche istituzionali descritte, dai linguaggi della cura ai dispositivi del controllo, producono effetti profondi non solo sulle traiettorie biografiche dei giovani, ma anche sulle loro esperienze corporee ed emotive. È nei corpi e nei sentimenti che le logiche della disciplina e della normalizzazione si inscrivono in modo più sottile e duraturo.

Nel suo percorso giuridico, il giovane deve dimostrare di aver intrapreso un cambiamento significativo, trasformando il proprio comportamento verso modalità di vita compatibili con le leggi e le istituzioni. È chiamato a manifestare un'effettiva conformazione alle regole e un'accettazione del sistema. Quando l'individuo si consegna completamente all'istituzione e ne assimila il funzionamento, nel suo corpo emerge una particolare forma di sofferenza determinata dalla condizione di oppressione e reclusione vissuta, anche quando mancano le barriere fisiche tipiche della detenzione. Ogni suo slancio vitale tende a spegnersi sotto il peso del controllo istituzionale esercitato sul corpo, fino a percepirsi limitato, confinato nella propria abitazione, con scarse opportunità e motivazioni all'azione. La sensazione di abbandono percepita dai partecipanti alla ricerca crea forme più invisibili di subalternità che impattano la visione che hanno di sé stessi e

del mondo in cui vivono, producendo spesso sentimenti di angoscia, rabbia e dolore.

Le loro presenze ingombranti si impongono come corpi in eccesso che agiscono attraverso pratiche infra-politiche, ovvero quella politica sotterranea che, come la definisce Scott (1990: 289), non si manifesta nelle istituzioni ma si muove nel sottosuolo, riaffiorando in forme tanto brutali quanto vitali. Nella breve vita di questi adolescenti la politica esplode con lo stesso slancio con cui è stata esclusa: si mostra in sentimenti contraddittori fatti di rabbia, aggressività e dolore. Per interpretare queste azioni distruttive non basta una lente psicopatologica che riconduca tutto al mondo interiore dell'individuo, sacrificando il sociale e il collettivo: trattare le emozioni come meri sintomi tende a recidere i nessi storico-politici che le generano e rischia di trasformare la relazione d'ascolto in un percorso incapace di cogliere le ragioni profonde di tali vissuti (BENEDEUCE 2009). Soprattutto nei contesti di marginalità, queste emozioni profonde configurano «condizioni soggettive di incontro con il mondo e, come tali, vanno lette come pratiche attive» (HONWANA *et al.* 2005): modalità con cui i giovani affrontano l'altro, costruiscono consapevolezza collettiva e rimodellano la loro esistenza sociale.

In questo senso, anche i gesti più estremi possono essere letti come forme di resistenza *infra-politica*: capita che le dinamiche di subordinazione vengano contestate all'interno dell'ambito istituzionale attraverso pratiche estreme sul proprio corpo per cercare di limitare e fronteggiare la crisi identitaria, il senso di annullamento e il rischio di scomparire dal mondo e dalla Storia (DE MARTINO 2002). Così, i ragazzi possono ricorrere a pratiche traumatofile, come l'incisione di tagli e ferite sul proprio corpo, all'uso di sostanze stupefacenti o farmaci, imprimendo nuove forme di esistenza sulla e sotto la propria pelle, alla ricerca di spazi di ribellione, anche da quelle discipline che pretendono di sapere tutto su di loro, in cui, attraverso i segni corporei, si esprime una protesta all'indifferenza e alla paura della dissoluzione contro un sistema che reprime ogni tentativo di resistenza.

Navigare tra le contraddizioni della presa in carico dei minori autori di reato, allora, è accettare di sostare nei suoi paradossi: tra cura e disciplina, tra sostegno e controllo, là dove le forme di resistenza sotterranea dei ragazzi indicano la possibilità di un altro modo di intendere la pena e la cura, non come correzione, ma come ascolto di vite che insistono a esistere oltre l'istituzione.

Note

⁽¹⁾ Tutti i nomi presenti nel testo sono di fantasia.

⁽²⁾ Qui Nizar intende dire che prima pensava che per un motivo valido si potesse commettere un reato, ma ora ha capito che, al di là dei motivi che si possono avere, nemmeno chi può permettersi di commettere reato ha diritto di fare ciò che vuole.

⁽³⁾ In molti riflettono sul senso della pena e si chiedono, a causa della sua matrice essenzialmente punitiva e direzionata dell'incarcerazione, essa possa realmente riabilitare e rieducare (ALLEGRETTI 1979; PAVARINI 1980).

⁽⁴⁾ Il progetto educativo viene varato generalmente da educator^o e assistenti sociali, indipendentemente dalla modalità di esecuzione della misura: che si tratti di detenzione, arresti domiciliari o messa alla prova. Nel caso della messa alla prova, l'art. 28 del D.P.R. 448/1988 (Codice di procedura penale minorile) stabilisce che il progetto debba essere elaborato dai servizi minorili della giustizia, in collaborazione con l'adolescente e la sua famiglia, e approvato dal giudice minorile. Per quanto riguarda le misure cautelari, l'art. 19 del medesimo decreto prevede l'affidamento del minore ai servizi sociali per l'attuazione di un programma di sostegno e controllo, mentre l'art. 21 disciplina la permanenza in casa, definendo anch'essa come misura da eseguire sotto la vigilanza e il coordinamento dei servizi minorili.

⁽⁵⁾ Il sistema penale per gli adulti (Art. 69-74 c.p.), a differenza di quello minorile, in casi in cui prevede l'instaurazione di misure alternative o di un progetto da portare a termine, conserva una centrale logica sanzionatoria per cui gli obiettivi e le attività fissate hanno lo scopo di estinguere il reato. Al contrario, i minori devono essere accompagnati, attraverso la presa in carico, a riconoscere i propri errori e a dimostrare la propria condotta cambiata a favore dello stato di diritto.

⁽⁶⁾ Tra le risorse da introdurre, è necessario considerare anche quella di natura logistica e materiale per cui alcuni ragazzi possono trovarsi in difficoltà nel raggiungimento di uffici e spazi che accolgono le attività, oppure nel conciliare il lavoro con i diversi colloqui e sedute. Non si tratta dunque, di un semplice carico morale ed emotivo, ma spesso coinvolge anche gli aspetti più pratici.

⁽⁷⁾ Davide fa riferimento al laboratorio filosofico in cui ci siamo conosciuti.

⁽⁸⁾ L'estratto di intervista riporta una conversazione avvenuta tra Matteo e sua madre circa le promesse che l'assistente sociale aveva fatto al ragazzo per un periodo di impiego prima presso la biblioteca e poi presso l'ENAIIP (Ente Nazionale Istruzione Professionale), entrambe nel paese di residenza di Matteo, mai verificatesi. Il minore, durante il periodo delle interviste, stava scontando la sua pena con modalità mista: in messa alla prova e in detenzione domiciliare. Grazie all'attivazione della messa alla prova avevo conosciuto Matteo durante il laboratorio di filosofia della Federazione Malattie Rare Infantili.

⁽⁹⁾ Sul tema, si vedano il *Codice Deontologico degli Psicologi Italiani* (Consiglio Nazionale Ordine Psicologi, artt. 11-13; 15-17), che disciplina il segreto professionale e le sue eccezioni, e il Regolamento (UE) 2016/679 (*General Data Protection Regulation* – GDPR), integrato dal D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 come modificato dal D.lgs. 10 agosto 2018,

n. 101, che qualifica i dati relativi alla salute e alla psicologia come “categorie particolari di dati” e ne consente il trattamento solo in presenza di consenso esplicito o per obbligo di legge, in particolare quando connessi a procedimenti giudiziari.

⁽¹⁰⁾ Per Michel de Certeau una tattica è un’azione che si inserisce in uno spazio senza padroneggiarlo né contestarlo; una strategia invece presuppone la capacità di ritagliarsi dell’azioni di autonomia in quell’ambiente aumentando le possibilità di piegarlo e sovvertirlo.

⁽¹¹⁾ Si leggeranno qui alcune voci dal cercare di esperienze vissute da Matteo e Davide, gli unici due interlocutori ad aver avuto un’esperienza detentiva.

⁽¹²⁾ A sottolineare questa lettura, alcuni studi antropologici contemporanei insistono sulla questione della “decolonizzazione interna” e dell’esperienza minorile come resa coerente con un modello dominante. Erica Burman (2020), per esempio, propone una prospettiva fanoniana nella psicologia critica dell’infanzia, osservando come l’alienazione e la marginalizzazione del minore vengono rapite in chiave di disturbo, anziché riconosciute come esiti di sistemi di potere. Analogamente, Fabio Ricciardi (2024) evidenzia come nei percorsi di giustizia minorile, le tensioni tra pena e sostegno costruiscano interstizi in cui lo Stato si esercita come potere disciplinare che presuppone la soggettività del ragazzo come problematica da normalizzare piuttosto che da comprendere.

Bibliografia

- AGAMBEN G. (2003), *Lo stato di eccezione*, Bollati Boringheri, Torino.
- ANTIGONE (2024), *Prospettive Minori. VII Rapporto di Antigone sulla giustizia minorile e gli Istituti penali per minorenni*, Associazione Antigone, Roma.
- BARTON R. (1976), *Institutional Neurosis*, John Wright & Sons, Bristol.
- BASAGLIA F. (2017 [1968]), *Scritti 1953-1980*, Il Saggiatore, Milano.
- BENASAYAG M., SCHMIT G. (2003), *L'epoca delle passioni tristi*, Feltrinelli, Milano.
- BENEDUCE R. (1990), *Breve dizionario di Etnopsichiatria*, Carocci, Roma.
- BENEDUCE R., QUEIROLO PALMAS L., ODDONE C. (a cura di) (2014), *Loro dentro. Giovani, migranti, detenuti*, Creative Commons, Mountain View.
- BONI S. (2024), *Cratofobia e cratofilia. Etica e posizionamenti nello studio dello Stato*, “Anuac”, Vol. 13 (2): 71-96.
- BOURDIEU P. (1972), *Esquisse d'une théorie de la Pratique précédé de Trois études d'ethnologie kabyle*, Éditions du Seuil, Paris.
- BOURDIEU P. (2013 [1989-1990]), *Sullo Stato. Corso al Collège de France*, Feltrinelli, Milano.
- CERBINI F. (2016), *La casa di sapone. Etnografia del Carcere Boliviano di San Pedro*, Mimesis Edizioni, Milano.
- CUTOLO A., SAITTA P. (2017), *Collaborare o rigettare? L'arcipelago dell'accoglienza e il “mestiere dell'antropologo”*, “Antropologia Pubblica”, Vol. 3 (1): 195-207.

- DE CERTEAU M. (2011), *The Practice of Everyday Life*, University of California Press, Berkeley Los Angeles.
- DELEUZE G., GUATTARI F. (1972), *L'anti-Edipo. Capitalismo e schizofrenia*, Einaudi, Torino.
- DE MARTINO E. (2002 [1977]), *La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali*, Giulio Einaudi Editore, Milano.
- DE MARTINO E. (1959), *Sud e magia*, Feltrinelli, Milano.
- FANON F. (1961), *I dannati della terra*, Einaudi, Torino.
- FARMER P. (1999), *Infections and Inequalities: The Modern Plagues*, University of California Press, Berkeley-Los Angeles.
- FASSIN D. (a cura di) (2015), *At the Heart of the State. The Moral World of Institutions*, Pluto Press, London.
- FASSIN D. (2005), *Compassion and Repression: The Moral Economy of Immigration Policies in France*, "Cultural Anthropology", Vol. 20 (3): 362-387.
- FASSIN D. (2013), *Enforcing Order: An Ethnography of Urban Policing*, Polity Press, Cambridge.
- FASSIN D., RECHTMAN R. (2007), *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*, Champ essais, Flammarion, Paris.
- FASSIN D. (2018), *Punire. Una passione contemporanea*, Feltrinelli, Milano.
- FERGUSON J. (1994), *The Anti-Politics Machine: "Development," Depoliticization, and Bureaucratic Power in Lesotho*, University of Minnesota Press, Minneapolis.
- FOUCAULT M. (2005), *Sicurezza, territorio, popolazione. Corso al Collège de France (1977-1978)*, Feltrinelli, Milano.
- GALLI D. (2008), *Servizi sociali e giustizia minorile. Il quotidiano dell'assistente sociale: tra ascolto e documentazione*, Franco Angeli, Milano.
- GALTUNG J. (1969), *Violence, Peace, and Peace Research*, "Journal of Peace Research", Vol. 6 (3): 167-191, Oslo.
- GOFFMAN E. (1961), *Asylums*, Einaudi, Torino.
- GUPTA A. (2012), *Red Tape: Bureaucracy, Structural Violence, and Poverty in India*, Duke University Press, Durham.
- HONWANA A., DE BOECK F. (a cura di) (2005), *Makers and Breakers. Children and Youth in Postcolonial Africa*, James Currey, Oxford.
- MBEMBE A. (2003), *Necropolitics*, Public Culture, Duke.
- PALOMBA F. (2002), *Il sistema del processo penale minorile. Aggiornato con la legislazione e la giurisprudenza al 2001*, Giuffrè, Milano.
- PIZZA G. (2005), *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma.
- PRINA F. (2003), *Devianza e politiche di controllo. Scenari di tendenze nelle società contemporanee*, Carocci, Roma.
- RICCIARDI F. (2024), *"Ci dite questi ragazzi chi sono?" Percorsi di giustizia minorile tra pena e sostegno*, Riviste Online Sapienza, Roma.
- RHINA M. (2021), *L'Erba Tinta. Dentro le crepe di Borgo Vecchio a Palermo: un racconto antropologico*, Editpress, Firenze.

- RONDI L. (2023), *Il carcere sedato: più di due milioni di euro all'anno spesi in psicofarmaci*, "Altreconomia", Vol. 263: 10-16.
- ROSE N. (1999), *Governing the Soul*, Einaudi, Torino.
- SAYAD A. (1979), *Les enfants illégitimes*, "Actes de la recherche en sciences sociales", Vol. 26-27: 117-132.
- SCOTT J.C. (2021), *Il dominio e l'arte della resistenza*, Elèuthera, Milano.
- STERCHELE M. (2019), *Il carcere invisibile: Etnografia dei saperi medici e psichiatrici nell'arcipelago carcerario*, Meltemi, Milano.
- TOMASELLI E. (2015), *Giustizia e ingiustizia minorile. Tra profonde certezze e ragionevoli dubbi*, Franco Angeli, Milano.
- VEENA D., POOLE D. (a cura di) (2004), *Anthropology in the Margins of the State*, School of American Research Press, Santa Fe.
- VERDE S. (2011), *Il carcere manicomio. Le carceri in Italia tra violenza, pietà, affari e camicie di forza*, Sensibili alle Foglie, Roma.

Scheda sull'Autrice

Nata a Torino il 18 aprile 1999, è laureata magistrale in Antropologia Culturale ed Etnologia presso l'Università di Torino. Le sue ricerche si concentrano sui temi della giustizia minorile, della salute mentale e delle forme di controllo e cura rivolte agli adolescenti coinvolti in percorsi giudiziari. Si interessa in particolare agli usi degli psicofarmaci in contesti di marginalità, alla violenza istituzionale, ai processi di medicalizzazione e alle pratiche di resistenza dei giovani autori di reato. Il suo approccio, di taglio etnografico e interdisciplinare, indaga le interazioni quotidiane tra minori, operatori sociali, istituzioni di tutela e dispositivi punitivi, mettendo in luce le contraddizioni tra sostegno, gestione del rischio e discipline del corpo. È inoltre interessata alle forme narrative e creative di restituzione della ricerca, come laboratori partecipativi e produzioni audio, intese come spazi politici di parola e di riappropriazione del sé nei contesti di cura e controllo.

Riassunto

Navigare tra le contraddizioni. La presa in carico del minore autore di reato, tra cura, sostegno e controllo

Il testo esplora le contraddizioni del sistema penale minorile italiano a partire da un'etnografia svolta tra il 2022 e il 2024 con giovani in messa alla prova. Esso analizza il ruolo ambivalente delle figure socio-sanitarie che si collocano tra cura e controllo, mostrando come l'enfasi sulla responsabilità individuale nasconda disuguaglianze strutturali. Dall'etnografia emergono forme di sofferenza e resistenza, come l'autolesionismo e l'uso di psicofarmaci, che i ragazzi utilizzano creativamente per sopravvivere all'oppressione istituzionale. La ricerca riflette criticamente sul potere delle istituzioni

e sullo spazio all'interno di esse per l'antropologia mantenendo uno sguardo critico, capace di dar voce a chi vive ai margini.

Parole chiave: messa alla prova, etnografia, devianza, controllo, cura

Resumen

Navegar entre contradicciones. La atención al menor infractor entre cuidado, acompañamiento y control

Este texto explora las contradicciones del sistema penal juvenil italiano a partir de una etnografía realizada entre 2022 y 2024 con jóvenes en prueba. Analiza el papel ambivalente de los profesionales sociosanitarios, situados entre el cuidado y el control, y cómo el énfasis en la responsabilidad individual oculta desigualdades estructurales. Surgen formas de sufrimiento y resistencia – autolesiones, uso de psicofármacos – como respuestas creativas a la opresión institucional. La investigación propone una reflexión crítica sobre el poder institucional y sobre el lugar que la antropología puede ocupar, adoptando una mirada comprometida con las voces de quienes habitan los márgenes sociales.

Palabras clave: sistema penal juvenil, prueba judicial, antropología crítica e institucional, etnografía, desviación, sufrimiento, control, cuidado, psicofármacos, marginalidad

Résumé

Naviguer entre les contradictions. La prise en charge du mineur auteur d'infraction entre soin, accompagnement et contrôle

Ce texte analyse les contradictions du système pénal pour mineurs en Italie, à partir d'une ethnographie menée entre 2022 et 2024 auprès de jeunes en mise à l'épreuve. Il examine le rôle ambivalent des professionnel-le-s socio-sanitaires, entre soin et contrôle, et montre comment l'accent mis sur la responsabilité individuelle masque des inégalités structurelles. Des formes de souffrance et de résistance émergent – automutilation, usage de psychotropes – comme stratégies pour survivre à l'oppression institutionnelle. L'enquête propose une réflexion critique sur le pouvoir des institutions et sur la place possible de l'anthropologie, attentive à celles et ceux relégués aux marges sociales.

Mots-clés: système pénal pour mineurs, mise à l'épreuve, anthropologie critique et des institutions, ethnographie, déviance, souffrance, contrôle, soin, psychotropes, marginalité

“Non affittiamo a neri”: diritto alla casa, razzializzazione e salute mentale a Torino

Giacomo Pezzanera

Associazione Frantz Fanon
[giacomo.pezzanera@gmail.com]

Jean-Louis Aillon

Università degli Studi di Torino - Associazione Frantz Fanon
[jeanlouis.aillon@unito.it]

Daniela Giudici

Politecnico di Torino
[daniela.giudici@polito.it]

Abstract

“We Do Not Rent to Black People”: Housing Rights, Racialization, and Mental Health in Turin

The text analyzes the experiences of racialized individuals who face discrimination in accessing housing in the city of Turin. It is a qualitative study conducted through the collection of ten semi-structured interviews, primarily with people receiving support at the Fanon Center for mental health issues, who have encountered difficulties in finding housing. Nowadays, finding a rental apartment is very complicated for foreigners. By examining the themes of racism and racialization of the interviewees, profound difficulties emerge that affect mental health, negatively impacting integration processes. Within this framework, a critical reflection emerges on how biomedicine and mental health professionals can address these issues.

Keywords: dwelling, racialized people, discrimination, mental health, social determinants

Introduzione

“Spiegami qual è il problema” “Dice non vuole stranieri” “Ma io sono nato e cresciuto in Italia! Parlo meglio italiano di te, ho una laurea a differenza tua!”, ma niente... siamo stati a discutere finché non sono venute fuori veramente le condizioni: “Il problema è che tu non sei bianco, non sei italiano bianco” (Danyal, intervista, settembre 2023).

In questo frammento di intervista Danyal, un ragazzo di origine marocchina di circa 25 anni, racconta uno dei tanti tentativi di affittare una stanza per poter vivere a Torino. Tramite un amico, italiano ma con la pelle bianca, era riuscito nell'impresa di avere un appuntamento con il proprietario di un alloggio, che tuttavia ha delegato proprio all'amico la responsabilità di spiegare perché non avrebbe potuto vivere nella sua casa: il problema è il colore della pelle. La storia sopra riportata non è un caso isolato, ma uno fra gli svariati racconti che continuiamo ad ascoltare presso il Centro Frantz Fanon¹. Questo articolo prende le mosse da una ricerca condotta a Torino nel 2023. A partire da una riflessione su un contesto abitativo sempre più escludente, ci proponiamo di indagare la questione dell'accesso alla casa attraverso il prisma del razzismo e delle conseguenze sulla salute mentale. Come Danyal, anche gli altri partecipanti alla ricerca sono soggetti regolarmente presenti sul territorio italiano da diversi anni: le problematiche legate alla mancanza di un alloggio tornano ciclicamente nelle storie ascoltate, rimarcando ogni volta, tra le altre questioni, la problematicità del concetto di “integrazione” (TALIANI 2015).

La problematica torinese si inserisce in un contesto nazionale caratterizzato da diverse criticità, non solo per quanto riguarda la popolazione straniera (TOSI 2017). In Italia la questione abitativa risente molto della carenza di edilizia pubblica e della predominanza di alloggi di proprietà (circa l'80%), che rendono più basso il numero delle case in affitto (CARITAS 2020). Rispetto a quest'ultime, gli andamenti del mercato immobiliare penalizzano le fasce di popolazione in posizione di svantaggio economico. Secondo l'ISTAT (2023) nel 2022 l'incidenza della povertà assoluta tra le famiglie con almeno uno straniero è stata pari al 28,9%, mentre è stata al 6,4% per le famiglie composte solamente da italiani. Inoltre, la recente situazione pandemica da COVID-19 (HORTON 2020) ha esasperato una situazione già critica, che le politiche attuate grazie ai fondi del Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) non sono riuscite ad affrontare. Come sottolinea Lomonaco, per di più,

i dati sulle abitazioni confermano che le principali categorie a rischio di disagio abitativo sono quelle composte in particolare da giovani e stranieri [...] i primi più per questioni di reddito e i secondi maggiormente per questioni di discriminazione nell'accesso all'abitazione (LOMONACO 2022: 4).

La questione interseca diversi piani, dalla strutturale mancanza di un Osservatorio nazionale per la questione abitativa alla scarsa applicabilità della definizione di edilizia sociale.

Il nesso tra soggettività migranti e difficoltà di accesso alla casa si inserisce in una più generale carenza di politiche di sostegno all'abitare e all'interno di una crisi abitativa sempre più pronunciata. La precarietà abitativa degli immigrati in Italia prende forma attraverso la combinazione di percorsi biografici soggettivi e molteplici fattori strutturali (MARABELLO, RICCIO 2020; FRAVEGA 2022). Tra questi ultimi, una gestione del fenomeno migratorio caratterizzata da una perenne “emergenzialità”, nonché da politiche sempre più escludenti, sia a livello nazionale che locale (AMBROSINI 2012; GARGIULO 2020). In questo contesto, molteplici pratiche discriminatorie concorrono a consolidare forme di segregazione urbana, traducendosi in esperienze prolungate di precarietà abitativa e marginalità per molti migranti, che permangono anche a distanza di anni dal loro arrivo in Italia (ARBACI 2019; BELLONI *et al.* 2020).

In questo quadro nazionale si inseriscono le difficoltà incontrate dai cittadini stranieri a Torino. Il capoluogo piemontese si caratterizza per una mancanza cronica di soluzioni residenziali di edilizia pubblica, nonché per una serie di discriminazioni nel suo accesso. Il Tribunale di Torino, ad esempio, ha accertato «il carattere discriminatorio della condotta tenuta dalla Regione Piemonte consistente nell'aver disposto [...] il requisito della residenza in Italia “da almeno cinque anni” e il requisito dell'avere una “attività lavorativa stabile” per i soli “cittadini extracomunitari”» al fine di accedere alle case popolari (PARUZZO 2023: 1). In una logica di scarsità di risorse permanente mai messa in discussione (VACCHIANO 2011), gli amministratori locali sperimentano «politiche di appartenenza» discriminatorie (PARUZZO 2023: 3) per tentare di escludere i cittadini stranieri dalla possibilità di vedersi riconosciuto il diritto all'abitare. Nel contesto di un'assenza pressoché totale di alternative, molte persone si trovano nella condizione di dover ricorrere alle occupazioni abitative. Tra le tante esperienze torinesi, una delle più conosciute è quella delle palazzine Ex-Moi, un complesso residenziale costruito per le Olimpiadi invernali del 2006 e successivamente occupato da cittadini stranieri, molti di questi richiedenti asilo o titolari di protezione umanitaria (STOPANI 2023).

Diversi rapporti recenti hanno messo in luce la discriminazione abitativa intersezionale nel contesto torinese (COMITATO OLTRE IL RAZZISMO 2000; MMC 2024). Queste ricerche hanno evidenziato come l'esperienza abitativa non si configuri solamente come un problema di accesso materiale alla casa, ma si iscriva all'interno di pratiche quotidiane di marginalizzazione che intersecano categorie come origine etnica, genere, status giuridico e condizione socio-economica. In questo contesto spesso la motivazione del rifiuto di un alloggio viene apertamente esplicitata con frasi del tipo "non affittiamo a stranieri", evidenziando così la presenza – nemmeno così implicita – di profonde discriminazioni sulla base della "linea del colore" (DU BOIS 2004). In particolare il mercato immobiliare privato, ma anche le stesse agenzie di mediazione mettono in atto atteggiamenti apertamente discriminatori, filtrando le persone con background migratorio attraverso stereotipi di "inaffidabilità" o "alterità culturale". Una profonda difficoltà di accesso alla casa sembra essere presente anche dopo diversi anni di vita in Italia, rimarcando una frontiera materiale e simbolica che permane nel tempo.

L'accesso alla casa rappresenta una dimensione fondamentale per l'uscita da quelle condizioni di «*protracted displacement*» (RAMSAY 2020) che così spesso caratterizzano le esperienze dei migranti in Italia. La casa è un'entità multidimensionale, soggettivamente e politicamente rilevante (FAVOLE 2016; BOCCAGNI 2017). L'antropologia, sia nella sua tradizione internazionale che nei contributi sviluppati in Italia, ha fornito strumenti fondamentali per comprendere le pratiche dell'abitare all'interno di un più ampio orizzonte culturale e sociale (DOUGLAS 1991). Le attuali riflessioni sull'abitare si inseriscono così in un percorso interpretativo che riconosce agli spazi domestici un ruolo centrale nella costruzione simbolica e relazionale della vita sociale (DEI, MELONI 2015; FAVOLE 2016). In questa prospettiva, la casa non viene indagata unicamente nella sua dimensione materiale, ma anche come dispositivo narrativo e simbolico, capace di connettere forme abitative differenti attraverso pratiche, valori e rappresentazioni condivise. Al tempo stesso, studi recenti hanno focalizzato l'attenzione sulla dimensione abitativa non tanto come contesto di coerenza e stabilità, ma piuttosto come processo caratterizzato da perdita e precarietà, ma anche creatività e resilienza (INGOLD 2000; PITZALIS *et al.* 2017). In questo contesto, si è fatto sempre più evidente il ruolo di meccanismi di potere e istituzioni nella produzione e gestione del disagio abitativo.

Il disagio abitativo non rappresenta soltanto una condizione materiale di precarietà, ma incide profondamente sul benessere psichico degli individui

e delle collettività. Le prospettive dell’etnopsichiatria e dell’antropologia medica hanno messo in luce come lo spazio dell’abitare sia fondamentale per l’equilibrio simbolico, relazionale e affettivo delle persone (HOPPER 1999; BENEDEUCE 2007). In tale quadro, la perdita della casa, l’instabilità abitativa, una bassa qualità dell’abitare o la violenza istituzionale possono generare o amplificare stati di sofferenza psicologica o psicopatologica, quali disturbi dell’umore di tipo depressivo, disturbi d’ansia negli adulti e disturbi del comportamento nel corso dell’infanzia (COMPTON, SHIM 2015; LUND, BROOKE-SUMNER, BAINGANA *et al.* 2018).

Il razzismo strutturale e le politiche abitative discriminatorie agiscono come potenti determinanti sociali della salute mentale. In molte città italiane, lo spazio urbano diventa così teatro di una doppia esclusione: materiale, attraverso povertà, sovraffollamento o insalubrità, ma anche simbolica, che si traduce in razzializzazione, invisibilità, colpevolizzazione (FASSIN 2014; WACQUANT 2016). Queste condizioni contribuiscono a un logoramento psichico spesso non riconosciuto né adeguatamente trattato dai servizi sanitari, che faticano a cogliere la complessità delle storie e dei vissuti delle persone marginalizzate. L’incessante ricerca di una “casa” ha infatti profonde conseguenze sulla possibilità di costruire una vita dignitosa, di esprimere l’interdipendenza tra mobilità e appartenenza, così come sul benessere psico-sociale delle persone (AHMED *et al.* 2003). Questa fondamentale privazione ha conseguenze estremamente tangibili per i cittadini immigrati, la cui presenza sul territorio è subordinata al possesso di un contratto locativo regolare: da quest’ultimo, infatti, dipendono altri numerosi passaggi fondamentali, tra cui la possibilità di rinnovo del permesso di soggiorno e, dunque, di un’esistenza legale (MUGNANI 2017).

In tale prospettiva, l’abitare non è mai solo un atto tecnico o funzionale, ma un diritto sociale e una necessità psichica. La casa è spazio di cura, rifugio simbolico, luogo di continuità e memoria. Quando questo diritto viene negato, la vulnerabilità psichica aumenta, rendendo necessario un approccio integrato che tenga conto della dimensione sociale, culturale e politica del disagio mentale.

Questa questione è più volte emersa all’interno dello spazio della clinica del Centro Frantz Fanon, costringendoci a prendere posizione come specialisti della cura. Tra le pieghe di un lavoro quotidiano, abbiamo deciso di riportare l’ennesimo episodio di razzismo anche all’esterno degli spazi della cura, attraverso una lettera di denuncia intitolata «A Torino non ci sono case per stranieri» (AILLON 2022). Come cercheremo di mettere in

luce, infatti, è nelle esperienze di violenza e di disprezzo razziale che nascono sintomi e ferite difficili da rimarginare (BENEDUCE 2022). Le parole degli intervistati, così come dei pazienti che quotidianamente riempiono le stanze del centro Fanon, ci ricordano incessantemente che «il razzismo continua a nutrire pratiche e dispositivi, alimentando ansie, o all'opposto reazioni aggressive che gli psichiatri si accontentano spesso di descrivere come l'espressione di un delirio» (ivi: 43). Lavorare nell'ambito della cura con un approccio etnopsichiatrico critico significa per noi anche tentare di rivelare il «profilo sordo e ostinato [della sofferenza psichica]: quello di critica implicita dell'ordine sociale, dei rapporti di forza e delle forme di violenza presenti in ogni contesto, in ogni cultura» (BENEDUCE 2007: 14). Da tale esigenza teorico-pratica nasce quindi la necessità di approfondire maggiormente da un punto di vista di ricerca la tematica del diritto all'abitare, rispetto alla razzializzazione e ai relativi risvolti per la salute mentale delle persone immigrate.

Metodologia

Il campo di ricerca del presente studio è stato costruito a partire dall'osservatorio privilegiato del Centro Frantz Fanon. Come clinici e antropologi del centro abbiamo potuto ascoltare numerose testimonianze del razzismo abitativo che troppo spesso i soggetti migranti devono subire ed abbiamo osservato le relative ripercussioni sulla salute mentale. Da ciò sono conseguite alcune azioni di denuncia ed advocacy sociale (AILLON 2022)², all'interno delle quali è emersa la necessità di un maggiore approfondimento teorico, che ha portato alla pubblicazione di un caso clinico sul tema del razzismo abitativo (AILLON 2023) e alla costruzione della ricerca in oggetto.

In un'ottica di ricerca-azione, si è deciso di costruire il campo di ricerca, iniziando proprio dal Centro Fanon. È stata condotta un'indagine di tipo qualitativo che si è focalizzata sul tema dell'accesso alla casa attraverso due differenti temi: quello del razzismo e quello della salute mentale. Per costruire il campo di ricerca, il primo autore ha svolto un periodo di osservazione partecipante di circa tre mesi presso il Centro Fanon e, contestualmente, ha partecipato ai vari incontri della rete RAMA per circa un anno. In seguito, Autore1 ha condotto dieci interviste semi-strutturate, che costituiscono il fulcro del presente lavoro. Il materiale su cui si basa questa ricerca non è tuttavia limitato alle interviste, ma attinge piuttosto

da una più ampia esperienza presso il ricco osservatorio del Centro Fanon, attraverso più di 10 anni di attività medica e psicoterapeutica di Autore², nonché attraverso l'osservazione partecipante di Autore¹. Autore³ è antropologa impegnata da diversi anni sui temi della precarietà abitativa e della violenza istituzionale nei confronti di migranti in Italia, contribuendo così con la sua esperienza etnografica e di ricerca all'analisi del materiale qui presentato.

Gli intervistati sono stati individuati attraverso il confronto con tutti i terapeuti del Centro Fanon. Si è deciso di contattare persone con background migratorio che hanno avuto problemi nell'accesso alla casa, escludendo però soggetti particolarmente fragili. Per non alimentare sensazioni di frustrazione o false speranze si è deciso di contattare persone che al momento dell'intervista avessero già risolto, almeno parzialmente, il problema abitativo. Data l'impossibilità di raggiungere il numero prefissato di intervistati, la ricerca dei soggetti si è allargata all'interno della Rete Antirazzista Militante per l'Abitare (RAMA). Questa è una nuova realtà cittadina formata da diverse associazioni e cooperative, costituitasi nell'aprile 2023 a partire dalla denuncia dell'Associazione Fanon, con l'intento di riflettere sulla questione dell'accesso alla casa per cittadini stranieri a Torino, promuovere delle azioni di advocacy rispetto alle istituzioni e sensibilizzazione della cittadinanza sul tema³. Attraverso la mediazione di alcune associazioni è stato quindi possibile intercettare anche persone che non sono transitate al Centro Fanon.

Il campione è rimasto omogeneo per situazione lavorativa e anni di permanenza in Italia: i soggetti intervistati erano accomunati dalla presenza regolare in Italia, dalla possibilità di sostenere economicamente un affitto. Questo è un aspetto che, come mostreremo, alimenta forti sensazioni di frustrazione di fronte ad episodi palesemente discriminatori. È importante notare come, anche nei racconti dei soggetti non individuati tra i “pazienti”, siano emersi episodi di stress, difficoltà a dormire e sensazione di impotenza, riconducibili all'ambito della salute mentale. Si sono quindi intervistati nove uomini e una donna, provenienti da diverse aree del continente africano (principalmente dall'Africa subsahariana ma non solo)⁴ di età compresa fra 20 e 45 anni. Con tutti si è deciso di utilizzare l'italiano per svolgere le interviste, a riprova di una competenza linguistica ormai acquisita.

Per quanto riguarda l'aspetto più strettamente metodologico, dopo aver raccolto la disponibilità dei soggetti sopracitati si è proceduto con inter-

viste semi-strutturate in profondità audio-registrate, per lasciare spazio all'intervistato di decidere la direzione del racconto. Il materiale è stato poi analizzato attraverso la "template analysis" proposta da King (1998). Sulla base dei presupposti teorici e dell'analisi di quanto emerso dal campo, si sono raggruppati i differenti codici in tre temi: il razzismo subito dai soggetti intervistati, la sofferenza mentale connessa con la mancanza di un alloggio e l'accesso differenziale alla comunità cittadina per persone razzializzate. Nel rispetto della privacy degli intervistati, le registrazioni audio sono state eliminate e tutti i nomi, anche quelli già riportati, sono pseudonimi. Dopo la somministrazione delle dieci interviste da parte dell'autore principale, si è proceduto in maniera congiunta con i coautori all'analisi di quanto emerso. Le fasi di discussione e scrittura sono frutto del lavoro di tutte le persone firmatarie.

“Non affittiamo agli stranieri”: discriminazioni nell'accesso alla casa

Mi ricordo quando io provavo a chiamare, a cercare, la maggior parte quando sento che sono una persona straniera non si fida. La cosa che mi ha colpito di più è stata quando una persona mi ha detto “Ah, sei straniero, noi non affittiamo agli stranieri” (Saad, intervista, agosto 2023).

A volte non riescono a capire se io sono italiano o straniero dall'accento, alcuni mi dicono dopo: “Come ti chiami?” e quando dico il mio nome mi dicono: “Ah quindi sei straniero? Allora chiedo conferma”. Lasciano sempre la responsabilità a qualcun altro per non darti la casa... è molto molto difficile qui a Torino per uno straniero (Seydou, intervista, ottobre 2023).

Durante le interviste, una modalità discriminatoria spesso raccontata è stata quella subita al telefono. La difficoltà nel prendere anche solo un primo appuntamento per poter visitare l'appartamento è apparsa in tutte le persone incontrate come quella più insormontabile. Spesso, la sensazione di impotenza viene fuori proprio quando ci si sente impossibilitati ad accedere alla prima fase, quella della visita, impedendo di andare oltre anche nella ricerca di un senso di ciò che si sta subendo. Raphael vorrebbe infatti spiegare ai proprietari che la provenienza geografica non può essere un motivo valido per non fidarsi di una persona: «*Magari uno ha avuto già un'esperienza [con un cittadino straniero] e dice: “Mai più!”. Però non deve, se è successo con Aboubakar, è successo solo con Aboubakar, non con tutta l'Africa!*» (Raphael, intervista, ottobre 2023). La sensazione di dover dimostrare di essere all'altezza è un altro punto emerso in più di un'intervista: per

Danyal, ad esempio, «È come se dovessi costruire un'immagine per il proprietario così è tranquillo e mi dà le chiavi, poi una volta che me le ha date posso tornare a essere me stesso. Questa è la roba più fastidiosa, c'è un rapporto poco franco» (intervista, settembre 2023).

Questa fatica, inoltre, non sembra essere qualcosa che svanisce con l'ingresso in casa, ma spesso accompagna anche gran parte dei rapporti con il vicinato. È il caso di Abdou, che dopo aver faticosamente trovato un alloggio in affitto, è stato subito vittima di un episodio di razzismo: «Il secondo o terzo giorno ho beccato una signora nelle scale che mi ha detto: “Tu che fai qui, scendi subito, fuori!”. Io gli ho detto: “Signora io abito qua” e lei fa: “Da quando? Non ho mai visto un nero abitare qua, esci!”» (intervista, ottobre 2023).

Dopo aver dovuto giustificare la sua presenza agli altri condomini, quindi, si è sentito addirittura in dovere di aiutare tutte le persone presenti nel palazzo, offrendosi di fare la spesa durante la fase di lockdown (imposto dalle misure di contenimento del COVID-19) lasciando un biglietto sotto la porta di ogni appartamento, non arrendendosi nemmeno di fronte al silenzio dei suoi nuovi vicini di casa⁵:

Nessuno mi ha mai chiamato, sicuro perché non si fidava nessuno! Va bene lo stesso, però dopo qualche tempo ho cominciato a conoscere tutti sulle scale. Tante volte, a chiunque trovo sulle scale, chiedo di poterli aiutare. Inizialmente insistono, dicono di no, ma dove vado, scappo con la loro spesa? (Abdou, intervista, ottobre 2023).

Gli episodi raccontati si richiamano spesso l'uno con l'altro, quasi a fotografare una situazione in cui le persone straniere si sentono incasellate in un immaginario, senza poter fare nulla. La sensazione provata ascoltando queste parole, infatti, è che i soggetti intervistati condividano alcune interpretazioni. Per alcuni la colpa è l'età dei proprietari di casa, per altri è un racconto mediatico asfissiante che descrive gli immigrati in termini negativi e spaventa i locatari, altri ancora cercano di comprendere la mancanza di possibilità avute da queste persone italiane, costrette all'interno di un micromondo che le ha influenzate negativamente rispetto all'idea di diversità⁶. Senza essersi mai incontrati, le loro esperienze sembrano intrecciarsi, quasi a immortalare un quadro “naturale” delle cose, che ha come prima conseguenza quella di percepire le discriminazioni subite come normali o inevitabili. La naturalità percepita può essere letta attraverso quelli che Olivieri (2020) chiama atti epistemic⁷ della razzializzazione: «Nei processi di razzializzazione, i marcatori identitari dei gruppi e degli individui sono interpretati come elementi naturali» (ivi: 7). Seguendo l'analisi di Olivieri, il concetto di razzializzazione sembra includere quello di razzismo, senza

tuttavia arenarsi nell'impasse descrittiva del termine. Una prima definizione è quella di seguito proposta:

Con questo concetto [razzializzazione] intendo quei processi attraverso cui si assegnano unilateralmente a determinati individui e gruppi identità fisse e naturali, sulla cui base si pretende di spiegare il loro comportamento, si attribuisce loro un maggiore o minore valore sociale, si autorizzano trattamenti di preferenza o discriminazione, si costruisce un apparato ideologico e repressivo tale da conferire validità e stabilità all'intero meccanismo (ivi: 4).

La questione classificatoria, infatti, è stata più volte affrontata durante le interviste. Per Richard, ad esempio, non è giusto parlare di razzismo quando una persona decide di non affittare la casa ad uno straniero, in quanto l'abitazione è una proprietà privata che ognuno è legittimato a dare a chi vuole. Ciò mostra quanto le narrazioni presenti nella società possano essere interiorizzate dai soggetti che ne sono vittime, non tanto diversamente da quanto avviene in altri frangenti della clinica, dove sono spesso le vittime stesse a essere «soggetti colpevoli e inconsapevoli della loro colonizzazione intima, interiore, perché assoggettati attraverso il loro stesso desiderio al logos del nemico» (TALIANI 2012).

Danyal, invece, sposta la questione in un'altra direzione:

Bisogna capire in cosa si traduce essere razzista... perché, non so, c'è questa idea che il razzismo lo mette in pratica solo chi è razzista, cioè chi ha un'ideologia ben chiara e dice "Io sono razzista e metto in campo logiche razziste", invece il razzismo è molto più sottile, più complesso (intervista, settembre 2023).

Una delle possibili definizioni di razzismo può essere quella proposta da Taguieff (1999), che parla di razzismo differenziale per descrivere quelle forme di razzismo che tentano di sostituire al concetto di razza altre categorie essenzializzanti. Sulla base delle riflessioni del filosofo francese il dibattito intorno al concetto si amplia, e, come scrive Bachis (2020), si può parlare di due differenti forme di razzismo:

La prima forma, caratterizzata da un approccio gerarchico alla diversità, è solitamente accompagnata da un discorso di subordinazione naturalistica che viene espresso secondo una differenza di razza; la seconda è legata a una differenziazione culturalista. Quest'ultima non sembra stabilire esplicite gerarchie tra le diversità umane e spesso si riferisce alla differenza in termini di "cultura", "etnia", "religione", concetti mutuati in maniera diretta o indiretta dalla riflessione antropologica. Attorno a queste parole si costruiscono semplificazioni totalizzanti e chiuse che ne spingono il significato in prossimità della nozione di razza (ivi: 4-5).

Sembra comunque dalle narrazioni degli intervistati che entrambe le forme siano presenti. A volte prevale la questione del colore della pelle e della “razza”, mentre altre volte è presente un discorso più subdolo che vede nell’ineluttabile differenza culturale la fonte dell’impossibilità di condividere la propria dimora con l’Altro.

Se il razzismo non è qualcosa di facilmente definibile⁸, diverso è il ragionamento rispetto agli effetti che determinati episodi di discriminazione producono. L’ingiustizia legata alla difficoltà di affittare una casa è stata raccontata da tutte le persone incontrate. Per questo, la riflessione di Olivieri (2020) rispetto alla razzializzazione sembra essere particolarmente centrata:

Affrontare la questione razziale in termini di razzializzazione consente di superare l’identificazione fuorviante del razzismo con le forme che esso ha assunto in alcune specifiche epoche. [...] Che il singolo non si senta razzista, ossia che non ritenga di avere rappresentazioni o atteggiamenti razzisti, nulla dice sulla valenza che un certo discorso o una certa pratica assumono di fatto nel contesto in cui si producono (ivi: 5).

Diversi concetti possono essere utilizzati per definire questi fenomeni nelle loro variegate sfumature (pregiudizio, discriminazione, razzismo, razzializzazione). Senza la pretesa di trovare una spiegazione unica e preconfezionata, né ricondurre tutto in una categoria univoca, crediamo sia utile interrogarsi proprio su questo punto: in che modo ad alcune persone viene negato un diritto fondamentale come quello della casa? Che effetto ha tutto questo sulla salute dei soggetti razzializzati e sul loro accesso ad una reale partecipazione alla società italiana?

Discriminazioni patogene: accesso alla casa e salute mentale

Ho già passato questa situazione quando sono arrivato la prima volta in Italia, nel 2014, adesso è il 2023 e ancora non ho casa! [...] Come posso curarmi senza casa? Il problema della casa è il mio principale problema! [...] non ho una buona salute perché non ho casa (Danish, intervista, ottobre 2023).

Per due settimane non ho dormito, mentre ero a lavoro ero mogio, stanco, non riuscivo a lavorare... non dormivo, pensavo, avevo sempre il telefono in mano per cercare [la casa]. [...] Adesso che ho casa mia, che pago io, studio meglio, lavoro meglio! (Daniel, intervista, luglio 2023).

Le parole di Danish e Daniel restituiscono in forma densa ed esemplare la fatica dell’attesa e della sospensione, maturata nel tempo attraverso l’assenza di una casa e il ripetersi del rifiuto. Questa fatica si configura all’in-

terno di un quadro temporale che logora progressivamente le speranze di riuscita del progetto migratorio, che influisce in maniera più o meno netta sul benessere mentale dei soggetti coinvolti. Se l'esperienza di discriminazione è di per sé un fattore collegato alla salute fisica e mentale (SANGRAMOORTHY, CARNEY 2021), nell'esperienza dei soggetti intervistati risulta centrale un altro aspetto: l'impossibilità di trovare una casa si inserisce in un particolare momento della traiettoria biografica, quello in cui l'inserimento lavorativo in Italia sembra essere già avvenuto e la casa dovrebbe essere l'ultimo tassello per un'effettiva "inclusione". Nel momento in cui si sente di essere "arrivati", la discriminazione torna a rimarcare l'esclusione attraverso episodi di razzializzazione.

Emblematica a riguardo è la storia di Céline e Amara, due pazienti del Centro Fanon che, dopo aver svolto un buon percorso di psicoterapia di diversi anni, hanno avuto una ricaduta dal punto di vista ansioso-depressivo proprio in relazione all'impossibilità di trovare una casa e portare avanti il ricongiungimento familiare con le loro figlie. Di seguito un estratto degli appunti clinici:

Céline e Amara provengono entrambe dallo stesso paese, in Africa Subsahariana occidentale, e hanno portato con loro delle storie tenebrose, che per certi versi le accomunano e che forse le hanno fatte incontrare e stringere amicizia, insieme al fatto di condividere lo stesso terapeuta. Hanno vissuto delle storie di abuso sessuale intrafamiliare, da cui nascono le loro figlie, e vivono in condizioni di semi-schiavitù, subendo violenze fisiche e mentali quotidianamente. Sono di fatto costrette a fuggire per poter sopravvivere, in particolare dal punto di vista psichico. Cercano di portare con sé le bambine, ma ciò non sarà possibile, e le infanti saranno lasciate alle cure di familiari o conoscenti. Quando le incontro per la prima volta, portano con sé un dolore profondo, una sofferenza silenziosa legata alla perdita di ogni contatto con le bambine. Solo dopo lunghi mesi di tentativi, riescono a ristabilire, attraverso canali informali, una fragile comunicazione telefonica con i caregiver. Le figlie, fortunatamente, sono in buone condizioni.

Entrambe le donne, richiedenti asilo, si trovano in una condizione di precarietà estrema e solo dopo molto tempo riescono a inserirsi in circuiti lavorativi, accettando impieghi stagionali nella raccolta agricola nei campi di Saluzzo, ricevendo compensi irrisori e affrontando quotidianamente viaggi estenuanti: si alzano all'alba, percorrono lunghe distanze, rientrano a notte fonda. Nonostante tutto, resistono. Trovano un modo per mettere da parte del guadagno, inviandolo a chi, nel paese d'origine, si prende cura delle figlie in condizioni economiche altrettanto fragili. I pagamenti, tuttavia, avvengono tramite assegni, e la mancanza di un conto corrente

bancario rende impossibile l'incasso. Secondo la normativa vigente, la ricevuta della domanda di protezione internazionale dovrebbe essere sufficiente per aprire un conto, ma nella prassi questo diritto viene sistematicamente negato dalle banche. Questa impasse burocratica, apparentemente minore, si configura come una forma di violenza amministrativa che si aggiunge ai traumi vissuti in precedenza. Diventa difficile, anche per chi le accompagna, trovare parole adeguate per dare senso a tale assurdità: una sofferenza che appare, per certi versi, più insidiosa e disumanizzante di quella causata da eventi traumatici nel paese d'origine o durante il viaggio migratorio. Dopo molte insistenze, si riesce infine a ottenere un pagamento in contanti per una delle donne, mentre l'altra riesce ad aprire un conto presso Banca Etica. Viene regolarmente inviato del denaro alle famiglie che si occupano delle figlie e ciò, contestualmente al ristabilirsi dei contatti con le figlie e al lavoro in psicoterapia, porta ad un netto miglioramento del quadro clinico.

Negli anni successivi, Céline e Amara ottengono la protezione internazionale. Entrambe lavorano stabilmente a Torino, con contratti regolari, e hanno diritto ad accedere a misure comunali di sostegno all'abitazione (come il pagamento di sei mensilità di affitto o la garanzia pubblica in caso di sfratto). Diventano amiche. Vanno a vivere nello stesso progetto di accoglienza e decidono di provare a cercare un appartamento da condividere, in vista del futuro ricongiungimento con le loro figlie, previsto per il termine dei rispettivi progetti di accoglienza. Nonostante il permesso di soggiorno e i contratti di lavoro in regola, le agenzie immobiliari rispondono sistematicamente con un "non c'è disponibilità". Tuttavia, se a presentarsi è una persona italiana, improvvisamente le disponibilità riemergono. Questa situazione surreale, dopo diversi mesi di sforzi e con l'avvicinarsi dell'arrivo delle figlie, diventa insostenibile ed entrambe le pazienti tornano nuovamente al Centro Fanon a portarci la loro tristezza, disperazione ed angoscia. Riemerge la sintomatologia depressiva, l'ansia, l'insonnia ed in un caso anche una sfumata ideazione paranoide.

Seppur si abiti da qualche parte, l'idea di poter avere una propria casa permette alle persone di dare un senso di continuità, sicurezza ed ordine a ciò che succede loro intorno, di immaginare e programmare un futuro per loro stesse e le loro famiglie. Senza questa sicurezza all'orizzonte, le nottate divengono interminabili, si viene privati del sonno e la quotidianità si appesantisce. I problemi legati al ritmo sonno-veglia sono quelli più citati dagli intervistati, che affiancano alla mancanza di riposo una stanchezza che spesso diventa "ansia" o "stress". Come riferisce anche Saad, ad esempio: *«da quando il proprietario dice “devi uscire” è normale che da lì inizia l'ansia, inizia*

lo stress, perché devi trovare un alloggio più veloce possibile, sennò ti ritrovi fuori»
(intervista, agosto 2023).

Le principali conseguenze di fronte alle numerose discriminazioni subite venivano collocate primariamente all'interno dell'ambito della salute fisica e mentale a diversi livelli, assumendo significati differenti. La mancanza di una casa, infatti, fa sì che non ci sia la possibilità di prendersi cura di sé stessi, nel senso più ampio del termine. In effetti, la casa stessa può essere interpretata come l'infrastruttura centrale di una molteplicità di relazioni e pratiche di cura, che si estendono ben al di là dello spazio domestico (POWER, MEE 2019). La riflessione è in linea con quanto racconta Danish:

Il problema è che la mia testa è sempre malata, è una malattia che arriva dal mio paese, uso sempre medicine... come posso curarmi senza casa? Il problema della casa è il mio principale problema! Non mi sono sposato perché sono senza casa, non ho una buona salute perché non ho casa. Io adesso mangio in due chiese, come posso avere una [buona] salute se non mangio qualcosa che preparo io? [...] dormo in dormitorio, sono malato e vorrei dormire fino alle 10, loro mi fanno uscire alle 6 o alle 7. Come posso guarire? (intervista, ottobre 2023).

Quanto appena riportato richiama l'analisi di Suglia, Chambers e Sandel (2015) sull'*housing instability*. Definendo questo concetto come la mancanza di un'abitazione stabile (due o tre traslochi in un anno), i tre studiosi associano a questa condizione materiale una relazione con fattori stressanti (*stressor*) al di fuori dal controllo del singolo soggetto. La mancanza di controllo è quanto emerge anche dalle parole di Richard:

Anche la vita normale, non legata al lavoro, si indebolisce un po', uno rimane un po' pensieroso, triste. [...] Anche a livello di lavoro, uno che non sta bene va a lavorare e non riesce a fare bene il lavoro che fa, se uno rimane pensieroso comunque la vita non è equilibrata (intervista, settembre 2023).

Le difficoltà sul luogo di lavoro legate alla mancanza di riposo adeguato, alla preoccupazione di finire "sotto ad un ponte" o a problemi di salute passati, sembrano essere i fattori principali che influiscono sulla possibilità di "lavorare bene", innescando un circolo vizioso da cui difficilmente si sente di poter uscire: nelle parole ascoltate, infatti, l'assenza di un contratto stabile impedisce l'accesso alla casa, la cui mancanza mina a sua volta la possibilità di lavorare adeguatamente e avere il tanto sperato "indeterminato". Come spesso accade, infatti, sono proprio i datori di lavoro ad avere un ruolo fondamentale nell'accesso alla casa. Nel caso di Uzoma, ad esempio, il titolare dell'azienda gli ha proposto un contratto a tempo indeterminato per offrirgli maggiore potere contrattuale con le agenzie

immobiliari. La mancanza di soluzioni abitative in quel caso ha innescato un'ulteriore preoccupazione:

Ho parlato con il mio capo per avere la casa, mi ha fatto l'indeterminato. Io ora non sto trovando la casa. Cosa deve pensare lui? Che ho fatto il furbo solo per avere l'indeterminato. Pensa che sono un bugiardo. La prossima volta, quando gli dico qualcosa non mi crede più. Quando penso a queste cose mi viene il mal di testa (intervista, agosto 2023).

In altre circostanze, invece, si è costretti a sopportare sfruttamento o soprusi sul luogo di lavoro, proprio per non poter perdere il contratto indeterminato, mentre si sta cercando un'abitazione in affitto, con evidenti ripercussioni sulla salute mentale (AILLON 2023). Esempio, a questo proposito, la storia di Paul, dalla cui storia nascerà la lettera di denuncia precedentemente citata. Di seguito alcune riflessioni tratte dagli appunti clinici:

Paul, 27 anni, proveniente dalla Repubblica Democratica del Congo, giunge in Italia nel 2013 come richiedente asilo e viene preso in carico presso il Centro Fanon. Inizia il percorso terapeutico nel 2015 per una grave sintomatologia ansiosa, insonnia e flashback legata a torture subite nel suo paese d'origine a causa del suo attivismo politico. Laureato in ambito umanistico, aveva organizzato manifestazioni e seminari per i diritti civili prima di essere arrestato e brutalmente torturato. Dopo la fuga in Europa, inizia un percorso psicoterapeutico e farmacologico di circa un anno e mezzo. Raggiunta una stabilità clinica e ottenuto l'asilo politico, interrompe i contatti. Nel 2022 si ripresenta con un grave attacco di panico, dopo un accesso in pronto soccorso, ed una sintomatologia di tipo ansioso-depressivo più grave che in precedenza, per cui dovrà assumere una consistente terapia ansiolitica e antidepressiva. Lavora nel settore sanitario con un contratto a tempo indeterminato, ha una moglie e una figlia. Racconta di aver denunciato alcune pratiche scorrette sul luogo di lavoro, venendo emarginato e sottoposto a forte mobbing. Un nuovo aguzzino riattiva le memorie degli orrori subiti in Congo, ma è di fatto l'impossibilità di lasciare il lavoro legata al razzismo abitativo a causare lo scacco che porta il paziente ad un franco scompenso psicopatologico. Una telefonata discriminatoria con un'agenzia immobiliare ne acuisce la sintomatologia: “alla fine le ho dovuto dire: “Sono congolese”. La signora mi ha detto che la casa non era più disponibile. Il mio amico è italiano, ha chiamato dopo 20 minuti, io ero lì accanto, e la signora ha detto che la casa era disponibile. Questa cosa mi ha fatto tanto male”. Nonostante la terapia psichica e psicofarmacologica il paziente migliora lievemente, ma permane una forte ansia e insonnia che non permettono di scalare la terapia. È solo in seguito alla denuncia del Centro Fanon che il paziente riesce a trovare una casa in affitto, in relazione alla solidarietà di una cooperativa sociale. Dopodiché in circa una settimana egli cambia il lavoro, la terapia ansiolitica viene sospesa e la sintomatologia regredisce completamente.

Il tema dell'abitare rappresenta un determinante sociale di salute in senso ampio: il problema, infatti, non svanisce infatti con l'ingresso in casa. Come raccontato da Abdou, ad esempio, molti connazionali “si appoggiano” da

amici nel periodo di ricerca casa anche quando hanno le possibilità economiche per permettersi una stanza, arrivando ad abitare in condizioni inadeguate:

Non è facile andare a lavorare se non hai nessun posto che puoi chiamare casa dove puoi tornare a riposare. Questo qua ti manda in tilt. Se con tutto lo stress devi cercare un appoggio da un amico, questo è incredibile, soprattutto se hai i soldi per pagare un affitto. Questo dà tanti problemi mentali a tanti ragazzi, la gente non si rende conto che significa spingere i ragazzi in certe situazioni. Li costringono ad avere tanti problemi mentali. Anche non vivere in una casa curata, o una casa umida... non va bene. Questo fa male, anche al tuo stato mentale, non solo al tuo stato di salute (intervista, ottobre 2023)⁹.

Quanto raccontato da Abdou è in linea con la letteratura internazionale sui determinanti sociali di salute: secondo Hynie (2018), ad esempio, le condizioni inadeguate possono includere il sovraffollamento e/o rischi per la sicurezza, come elementi strutturali o elettrici pericolosi. Il sovraffollamento, tra gli altri, è un fattore che viene costantemente collegato a livelli di salute mentali più bassi, così come vivere in luoghi insalubri o pericolosi, come possono diventare le case dei connazionali nel periodo in cui più di una persona è costretta a dormire sul divano, in attesa del tanto sperato contratto di locazione.

È importante sottolineare, inoltre, che sempre secondo Compton e Shin (2015), uno dei primi fattori su cui focalizzarsi per parlare di determinanti sociali di salute mentale è l'ingiustizia sociale. Gli autori la definiscono come un insieme di politiche pubbliche e norme sociali che, sebbene non rientrino strettamente tra le politiche di salute, hanno un forte impatto sul benessere psicofisico delle persone. Dal salario minimo alla mancanza di accesso a cibo di qualità, gli autori analizzano anche il tema dell'abitare, affrontandolo da diverse angolazioni. Oltre al fattore già citato dell'*housing instability*, nel libro viene trattata la questione della povertà connessa all'*housing quality* e alla *neighborhood deprivation*. Gli autori mettono in guardia la comunità scientifica: le problematiche connesse al tema dell'abitare non si esauriscono nella fase di accesso alla casa, ma continuano anche successivamente, in caso di instabilità abitativa o deprivazione economica e urbana. Per questo, per trattare adeguatamente la salute mentale dei pazienti è necessario fare i conti con le questioni di ingiustizia sociale e politica di cui i soggetti sono vittime: la questione va ben al di là dell'etica clinica o della ricerca, ma si inserisce all'interno di una cornice etnopsichiatrica che concepisce la cura «in senso filosofico, intesa come riconoscimento e disvelamento di quelle contraddizioni sociali talvolta occultate e oggettivate

proprio dalla diagnosi psichiatrica» (BENEDEUCE 2008: 66). All'interno degli spazi di cura al centro Fanon, più volte ci siamo trovati ad affrontare il tema dell'ingiustizia sociale, non solo negli esempi sopra citati. Decidere di sostenere i pazienti in un percorso di advocacy, in questo caso, riflette la tensione politica insita nel processo di cura così come viene intesa all'interno di quelle stanze. Intendere la clinica come una pratica eminentemente politica significa allora rifiutare un certo riduzionismo biopsichico e riconoscere a *quel* sintomo uno statuto di critica all'ordinario status quo, che vorrebbe relegare i soggetti migranti ai margini della collettività, non solo in senso metaforico ma anche concreto: fuori dai quartieri, fuori dalle case e, in definitiva, fuori dalla società.

Aldilà dell'abitare: le numerose frontiere della non-appartenenza

Bisogna andare nelle agenzie, da chi affitta, dai proprietari di casa e chiedere perché non affittano a stranieri. Noi vogliamo sapere questo motivo, perché quando si conosce il motivo si capisce come gestire la cosa. Ma senza motivo, non lo so (Uzoma, intervista, agosto 2023).

Oltre a quanto già presentato, con i soggetti intervistati si è riflettuto anche sul come poter risolvere le problematiche emerse. È stato chiesto a tutti di immaginare di venire chiamati da un politico comunale o nazionale per risolvere la questione abitativa cittadina. Ponendosi nei panni di chi amministra, sono spesso emerse questioni legate alle discriminazioni subite: quest'ultime, come detto in precedenza, vengono spesso viste come inevitabili e insuperabili. Una delle proposte più ricorrenti è stata quella di finanziare in maniera strutturale le associazioni e gli sportelli comunali, dove cittadini bianchi e italiani possano aiutare i migranti nella ricerca della casa. Un'altra soluzione spesso presentata è stata quella di cambiare le leggi rispetto alle occupazioni abusive: secondo la maggior parte degli intervistati, infatti, a Torino non ci sono case anche perché la legge non permette di sfrattare in tempi brevi i locatari inadempienti. Oltre a ciò, un'altra proposta emersa più volte è stata la costruzione di più alloggi popolari, con l'ampliamento della fascia di popolazione che può beneficiarne.

La via più semplice per arrivare ad un'abitazione, in sostanza, sembra essere quella di passare per chi è più facilitato nel trovarla e può quindi porsi da intermediario tra chi quel diritto lo vede negato e chi, concretamente, lo nega. La ricerca di casa, in questo senso, rappresenta un contesto fondamentale attraverso cui vedersi riconosciuto un posto legittimo da poter finalmente occupare nella società di arrivo.

Una riflessione interessante nasce dalla definizione di cittadinanza che alcuni intervistati hanno portato. Nelle parole dei soggetti incontrati, infatti, spesso il termine “cittadino” veniva contrapposto al termine “straniero”. Nella riflessione di Daniel, però, gli europei non italiani non venivano inseriti nella categoria di straniero, ma piuttosto in quella di cittadino. I nostri interlocutori hanno quindi individuato nella possibilità di venire discriminati la linea di demarcazione tra i cittadini e “gli altri”.

Riprendendo quanto già detto nel primo paragrafo, si crede possa essere utile superare l’impasse teorica intorno al concetto di razza in questa direzione, per analizzare e contrastare le conseguenze che i processi di razzializzazione hanno su chi li subisce:

I processi di razzializzazione possono essere fermati solo se si trasforma il sistema socio-economico che ha interesse a produrli. Per questo motivo, è necessario chiedersi quali siano oggi le funzioni cui rispondono i processi di razzializzazione, allo scopo di agire su di esse (OLIVIERI 2020: 3).

Le esperienze di negato accesso alla casa delle persone immigrate evocano così l’esistenza di molteplici frontiere della non-appartenenza. Miguel Mellino (2009), in questo senso, parla di “cittadinanze postcoloniali”, dove «il “post” sta anche a simboleggiare una critica radicale della cittadinanza intesa come un “bene esclusivo o selettivo”, che appartiene ad alcuni poiché viene negata ad altri» (ivi: 5). La presenza di soggettività migranti, infatti, smaschera le pretese universaliste del diritto alla cittadinanza europeo (strettamente connesso con il diritto all’abitare), mettendo in luce l’esistenza di status giuridici differenziati proprio all’interno delle nostre città:

In questa seconda accezione l’espressione “cittadinanza postcoloniale” in riferimento all’attuale condizione migrante sta a simboleggiare qualcosa di radicalmente opposto rispetto all’accezione precedente: indica, infatti, l’infiltrazione nello spazio delle società europee di una frammentazione giuridica (di status giuridici differenziati) tipica degli stati coloniali del passato, ovvero una sorta di ri-attualizzazione della vecchia distinzione tra cittadino (gli europei) e suddito (gli abitanti delle colonie) attorno cui si organizzava il diritto coloniale (ivi: 8).

La necessità di politiche mirate all’inclusione abitativa a Torino, quindi, deve necessariamente iscriversi in una prospettiva politica più ampia, dove l’accesso ai diritti non venga concesso ma riconosciuto. Come già anticipato nell’introduzione, infatti, la possibilità per un soggetto razzializzato di vedersi riconosciuto il diritto ad una presenza lecita passa proprio per l’accesso alla casa. In questo senso, le difficoltà legate alla possibilità di risiedere in un territorio esulano dal campo dell’analisi dell’abitare in senso

stretto, ma interrogano in maniera profonda la questione della legittimità di una presenza sempre più ostacolata. Secondo chi scrive, tentare di invertire la rotta rispetto al trend qui osservato deve necessariamente inserirsi all'interno di una riflessione più ampia, che interroghi in maniera profonda tutte quelle modalità di esclusione che hanno la funzione di sostenere l'odierno sistema socioeconomico (WACQUANT 2012; MELLINO 2019). Rispetto a ciò, si ritiene che la presenza di soggettività migranti aiuti anche la messa in discussione di proposte politiche solo all'apparenza inclusive: l'accesso alla casa, in questo senso, non può venire considerato come un traguardo isolato, ma deve andare di pari passo con altre questioni, come il diritto alla salute, al lavoro o il diritto ad una situazione giuridica regolare.

Il ruolo dell'antropologia e della psichiatria di fronte all'ingiustizia abitativa

I soggetti incontrati ci hanno raccontato delle innumerevoli fatiche a cui sono costretti, portando una situazione pressoché omogenea: a Torino l'accesso ad un'abitazione dignitosa risulta essere molto difficile per le persone razzializzate. La questione sembra recidere una traiettoria migratoria avviata, dove le persone sentono di doversi arrendere ad un passo dalla tanto sperata integrazione¹⁰. Questa problematica non si può ridurre alla semplice mancanza di un'abitazione, ed infatti si riflette nell'ambito della salute mentale: spingere le persone ai margini influisce in maniera significativa sulle singole vite producendo sofferenza e psicopatologia.

In questo contesto due fondamentali determinanti di salute si intrecciano: la discriminazione e l'accesso alla casa. Entrambi pesano sulla vita dei soggetti migranti e producono effetti negativi sulla salute mentale. Le problematiche di salute mentale a loro volta creano maggiori difficoltà a mantenere un lavoro, difficoltà relazionali e di conseguenza difficoltà nell'accedere ad un'abitazione, producendo un circolo vizioso. Dall'altra parte i fenomeni di razzismo abitativo, rispetto ad altre forme più elementari di discriminazione, sembrano colpire in profondità nelle viscere del Sé le persone che ne sono oggetto. Da un punto di vista temporale queste dinamiche si inseriscono alla fine di un percorso che, nella narrazione collettiva, avrebbe invece dovuto condurre a qualche forma di stabilità e appartenenza. Quale via di uscita? Il supporto dell'uomo bianco: sportelli, maggiori case popolari, sfratti più veloci, sostegno delle associazioni o della politica. Non si spezza il vincolo fra oppressi e oppressori e non viene

richiesta un'autentica solidarietà che vedrebbe i migranti come potenziali soggetti del cambiamento (FREIRE 2022). Non vi è presenza, infatti, nelle parole di chi subisce il razzismo abitativo, della possibilità di arrabbiarsi e fare sentire la propria voce attraverso mobilitazioni collettive reclamando un diritto che viene loro ingiustamente negato. Quando, peraltro, la sofferenza diventa troppa la soluzione diventa quella di rivolgersi a dei professionisti della salute mentale.

Ma come i dispositivi clinici della biomedicina si attrezzano per inquadrare e fronteggiare queste nuove forme di sofferenza?

Le diagnosi che spesso vediamo nei vari referti clinici di questi pazienti ben poco ci parlano di ciò che succede nel mondo là fuori: Disturbo dell'Adattamento, Disturbo da Stress Post-Traumatico, Disturbo Depressivo Maggiore, Disturbo d'Ansia Generalizzato, Disturbo Psicotico Non Altrimenti Specificato. Tramite processi di reificazione biologica (TAUSSIG 1980) le variegata esperienze dei pazienti vengono ridotte a cosa biologica, naturalizzate, celando così il peso del contesto socioeconomico, storico e politico. Le terapie che vengono proposte, sia che si tratti di ansiolitici e antidepressivi che di un certo ascolto in psicoterapia, spesso mirano alla normalizzazione del quadro clinico e ad un migliore adattamento del soggetto al contesto sociale patogeno, piuttosto che al processo opposto (AILLON 2023). Le categorie diagnostiche, peraltro, ben si prestano a tale scopo. Si parla infatti proprio di un Disturbo dell'Adattamento del soggetto alla realtà circostante, rasentando in questo contesto il surreale. Qualcuno similmente potrebbe invocare una carenza di resilienza degli stessi soggetti. Si pensi alle storie di Céline e Amara descritte sopra. Sono loro a essere sbagliate (poco resilienti) nel non sapersi adattare alla realtà che si sono trovate di fronte, oppure è la società italiana a non dar loro la possibilità di vivere dignitosamente ed in maniera salutare?

In alternativa, quando la diagnosi utilizzata è quella Disturbo da Stress Post Traumatico, si fa riferimento ad un'esperienza traumatica che quasi sempre viene collocata nei paesi d'origine, mentre spesso, sia nella nostra esperienza clinica che secondo recenti ricerche, è molto forte il peso dell'esperienza post-migrazione (HYNIE 2018). Nel caso di Richard, sebbene sia innegabile il peso delle esperienze traumatiche occorse in Congo, ciò che fa deragliare maggiormente la sua psiche è l'impossibilità di trovare una casa, che lo costringe a subire nuovamente le "torture" del suo datore di lavoro. Dall'altra parte, come vorrebbe fare pensare il prefisso "post", queste nuove esperienze traumatiche italiane (razzismo abitativo)

non sono davvero passate, ma il vero problema è che continuano a perpetrarsi ogni giorno e sempre più apertamente sulla pelle delle persone con background migratorio.

Infine, quando anche la mente si distacca dalla realtà e ci troviamo di fronte a sintomi che gradualmente si avvicinano alla sfera psicotica – si pensi ai cosiddetti “spunti interpretativi” di tipo paranoico descritti sopra nella storia di Céline – possiamo pensare alla sofferenza di questa paziente semplicemente invocando il peso di una supposta vulnerabilità biologica, emersa in condizioni di stress, e aggiungere alla lista delle terapie un farmaco antipsicotico? Nella paura degli sguardi dei passanti, nel sentirsi osservata e forse in pericolo, non vi è forse un riflesso dello sguardo e dei pre-giudizi che la paziente sente nei confronti di una comunità la quale, nonostante abbia fatto “tutto ciò che le hanno detto di fare”, nonostante abbia imparato la lingua ed abbia trovato un lavoro, non si fida di lei e le dice, di fatto non dicendoglielo, che a Torino non c’è un posto per lei e per sua figlia?

La domanda che emerge è se queste categorie siano davvero “adatte” a descrivere i fenomeni che sempre più spesso osserviamo, come per Frantz Fanon non furono utili quelle delineate nelle opere di Carothers e Porot per descrivere e curare la sofferenza mentale degli algerini, nel contesto della violenza ed alienazione coloniale (BENEDUCE 2007). Zamperini (2010) propone nel caso delle torture del G8 di Genova di non usare la neutra diagnosi di Disturbo da Stress Post Traumatico, ma bensì quella di Trauma Psico-politico, laddove lo Stato che doveva proteggere i cittadini è diventato l’agente stesso della violenza. Non è forse all’interno della sfera della polis, ovvero nello spazio in cui il politico prende forma nelle pratiche quotidiane, che si articola quella violenza – strutturale (FARMER 2003) e non – che legittima il rifiuto esplicito di affittare a persone straniere o, in modo più sottile, l’esclusione silenziosa di chi, pur regolarmente presente sul territorio da anni e titolare di un contratto di lavoro a tempo indeterminato, porta sulla pelle e nei segni visibili del corpo i codici di un’appartenenza altra?

E come porsi nel contesto della clinica di fronte ad una persona, che dopo aver portato avanti un buon percorso psicoterapeutico, barcolla di fronte all’impossibilità di trovare un rifugio per sé e la sua famiglia a causa della sua Alterità? Ciò può davvero essere trattato similmente ad un “evento di vita” qualunque, da un clinico bianco, che invece non ha gli stessi problemi nel trovare una casa e un lavoro? Quali implicazioni tutto ciò ha nelle

dinamiche transferali e controtransferali? E ci si può limitare a trattare tutto ciò *semplicemente* nello spazio clinico?

Coerentemente con l'etnopsichiatria critica che muove il nostro lavoro quotidiano, riteniamo che non si possa rimanere indifferenti di fronte a situazioni di ingiustizia che entrano all'interno dello spazio clinico: come già anticipato, curare significa riconoscere le forme di resistenza che la diagnosi psichiatrica contribuisce a rendere occulte. Le tematiche incontrate non possono non metterci in discussione, come ricercatori e come clinici: come scritto quasi trent'anni fa da Scheper-Hughes (1995), l'antropologia può e deve farsi "militante" e "partigiana" di fronte alle ingiustizie che osserva sul campo¹¹. Rimanere osservatori passivi non è possibile. In questa prospettiva, il presente contributo si inserisce in un processo politico e collettivo più ampio, volto a riportare al centro del dibattito pubblico cittadino le forme di esclusione e disuguaglianza prodotte dal sistema abitativo. Le testimonianze raccolte attraverso le interviste sono state utilizzate dalla Rete RAMA per denunciare tali dinamiche discriminatorie e sono state riprese anche da alcuni media locali, contribuendo a dar loro visibilità nello spazio pubblico urbano. La denuncia, tuttavia, non si esaurisce come gesto simbolico: rappresenta l'inizio di una presa di parola collettiva, che interpella direttamente la politica locale e rivendica l'urgenza di risposte concrete. Questo percorso si colloca all'interno di un più ampio progetto di alleanza tra soggetti del terzo settore, attivisti e operatori, impegnati a costruire spazi di intervento capaci di oltrepassare i confini dell'assistenza e di rimettere in discussione le logiche di esclusione che attraversano le istituzioni. La rete RAMA È riuscita nell'intento di convogliare le diverse anime che, a vario titolo, si occupano dell'abitare a Torino, costruendo uno spazio in cui poter portare questioni e pensare a soluzioni concrete per risolverle, coinvolgendo diverse aree di popolazione (soggetti razzializzati, terzo settore, giunta e consiglio comunale). Nel valutare l'impatto che le discriminazioni razziali producono nelle traiettorie di vita delle persone, ci si è chiesto (e si continua a farlo) quali saranno i costi che la nostra società sarà costretta a pagare, chiedendo ad una fetta sempre maggiore di persone di integrarsi senza dargli la possibilità di farlo, ovvero non concedendo loro uno spazio allo stesso tempo reale e simbolico per abitare l'Italia.

Rispondere alla richiesta di cura di soggetti razzializzati non può e non deve diventare l'ennesima modalità di esclusione e di "messa a tacere" della denuncia di condizioni materiali ingiuste. Il terreno della cura, in questo senso, deve riflettere in maniera profonda rispetto alle sue condizioni di possibilità e agli esiti sperati: la prospettiva antropologica e quella clinica

si confrontano entrambe con la continuità tra violenza strutturale e materiale, origine di molte richieste di sostegno. In questo contesto, la nostra presa di parola (dentro e fuori il setting clinico) e le azioni che ne sono conseguite¹², hanno contribuito a promuovere la salute collettiva e l'equità sociale, coerentemente con un etnopsichiatria critica che «considera la cura della società, o se si preferisce della cultura, come uno dei suoi ambiti fondamentali» (BENEDUCE 2008). A prescindere, è da rilevare quanto queste azioni abbiano modificato il setting e le relazioni di cura con i nostri pazienti, favorendo un posizionamento più orizzontale ed un incontro più autentico, ribilanciando le influenze di un potenziale transfert e controtransfert sociale di tipo negativo. Fare entrare il problema della casa nelle stanze della cura ha, infatti, promosso importanti forme di soggettivazione e presa di consapevolezza in questo senso (AILLON 2023).

Conclusioni

A partire dalle esperienze dirette delle persone con background migratorio, si è tentato di riflettere sul profondo impatto dei razzismi quotidiani, attraverso un'analisi dell'intreccio tra precarietà abitativa e salute mentale. Dalla ricerca presentata viene confermato come il razzismo abitativo a Torino non rappresenti un insieme di episodi sporadici o eccezionali, bensì un fenomeno strutturale, normalizzato e sistemico, capace di modellare profondamente le vite delle persone razzializzate. L'accesso alla casa, apparentemente un semplice passaggio burocratico o economico, si configura come una vera e propria frontiera della cittadinanza: simbolica, materiale e psichica.

I racconti raccolti restituiscono un quadro di profonda sofferenza, dove la violenza dell'esclusione si traduce in disturbi del sonno, ansia cronica, depressione e, nei casi più gravi, in sintomi clinici invalidanti. La mancanza di un alloggio stabile non rappresenta soltanto un ostacolo pratico, ma nega la possibilità stessa di radicarsi, di costruire relazioni significative, di curarsi e di progettare il futuro.

In questa cornice, l'antropologia medica e l'etnopsichiatria critica si trovano a giocare un ruolo essenziale: non come strumenti neutri di osservazione, ma come pratiche radicali di ascolto, decifrazione e azione. Il riconoscimento del contesto sociopolitico e della violenza strutturale che attraversa le traiettorie dei migranti diventa parte integrante della cura e della comprensione del disagio psichico.

Il lavoro clinico, in particolare, non può limitarsi alla diagnosi e alla normalizzazione del sintomo, ma deve interrogare le condizioni storiche, materiali e discorsive che lo producono. In questo senso, la cura non è mai solo individuale: essa diviene spazio politico e collettivo di restituzione, contro-narrazione e trasformazione.

È proprio a partire da questo posizionamento etico e politico che diventa possibile restituire voce e legittimità alle soggettività razzializzate, contrastando le logiche di silenziamento e patologizzazione che troppo spesso le attraversano. In tal senso, le esperienze raccolte non chiedono solo comprensione, ma sollecitano un cambiamento profondo nelle politiche pubbliche, nelle pratiche cliniche e nei dispositivi di accoglienza.

La possibilità di abitare, dunque, si conferma come uno snodo fondamentale per il riconoscimento pieno di diritti, per l'accesso alla salute mentale e per la costruzione di forme di cittadinanza realmente inclusive. La responsabilità delle istituzioni, dei professionisti della salute e dell'antropologia stessa è oggi quella di schierarsi con determinazione contro ogni forma di esclusione, affinché il diritto alla casa non resti un privilegio riservato ai pochi, ma diventi una realtà accessibile a tutte e tutti.

Note

⁽¹⁾ Il Centro Frantz Fanon è un servizio di counselling, psicoterapia e supporto psico-sociale per gli immigrati, i rifugiati e le vittime di tortura, attivo da più di 20 anni sul territorio torinese: per approfondire, si rimanda al sito <https://associazionefanon.it/attivita/#attivita-clinica> (consultato il 05/06/24).

⁽²⁾ La denuncia, pubblicata sul sito dell'associazione Fanon, è stata parzialmente ripresa dal quotidiano locale "Repubblica" (sezione Torino): https://torino.repubblica.it/cronaca/2022/10/08/news/ma_sei_bianco_o_nero_la_torino_degli_affitti_si_riscovera_razzista_e_il_comune_reagisce-369074819/ (consultato il 05/06/24).

⁽³⁾ La suddetta rete RAMA si è costituita dopo che numerose associazioni cittadine hanno sentito la necessità di affrontare il problema del razzismo abitativo a partire da diversi punti di osservazione. L'associazione Fanon, insieme ad altre associazioni (Almaterra, Arteria e Magazzini sul Po') ha contribuito a promuovere la nascita della rete, sviluppando insieme alle altre realtà firmatarie un percorso su diversi livelli: oltre alla creazione di uno spazio di confronto sul tema e di un osservatorio sui vari episodi incontrati, lo sguardo si è subito rivolto verso l'esterno, per tentare di affrontare congiuntamente fenomeni di razzismo strutturale presenti in città. Dopo aver promosso diverse iniziative pubbliche, la rete ha avuto un confronto il 13 febbraio 2024 con l'assessore comunale Rosatelli (Politiche sociali, Salute, Casa, Diritti e Pari opportunità). In seguito è stata convocata dalla commissione consigliare sul razzismo (<http://www.>

comune.torino.it/cittagora/primopiano/proposte-contro-il-razzismo-abitativo.html/, consultato il 05/06/24) e sta collaborando con l'amministrazione al fine di individuare le più opportune soluzioni rispetto all'abitare degli stranieri e delle persone con difficoltà socio-economiche. Al seguente link, la proposta politica per il Comune di Torino promossa durante quell'incontro: https://associazioneanon.it/news/una-proposta-politica-per-il-comune-di-torino/?fbclid=IwAR2czEwPSjoh9DMnGhTEfUrU_4JdyKljyj_AEfjCpKqpaV0phwJjzIVejAs (consultato il 05/06/24) poi ripresa da diverse testate locali e nazionali (si rimanda al sito dell'associazione Fanon per la rassegna stampa: <https://associazioneanon.it/news/una-proposta-politica-per-il-comune-di-torino-rassegna-stampa/>, consultato il 05/06/24). A questo link si può trovare, inoltre, il sito della Rete RAMA: <https://ramatorino2024.wordpress.com/>, consultato il 27/01/2025).

⁽⁴⁾ I paesi di provenienza in particolare sono: Congo, Costa d'Avorio, Mali, Marocco, Nigeria e Senegal.

⁽⁵⁾ Il comportamento di Abdou evoca alcuni recenti cambiamenti nelle politiche di accoglienza in Italia, sempre più radicate in forme moralizzate di (non)cittadinanza e su implicite richieste di “compensare” una presunta “ospitalità” ricevuta (si veda GIUDICI 2021).

⁽⁶⁾ Le spiegazioni portate dagli intervistati rimandano, tra le altre questioni, ai processi di etichettamento e razzializzazione nella società italiana, che spesso sono la causa dell'associazione tra temi come criminalità e immigrazione. Tra gli altri, si veda ANGEL-AJANI (2003).

⁽⁷⁾ Oltre a questa tipologia di atti, l'autore ne individua altri tre all'interno dei processi di razzializzazione: atti assiologici, atti ideologici e atti punitivi. Si rimanda il lettore interessato all'articolo completo.

⁽⁸⁾ Nel presente lavoro ci si concentrerà sugli effetti che determinate discriminazioni producono, senza focalizzarsi sulle distinzioni che nascono dalle diverse teorizzazioni del termine. Si rimanda il lettore interessato alle opere citate.

⁽⁹⁾ La situazione raccontata da Abdou è ormai tristemente nota in città come “caporalato abitativo”, in particolare grazie al lavoro dell'associazione Arteria, che ha denunciato la presenza di abitazioni in condizioni precarie e insalubri in mano a pochi e noti immobiliari. Ne 2024 anche Altreconomia ha pubblicato un articolo sul tema, intitolato «Viaggio nel “caporalato abitativo” che a Torino rischia di riempire il vuoto istituzionale» (consultabile al link <https://altreconomia.it/viaggio-nel-caporalato-abitativo-che-a-torino-rischia-di-riempire-il-vuoto-istituzionale/>, visionato il 05/06/24). Per mantenere alta l'attenzione sul tema e continuare a dialogare con l'amministrazione, le associazioni Arteria e Comunet Officine Corsare hanno indetto la campagna “Vuoti a rendere”, «una delibera di iniziativa popolare per restituire a tutt* le case sfitte», supportata da oltre 50 associazioni del territorio (dal sito <https://www.vuotia-rendere.org/>, visionato il 05/06/24).

⁽¹⁰⁾ Nelle parole degli intervistati, il termine “integrazione” è spesso emerso come un passaggio intermedio e necessario per arrivare a vedersi riconosciuto il diritto a risiedere nel territorio. Per un'analisi delle ambivalenze del concetto di integrazione si rimanda al già citato contributo di Taliani (2015).

⁽¹¹⁾ Per un'analisi più approfondita della cosiddetta "antropologia militante", si veda COLAJANNI (2023).

⁽¹²⁾ Il Comune di Torino ha intenzione di presentare a breve una campagna di comunicazione sul tema della discriminazione abitativa e, nella proposta di delibera comunale sull'abitare 6191 / 2025 ha recepito diverse proposte della Rete RAMA, impegnandosi a "contrastare attivamente ogni forma di discriminazione nell'accesso al mercato degli affitti": https://servizi.comune.torino.it/consiglio/prg/intranet/display_testi.php?doc=T-T202506191 (consultato il 06/06/25). CIFA ONLUS, in collaborazione con la Rete RAMA, ha lanciato nel mese di Maggio 2025 una propria campagna di comunicazione sul razzismo abitativo (consultabile al link: <https://www.instagram.com/p/DJTfz63iGvW/>, visionato il 06/06/25) ed è in programma, nell'autunno del 2025, una grande manifestazione sul tema del diritto all'abitare.

Bibliografia

AHMED S., CASTADA C., FORTIER A.M., SELLER M. (2020), *Uprootings/Regroundings: Questions of Home and Migration*, Routledge, London.

AILLON J.L. (2022), *A Torino non ci sono case per gli stranieri*. <https://associazioneфанон.it/news/a-torino-non-ci-sono-case-per-gli-stranieri/> (consultato il 05/06/24).

AILLON J.L. (2023), *Società e salute mentale, fra cura e prevenzione. Come mettere in pratica oggi la lezione di Alfred Adler?*, "Rivista di Psicologia individuale", 93: 59-86.

AMBROSINI M. (2012), 'We Are Against a Multi-Ethnic Society': *Policies of Exclusion at the Urban Level in Italy*, "Ethnic and Racial Studies", doi:10.1080/01419870.2011.644312.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.), Washington, DC.

ANGEL-AJANI A. (2003), *The Racial Economies of Criminalization, Immigration, and Policing in Italy*, "Social Justice", Vol. 30.3 (93): 48-62.

ARBACI S. (2019), *Paradoxes of Segregation: Housing Systems, Welfare Regimes and Ethnic Residential Change in Southern European Cities*, John Wiley & Sons, Oxford.

BACHIS F. (2020), *Razzisti per natura, antirazzisti per cultura*, "Antropologia Pubblica", 6(1): 2-21.

BELLONI M., FRAVEGA E., GIUDICI D. (2020), *Fuori dall'accoglienza: insediamenti informali di rifugiati tra marginalità e autonomia*, "Social Policies", Vol. 7 (2): 225-244.

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

BENEDEUCE R. (2008), *Breve dizionario di etnopsichiatria*, Carocci editore, Roma.

BENEDEUCE R. (2022), *Frantz Fanon: curare la Storia, disalienare il futuro*, "AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica", Vol. 23 (54): 21-69.

BOCCAGNI P. (2017), *Fare casa in migrazione. Una chiave di lettura dei processi di integrazione e di riproduzione sociale quotidiana in contesti multietnici*, "Tracce Urbane. Rivista italiana transdisciplinare di studi urbani", Vol. 1 (1): 60-68.

- BOLZONI M., GARGIULO E., MANOCCHI M. (2015), *The Social Consequences of the Denied Access to Housing for Refugees in Urban Settings: The Case of Turin, Italy*, “International Journal of Housing Policy”, Vol. 15 (4): 400-417, doi: 10.1080/14616718.2015.1053337
- CARITAS (2020), *Casa bene comune. Il diritto all'abitare nel contesto europeo. Dossier con dati e testimonianze*, 60, https://archivio.caritas.it/pls/caritasitaliana/V3_S2EW_CONSULTAZIONE.mostro_pagina?id_pagina=9141&rifi=guest&rifp=guest (consultato il 05/06/24).
- COMITATO OLTRE IL RAZZISMO (2000), *Casa, lavoro, istruzione: Azioni per l'uguaglianza: 1 dicembre 1999-1 dicembre 2000: Rapporto finale*.
- COLAJANNI A. (2023), *Militanza, “impegno” e critica sociale dell'antropologia sulla base di intense etnografie. Le intenzioni trasformative e i giudizi politici dell'antropologo*, “Archivio antropologico mediterraneo”, Vol. 25 (1): 1-22.
- COMPTON M.T., SHIM M.D. (2015), *The Social Determinants of Mental Health*, American Psychiatric Pub, Washington DC.
- DEI F., MELONI P. (2015), *Antropologia della cultura materiale*, Roma, Carocci
- DOTSEY S., CHIODELLI F. (2021), *Housing Precarity: A Fourfold Epistemological Lancet for Dissecting the Housing Conditions of Migrants*, “City”, Vol. 25 (5-6): 720-739.
- DU BOIS W.E.B. (2004), *Sulla “linea del colore”*, “Studi culturali, Rivista quadrimestrale”, 2/2004: 297-300, doi: 10.1405/17373.
- FARMER P. (2003), *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*, University of California Press, Berkeley.
- FAVOLE A. (2016), *Punti d'approdo. Sull'abitare molteplici*, pp. 43-56, in AA.Vv., *Le case dell'uomo. Abitare il mondo*, UTET, Novara.
- FASSIN D. (2014), *Cinque tesi per un'antropologia medica critica*, “AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica”, (37): 33-50.
- FRAVEGA E. (2022), *L'abitare migrante: Racconti di vita e percorsi abitativi di migranti in Italia*, Mimesis, Milano.
- FREIRE P. (2022 [1968]), *La pedagogia degli oppressi*, tr. it. EGA – Edizioni Gruppo Abele, Torino.
- GARGIULO E. (2020), *Appartenenze Precarie. La Residenza tra Inclusione ed Esclusione*, UTET, Torino.
- GIUDICI D. (2021), *Beyond Compassionate Aid: Precarious Bureaucrats and Dutiful Asylum Seekers in Italy*, “Cultural Anthropology”, vol 36 (1): 25-51.
- HOPPER K. (1999), *An Anthropological Perspective on the City and Mental Health*, “International Journal of Mental Health”, 28(4): 30-40.
- HORTON R. (2020), *Offline: COVID-19 is Not a Pandemic*, “The Lancet”, Vol. 396 (10255): 874.
- HYNIE M. (2018), *The Social Determinants of Refugee Mental Health in the Post-Migration Context: A Critical Review*, “The Canadian Journal of Psychiatry”, Vol. 63 (5): 297-303.
- INGOLD T. (2000), *The Perception of the Environment. Essays on livelihood, Dwelling and Skill*. Routledge, London, New York.
- ISTAT (2023), *La povertà in Italia*, <https://www.istat.it/it/files/2023/10/REPORT-POVERTA-2022.pdf> (consultato il 05/06/24)
- KING N. (1988), *Template Analysis*, pp. 118-134, in SYMON G., CASSEL C. (a cura di), *Qualitative Methods in Organizational Research: A Practical Guide*, Sage, Thousand Oaks, California.

- LOMONACO A. (2022), *Limiti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e questione abitativa post-Covid-19 in Italia*, <https://hdl.handle.net/11585/896883>
- LUND C., BROOKE-SUMNER C., BAINGANA F., BARON E.C., BREUER E., CHANDRA P., HAUSHOFFER J., HERRMAN H., JORDANS M., KIELING C., MEDINA-MORA M.E., MORGAN E., OMIGBODUN O., TOL W., PATEL V., SAXENA S. (2018), *Social Determinants of Mental Disorders and the Sustainable Development Goals: A Systematic Review of reviews*, "The Lancet Psychiatry", Vol. 5(4): 357-369.
- MARABELLO S., RICCIO B. (2020), *Spazi di convivialità? Convivere e co-abitare con migranti in Italia*, "Antropologia Pubblica", Vol. 6 (2): 23-158.
- MELLINO M. (2009), *Cittadinanze postcoloniali. Appunti per una lettura postcoloniale delle migrazioni contemporanee*, "Studi culturali", 2: 1-21.
- MELLINO M. (2019), *Governare la crisi dei rifugiati. Sovranismo, neoliberalismo, razzismo e accoglienza in Europa*, DeriveApprodi, Roma.
- MMC (2024), *Rompere le barriere. Comprendere e combattere la discriminazione abitativa intersezionale verso le persone con background migratorio – Caso di studio su Torino*, <https://mixedmigration.org/resource/housing-discrimination-turin/> (consultato il 06/06/2025).
- MUGNANI L. (2017), *Attivisti, migranti e forme di lotta per la casa. La vita sociale di un "Coordinamento cittadino" nella Roma contemporanea*, "Antropologia", Vol. 4 (3): 179-194.
- OLIVIERI F. (2020), *Dalla 'razza' alla razzializzazione. Una proposta teorico-metodologica per comprendere e contrastare i razzismi contemporanei*, "Teoria e critica della regolazione sociale", 2: 1-16.
- PARUZZO F. (2023), *Edilizia residenziale pubblica e stranieri. La Regione Piemonte nuovamente condannata per condotta discriminatoria* (nota a Tribunale di Torino, ordinanza del 7 marzo 2023), "Il Piemonte delle autonomie".
- PITZALIS S., POZZI G., RIMOLDI L. (2017), *Etnografie dell'abitare contemporaneo: un'introduzione*, "Antropologia", Vol. 4 (3): 7-17.
- POWER E.R., MEE K.J. (2019), *Housing: An Infrastructure of Care*, "Housing studies", Vol. 35 (3): 484-505.
- RAMSAY G. (2020), *Time and the Other in Crisis: How Anthropology Makes Its Displaced Object*, "Anthropological Theory", Vol. 20 (4): 385-413.
- SANGARAMOORTHY T., CARNEY M.A. (2021), *Immigration, Mental Health and Psychosocial Well-Being*, "Medical Anthropology", Vol. 40 (7): 591-597.
- SCHEPER-HUGHES N. (1995), *The Primacy of the Ethical: Propositions for a Militant Anthropology*, "Current Anthropology", Vol. 36 (3): 409-440.
- STOPANI A. (2023), *Le proprietà di un'occupazione: un'etnografia dell'ex MOI, Torino 2013-2019*, Rosenberg & Sellier, Torino.
- SUGLIA F.S., EARLE C., MEGAN T.S. (2015), *Poor Housing Quality and Housing Instability*, pp. 1-22, in COMPTON M.T., SHIM M.D. (a cura di), *The Social Determinants of Mental Health*, American Psychiatric Pub, Washington DC.
- TAGUIEFF P.A. (1999), *Il razzismo*, Raffaello Cortina, Milano.
- TALIANI S. (2012), *Per una psicanalisi a venire. Politiche di liberazione nei luoghi della cura*. "Aut aut", 354: 46-64.
- TALIANI S. (a cura di) (2015), *Il rovescio della migrazione. Processi di medicalizzazione, cittadinanza e legami familiari*, "AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica", 39-40.
- TOSI A. (2017). *Le case dei poveri: è ancora possibile pensare un welfare abitativo?*, Mimesis, Milano.

TAUSSIG M.T. (1980), *Reification and the Consciousness of the Patient*, "Social Science and Medicine. Part B: Medical Anthropology", 14 (1): 3-13.

VACCHIANO F. (2011), *Discipline della scarsità e del sospetto: rifugiati e accoglienza nel regime di frontiera*, "Lares", Vol. 77 (1): 181-198.

WACQUANT L. (2012), *Il corpo, il ghetto e lo Stato penale*, "Consecutio temporum", 2: 181-209.

WACQUANT L. (2016), *I reietti della città. Ghetto, periferia, Stato*, ETS, Pisa.

ZAMPERINI A. (2010), *Gioventù sregolata e società del benessere. Per una psicologia della salute critica*, Liguori Editore, Napoli.

Scheda sugli Autori

Giacomo Pezzanera. Nato a Marsciano (PG) il 27/09/1995. Antropologo culturale laureato presso l'Università Ca' Foscari di Venezia, collabora come ricercatore con l'associazione Frantz Fanon. Borsista di ricerca nell'ambito del progetto FAMI RE-INTEGRANDO con l'Università di Torino in una ricerca focalizzata sull'inclusione sociale di minori stranieri non accompagnati e giovani adulti inseriti per motivi diversi nel circuito penale minorile. Si occupa da diversi anni della tematica della migrazione connessa a quella della salute mentale.

Jean-Louis Aillon. Nato a Aosta (AO) il 15/12/1984. Medico-chirurgo, psicoterapeuta e analista adleriano, Phd in Scienze Sociali (Psicologia, Antropologia e Scienze Cognitive) presso Università di Genova. Professore a contratto all'Università di Torino dove tiene il corso in Etnopsichiatria presso la Scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute (M-DEA/01). Docente in antropologia e sociologia presso scuola di psicoterapia SAIGA (Società Adleriana Italiana Gruppi e Analisi). Membro dell' "Interdisciplinary Research Institute on Sustainability" e del board editoriale della rivista scientifica "Vision for Sustainability". Da circa 10 anni lavora presso il Centro Frantz Fanon.

Daniela Giudici. Antropologa e ricercatrice Marie-Curie Global presso il DIST (Politecnico di Torino) e Concordia University (Montreal). Ha una formazione in antropologia medica e politica e ha collaborato diversi anni con servizi interdisciplinari di cura rivolti a migranti, in Italia e in Canada. Ha ricoperto posizioni di ricerca e insegnamento a Freie Universität Berlin, Università di Bologna e Università di Trento. Ha svolto ricerche etnografiche sui temi della precarietà sociale e abitativa, sui servizi di accoglienza per rifugiati, nonché sulle politiche dell'umanitario, con un focus specifico sull'Italia. Il suo attuale progetto di ricerca si occupa dell'intersezione tra trasformazioni urbane, attivismo e percezioni di "natura urbana", a Montreal.

Riassunto

"Non affittiamo a neri": diritto alla casa, razzializzazione e salute mentale a Torino

Il testo analizza le esperienze dei soggetti razzializzati che subiscono discriminazioni nell'accesso alla casa nella città di Torino. Si tratta di un'indagine qualitativa, condotta attraverso la raccolta di dieci interviste semi-strutturate, svolte prevalentemente con

persone seguite al Centro Fanon per problematiche di salute mentale, le quali hanno riscontrato difficoltà nell'accesso alla casa. Ad oggi trovare un'abitazione in affitto è molto complesso per uno straniero. Analizzando il tema del razzismo e della razzializzazione dei soggetti intervistati, emergono profonde difficoltà che si riflettono nell'ambito della salute mentale, influenzando negativamente sui percorsi di integrazione. In tale contesto ci si interroga in maniera critica su come la biomedicina e gli esperti della salute mentale possano approcciarsi a tali problematiche.

Parole chiave: abitare, persone razzializzate, discriminazione, salute mentale, determinanti sociali

Resumen

“No alquilamos a personas negras”: derecho a la casa, racialización y salud mental en Turín

El texto analiza las experiencias de los sujetos racializados que sufren discriminación en el acceso a la casa en la ciudad de Turín. Se trata de una investigación cualitativa, llevada a cabo a través de la recopilación de diez entrevistas semiestructuradas, realizadas principalmente con personas atendidas en el Centro Fanon por problemas de salud mental, quienes han enfrentado dificultades en el acceso a la vivienda. Actualmente, encontrar un apartamento en alquiler es muy complicado para un extranjero. Al analizar el tema del racismo y de la racialización de los sujetos entrevistados, emergen profundas dificultades que se reflejan en el ámbito de la salud mental, influyendo negativamente en los procesos de integración. En este contexto, se plantea una reflexión crítica sobre cómo la biomedicina y los especialistas en salud mental pueden abordar estas problemáticas.

Palabras clave: habitar, sujetos racializados, discriminación, salud mental, determinantes sociales

Résumé

“Nous ne louons pas aux personnes noires”: droit au logement, racialisation et santé mentale à Turin

Le texte analyse les expériences des sujets racialisés confrontés à des discriminations dans l'accès au logement dans la ville de Turin. Il s'agit d'une étude qualitative, menée à travers la collecte de dix entretiens semi-structurés, principalement avec des personnes suivies au Centre Fanon pour des problèmes de santé mentale, qui ont rencontré des difficultés dans l'accès au logement. Actuellement, trouver une maison à louer est très complexe pour un étranger. En analysant le thème du racisme et de la racialisation des sujets interviewés, de profondes difficultés émergent, se reflétant dans le domaine de la santé mentale et ayant un impact négatif sur les processus d'intégration. Dans ce cadre, une réflexion critique s'impose quant à la manière dont la biomédecine et les spécialistes de la santé mentale peuvent appréhender ces problématiques.

Mots-clés: habiter, sujet racialisés, discriminations, santé mentale, déterminants sociaux

Corpi, digitalizzazione e datificazione: la generazione sociotecnica delle ontologie variabili

Matteo Valoncini

Università di Bologna

[matteo.valoncini2@unibo.it]

Abstract

Bodies, Digitization, and Datafication: The Socio-Technical Generation of Variable Ontologies

The article explores how representations of bodies, health, and illness emerge from sociotechnical configurations intertwining practices, technologies, and knowledge. It highlights how such representations generate new forms of subjectivity, particularly algorithmic identities. Engaging with Critical Data Studies and Mol's concept of ontological variability, the article advocates for a renewed engagement of medical anthropology with the study of bodies, health, and illness that consider not only the cultural and social but also the socio-technical generation of the latter.

Keywords: digitalization, primary care, electronical medical records, algorithmic identities

Introduzione

«There are wings and corridors where no patient ever goes. Atherosclerosis may go there, but patients don't»

A. Mol, *The body multiple*, 2002

Il corpo è stato oggetto di studio per decenni nell'antropologia medica per la sua capacità di fornire il terreno esistenziale dell'esperienza e, dunque, di indagine etnografica. Nel *Prolegomenon* di Scheper-Hughes e Lock (1987), le autrici individuano principalmente tre corpi: individuale, da studiare in termini fenomenologici; sociale, un uso simbolico del corpo atto a rappresentarne la natura; politico, un corpo che fa della sorveglianza e della disciplina foucaultiana i suoi assi d'analisi. I tre corpi non costituiscono un'unità separata di indagine, bensì tre approcci epistemologici, rispetti-

vamente, fenomenologia, strutturalismo e post-strutturalismo. Altrettanto fondamentale come strumento teorico e semantico è il concetto di incorporazione (*embodiement*) di Csordas, dove per corpo si intende il terreno esistenziale della cultura (CSORDAS 1990), sulla scia della fenomenologia di Merleau-Ponty e nel tentativo di unire questa allo strutturalismo tramite l'*habitus* bourdieuano (BOURDIEU 2016). Questi testi fondamentali hanno fornito all'antropologia medica un vocabolario e un approccio adeguato a parlare di corpo, salute e malattia. Tuttavia, per riordinare questi ultimi la pratica medica si affida sempre di più alle tecnologie digitali – dalla possibilità di utilizzare le Intelligenze Artificiali per le diagnosi complesse (PRELAJ *et al.* 2024; SHARMA *et al.* 2018) all'auspicato contrasto delle disuguaglianze (WHO 2020), fino a nuove modalità di ingaggiare assistiti/e tramite dispositivi mobili e software di *self-tracking* (LUPTON 2013). In altre parole, oggi le categorie di corpo, salute e malattia sono al centro di processi di digitalizzazione, qui intesa come tutti quei processi di adozione di strumenti digitali atti a facilitare l'interazione fra assistiti/e e il sistema sanitario (HAEMMERLE *et al.* 2024), il supporto e l'assistenza clinica per i professionisti, e la comunicazione con le banche dati delle infrastrutture (RUCKENSTEIN, SCHÜLL 2017). Nella pratica, suddetti processi si esplicano nella "datificazione", cioè «the process whereby life-processes must be converted into streams of data inputs for computer based-processing» (COULDRY, YU 2018). Non si tratta solamente dell'adozione di nuovi strumenti ma di una rinnovata modalità di produrre conoscenza.

Il ruolo delle nuove tecnologie nella generazione di conoscenze è ampiamente affrontato dai *Critical Data Studies* (CDS). I CDS – corrente di studi inaugurata da Boyd e Crawford con le loro "*critical questions*" (2012) – indagano algoritmi e intelligenze artificiali come fenomeni culturali, tecnologici e politici, mettendone in discussione i miti di oggettività e neutralità. I CDS affrontano i rischi epistemologici – oltre che etici e sociali – legati all'utilizzo delle nuove tecnologie, sostenendo la necessità di problematizzare le dimensioni di potere incorporate nei sistemi di produzione e uso di dati digitali. Tra gli autori, Kitchin (2014) sostiene come l'assunzione acritica di nuove tecnologie rischi di esacerbare le disuguaglianze già presenti, oltre alla possibilità di applicare una vera e propria inversione dei processi di produzione di conoscenza. La portata delle Intelligenze Artificiali, infatti, non deve distoglierci dal ragionare sulle implicazioni epistemologiche che quest'ultima porta con sé, pena una deriva della ricerca scientifica difficilmente reversibile (*ibidem*). La cornice teorica dei CDS fornisce inoltre strumenti per analizzare l'emergere di *electronic panopticon* (HAGGERTY,

ERICSON 2000) e regimi di *dataveillance* (VAN DIJCK 2014) nella dimensione della governance sanitaria; tuttavia rivela un punto di criticità proprio nel dimenticarsi i corpi come terreni esistenziali dell'esperienza. Mentre la datificazione di questi ultimi contribuisce a esacerbare scenari biopolitici, è fondamentale rintracciare gli effetti di queste stesse politiche all'interno delle pratiche di cura.

In ambito etnografico internazionale si trovano i lavori di Ruckenstein (2014) e Schüll (2019) – rispettivamente su dispositivi di self-tracking e quantificazione del sé – che evidenziano le dimensioni di *empowerment* dell'utilizzo di dispositivi digitali da parte delle persone per migliorare o rinforzare narrazioni sulle proprie condizioni di salute. In ambito italiano, invece, fondamentali sono le ricerche sociologiche di Maturo e Setiffi (2016) sull'utilizzo delle nuove tecnologie di e-health. Nello specifico, gli autori analizzano come le app per la perdita di peso contribuiscono, tramite l'introduzione strategica di elementi di *gamification*, a ridurre l'obesità a un rischio individuale, oscurando il ruolo dei determinanti sociali. Sempre Maturo sostiene come la tecnologia «*contributes to medicalization by providing the possibility for even more sensitive sophisticated diagnostic tests*» (MATURO *et al.* 2016: 251). Pur rimanendo su un piano teorico, questi studi si sono rivelati in grado di prevedere la costante presenza delle tecnologie nonché la loro capacità di generare conoscenze dai e sui corpi. Una prospettiva etnografica sul contesto italiano è invece offerta da Walton (2021), che a Milano mostra come l'uso degli smartphone riflette disuguaglianze socioeconomiche e generazionali: solo una parte della popolazione anziana è infatti nella posizione di utilizzare questi strumenti per mantenere e coltivare relazioni nonché una propria autonomia, mentre un'altra rimane ulteriormente svantaggiata dalla pervasività degli smartphone nella vita quotidiana. Nel panorama, tuttavia, mancano studi etnografici sull'utilizzo da parte dei professionisti sanitari delle tecnologie e su come queste contribuiscano alla produzione di conoscenza.

In quest'articolo sostengo che gli studi di Mol (2002) sulla variabilità ontologica forniscono un grimaldello teorico fondamentale per indagare i processi di datificazione dei corpi da una prospettiva che osserva le pratiche di cura nel contesto sanitario. Muovendo dagli studi di Ruckenstein e Schüll sulla quantificazione del sé e dialogando con la variabilità ontologica dei corpi di Mol, l'articolo affronta il tema della rappresentazione di questi ultimi nel panorama odierno. Se è vero, come scrive Douglas, che tutto simboleggia il corpo e viceversa (DOUGLAS in LOCK, FARQUHAR 2007), allora bisogna interrogarsi su come si riconfigura il nostro esperire corpo, salute

e malattia in luce della sempre maggior importanza che le rappresentazioni virtuali assumono nel simboleggiarli e significarli. In questo articolo, analizzo dunque il rapporto tra corpi, i/le professionisti/e e la Cartella clinica elettronica (CCE) nel contesto contemporaneo dominato dalla digitalizzazione delle pratiche di cura. All'interno degli ambulatori ho potuto osservare come, tramite l'utilizzo delle CCE, avviene la co-costruzione dei corpi e delle loro rappresentazioni all'interno di una *datafied society*¹. L'etnografia ha reso evidente come l'emergere della variabilità ontologica (MOL 2002) e della distribuzione dei corpi (ivi: 110) non sono processi neutrali ma, anzi, sempre più presenti nonché influenzati, oltre che dalla conoscenza biomedica, dagli apparati sociotecnici – proprio perché i corpi sono *enacted*, agiti, e non semplicemente “dati” (*ibidem*). Gli apparati sociotecnici – in questo caso le CCE – non sono astratte forme di attori sociali “non-umani”² ma un vero e proprio «dispositivo tecnologico che contiene delle premesse epistemologiche e socio-politiche» (RAFFAETÀ *et al.* 2022: 3), ovvero attori che contribuiscono alla produzione di conoscenze. Questa definizione risulta ancora più importante per il ruolo centrale delle CCE nella pratica ambulatoriale. Se assumiamo che dalla “nascita della clinica” il ruolo della medicina – esperito qui dalla figura del/la medico/a di medicina generale – sia ordinare il mondo o, meglio, mediare tra l'ordine del corpo e quello della società (FOUCAULT 1990; MOL 2002), allora sono nuovamente le pratiche di ordinamento a dover essere attenzionate. Senonché, oggi ciò che è possibile per la medicina ordinare e mediare è influenzato dall'utilizzo dei software: attori tanto silenti quanto fondamentali nel processo di cura.

L'etnografia ha indagato i processi di datificazione tramite cui gli apparati sociotecnici garantiscono a determinate rappresentazioni dei corpi e della malattia uno statuto ontologico: *data-double* e *quantified-self*. Questa garanzia segue processi storici di lunga durata (BRAUDEL 1958) che dalla Rivoluzione Francese hanno portato oggi a cercare una conoscenza quanto più neutrale possibile, da affidare a “esperti” (PORTER 1995; DESROSIÈRES 2002); conoscenza ratificata dagli apparati sociotecnici che rappresentano un passaggio obbligato affinché si possa procedere al riordinamento tra corpi e mondi. In particolare, se è vero che la salute è un costrutto culturale da generare socialmente (QUARANTA 2014), come quest'ultima si co-costruisce in ambulatorio attraverso processi, squisitamente sociali, di digitalizzazione della salute e delle pratiche di cura? Per rispondere, dopo aver illustrato la metodologia, ripercorro lo stato dell'arte dell'informaticizzazione della medicina generale in Emilia-Romagna, sia per la valenza

tecnica che per il portato epistemologico; in seguito, procederò all'analisi di alcune pratiche di cura considerando l'ambulatorio un nodo epistemologico che garantisce il dispiegamento degli attori³, dunque la co-produzione delle conoscenze – passaggio fondamentale per la moltiplicazione ontologica dei corpi. In chiusura, analizzerò come dalla moltiplicazione delle ontologie possono emergere identità algoritmiche, il cui statuto di esistenza è garantito proprio dalla co-costruzione che trova nella CCE un alleato fondamentale.

Il campo

L'articolo muove i suoi passi da una ricerca svoltasi tra il 2021 e il 2024 divisa principalmente in due fasi, rispettivamente la costruzione del campo e l'indagine etnografica. Con l'obiettivo di indagare i processi di datificazione che hanno subito una forte accelerazione in seguito alla crisi pandemica (LIAW *et al.* 2021; PAGLIARI 2021). L'intenzione di indagare suddetti processi si è inserita all'interno delle rinnovate esigenze della Direzione Sanitaria – in special modo delle Cure Primarie – di uniformare e comprendere cosa stesse succedendo all'interno degli ambulatori di medicina generale. La prima fase ha visto coinvolti professionisti della ex-Agenzia Regionale dell'Emilia-Romagna – organo adibito alla ricerca e all'innovazione in ottica di miglioramento dei servizi sanitari della regione, oggi non più autonomo ma controllato dall'Assessorato alla Sanità. L'Agenzia Regionale si preoccupa di analizzare i flussi informativi provenienti dai presidi sanitari, analizzarli insieme a dati anagrafici provenienti dalla municipalità e, su questi, fornire informazioni valide all'Assessorato per la definizione di politiche di governance. Grazie ad un primo contatto ottenuto tramite il Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale (Csi) di Bologna con cui collaboro, ho iniziato una prima serie di interviste semi-strutturate con igienisti/e, statistici/che, economisti/te dell'Agenzia per comprendere quale fosse il razionale dei dati raccolti e quali i bisogni della Regione. Le interviste svolte durante e dopo il campo sia con i/le professionisti/e che con medici/che sono avvenute con la loro approvazione rispetto all'utilizzo che ne faccio in questo articolo. I nomi e le appartenenze specifiche sono di fantasia, così da garantire l'anonimato ad attori e realtà coinvolti.

La prima fase mi ha indirizzato al settore delle Cure Primarie e nello specifico da Roberto, dirigente di una Casa della Salute del territorio nonché

referente per l'Azienda Sanitaria Locale (ASL) per una delle CCE più diffuse in Regione rispetto alla medicina territoriale, nelle sue parole:

Quindi sono quello che dovrebbe un attimo avere una visione d'insieme dei processi macro, di tutto ciò che Mako [società in house] fa per la medicina territoriale (Intervista Roberto, dirigente medico, 2024).

In concerto con Roberto e il/la dirigente delle Cure Primarie in quel momento in carica, si è deciso di procedere a un'indagine in profondità delle modalità di utilizzo delle CCE da parte della medicina generale. Per farlo, ho condotto assieme a Roberto interviste semi-strutturate ad alcuni membri dell'*Information communication technology* (ICT) sul funzionamento dei software utilizzati nei presidi sanitari. Terminata questa fase, Roberto mi ha garantito l'accesso a quattro diversi ambulatori di medicina generale, di cui tre medicine di gruppo⁴, un quarto, invece, un ambulatorio il cui professionista lavora solo. La medicina generale si è dimostrata un campo estremamente efficace per studiare i processi di digitalizzazione e datificazione poiché, innanzitutto, è la porta di accesso istituzionale per l'utilizzo non emergenziale del Sistema sanitario nazionale (SSN); in secondo luogo, costituisce un nodo burocratico e sindacale da sempre difficilmente governabile; in ultimo, la medicina generale affronta principalmente cronicità e aspetti di salute e malattia di lungo corso, al contempo interfacciandosi con un sistema sanitario improntato all'emergenzialità. Per questa ragione, la CCE della medicina generale è ricca di informazioni di diversa natura ma, al tempo stesso, può registrare e condividere in maniera precisa quasi esclusivamente informazioni di natura prettamente biomedica.

La co-costruzione del campo ha comportato alcune limitazioni. Innanzitutto, ho potuto frequentare ambulatori in una limitata circoscrizione territoriale specificatamente cittadina. In secondo luogo, considerata la sensibilità dell'indagine e dei luoghi frequentati, si è deciso che non potessi interfacciarmi direttamente con assistiti/e. Nel non presentare l'esperienza vissuta di assistiti/e, ciò che discuto si limita all'osservazione delle pratiche di cura svolte all'interno degli ambulatori da professionisti/e. Ciò ha comportato che le osservazioni si concentrassero maggiormente sul ruolo degli «*absent present*» (VAN VOORST, AHLIN 2024: 3), cioè le CCE, che scatenano le loro agency sul campo ma che non sono interrogabili con metodi d'indagine quali le interviste semi-strutturate. Questa difficoltà metodologica mi ha portato all'adozione di prospettive derivate dall'Actor-Network Theory (ANT), che si definisce una teoria-metodologica tale per cui è possibile non assumere a priori il ruolo degli attori (umani e non) nella generazione del sociale (LATOUR 2022). Sebbene abbandonata in fase di analisi dei dati

considerata la difficoltà in termini semantici (SAYES 2014), l'ANT ha fornito un punto di vista essenziale che ha consentito di moltiplicare gli attori in gioco. Considerata la sfida metodologica, l'articolo presenta una serie di disegni che mi ha consentito di visualizzare attori *absent present* e in seguito discuterne i ruoli. L'utilizzo dei disegni è stato parte integrante del processo di produzione di conoscenza che ha portato alla stesura dell'articolo. Infatti, per quanto nella pratica etnografica il disegno è spesso confinato a supplemento della scrittura, questo è in grado di fornire sia uno strumento metodologico che epistemologico (BONANNO 2025): durante il lavoro di campo il disegno ha rappresentato un «*perceptive device*» (ivi: 2) che mi ha garantito la possibilità di «*play with theories*», (ivi: 14) laddove, altrimenti, non sarei stato in grado di scardinare la complessità semantica e teorica dell'ANT e, al contempo, di affrontare il campo etnografico.

La cartella clinica elettronica e i flussi informativi

I software costituiscono oggi la modalità principale – nella medicina generale come in ospedale – tramite cui garantire percorsi di cura (prescrizioni di ricette e di esami, consultazioni di referti, ecc.). Tramite l'etnografia ho osservato come la pratica medica consiste nel continuo rapportarsi di professionisti/e non solo con assistiti/e, ma anche e soprattutto con il software di riferimento. Da parte del governo sanitario, digitalizzare le pratiche di cura permette di monitorare le prestazioni all'interno dell'Azienda Sanitaria – tenendo fede al processo di aziendalizzazione e burocratizzazione del *New Public Management* (Busso 2015). Nell'osservare le pratiche ambulatoriali, emerge come la CCE – nonché la struttura informatica che sottostà ad essa – non rappresenti un elemento puramente tecnico, bensì l'attore in grado di ratificare l'esistenza e la composizione dei corpi nel nostro esperirli in ambulatorio. La struttura in cui sono inseriti i software è chiamata "ecosistema informatico": software, hardware, aziende pubbliche e private, server, tutti questi elementi costituiscono la rete di organizzazioni che guida la creazione e la fornitura di prodotti e servizi informativi (LEHMANN 2017). In Emilia-Romagna, l'infrastruttura che sottostà allo scambio delle informazioni è Rete Mako: grazie a essa, i professionisti sono in grado di consultare la storia clinica di assistiti e assistite e di prescrivere prestazioni sanitarie o farmaci. Al contempo, Rete Mako garantisce comunicazione tra le parti (territorio, ospedale, medicina generale, ecc.). L'infrastruttura consente di agire le pratiche tramite la loro rendicontazione;

dunque, scambiare informazioni sulle prestazioni eseguite all'interno del Ssn mentre ne garantisce il funzionamento.

Nel funzionare, l'ecosistema informatico produce "flussi informativi", cioè, database «almeno uno per ogni tipo di assistenza» (Intervista a Licia, epidemiologa dell'Agenzia Regionale, 2022) che si definiscono come «un insieme di informazioni che vengono raccolte per uno specifico obiettivo in maniera sistematica per tutte le osservazioni e definita per il tuo obiettivo» (Intervista a Alessandra, statistica dell'Agenzia Regionale, 2022). Si tratta delle prestazioni (interventi chirurgici, ricoveri, prescrizioni, ecc.) effettuate negli ospedali, negli ambulatori e in generale nei presidi sanitari e che rappresentano per il Ssn una spesa. I flussi informativi nascono «da un lato per rispondere a un'esigenza conoscitiva quindi informativa da parte della Regione», dall'altro è una procedura «voluta dal bisogno di rispondere a un debito informativo che la Regione ha nei confronti del Ministero» (Intervista a Lucio, statistico dell'Agenzia Regionale 2022). La loro natura è rendicontativa, dunque non si riferiscono direttamente alla salute delle persone ma alle spese sostenute dal Ssn. I flussi costituiscono un percorso obbligato e sono in grado di muoversi nelle istituzioni grazie al corretto funzionamento dell'ecosistema informatico, i cui software gestionali sono la base di partenza e di arrivo delle suddette informazioni. La CCE, dunque, è l'interfaccia finale per professionisti/e di questo intricato sistema.

Una CCE è solitamente strutturata come segue: in alto si trova l'anagrafica – nome, cognome, età. Aprendola è possibile accedere a diverse informazioni rispetto agli "stili di vita": bicchieri di vino al giorno, sigarette consumate, attività fisica, e ovviamente peso e altezza tradotti in *Body Mass Index*. Tra le principali schede si trovano i "problemi attivi" – ossia tutte le patologie codificate dall'ICD-9-CM ed elencate all'interno del software⁵. Questa sezione può essere ereditata, come le altre, assieme alla CCE, ma essa costituisce «il lavoro più autoriale della medicina generale» (Intervista a Silvio, informatico ASL, 2023), dunque spesso rivista dal principio da chi la dovesse ereditare. L'arbitrarietà di questo campo è data dal fatto che non costituisce un flusso informativo; quindi, sarà sempre e solo letta da chi ha accesso direttamente alla cartella. La funzione dei problemi attivi permette di legare a essi una cura farmacologica che interagisce direttamente con la maschera delle "prescrizioni farmacologiche", sezione che, invece, costituisce un flusso. Sono poi presenti i referti di laboratorio – risultati degli esami prescritti ed effettuati – che si possono consultare direttamente come referto in formato PDF. Altresì, le CCE sono in grado di smistare i dati dei singoli valori del sangue emersi dagli esami di laboratorio, per

esempio, e mostrare lo storico dei valori selezionati. Altre sezioni principali sono i referti del Pronto Soccorso e il diario, cioè un testo libero. L'ecosistema qui brevemente presentato fa parte di una complessa rete nella quale si svolge la pratica di cura, che chiaramente non è più solo informata dalla presa in carico biomedica del professionista, ma dialoga con l'ecosistema informatico e i suoi assunti epistemologici. Dunque, l'osservazione etnografica ha tenuto conto di questi attori e delle loro agency. Un primo movimento necessario atto a contemplare la complessità della cura è stato la decostruzione della stessa, cosicché fosse possibile moltiplicare, assieme agli attori, le ontologie dei corpi che li accompagnano.

Tradurre e tradire la produzione di conoscenza

L'ambulatorio si configura come campo in cui una serie di azioni sono performati da e tramite una rete di attori che, influenzandosi, generano conoscenze: professionisti/e, assistiti/e, CCE e il suo ecosistema informatico. Un campo in cui sono smembrate e ricomposte le rappresentazioni dei corpi grazie a una notevole variabilità ontologica degli stessi. L'importanza della variabilità ontologica non si trova nel suo oggetto teorico: Mol (2002) ha già dimostrato l'importanza che acquisiscono le diverse ontologie dell'"arteriosclerosi" nei diversi comparti dell'*hospital Z* (MOL 2002)⁶. L'attenzione che deve essere posta oggi alle ontologie variabili risiede nella fissità che sono costrette ad assumere tramite l'adozione di sistemi di gestione informatica della salute e della malattia. L'ecosistema informatico co-costruisce conoscenze, dunque suggerisce e convalida rappresentazioni e variabilità ontologiche dei corpi tramite la possibilità di visualizzarne i bioriduzionismi – come per esempio l'andamento degli esami del sangue espresso in valori numerici o la visualizzazione di una metastasi su una TAC (MILLINGTON 2016). Al contempo l'ecosistema informatico fissa tramite le sue funzioni prescrittive alcune di queste rappresentazioni. Ho quindi analizzato il ruolo della CCE adottando sul campo un approccio fenomenologico che «does not expect to arrive at an understanding of man and the world from any starting point other than their "facticity"» (MERLEAU-PONTY in LOCK, FARQUHAR 2007). Se l'agency della CCE pare irrilevante, irrompe sonoramente quando si attenziona il processo datificazione, cioè di traduzione e validazione delle esperienze di vita. Inizialmente, l'ipotesi era che l'esperienza di malattia sarebbe stata tradotta (e tradita) dal/la medico/a in fase di anamnesi per farsi condizione patologica codificata; in seguito, il/la professionista avrebbe dialogato col sistema informatico per

digitalizzare l'esperienza di malattia nonché la condizione patologica al suo interno, finalizzando il processo di datificazione.

Oggi la traduzione da *illness* – intesa come esperienza di malattia – e *disease* – intesa come condizione patologica – avviene tramite l'ausilio di apparati sociotecnici. Questi ultimi, qui osservati nella CCE, irrompono con le loro agency in ambulatorio a determinare non tanto “se”, quanto quale parte e come l'esperienza vissuta possa ergersi a regime di verità – cioè, la possibilità di essere socialmente validata e, dunque, istituzionalmente inserita in percorsi di cura (MILLINGTON 2016; TAYLOR 2020). I software, nel loro permettere tecnicamente e burocraticamente la continuità assistenziale, possono essere letti tanto come meri strumenti dell'esecuzione della pratica medica, quanto come attori che agiscono sul campo.

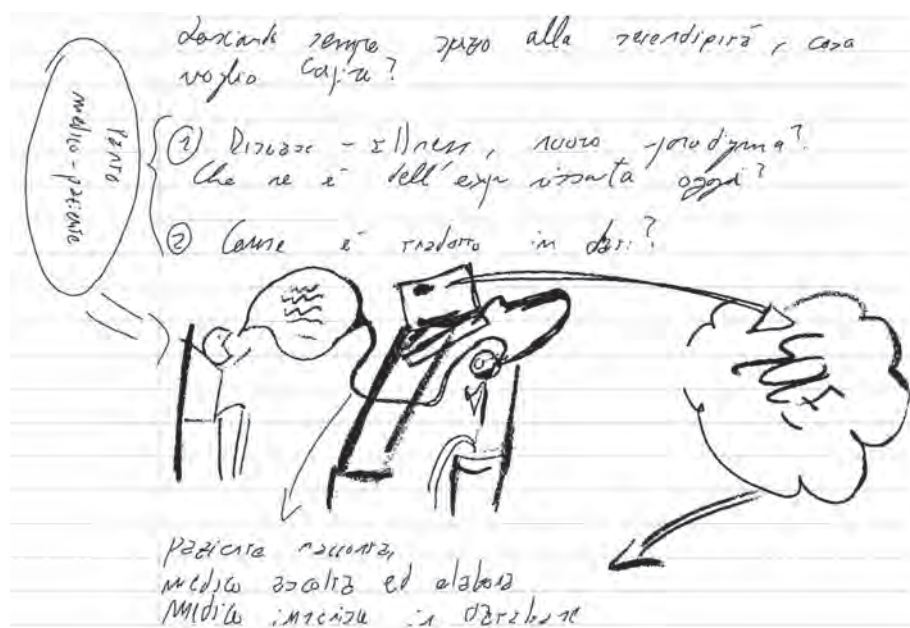


Figura 1. Traduzioni, diario di campo, ottobre 2022

Dunque nella prima ipotesi la CCE avrebbe svolto il ruolo di un “intermediario semplice” in termini latouriani (LATOUR 2022: 72), uno strumento che risponde ai comandi impartiti in una visione strumentale degli eco-

sistemi informatici dove «definire i suoi *input* è sufficiente per definire i suoi *output*» (*ibidem*). Nella maggior parte delle visite, hardware e software sembrano fare questo: con un semplice click è possibile prescrivere una visita o un farmaco, agevolando i processi e alleggerendo il carico sia su professionisti/e che su assistiti/e. Tuttavia, l'etnografia ha evidenziato un rapporto ben più complesso tra gli attori.

La CCE emerge infatti come depositaria di una forte dimensione simbolica e relazionale. Nella sua manifestazione fisica – il computer – essa è *attore fondamentale* in ambulatorio: il primo e l'ultimo a essere consultato, tramite esso si accerta o si smentisce una data condizione di salute e malattia. In altre parole, la CCE si fa simbolo e, in quanto tale, produce azioni attorno alle quali si muovono altri attori presenti nella ritualità della cura (TURNER in LOCK, FARQUHAR 2007): medici/che, assistiti/e, faldoni, pareri di esperti/e, ricerche su Google, e altro ancora. Tramite il *click* del mouse nella prescrizione di un farmaco, per esempio, la CCE è *in grado di* “scomodare” la farmacia come il Ministero delle Economie e delle Finanze – atto a verificare in «millesimi di secondo» (*Intervista a Roberto*, dirigente medico, 2024) la possibilità di assegnare delle esenzioni – e dunque generare significati. O ancora, un *alert* potrebbe informare il/la medico/a curante di eventuali interazioni tra la nuova prescrizione e quelle croniche già in atto, o tra gli stili di vita e i risultati degli esami del sangue – note perlopiù cassate, come confermato in un'intervista a Lorenzo:

Da un lato, grazie all'*alert* del software, vai a indagare un problema di abuso, vai a indagare una persona che non sta seguendo adeguatamente una terapia che non seguirla potrebbe metterlo a rischio. Altre cose, molte volte *alert* e *pop-up* io li chiudo così: click, *tu-tu-tu-tu-tu*, e chiudo tutto [ridiamo] rapidamente (Intervista a Lorenzo, medico di medicina generale, 2024).

Pertanto, più che una traduzione di significati, oggi gli apparati sociotecnici consentono a moltissimi attori di riversare le loro agency nei processi di produzione di conoscenza dei e sui corpi. Per questa ragione, il primo passo è stato gettare luce sulla molteplicità di attori presenti in ambulatorio, compresi quelli non umani, guardando a quest'ultimo non più come a un luogo che presta il fianco a una traduzione lineare informata dalle conoscenze biomediche, ma come a un nodo epistemologico dove queste sono co-prodotte in un incontro fra attori isotopici e diacronici (LATOUR 2022: 72).

Nodi epistemici e variabilità ontologica

Il concetto di nodo che qui utilizzo è inteso come punto in cui si intersecano diverse esperienze ed epistemologie, non già un risultato bensì un processo, un movimento, che disegna traiettorie e lascia dei segni. Il momento della visita rappresenta il perno intorno al quale incardinare l'analisi critica del processo di datificazione, nello specifico inteso come un *loop* onto-epistemico che produce conoscenze dai e sui corpi: un approccio che consideri la produzione di conoscenze e di ontologie come parte di un unico processo che si autoalimenta (MOL 2002). In altre parole, a garantire la produzione di ontologie è la possibilità che se ne possa individuare il processo che genera conoscenze dalle e sulle stesse, e viceversa. Per facilitare l'analisi e individuare meglio punti critici e attori, è necessario riconsiderare quali di questi ultimi sono in grado di trasformare le storie di vita in "dati", reificandoli nell'ecosistema informatico. Poiché nel considerare i diversi ruoli degli attori, coloro i cui processi epistemologici si nutrono dello statuto ontologico di "dati" sono preponderanti – se non nella decisione da prendere da parte del medico, quantomeno nell'obbligare il resto degli attori intorno a loro a considerarli entità più reali del reale. La vignetta etnografica che segue illustra quanti attori intervengono nella presa in carico di una persona e come questi si influenzino vicendevolmente. Nell'ambulatorio di Lorenzo, l'incontro con Gioachino – assistito con patologia oncologica – è esemplare. La consegna di un referto cartaceo da parte di Gioachino cede il passo alla consultazione della CCE. Fondamentale è la rotazione dello schermo verso l'assistito: la CCE cessa di essere strumento diagnostico unidirezionale e diventa interfaccia condivisa, spazio rituale dove le ontologie di Gioachino saranno co-costruite sotto gli occhi di tutti i presenti, me compreso. Lorenzo, mostrando lo schermo, riepiloga la storia: alcuni anni fa, a Gioachino fu asportato un rene a causa della sua condizione. Dopo un periodo di controlli regolari senza recidive, l'ultima TAC ha rilevato segni di metastasi. L'ipotesi dell'équipe ospedaliera è una complicazione al rene sano. Per conferma, sono state eseguite due TAC a breve distanza. La conclusione, ci spiega Lorenzo, è che gli specialisti ritengono ormai necessaria la rimozione anche del secondo rene. Dalla pagina di diario che segue, è evidente anche il mio personale posizionamento rispetto alla storia di Gioachino, che mi muove e mi impedisce di rimanere lucido per alcuni momenti. Risulta evidente come nel mio anno di campo negli ambulatori, raramente mi sia imbattuto in casi particolarmente sensibili come questo, proprio perché la medicina generale è perlopiù fatta di

monitoraggi routinari e condizioni croniche gestibili. Ciò fa sì che la mia analisi del caso è prettamente “tecnica”, concentrandomi sulle implicazioni della mediazione del reame sociotecnico, rilegando riflessioni di altra natura a chiacchiere informali avute con Lorenzo stesso nei giorni seguenti, che tuttavia non riporterò.

Silenzio. Dura pochi istanti, il rumore della ventola del computer e il cinguettio degli uccelli fuori dalla finestra sono gli unici rumori bianchi che ci accompagnano. La voce di Gioachino ci riporta in ambulatorio e all'oggi: «C'è un errore, dottore, vero? Perché mi sono mosso un po' durante la TAC, quindi forse è solo un'ombra. L'hanno scritto anche nel referto» e capisco quanto spero che sia vero. Lorenzo fissa ancora il computer, non so se stia davvero leggendo e interpretando i referti o se sta cercando di capire cosa dire. Gli occhi di Gioachino passano dal computer a Lorenzo, come se stesse assistendo a una partita di tennis. Lorenzo è lento nel rispondere. Quando si tratta di cancro, i medici tendono sempre ad avere un rispetto e un'attenzione molto particolari; inoltre, secondo la mia esperienza, si irrigidiscono e si attengono il più possibile ai dati in loro possesso, non si sbilanciano e mantengono un distacco non tanto dal paziente quanto dalle parole che pronunciano in quel frangente. Preso abbastanza tempo, Lorenzo inizia a spiegare: «Vede, Gioachino, la situazione è questa. È vero che nel primo referto hanno riportato di un “artefatto da movimento”⁷, ed è vero che questa ombra qui riguarda proprio questo. Tuttavia, lei ha fatto una seconda TAC proprio per essere sicuro che si trattasse effettivamente di un artefatto da movimento. La seconda TAC ha confermato, purtroppo, la presenza di metastasi. Quindi sì, c'è stato un “errore”, ma non che scongieri i sospetti degli specialisti, purtroppo per noi». [...] Le macchine, alla fine ci restituiscono una verità molto meno magica di quanto sperassimo: nel leggerle, proiettiamo le nostre speranze, ma non sempre queste aiutano. Le complesse macchine sviluppate da Philips, attraverso un software che elabora immagini ad altissima risoluzione, hanno fornito una ricostruzione del rene nel corpo di Gioachino. Ricostruzione a sua volta interpretata prima dall'équipe di medici dell'Ospedale San Marco, poi dai tecnici, e in ultimo da Lorenzo e dalla cartella clinica ricevuta in eredità dal precedente medico. Il tutto per permettere a Gioachino di rivedere il suo corpo da una prospettiva diversa, per scegliere quale altro lungo percorso di cura intraprendere (Diario di campo, 27 luglio 2023).

La vignetta fornisce soltanto una fotografia di una storia di vita, un'istantanea, ed è proprio su questo concetto che vorrei ragionare. L'istantanea del caso di Gioachino è resa possibile grazie al mio diario di campo ma anche grazie alla CCE, a seconda di quale punto di vista si vuole recuperare e, dunque e presumibilmente, che informazioni raccogliere. L'esercizio consiste ora nel decostruire la visita per ricomporre un quadro quanto più fedele alla moltitudine di attori presenti. Ricomporre uno schema fatto da

nodi che forniscono informazioni e dati, cioè conoscenze con differente autorevolezza. Utilizzando i nodi come schema in cui collocare gli attori che co-costruiscono la conoscenza, sarà possibile non solo identificarli ma anche comprenderne la portata in quell'evento specifico. Il primo passo è comprendere la produzione di conoscenza come l'interazione tra nodi informati da una moltitudine di attori, in prospettiva sincronica e diacronica. In altre parole, Gioachino arriva in ambulatorio portando la sua esperienza vissuta a Lorenzo, nel farlo sta costituendosi un primo nodo composto dall'interazione tra i due. Questi, però, non sono gli unici attori presenti: consultando la CCE, Lorenzo acquisisce ulteriori informazioni, riportategli dal medico precedente, aggiungendo un ulteriore nodo che informa non solo Lorenzo ma anche me e Gioachino, che entriamo dunque in relazione con Lorenzo e il software. In seguito, la documentazione fornita da Gioachino stesso (referto, immagine della TAC e lettera di dimissioni) costituisce un terzo nodo composto da altrettanti nodi. Grazie alla refertazione degli specialisti, Lorenzo entra in possesso di un'informazione assolutamente indispensabile per capire quale eventuale percorso terapeutico seguire. Tuttavia, non è solo la lettera di dimissioni per sé a costituire l'autorevolezza dell'informazione, ma il luogo dove questa è stata scritta: l'Ospedale San Marco. Non solo, anche i/le professionisti/e e gli/le specialisti/e che l'hanno redatta, nonché il supporto dell'apparato sociotecnico nel consigliare l'intervento. Senza la TAC e il parere di esperti/e che hanno ipotizzato un "artefatto da movimento" – per medicina difensiva o per eccesso di zelo – sarebbe stato molto complesso arrivare a una diagnosi: anche le TAC devono essere prodotte, tecnicamente, socialmente e culturalmente. La prima mostra un artefatto da movimento, presumibilmente derivato da un movimento di Gioachino all'interno del macchinario, come lui stesso riporta in ambulatorio. Il movimento, che può essere stato notato da specialisti/e o da tecnici/che durante l'esame stesso, ha proiettato un'ombra sull'immagine finale che software e hardware Philips hanno elaborato, noncuranti della procedura non seguita a dovere. Quest'ombra assume diverse interpretazioni ma, infine, confrontata con la storia clinica, gli esami specialistici, la letteratura scientifica sull'argomento, l'esperienza di Gioachino e di Lorenzo, gli attori coinvolti co-costruiscono una diagnosi.

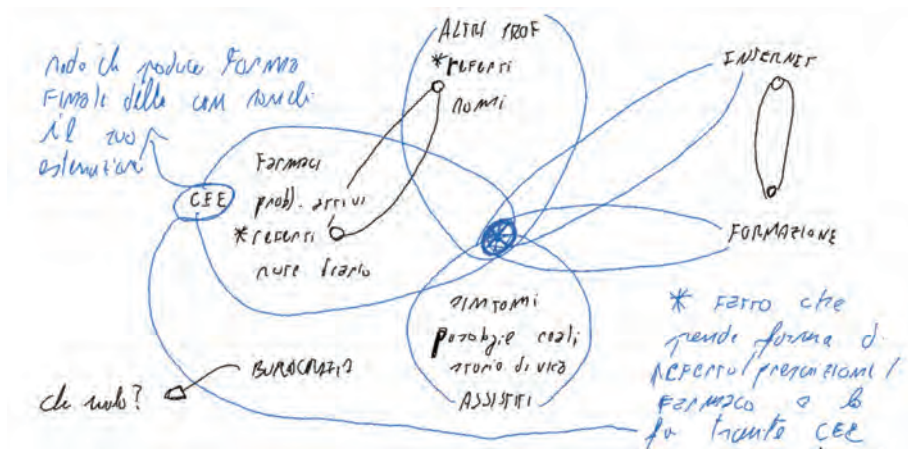


Figura 2. Nodi di conoscenza, diario di campo, febbraio 2022

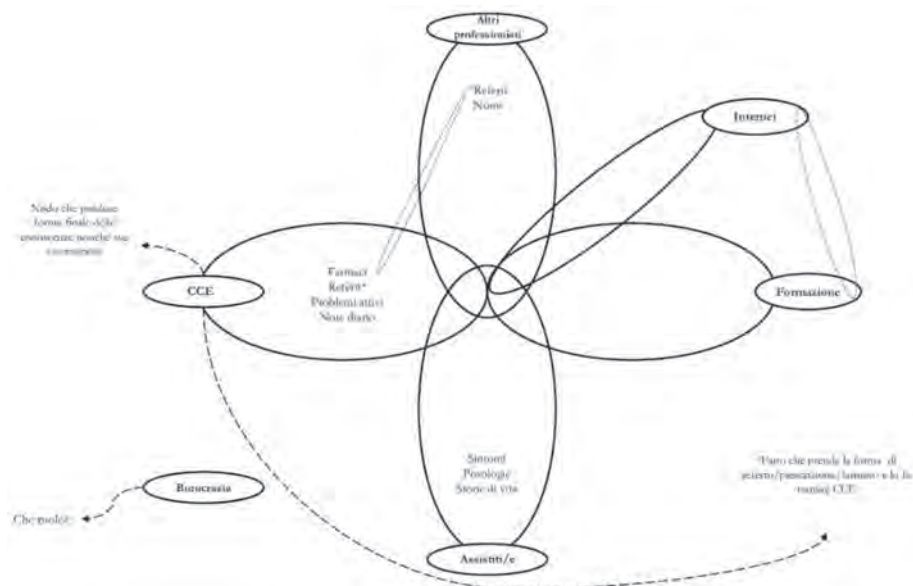


Figura 3. Nodi di conoscenza, ricostruzione

Se, dunque, si recuperano tutti i nodi, si nota facilmente come questi possano moltiplicarsi all'infinito: la lettera di dimissione dell'Ospedale San Marco, il referto della TAC, l'immagine, la storia clinica riportata dal

medico precedente in CCE, la storia clinica raccolta da Lorenzo, l'artefatto e la vita vissuta di Gioachino. Questo sforzo rappresenterebbe solo un esercizio stilistico se mi limitassi a dire che nel produrre conoscenza non è solo Lorenzo ma tutte le persone che hanno fornito lui informazioni utili da valutare con la sua conoscenza biomedica. Ho quindi aggiunto i nodi delle relazioni personali, che esulano dal sapere biomedico e recuperano una dimensione relazionale fondamentale; anche in questo caso, il gioco non vale la candela, poiché porta confusione e caos in un contesto dove è necessario ordine. Anche l'aggiunta dell'apparato sociotecnico, sola, non costituisce un punto di svolta né per il pensiero critico sui corpi, né tantomeno per la pratica biomedica. Moltiplicare gli attori in gioco non è sufficiente ancorché siano pensati indipendentemente l'uno dall'altro, o indipendenti da altrettanti nodi che ne alimentano l'interpretazione del mondo. Lo sviluppo di Philips per i macchinari che producono le TAC, i/le professionisti/e, la formazione medica di Lorenzo e degli/le specialisti/e, quella del/la tecnico/a, la condizione di Gioachino e la sua possibile familiarità con determinate patologie e/o le dinamiche socioeconomiche e ambientali che ne hanno determinato alcuni esiti: tutti questi elementi, se considerati separatamente, porterebbero a un determinismo diversamente declinato di volta in volta. Come è possibile, dunque, giustificare la moltiplicazione degli attori senza cadere in un esercizio stilistico fine a sé stesso? Contemplandone il ruolo, pesandone l'autorità agita. In altre parole, considerando quali attori hanno la possibilità di generare socialmente variabilità ontologiche dei corpi e rispettive molteplici loro rappresentazioni.

Nel recuperare tutti questi attori, la CCE fornisce il terreno pratico sul quale si genera socialmente e tecnicamente la malattia. Nella vignetta etnografica presentata, essa garantisce l'accesso ai referti ospedalieri nonché la conseguente prescrizione della prossima visita specialistica, reificando la condizione di malattia che fino a quel momento è stata guardata da diversi punti di vista, dunque nella sua molteplicità ontologica. È la CCE – sia quella interna ospedaliera che quella manovrata da Lorenzo – a garantire continuità istituzionale della presa in carico nonché diagnosi biomedica di patologia e, nel fare ciò, genera socialmente e tecnicamente l'esperienza vissuta dell'assistito. I prossimi paragrafi mettono in dialogo la letteratura antropologica medica più attenta alla dimensione socioculturale dei corpi con i Cds e le teorie intorno alle identità algoritmiche. L'ambulatorio – qui ora inteso come un nodo epistemologico – garantisce, tramite l'etnografia, l'osservazione della generazione sociale proprio delle identità algoritmiche. Queste ultime devono il loro statuto di esistenza ai legami oggi pre-

senti tra le pratiche di cura e gli apparati sociotecnici. Per queste ragioni, credo oggi si possa parlare della generazione non più esclusivamente “sociale” ma, appunto, “sociotecnica” della malattia, che avviene attraverso la co-costruzione della variabilità ontologica tramite gli apparati sociotecnici che accompagnano le pratiche di cura.

La generazione sociotecnica delle ontologie variabili

Ogniquale volta una persona si presenta per una visita, soprattutto se portatori o portatrici di cronicità e/o anziani, le informazioni più importanti sono racchiuse nella CCE. La capacità di leggere la presunta condizione di salute e malattia di assistiti/e tramite i software e le sue funzioni è un traguardo fondamentale nella medicina moderna poiché consente di implementare i servizi di telemedicina, ridurre gli spostamenti, nonché garantire una registrazione verosimile dei percorsi di cura. Tuttavia, nel digitalizzare i processi, il locus di produzione di conoscenza si sposta nei software stessi – processo che si manifesta in scomposizioni e ricomposizioni di rappresentazioni dei corpi sempre più protagoniste delle visite. Nello specifico, le rappresentazioni nutrono la variabilità ontologica, che si manifesta fortemente quando il bioriduzionismo agisce su singole “parti” dei corpi. In altre parole, quando essi sono “distribuiti” tra laboratori, ambulatori ed ecosistemi informatici. La prossima vignetta etnografica – composta da due brevi visite ambulatoriali – testimonia ciò che Mol ha chiamato “distribuzione dei corpi”, cioè la possibilità di parlare di diversi statuti di esistenza degli stessi grazie all’efficacia del bioriduzionismo (MOL 2002). Nel distribuire i corpi e nel garantire maggiore efficacia nei processi di cura biologicamente intesa, si producono rappresentazioni specifiche che giocano un ruolo all’infuori della loro distribuzione. Dall’osservazione etnografica delle pratiche di cura ambulatoriali, emerge come la CCE fornisca sì alcune dimensioni bioridotte della corporeità, ma non solo: il linguaggio e l’eredità epistemica fortemente quantitativa di cui si nutrono gli apparati sociotecnici contribuiscono a generare quelle che sono chiamate identità algoritmiche (CHENEY-LIPPOLD 2011). Queste possono esulare dalle funzioni della CCE, sebbene acquisiscono una forte autorità in sede ambulatoriale, di fatto partecipando al *loop* onto-epistemico che produce ontologie variabili.

Sono in ambulatorio con Lorenzo in una medicina di gruppo. Edoardo, l’assistito, si presenta per una visita di routine, data dalla sua condizione di

cronicità. Lorenzo non capisce l'andamento degli esami del sangue dell'assistito; per questa ragione, la visita dura pochi minuti, Edoardo se ne va e Lorenzo chiama a supporto una collega. I due iniziano a controllare lo storico degli esami di laboratorio dell'assistito grazie a una funzione della CCE che permette di estrarre i singoli valori dei diversi esami del sangue archiviati dal software nella cartella clinica dell'assistito.

Nel guardare il grafico, Lorenzo e Federica stanno cercando un pattern: «Non capisco perché ha sto andamento della glicata» dice Lorenzo: «Vero, strano...» fa eco Federica. Lorenzo allora con un paio di rapidi click passa ad un secondo grafico, questa volta fatto di colonne, e i due iniziano a parlare di Edoardo come se fosse ancora qui con noi in ambulatorio, e non già sull'auto verso casa: «Con questi valori deve avere almeno questo o quello – discutono, non riesco a star loro dietro – guarda quel valore nel 2018, cosa stava facendo di diverso? O che il suo vecchio medico di base usasse un'altra terapia...». Mentre Lorenzo e Federica sciorinano una serie di termini tecnici per me impossibili da riportare qui senza stravolgerne i significati, continuano a indicare la sedia dove si trovava Edoardo, come se fosse ancora lì. Alla fine, impossibilitati dal comprendere cosa fosse successo in corrispondenza di determinati valori sei anni prima, e impossibilitati a recuperare dati da Fse [Fascicolo Sanitario Elettronico] o dalla cartella, decidono che sì, la cosa più saggia da fare sarebbe stata aspettare i risultati dei nuovi esami e valutare quelli.

La seconda visita si svolge poco dopo nello stesso ambulatorio. Una signora da tempo lamenta forti problemi respiratori, ma gli esami prescritti settimane prima da Lorenzo hanno portato risultati con valori nella norma.

La visita è molto silenziosa, si sente solo la ventola del computer, il digitare dei tasti e il click del mouse. Lorenzo controlla gli esami direttamente dalla cartella [...]. Una volta letti i referti – il silenzio ha dilazionato il tempo ma dubito siano passati più di 3 minuti – dice alla signora: «La sua storia polmonare non ha mai dato sintomi, vero?» e lei conferma con un cenno del capo. Dopo poco, Lorenzo invita la signora a fare altri esami di controllo, le consegna i promemoria delle prescrizioni e conclude la visita (Diario di campo, 31 luglio 2023).

I due episodi qui descritti permettono di ragionare sulla distribuzione dei corpi poiché l'assenza di questi ultimi non detta un'assenza del discorso intorno a essi. Nel primo caso, nonostante la componente anatomica di Edoardo sia uscita dalla porta, il suo corpo o, meglio, i risultati degli esami di laboratorio rispetto al suo sangue (che parlano “da sé”) hanno disegnato una corporeità a lui assegnata. Non è certamente l'unico caso, che assistiti/e debbano essere in ambulatorio per determinate decisioni e considerazioni è oggi relativo proprio perché i corpi sono distribuiti, non

fissi e fissi e immobili. La presenza delle persone in ambulatorio dipende da ciò che si sta ricercando, da se e come il corpo è già stato distribuito, come confermatomi da Marco durante un'intervista: «Il paziente è fondamentale per quando devi fare la visita, quando sei qua all'inizio. Quando torna dallo specialista, in realtà, l'utilità è relativa» (Intervista a Marco, medico di medicina generale, 2024). Questa distribuzione è data tanto da una moltiplicazione delle ontologie e delle loro rappresentazioni, quanto dalla possibilità di riassemblare i corpi ove necessario. La possibilità di riassettaggio è fornita, supportata e resa visibile dai software: grazie alla capacità delle CCE di leggere i diversi valori del sangue nel loro andamento storico è possibile per Lorenzo e Federica cercare un pattern per produrre una diagnosi. Nonostante l'apparato sociotecnico, i due medici non sono in grado di capire cosa stessero facendo di diverso Edoardo e il medico precedente, dunque l'assistito si sottoporrà a una nuova scomposizione, i suoi esami del sangue saranno ripetuti e una nuova corporeità sarà co-costruita. Nel secondo caso invece, l'impossibilità di individuare tramite la CCE la molteplicità ontologica dell'assistita determina l'impossibilità di riordinarne il mondo. I problemi respiratori esperiti dalla signora e tradotti tramite l'anamnesi non trovano conferma negli apparati sociotecnici: si dovrà procedere a interpretarne altri prima di poter riordinare corpo e mondo. La possibilità di scomporre e ricomporre le rappresentazioni e le ontologie dei corpi è assolutamente straordinaria: dagli esami del sangue si proietta un'ombra di Edoardo in ambulatorio, l'esperienza vissuta della signora richiede una scomposizione in grado di parlare da sé, o perlomeno il linguaggio degli apparati sociotecnici, gli stessi che sono stati in grado di reificare l'esperienza di Gioachino, garantendone una presa in carico.

Nell'introdurre queste tecnologie, la variabilità ontologica riflette un rinnovato ruolo della biomedicina stessa nella sua capacità di demistificare del mondo. In questo senso, secondo Nettleton (2002), essa ha messo in atto due movimenti di fuga dal suo ruolo di gestione, monitoraggio e ordinamento dei corpi: il primo sarebbe dovuto alla possibilità di "vedere" questi ultimi tramite le nuove tecnologie – come si evince dalla possibilità di valutare gli esami del sangue, l'artefatto da movimento, o comprendere la discrasia fra l'esperienza vissuta della signora e i suoi esami; il secondo movimento sarebbe invece dato dagli stessi corpi che possono fare a meno di presentarsi nei luoghi di cura per eccellenza, cliniche e ospedali, per applicare una cura del sé grazie alle stesse e diverse tecnologie di cui sopra. Il corpo, in questo modo, diventa «knowable in new ways, with a vast range of personalized measures – blood glucose, body temperature,

breathing rate and cardiac output, among myriad others – accessible any time from virtually everywhere» (MILLINGTON 2016). Non è la scomparsa della corporeità, quanto la linea che divide essa dagli apparati sociotecnici ad assottigliarsi (*ibidem*), rendendo ancora più necessarie indagini qualitative e in profondità delle pratiche che attuano suddetti assottigliamenti. Nel prossimo paragrafo analizzo come le vignette etnografiche presentate possono configurarsi in letteratura come forme di rappresentazione dei corpi molto specifiche. Infatti, i Cbs sottolineano come, data la sempre maggiore capacità di calcolo, ci sia il rischio di esacerbare le disuguaglianze già presenti e rinforzare il potere coercitivo e securitario degli algoritmi (VAN DIJCK 2014; ZUBOFF 2019). Queste forme distopiche di coercizione e controllo sarebbero possibili a partire proprio dall'esistenza delle identità algoritmiche e, nello specifico, dei *data double*.

Data double

Il concetto di *data double* è fortemente legato alla letteratura che si muove dalle teorie securitarie e si lega all'emergente paradigma di sorveglianza che va oltre il panopticon foucaultiano (FOUCAULT 2014) per teorizzare un "*electronic panopticon*" (GORDON 1987 in HAGGERTY, ERICSON 2000) che fa degli apparati sociotecnici alleati fondamentali nel controllo e nella disciplina dei corpi. Il *data double* è teorizzato come il risultato distopico di questa sorveglianza perpetua e onnisciente, ovvero nell'assemblaggio di tutti i dati riguardanti un individuo cosicché se ne possa delineare la persona senza doverla fisicamente avere presente in clinica, in aeroporto, o ovunque il controllo sia necessario (RUCKENSTEIN 2014). In ambulatorio, il *data double* dovrebbe poter essere formato dall'incrocio dei diversi flussi informativi che, se adeguatamente combinati, ricomporrebbero le individualità – nella vignetta precedente, un esempio è dato dagli esami del sangue di Edoardo. L'assemblaggio così pensato opera «by abstracting human bodies from their territorial settings and separating them into a series of discrete flows. These flows are then reassembled into distinct 'data doubles' which can be scrutinized and targeted for intervention» (HAGGERTY, ERICSON 2000: 606).

Haggerty ed Ericson disegnano un *data double* «of pure virtuality» (HAGGERTY, ERICSON 2000: 611), laddove io ritengo che questa scelta semantica rischi di compromettere la nostra concezione di corpi riducendoli, appunto, a entità puramente virtuali. Infatti, pur parlando di un loro

“doppio”, eliminare il corpo dall’analisi non può che far perdere di vista che – nonostante previsioni distopiche – siamo corpi, prima di possederli (RYLKO-BAUER *et al.* 2009). Inoltre, se è vero che, come Lock ha previsto, essi si trovano «*abstracted from real time, actual location, and social space*» (LOCK 1994: 371), non si può affermare che questi ultimi non prendano parte al processo di produzione di conoscenza – per quanto ci si possa riferire in un dato momento solo all’andamento della glicata nel sangue, o agli esami perfettamente nella norma della signora con problemi respiratori. Per questa ragione parlo di generazione sociotecnica delle ontologie variabili: culturalmente prodotte e sociotecnicamente generate laddove gli apparati sociotecnici ne garantiscono la presenza, tuttavia non indipendenti dai corpi stessi. Le identità algoritmiche, ad esempio, fanno del riduzionismo la loro forza, ma la loro ricomposizione difficilmente può avvenire tramite l’utilizzo esclusivo dei flussi poiché, anche se magicamente ricomposti, non restituirebbero una figura indipendente dall’essere corpi, prima di averli. S’è vero che l’attenzione data da Lorenzo e Federica ai valori degli esami del sangue di Edoardo rimanda a un’assenza del corpo nell’ambulatorio, è vero anche che, poco dopo, una signora sarebbe entrata in ambulatorio portando con sé la propria esperienza vissuta, fino a quel momento negata su un piano sociotecnico. Senza queste persone e le loro presenze corporee in centri specializzati e in ambulatorio non ci sarebbe alcun *data double*.

In altre parole, l’attenzione posta da diversi autori al tema della sorveglianza (VAN DIJCK 2014; HAGGERTY, ERICSON 2000; ZUBOFF 2019) e delle identità algoritmiche (CHENEY-LIPPOLD 2011) è fondamentale, ma dimentica le pratiche *enactment* dei corpi, di composizione e scomposizione degli stessi – come se, ottenuta la possibilità di scomporli, questi abbiano cessato di esistere, e solo le loro parti componessero il sociale. Il mio obiettivo è proprio recuperare le pratiche attraverso le quali le corporeità si scompongono e riassemblano, per dimostrarne la centralità anche nell’assenza. Se, infatti, ho parlato delle CCE come *l’absent present* (VAN VOORST, AHLIN 2024) riferendomi a elementi tecnologici che, sebbene invisibili, determinano la produzione di conoscenza, l’osservazione della pratica ambulatoriale dimostra come sia spesso il corpo la presenza invisibile nel momento in cui la variabilità ontologica è generata sociotecnicamente in processi di datificazione. Nella pratica clinica è possibile assistere alla co-costruzione di *data double* ma questi non prescindono dai corpi. Un quadro di analisi che rende la struttura strutturante ma non strutturata – e dunque dimentica il *loop* onto-epistemico con la quale si generano conoscenze – oscura le pratiche di *empowerment* di assistiti e assistite. A partire da ciò, il prossimo paragrafo

affronta questi processi di *empowerment* tramite il concetto del *quantified-self*: un paradigma che fa della possibilità di quantificare le proprie azioni una modalità di culturalmente connotata e sociotecnicamente generata che garantisce agli individui la riappropriazione della pratica del “contarsi” e, dunque, scomporsi. Con questa teoria voglio discutere la dimensione datificata del sé non più solamente “*data poor*” ma attore⁸.

Quantified-self

In questa vignetta etnografica mi trovo in ambulatorio con Federica, abbiamo già iniziato le visite e siamo con una signora con un problema all'anca che comporta una deambulazione particolarmente faticosa. La signora vorrebbe poter eseguire un'operazione chirurgica per recuperare, auspicabilmente, capacità motoria, ma Federica è al momento cauta sul percorso da seguire.

La prima persona che entra è una signora anziana, entra camminando con l'ausilio di un bastone. Federica ha l'abitudine di andare in corridoio ad accogliere i pazienti, e camminare con loro fino al suo studio, in fondo a sinistra. Mentre cammina con la signora, le anticipa della mia presenza: «Signora oggi c'è con me un ragazzo, Matteo, è un ricercatore di antropologia». Federica entra con la signora, si siede e apre la cartella [...]. La signora mi squadra ma non sembra essere infastidita dalla mia presenza. Si siede, e Federica subito: «Come sta? Col camminare la vedo benissimo!». La signora muove un solo angolo della bocca, a formare un sorriso quasi beffardo: «Eh, anche lei me lo dice... in corridoio! Mi vedesse per strada» (Diario di campo, 1 agosto 2023).

Come durante ogni visita, Federica per prima cosa controlla la CCE, cerca tracce datificate dello stato di salute e malattia dell'assistita, trovando risultati che ne certificano la condizione clinicamente non patologica. Tuttavia, la signora interviene subito nella definizione del suo benessere: «Eh, anche lei me lo dice... in corridoio! Mi vedesse per strada». Nel pronunciare la frase, la signora irrompe con la sua esperienza vissuta, rendendo l'ambulatorio il luogo d'eccezione (AGAMBEN 2017) dove si configurano salute e malattia, dove si performa una corporeità che non è quella della vita di tutti i giorni. È nell'espressione «mi vedesse per strada» che sono giocate le identità quotidiane, fuori dall'ambulatorio: è lì che il corpo si relaziona col mondo ed è lì e in quel momento che non è più dato: un buco nel manto stradale, un gradino, una persona che cammina senza guardare davanti a sé, un clacson che suona all'improvviso. È in questa dimensione di relazioni causali e casuali che i corpi si declinano con plasticità, quelli

che non sono più in grado di farlo sperimentano la demartiniana “crisi della presenza” (DE MARTINO, GALLINI 2021) e cercano una ricostruzione della propria variabilità ontologica nella clinica. È nella discrasia tra questi luoghi di cura e il mondo esterno che possiamo notare la variabilità ontologica dei corpi, cioè la coesistenza delle ontologie declinate relazionalmente. In altre parole, assistiti/e entrano in ambulatorio con sintomi, non malati. I corpi possono non essere funzionali ma devono passare al vaglio della critica per eccellenza: la biomedicina. È l'ingresso nei luoghi di cura che etnograficamente li rende sani o meno, come è evidente dal prosieguito della vignetta.

Federica si sta concentrando molto sulla cartella clinica elettronica, guarda attentamente una serie di numeri circa gli esami del sangue appena effettuati, li misura, li pesa, cerca di capire a che genere di corpo i numeri stanno dando vita. La signora, nel mentre, prosegue: «Non faccio più di tremila passi al giorno» [...]. Nel proseguire la visita, Federica controlla la pressione: altri numeri (Diario di campo, 1 agosto 2023).

Non solo, oggi la generazione sociale della sofferenza deve passare più che mai al vaglio dei reami sociotecnici: è tramite questi ultimi che è possibile validare molte delle esperienze di salute e malattia – se non direttamente, tramite l'utilizzo della stessa semantica datificata. In questa vignetta, la forma più interessante dello scambio di dati – o, meglio, di questo *mixage* di ontologie – è la scelta di riportare un dolore inquantificabile in indicatori quantificati: numeri di passi correlati alla patologia. È una scelta – informata dalla sempre più trasversale adozione di nuove tecnologie e dei linguaggi di cui sono composte – che irrompe nella relazione medico-paziente, poiché «In the clinical context, self-tracking can balance or adjust the power dynamics of the doctor-patient relationship by giving rise to forms of therapeutic alliance in which patients and providers are both seen as experts» (NAFUS, NEFF 2016: 140; RUCKENSTEIN, SCHÜLL 2017). Dunque, la relazione non è più solo costituita dalla dualità medico-paziente, né tantomeno dalla verticalità della stessa, bensì dalle relazioni – diacroniche e isotopiche – tra gli attori. L'intervento dell'apparato sociotecnico fa sì che le identità algoritmiche vadano oltre la demartiniana crisi della presenza. Specificatamente, in questa vignetta avviene un'appropriazione e un'adozione delle stesse autorità epistemiche – utilizzate e di cui sono composti gli apparati sociotecnici, dunque relative variabilità ontologiche – che parlano la lingua delle istituzioni e in grado di generare socialmente e tecnicamente la malattia, altrimenti solo individualmente esperita. Si sceglie di

riportare un dolore inquantificabile in indicatori quantificati: numeri di passi, correlati alla patologia, ossia il *quantified-self* (SCHÜLL 2019).

Schüll propone una lettura interessante del processo di auto-quantificazione, una posizione che si oppone alle visioni derivativamente foucaultiane sul potere inteso come disciplinamento dei corpi. Le forme di quantificazione che co-produciamo ogni giorno – geolocalizzazione, social network, *Internet of Things* – consentono una maggiore predittività da parte degli algoritmi delle interazioni sociali (SEEVER 2021), in altre parole rendono prevedibile la società e al tempo stesso aggiungono nuove forme di autodeterminazione (ESPELAND, SAUDER 2007). Ciò garantirebbe alle ultime di essere assoggettate a un potere disciplinare, con conseguenti svolte biopolitiche da parte delle istituzioni. Da un lato, Schüll sottolinea come «*datification decomposes the person*» (2019: 910), dunque con la conseguenza, secondo altri autori, di configurarsi sempre più in «*persons without qualities*» (DAVIS, SCHERZ 2019): individui, soggetti scomposti in dataset e flussi informativi. Dall'altro, Schüll evidenzia che, se analizzato da un punto di vista etnografico, ciò che distingue moderne forme di *self-tracking* dalla tecnologia del sé foucaultiana di sorveglianza è che la prima manca di una caratteristica fondamentale tra quelle descritte dal filosofo francese in *Sorvegliare e Punire*: la dimensione punitiva (FOUCAULT 2014).

Con questa vignetta etnografica il tentativo è pensare la dimensione del *self-tracking* per discutere delle conseguenze di questi processi in ambito ambulatoriale. Nell'esclamazione «non faccio più di tremila passi al giorno», la signora sta consciamente quantificando una parte della sua esperienza vissuta, sta co-costruendo un nuovo modo di esperire il suo corpo associandolo a un dato quantitativo (SMITH, VONTHETHOFF 2017) nella speranza che sia possibile trovare una cornice di senso agli occhi dell'autorità. Per farlo, fornisce a quest'ultima una conoscenza che possa essere ritenuta «*uncontaminated by interpretation*» (PANTZAR, RUCKENSTEIN 2017) – autorità rappresentata nella persona di Federica nel suo ruolo di medica di medicina generale. La richiesta avviene mentre Federica si affida alle ontologie sociotecnicamente generate nella CCE – esami, tabelle, numeri, “dati” – per giungere allo stesso punto: intraprendere un percorso terapeutico valido. Nel momento in cui l'assistita dichiara di non fare più di tremila passi al giorno non sta semplicemente riportando un dato che ha rintracciato su di sé: la decisione di comunicare la sua esperienza vissuta in questa forma si traduce nell'esplicare lì, davanti alla scrivania di Federica, l'esistenza di un nodo gordiano che impedisce il prosieguo di una storia – che, sebbene non configuri una dinamica di per sé “punitiva”, ne condivide la connotazione

bipolitica. Quale forma della corporeità può garantire alla sofferenza della signora l'ingresso nel regime di verità? Il nodo epistemologico è fin troppo stretto per potere essere sciolto, la complessità del mondo non può essere tradotta all'interno dell'ambulatorio, la CCE non fornisce le risposte che Federica cerca, né riporta specifiche variabilità ontologiche tali per cui si possa giustificare al SSN (o alla deontologia professionale) un intervento. Sebbene ciò che si chiede alla medicina oggi è proprio questo: sciogliere il nodo gordiano, fare in modo che si possano fare più di «tremila passi». Laddove, sola, non riesce, assistiti e assistite vengono incontro: contano i passi, i litri d'acqua bevuti, i battiti, misurano la pressione a casa, tutto nel tentativo fornire rappresentazioni dei corpi generabili sociotecnicamente, fornendo una variabilità ontologica valida per gli apparati sociotecnici.

Conclusioni

I CDS contribuiscono largamente al discorso intorno all'utilizzo delle nuove tecnologie in ambito sanitario e, sebbene a livello internazionale sia possibile trovare lavori etnografici a riguardo – come quelli di Schüll (2019, 2006) – nel contesto italiano è più raro. Questo studio ha contribuito a riposizionare l'etnografia all'interno degli ambulatori, guadagnando una *thick description* delle pratiche di cura nonché il punto di vista di professionisti e professioniste. Nello specifico, in un panorama sanitario italiano che insiste alla digitalizzazione più o meno coerente e pianificata delle pratiche di cura (The Lancet 2025), lo studio ha dimostrato l'importanza delle CCE nel guidare queste ultime e nel rappresentare assistiti/e. Nell'osservare l'ambulatorio come un nodo epistemologico dove le conoscenze sono co-prodotte diacronicamente e isotopicamente, sono emerse pratiche agite da una moltitudine di attori a loro volta in grado di scatenare la variabilità ontologica dei corpi. In questo modo, le conoscenze prodotte si nutrono di ontologie molto diverse tra loro che concorrono nel determinare una presa in carico e una cura quanto più coerente e vicina ai bisogni delle persone.

Laddove esami del sangue, TAC, e passi contati rappresentano delle possibilità di moltiplicazione ontologica delle rappresentazioni dei corpi, è dai corpi che esse dipendono. Nelle vignette etnografiche riportate, la necessità di una generazione sociotecnica dell'esperienza di malattia ha fatto sì che si creassero le condizioni per l'emersione di sempre più imperanti identità algoritmiche: non meri costrutti culturali, bensì ontologie variabili nate dai e coi corpi, la cui generazione sociale è avvenuta tramite gli appa-

rati sociotecnici. Al tempo stesso, se i lavori svolti sul *quantified-self* trattano temi fondamentali nel parlare di come ognuno può suddividere e concepirsi secondo valori numerici, questi non esauriscono la portata ontologica del processo di “contarsi”. L’ipotesi dei flussi informativi in termini di *data double* ha rappresentato un punto di partenza utile per comprendere come le diverse ontologie si possono combinare e manifestare, ma è solo portando l’attenzione ai corpi e alle pratiche che si è concretizzata una visione olistica dei processi. In questo panorama, le CCE hanno costituito una modalità culturalmente connotata di esperire i corpi e sono state tra i principali attori in grado di generarli socialmente: l’attuale configurazione della pratica clinica è tale che la generazione sociale di corpo, salute e malattia dipende dalla commistione fra epidemiologia e pratica clinica, quest’ultima fortemente influenzata dall’apparato sociotecnico della CCE – non tanto per gli esiti quanto, appunto, per la possibilità di corpi e malattie di esistere, dunque essere “curati”. La capacità delle CCE di rendere visibile la variabilità ontologica sottolinea l’importanza che ha assunto oggi l’analisi delle identità algoritmiche. Infatti, se la biomedicina – forte degli approcci introdotti anche dall’antropologia – cerca di non scomporre i corpi nelle loro componenti essenziali, oggi sono i software a richiederlo, mentre al contempo garantiscono ai/alle professionisti/e l’autorità epistemica, nonché il funzionamento istituzionale. È in questi processi di datificazione che avviene la generazione sociale e tecnica di corpo, salute e malattia, senza la quale non sarebbe possibile prendersi cura delle persone.

In conclusione, rendere conto delle pratiche e degli attori che garantiscono una co-produzione di conoscenze, una datificazione di queste ultime e, infine, una generazione sociotecnica delle ontologie variabili è fondamentale affinché si possa recuperare una dimensione critica sul discorso intorno a corpo, salute, malattia, e tecnologie. Nell’osservare l’ambulatorio come un nodo epistemologico in grado di moltiplicare all’infinito gli attori che co-producono conoscenza, ho individuato gli apparati sociotecnici come principali responsabili della reificazione dello statuto ontologico dei corpi. Questo passaggio l’ho definito “generazione sociotecnica delle ontologie variabili” perché, sebbene si possa affermare la generazione di queste ultime in ambulatorio, è altresì vero che solo a quelle generate sociotecnicamente, oltre che culturalmente, è garantito uno statuto ontologico valido per gli attori sociali e istituzionali in gioco. In altre parole, è la capacità di generare tecnicamente e socialmente le ontologie che rende le CCE attori imprescindibili. Dunque, mentre i Cds forniscono una lettura strutturale dei corpi, l’antropologia medica, grazie

alla sua metodologia squisitamente etnografica e al suo posizionamento critico, si trova nuovamente in grado di fornire un perno intorno al quale incardinare un ingaggio critico interdisciplinare con le più recenti tecnologie. Tuttavia, senza una rinnovata attenzione alle pratiche di cura, il rischio è una predeterminazione del ruolo dei dispositivi elettronici e, in questa configurazione, dei corpi stessi. Infine, solo attraverso un'analisi onto-epistemica è possibile osservare i ruoli che corpi e apparati sociotecnici assumono vicendevolmente nel co-costruire i primi, così da trovare spazi di dialogo interdisciplinare. In altre parole, se oggi in ambulatorio è necessaria la reificazione da parte del software per attestare una diagnosi e/o un percorso di cura, ignorare i processi e le pratiche che agiscono con e tramite i software stessi vanifica ogni tentativo di comprensione delle corporeità e della sua sempre maggiore variabilità ontologica.

Note

⁽¹⁾ La *Datafied society* è una società che fa affidamento su apparati sociotecnici complessi per il monitoraggio e la gestione della salute e della malattia (DI SALVO, MILAN 2021).

⁽²⁾ Per attori “non-umani” si intendono tutti quegli elementi del campo considerati privi di agency – come, in questo caso, i software – che l’Actor-Network Theory ha indagato ampiamente. Pur non adottandone il vocabolario estremamente complesso, questo paradigma teorico-metodologico fornisce un punto di partenza fondamentale nella ricostruzione degli elementi che “compongono il sociale” (LATOUR 2022).

⁽³⁾ “Dispiegamento” è utilizzato con la connotazione di Latour: «“Dispiegare” significa semplicemente che, nel rapporto che conclude l’indagine, il numero di attori aumenta; [...] il numero di oggetti attivi nella stabilizzazione dei gruppi e delle agency si moltiplica» (LATOUR 2022: 213).

⁽⁴⁾ La medicina di gruppo è una organizzazione di medici di medicina generale che condividono una sede fisica e la segreteria per svolgere la loro attività. Inoltre, la medicina di gruppo consente a tutti/e i/le partecipanti di accedere alle CCE di assistiti/e di colleghi/e.

⁽⁵⁾ L’*International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification* (ICDM-9-CM) è un sistema di classificazione che assegna codici numerici o alfanumerici a diagnosi, interventi chirurgici e procedure diagnostiche e terapeutiche, utilizzato per la codifica delle informazioni cliniche nelle Schede di Dimissione Ospedaliera (MINISTERO DELLA SALUTE 2025).

⁽⁶⁾ A. Mol svolge un’etnografia di sette anni all’interno di un ospedale – anonimizzato come Hospital z – dove la ricercatrice segue tutte le fasi – dalla presa in carico all’anamnesi fino alla chirurgia e alle analisi di laboratorio – di cura della condizione di arteriosclerosi, dimostrando come, per esempio, i tessuti analizzati in laboratorio possiedano una propria ontologia rispetto alle persone da cui sono stati rilevati.

⁽⁷⁾ Gli artefatti da movimento sono offuscamenti di alcune parti o dell'intera TAC dovute a un movimento della persona durante l'esame. Questo movimento: «Comporta l'offuscamento dell'intera immagine da parte di "immagini fantasma"» o, laddove si muova solo una parte: «Comporta invece l'offuscamento nell'immagine di quella porzione dell'oggetto» (HORNAK 1996).

⁽⁸⁾ Secondo Boyd e Crawford, nel panorama attuale di Big Data e Intelligenze Artificiali, esistono delle forti e difficilmente affrontabili dinamiche di potere tra i *data poor*, cioè chi fornisce i dati, e i *data rich*, cioè istituzioni private o pubbliche che li gestiscono (BOYD, CRAWFORD 2012).

Bibliografia

- AGAMBEN G. (2017), *The Omnibus Homo Sacer*, Stanford University Press, Stanford.
- BOYD D., CRAWFORD K. (2012), *Critical Questions for Big Data: Provocations for a Cultural, Technological, and Scholarly Phenomenon*, "Information, Communication & Society", Vol. 15 (5): 662-679.
- BRAUDEL F. (1958), *Histoire et Sciences sociales: La longue durée*, "Annales. Économies, Sociétés, Civilisations", Vol. 13 (4): 725-753.
- BONANNO L. (2025), *Vignettes from Athens: On Drawing, Ethnography, and Being a Bad Anthropologist*, "Anthropology and Humanism", e70055.
- BOURDIEU P. (2016), *Raisons pratiques. Sur la théorie de l'action*, Média Diffusion, Monaco.
- BUSO S. (2015), *What works. Efficacia e quantificazione nelle politiche sociali in trasformazione*, "Rassegna Italiana Sociologia", Vol. 3: 479-502.
- CANALI S. (2016), *Big Data, Epistemology and Causality: Knowledge in and Knowledge Out*, "Big Data & Society", Vol. 3 (2): 1-11.
- CASTELLS M. (2014 [2002]), *La nascita della società in rete*, EGEA Università Bocconi Editore, Milano.
- CHENEY-LIPPOLD J. (2011), *A New Algorithmic Identity: Soft Biopolitics and the Modulation of Control*, "Theory, Culture & Society", Vol. 28 (6): 164-181.
- COULDRY N., YU J. (2018), *Deconstructing Datafication's Brave New World*, "New Media & Society", Vol. 20 (12): 4473-4491.
- CSORDAS T.J. (1990), *Embodiment as a Paradigm for Anthropology*, "Ethos", 18 (1): 44.
- DAVIS J.E., SCHERZ P. (2019), *Persons without Qualities: Algorithms, AI, and the Reshaping of Ourselves*, "Social Research: An International Quarterly", Vol. 86 (4): xxxiii-xxxix.
- DE MARTINO E., GALLINI C. (2021 [1958]), *Morte e Pianto Rituale Nel Mondo Antico: Dal Lamento Funebre Antico al Pianto Di Maria*, Piccola Biblioteca Einaudi, Torino.
- DESROSIÈRES A. (2002 [1998]), *The Politics of Large Numbers: A History of Statistical Reasoning*, Harvard University Press, Cambridge.
- DI SALVO P., MILAN S. (2021), *Four Invisible Enemies in the First Pandemic of a "Datafied Society"*, "openDemocracy", <https://www.opendemocracy.net/en/can-europe-make-it/four-invisible-enemies-in-the-first-pandemic-of-a-datafied-society/> (consultato il 7/05/2025).
- EPELAND W.N., SAUDER M. (2007), *Rankings and Reactivity: How Public Measures Recreate Social Worlds*, in *American Journal of Sociology*, Vol. 113 (1): 1-40.

- EDWARDS P.N. (2003), *Infrastructure and Modernity: Force, Time, and Social Organization in the History of Sociotechnical Systems*, "Technology and Modernity: The Empirical Turn", Vol. 1: 185-226.
- FOUCAULT M. (2014 [1975]), *Sorvegliare e Punire, nascita della prigione*, Giulio Einaudi Editore, Torino.
- FOUCAULT M. (1990 [1976]), *The History of Sexuality: An Introduction*, Vintage Books, New York.
- HAEMMERLE R., PALUDO J., HADDAD T.C., PRITCHETT J.C. (2024), *The Growing Role of Digital Health Tools in the Care of Patients with Cancer: Current Use, Future Opportunities, and Barriers to Effective Implementation*, "Current Oncology Reports", Vol. 26 (6): 593-600.
- HAGGERTY K.D., ERICSON R.V. (2000), *The Surveillant Assemblage*, "The British Journal of Sociology", Vol. 51 (4): 605-622.
- HORNAK J.P. (1996), *The Basics of MRI*, Rochester Institute of Technology, Rochester, NY.
- KITCHIN R. (2014), *Big Data, New Epistemologies and Paradigm Shifts*, "Big Data & Society", Vol. 1 (1): 1-12.
- LATOUR B. (2022 [2005]), *Riassemblare il sociale: Actor-Network Theory*, Meltemi, Milano.
- LEHMANN H. (2017), *The Informatics Stack: A Heuristic Tool for Informatics Teaching*, *Methods of Information*, "Medicine", Vol. 56 (1): e129-e133.
- LIAW S.T., KUZIEWSKY C., SCHREIBER R., JONNAGADDALA J., LIYANAGE H., CHITTALIA A., BAHNIWAL R., HE J.W., RYAN B.L., LIZOTTE D.J., KUEPER J.K., TERRY A.L., DE LUSIGNAN S. (2021), *Primary Care Informatics Response to Covid-19 Pandemic: Adaptation, Progress, and Lessons from Four Countries with High ICT Development*, "Yearbook of Medical Informatics", Vol. 30 (01): 44-55.
- LOCK M. (1994), *Encounters with Aging: Mythologies of Menopause in Japan and North America*, University of California Press, Oakland.
- LOCK M., FARQUHAR J. (2007), *Beyond the Body Proper: Reading the Anthropology of Material Life*, Duke University Press, Durham.
- LUPTON D. (2013), *The Digitally Engaged Patient: Self-Monitoring and Self-Care in the Digital Health Era*, "Social Theory & Health", Vol. 11 (3): 256-270.
- MATURO A., MORETTI V., MORI L. (2016), *An Ambiguous Health Education: The Quantified Self and the Medicalization of the Mental Sphere*, "Italian Journal of Sociology and Education", Vol. 8 (10/2016): 248-268.
- MATURO A., SETIFFI F. (2016), *The Gamification of Risk: How Health Apps Foster Self-Confidence and Why This Is Not Enough*, "Health, Risk & Society", Vol. 17 (7-8): 477-494.
- MERLEAU-PONTY M. (2007), *The Phenomenology of Perception*, in *Beyond the Body Proper: Reading the Anthropology of Material Life*, Duke University Press, Durham.
- METCALF J., CRAWFORD K. (2016), *Where Are Human Subjects in Big Data Research? The Emerging Ethics Divide*, "Big Data & Society", Vol. 3 (1): 1-14.
- MILLINGTON B. (2016), *'Quantify the Invisible': Notes Toward a Future of Posture*, "Critical Public Health" Vol. 26 (4): 405-417.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2025), *Ministero della Salute – FAQ SDO*. https://www.salute.gov.it/new/it/faq/faq-schede-di-dimissione-ospedaliera-sdo/?utm_source (consultato il 13/02/2025).
- MOL A. (2002), *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*, Duke University Press, Durham.
- NAFUS D., NEFF G. (2016), *Self-Tracking*, Mit Press, Cambridge.
- NETTLETON S. (2002), *The Emergence of E-Scaped Medicine?*, "Sociology", Vol. 38: 661-679.

- PAGLIARI C. (2021), *Digital Health And Primary Care: Past, Pandemic and Prospects*, "Journal of Global Health", 11: 1-9.
- PANTZAR M., RUCKENSTEIN M. (2017), *Living the Metrics: Self-Tracking and Situated Objectivity*, "Digital Health", Vol. 3: 1-10.
- PORTER T. M. (1995), *Trust in Numbers: The Pursuit of Objectivity in Science and Public Life*, Princeton University Press, Princeton.
- PRELAJ A., MISKOVIC V., ZANITTI M., TROVO F., GENOVA C., VISCARDI G., REBUZZI S.E., MAZZEO L., PROVENZANO L., KOSTA S., FAVALI M., SPAGNOLETTI A., CASTELO-BRANCO L., DOLEZAL J., PEARSON A.T., LO RUSSO G., PROTO C., GANZINELLI M., GIANI C., AMBROSINI E., TURAJILIC S., AU L., KOOPMAN M., DELALOGUE S., KATHER J. N., DE BRAUD F., GARASSINO M.C., PENTHEROUDAKIS G., SPENCER C., PEDROCCHI A.L.G. (2024), *Artificial Intelligence for Predictive Biomarker Discovery in Immuno-Oncology: A Systematic Review*, "Annals of Oncology: Official Journal of the European Society for Medical Oncology", Vol. 35 (1): 29-65.
- QUARANTA I. (2014), *Antropologia medica e salute globale*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", Vol. 16 (37): 127-146.
- RAFFAETÀ R., AGNELLI S., MARTINI C. (2022), *Post-genomica e post-verità: Un dialogo interdisciplinare*, pp. 221-249, in IENNA G., D'ABRAMO F., BADINO M. (a cura di), *Expertise ed epistemologia politica*, Meltimi, Milano.
- RUCKENSTEIN M. (2014), *Visualized and Interacted Life: Personal Analytics and Engagements with Data Doubles*, "Societies", Vol. 4 (1): 68-84.
- RUCKENSTEIN M., SCHÜLL N.D. (2017), *The Datafication of Health*, "Annual Review of Anthropology", Vol. 46 (1): 261-278.
- RYLKO-BAUER B., WHITEFORD L., FARMER P. (2009), *Coming to Terms with Global Violence and Health*, pp. 3-16, in RYLKO-BAUER B., WHITEFORD L., FARMER P. (a cura di) *Global Health in Times of Violence*, NM: School for Advanced Research Press, Santa Fe.
- SAYES E. (2014), *Actor–Network Theory and Methodology: Just What Does It Mean to Say That Nonhumans Have Agency?*, "Social Studies of Science", Vol. 44 (1): 134-149.
- SCHEPER-HUGHES N., LOCK M. (1987), *The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology*, "Medical Anthropology Quarterly", Vol. 1 (1): 6-41.
- SCHLOSSER A.V., NINNEMANN K. (2012), *Introduction to the Special Section: The Anthropology of Psychopharmaceuticals: Cultural and Pharmacological Efficacies in Context*, "Culture, Medicine, and Psychiatry", Vol. 36 (1): 2-9.
- SCHÜLL N.D. (2019), *The Data-Based Self: Self-Quantification and the Data-Driven (Good) Life*, "Social Research: An International Quarterly", Vol. 86 (4): 909-930.
- SCHÜLL N.D. (2006), *Machines, Medication, Modulation: Circuits Of Dependency And Self-Care In Las Vegas*, "Culture, Medicine and Psychiatry", Vol. 30 (2): 223-247.
- SHARMA A., HARRINGTON R.A., MCCLELLAN M.B., TURAKHIA M.P., EAPEN Z.J., STEINHUBL S., MAULT J.R., MAJMUDAR M.D., ROESSIG L., CHANDROSS K.J., GREEN E.M., PATEL B., HAMER A., OLGIN J., RUMSFELD J.S., ROE M.T., PETERSON E.D. (2018), *Using Digital Health Technology to Better Generate Evidence and Deliver Evidence-Based Care*, "Journal of the American College of Cardiology", Vol. 71 (23): 2680-2690.
- SEAVER N. (2021), *Everything Lies in a Space: Cultural Data and Spatial Reality*, "Towards an Anthropology of Data", Vol. 27 (S1): 26-43.
- SMITH G.J.D., VONTHETHOFF B. (2017), *Health by Numbers? Exploring the Practice and Experience of Datafied Health*, "Health Sociology Review", Vol. 26 (1): 6-21.

TAYLOR L. (2020), *The Price of Certainty: How the Politics of Pandemic Data Demand an Ethics of Care*, "Big Data & Society", Vol. 7 (2): 205.

The Lancet Regional Health – Europe (2025), *The Italian Health Data System Is Broken*, "The Lancet Regional Health - Europe", 48: 101206.

TURNER V. (2007), *Symbols in Ndembu Ritual*, pp. 69-82, in M. Lock, J. Farquhar (a cura di), *Beyond the Body Proper: Reading the Anthropology of Material Life*, Duke University Press, Durham.

VAN DIJK J. (2014), *Datafication, Dataism and Dataveillance: Big Data between Scientific Paradigm and Ideology*, "Surveillance & Society", Vol. 12 (2): 197-208.

VAN DIJK J. (1999), *The One-Dimensional Network Society of Manuel Castells*, "New Media Society", Vol. 1: 127-138.

VAN VOORST R., AHLIN T. (2024), *Key Points for an Ethnography of AI: An Approach Towards Crucial Data*, "Humanities and Social Sciences Communications", Vol. 11 (1): 337.

WALTON S. (2021), *Digital Health 'from above' and 'below': Cases from Italy*, Anthropology of Smartphones and Smart Ageing Blog.

WHO (2020), *Global Strategy on Digital Health 2020-2025*, World Health Organization, Geneva.

ZUBOFF S. (2019), *The Age of Surveillance Capitalism: The Fight for a Human Future at the New Frontier of Power*, PublicAffairs, New York.

Scheda sull'Autore

Matteo Valoncini è nato a Bergamo nel 1993. Ha conseguito la laurea triennale in Lettere moderne presso l'Università degli Studi di Milano e la laurea magistrale in Antropologia culturale ed etnologia presso l'Università di Bologna. Presso il Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale (Csi) ha partecipato al progetto di ricerca-azione *L'equità nel diritto alla salute: il contrasto alle disuguaglianze nella città di Bologna*. Ha successivamente ottenuto un dottorato di ricerca presso l'Università di Bologna con uno studio sulla digitalizzazione delle cure primarie, svolto all'interno del Dipartimento di Storie, Culture e Politiche del Globale.

Riassunto

Corpi, digitalizzazione e datificazione: la generazione sociotecnica delle ontologie variabili

L'articolo analizza come corpi, salute e malattia emergano da configurazioni socio-tecniche, intrecciando pratiche, tecnologie e conoscenze. L'articolo evidenzia come tali rappresentazioni producano nuove forme di soggettività, in particolare le identità algoritmiche. Dialogando con i Critical Data Studies e il concetto di variabilità ontologica di Mol, l'articolo cerca un rinnovato ingaggio dell'antropologia medica con lo studio di corpi, salute e malattia che consideri la generazione non solo culturale e sociale, ma anche sociotecnica di questi ultimi.

Parole chiave: digitalizzazione, cure primarie, cartelle cliniche elettroniche, identità algoritmiche

Resumen

Cuerpos, digitalización y datificación: la generación sociotécnica de ontologías variables

El artículo analiza cómo los cuerpos, la salud y la enfermedad emergen de configuraciones sociotécnicas que entrelazan prácticas, tecnologías y saberes. Se muestra cómo estas representaciones generan nuevas formas de subjetividad, en particular identidades algorítmicas. Dialogando con los Critical Data Studies y el concepto de variabilidad ontológica de A. Mol, el texto propone una renovación del compromiso de la antropología médica con el estudio del cuerpo, la salud y la enfermedad que considérez la génération non seulement culturelle et sociale, mais aussi socio-technique de ces derniers.

Palabras clave: digitalización, atención primaria, historias clínicas electrónicas, identidades algorítmicas

Résumé

Corps, numérisation et datification: la génération sociotechnique des ontologies variables

L'article examine comment le corps, la santé et la maladie émergent de configurations sociotechniques mêlant pratiques, technologies et savoirs. Il met en lumière la manière dont ces représentations produisent de nouvelles formes de subjectivité, notamment les identités algorithmiques. En dialogue avec les Critical Data Studies et le concept de variabilité ontologique d'A. Mol, l'article appelle à un renouveau de l'engagement de l'anthropologie médicale dans l'étude du corps, de la santé et de la maladie que considère la génération non solo cultural y social, sino también sociotécnica de estos últimos.

Mots-clés: digitalisation, soins primaires, dossiers médicaux électroniques, identités algorithmiques

Pensiero logico, pensiero illogico e pensiero analogico: medicina di confine tra pregiudizio e fraintendimento

Sara Cassandra

Scrittrice

[sara.cassandra995@outlook.it]

Questa è la storia di tre fratelli.

Pensiero logico, pensiero illogico e pensiero analogico.

Il secondo fratello, *pensiero illogico*, nacque dall’“assenza del primo fratello” dal grembo semantico materno. E infatti il suo destino – coerentemente – fu segnato da figure parentali “assenti”. Diciamo pure che ai suoi parenti destava più sospetto che curiosità; pertanto, sembrava tremendamente difficile identificarlo con precisione: chissà se qualcuno aveva mai imparato a conoscerlo davvero?

Non di rado, veniva confuso con il terzo fratello, *pensiero analogico* – dai tratti somatici altrettanto oscuri.

Qualcuno pensava (senza mai confessarselo ad alta voce...) che la somiglianza tra i due fratelli fosse scontata. Qualcuno, invece, pur vedendone le differenze, li confondeva per muovere un inconscio dispetto – al fine di proteggere meglio la reputazione del primogenito, *pensiero logico*.

Pensiero logico era sempre stato il fratello più ammirato, più idealizzato, più desiderato. Ma no, probabilmente non era mai stato amato. Perché, anche quando commetteva errori, la logica schiacciante dei suoi errori lo teneva al riparo dall’essere considerato vulnerabile... e così, era logico che nessuno avesse da perdonargli qualcosa, che nessuno si intenerisse davanti ai suoi incidenti, che nessuno si domandasse, in cuor suo, se *pensiero logico* avesse dormito sogni tranquilli, se avesse mangiato, se avesse trascorso una bella giornata. Lui funzionava. E il suo funzionamento bastava e avanzava, comesintomo del suo benessere.

Quindi, il suo destino era un po' quello del divismo. Spiato, controllato, bramato, idealmente tutelato, ma sempre con la gelida consapevolezza che "...nella sua perfezione, se la caverà benissimo da solo".

Adesso, invece, parliamo del destino del *pensiero analogico*. La sua nascita sembra essere ancora avvolta nel mistero. Fonti autorevoli affermano che nacque assai prima del *pensiero logico*. Eppure, a causa di una certa "paura del buio", non si osava togliere al pensiero logico nessuno dei suoi innumerevoli primati o modi di primeggiare: perciò, il *pensiero logico* doveva necessariamente essere nato *prima* degli altri fratelli. Se non fosse stato così, si sarebbero dovute riscrivere tutte le favole che si raccontavano ai bambini iniziati allo scientismo. Quelle che iniziavano con la formuletta *magica* del "...C'era una volta, prima del pensiero logico... l'abisso, il vuoto, il nulla".

Bene. Ora che la favola scienziata è appena iniziata, il nostro racconto è appena finito. Per cui, finalmente, ci è dato di vedere il vero volto del *pensiero analogico* – quando la "fine" di qualcosa viene tratta dall'"inizio" di qualcos'altro, quando il pensiero analogico smentisce l'opposizione apparente tra inizio e fine, evidenziando il filo invisibile che connette i due estremi.

In un passaggio del libro *Guaritori di follia – storie dell'altopiano Dogon* (Bollati Boringhieri editore) di Piero Coppo, del 1994, a p. 46 del capitolo intitolato *Curare il "vento"*, si legge la seguente affermazione:

D'altra parte, è meno fortificata, sull'altopiano, la linea di frontiera tra pensiero logico, costruito con catene sequenziali causa-effetto, e quello analogico, fatto di collegamenti per coincidenze, somiglianze, echi, intuizioni. Il primo non è cresciuto come nelle società tecnico-industriali su se stesso, relegando il secondo nel rimosso: serbatoio di incubi, paure, orrori ferini. Al contrario, il guaritore pratica e sa usare la forza che c'è nell'incolto, nella notte. Conosce il pericolo; ma lì è la sua sfida, il suo ruolo di interprete e mediatore: nell'andare a prendere forze, significati, oggetti nell'altro mondo per portarli in quello del giorno, negli spazi bene ordinati del villaggio e della cultura. Il passaggio da un modo di pensare all'altro, dal giorno alla notte, dalla ragione al sogno, è qui meno difficile, e suscita minor terrore di perdersi.

Coppo fa riferimento ai guaritori dogon, e più esattamente al loro modo di pensare il malato e la malattia, parlandoci di pensiero *analogico* – laddove un certo tipo di pregiudizio, tipicamente presente nelle società occidentali, potrebbe parlarci di pensiero *illogico*. Ciò che intendo affrontare con maggiore pregnanza, dal racconto in poi, è il tema del fraintendimento. Fraintendimento che colpisce alle radici della medicina olistica, e che diventa il

trampolino di lancio di quella “fretta” di tacciare di il-logicità la metodologia del medico olistico – la quale procede, invece, seguendo il *logos* delle proporzioni, delle somiglianze, delle connessioni tra i vari elementi dello psiche-soma. È innegabile che esista un riduzionismo *metodologico* utile, ma qui si intende vagliare le modalità in cui ilriduzionismo *ideologico* diventa pregiudizio.

Sembra che lo scarso interesse generale per il funzionamento del pensiero analogico e della sua forza intuitiva, soverchiata dal rigore logico che sminuzza, settorializza e separa, possa essere tra i motivi alla base di questo pregiudizio.

Si consideri un rituale di guarigione, come accade presso i Dogon. È il pensiero illogico o è il pensiero analogico, ad agire, nel rituale di guarigione? Se ci immedesimiamo nella prospettiva sistemica di certe popolazioni indigene, se cioè ci immergiamo in una visione unitaria fondamentale – legante degli spazi che sembrano scissi e separati – allora comprendiamo che persino lo spazio del rituale e lo spazio della malattia possono venire considerati come legati da un filo invisibile.

Se c'è un filo invisibile che lega spazi fisicamente o concettualmente disuniti, è a questo filo immateriale che il rituale di guarigione fa appello. Dal disinteresse cieco verso i fenomeni di confine, si può certamente sentire obiettare che un simile legame sia assurdo – perché l'estremismo ideologico riduzionista tende a vedere il “vuoto, l'assenza” nello spazio che separa il “rituale” dal “guasto tecnico del corpo”. *Per cui, potremmo dire che il pensiero analogico viene punito quando vede “qualcosa” dove il pensiero logico vede il “vuoto”. Ed è forse qui che l'analogico viene arbitrariamente sostituito dall'illogico?*

D'altronde, non è forse l'individualismo (che è figlio del senso di separazione da tutto e da tutti) a manifestarsi in tutta la sua contrarietà, quando ci si trova di fronte all'idea di “sentirsi connessi al Tutto”? Come reagire al misticismo orientale, partendo da un'ottica separativa? Assurdità e senso di disagio imperversano. Ed è un disagio che, magari, è mosso da quell'individualismo che bussa da fin sotto le viscere e teme di smarrirsi. Perché la promessa del mistico può essere avvertita come una perdita insostenibile: promettendo la fusione del Tutto nell'Uno, promette anche la perdita dell'individuale nell'universale.

Così, il *greedy reductionism* diventa circospetto fino a essere castrante, forse per rispondere al senso di disagio mosso da un individualismo rancoroso.

In un altro passaggio del libro di Piero Coppo *Guaritori di follia – Storie dell'altopiano Dogon* si legge, ancora, a p. 60 del capitolo *Sagara Kasselem, il padre*:

La follia, come l'epilessia, può passare su chi la cura o su qualcuno della sua famiglia. Per questo i rituali di protezione devono sempre essere correttamente eseguiti.

Sorge, a proposito degli spazi e dei fili invisibili tra di essi, una domanda che verte sul contagio pre-biologico, quella forma di contagio che trascende il trasporto diretto di una carica virale da un corpo all'altro. E la domanda è la seguente: quando – in un lessico animistico – si usa l'espressione “protegersi dalle energie negative” siamo nel campo del pensiero illogico o del pensiero analogico?

Sappiamo che il pensiero logico di matrice psicologista giustifica e incoraggia la protezione dalle *parole negative* – anche se fatica a menzionare apertamente le *energie negative*. Ma se la “parola” è una forma di “energia”, è altrettanto logico dire che quando l'interlocutore cambia umore (offendendosi), in seguito a un'offesa lanciata dal parlante, è stato contagiato, contaminato da una “energia negativa”?

Il rituale di protezione occidentale sembra essere “logicamente accettato” quando è *intrapsoichico* e quando si guarda bene dal definire *energia* quell'energia sonora o quella “carica” emotiva della parola. Il nostro rituale di protezione accade, per esempio, quando tentiamo un approccio imperterbabile alle offese taglienti degli altri, e diciamo a noi stessi qualcosa come “...stavolta non lascerò che l'offesa dell'altro (analogamente all'energia negativa?) determini il mio tono dell'umore (analogamente al proteggermi dall'invasione dell'energia negativa dell'altro?)”.

I concetti di “energia negativa” e “protezione”, seppur prevalentemente svincolati dal concetto di ritualità, sono da noi incorporati come leggi di convivenza civile e di sostenibilità dell'equilibrio psicologico.

Suppongo che un traguardo importante, verso il pieno riconoscimento delle potenzialità del pensiero analogico, sia da ascrivere alla *Medicina Narrativa*, il cui approccio alla pratica clinica non può prescindere dal pensiero analogico. La medicina narrativa, grazie al valore che attribuisce al modo in cui il paziente elabora il *significato* delle esperienze di malattia, chiede implicitamente all'operatore sanitario di entrare nell'orizzonte connettivo del racconto. Perché il processo stesso del narrare è fatto di ricerca di analogie; il terreno della narrazione ha il suo fertilizzante nelle associazioni analogiche tra gli eventi narrati.

Quando un paziente descrive il suo mal di testa e ha, in suo pieno diritto, lo spazio narrativo per poterlo associare verbalmente “...a quando ero bambino e il rumore del tram mi stordiva; ecco come mi fa male la testa”, cerca analogie, somiglianze, connessioni tra tempi, luoghi, memorie, fasi della vita, sensazioni, impressioni.

E in questa capacità di ascoltare i nessi del paziente, indicativi di una elaborazione – perlomeno essenziale – del significato della sua esperienza di malattia, ecco che le “catene” sequenziali causa-effetto del pensiero logico smettono di in-“catenare” nella rigidità diagnostica. L’approccio della medicina narrativa apre la strada a una nuova flessibilità dialogica tra pazienti e operatori sanitari – e chissà chenei frattempo, quei tre fratelli, raccolti nell’ascolto empatico di un racconto sentito, smettano persino di azzuffarsi ideologicamente.

Rifare o trasformare il mondo

Politiche della memoria, economie della giustizia e forme della lotta nelle terapie rituali (e non solo...)

Tommaso Sbriccoli
Università degli studi di Siena

ROBERTO BENEDEUCE, *Il rancore del tempo. Follia, cura e violenza sull'altopiano dogon*, Bollati Boringhieri, Torino, 2025, 399 pp.

L'ultimo lavoro di Roberto Beneduce è allo stesso tempo un libro e più libri, sia per la varietà dei temi affrontati, sia per le strade che apre a future direzioni di analisi e studio. È un'opera che nei suoi nove capitoli ripercorre storia, temi e questioni di una ricerca e di un rapporto con un territorio – l'altopiano dogon e, più in generale, il Mali – che hanno ormai il respiro di una vita: dal 1988, anno di inizio del lavoro di Beneduce, psichiatra e antropologo, presso il Centre regional de medicine traditionnelle (CRMT) di Bandiagara, ad oggi.

Nei quasi 40 anni che intercorrono tra questi due estremi temporali l'Autore ha trascorso un lungo periodo senza tornare in Mali, ha interrotto la collaborazione con il CRMT e ha intrapreso varie ricerche – sebbene tutte tematicamente affini –, il Mali è profondamente cambiato dal punto di vista politico e culturale e ha assistito a tre colpi di stato, e l'antropologia ha sviluppato nuove sensibilità e riflessioni.

Il testo giustappone inizialmente proprio queste dimensioni – ovvero quelle della storia personale (capitolo 1), quella della storia locale di lunga durata (capitolo 2) e quella, infine, degli studi che hanno riguardato quel territorio a partire dalla prima missione di Griaule (capitolo 3) – affinché le loro differenti traiettorie e durate possano fare da sfondo e aiutare nella comprensione dei fenomeni di follia e cura, oggetto principale di questo lavoro. Uno dei suoi obiettivi dichiarati, infatti, è proprio quello di «tracciare i tratti di una nuova teoria della cura rituale [...] e dimostrare che nelle terapie rituali opera un'ostinata *volontà di storia e di memoria*» (p. 10, corsivo nel testo). Torneremo in seguito su questo aspetto centrale.

Prima, è utile attraversare brevemente questi capitoli iniziali per ritrovarvi due temi che torneranno con forza nel prosieguo del testo. Il primo è la violenza, e quanto di essa sia legato a fenomeni di lunga durata, profondamente radicati nella storia della regione e nella “situazione coloniale”, per dirla con Balandier (1951). Una violenza che ha inscritto nei corpi e nelle relazioni germi che porteranno ai recenti conflitti, e che sono ciò con cui spesso, localmente, sia il malessere che la cura intrattengono dialoghi silenziosi. Una violenza che spesso non compare nelle rappresentazioni dei primi antropologi e studiosi stranieri – che dipingono una società dogon priva di conflitti – e che Beneduce stesso ammette di aver ignorato, nonostante la sua presenza e pregnanza quotidiana, nei primi periodi della sua permanenza a Bandiagara, ma che in seguito nel testo diviene una delle più importanti categorie attraverso cui l'Autore legge l'oggetto della sua ricerca e ne fa la teoria.

Il secondo tema che emerge con forza in questa prima parte è la riflessività, che fa da filo rosso che lega in tutto il testo lo sguardo, l'evento, la storia e le loro rappresentazioni. Essa da un lato diviene infatti la forma del rapporto che nel testo l'Autore intrattiene con la miriade di lavori che nel tempo hanno prodotto molteplici e spesso contrastanti immagini del “paese dogon”. Egli naviga tali testi riposizionando i vari autori e autrici nelle loro dimensioni storiche, politiche e personali e ricostituendo in questo modo una genealogia che gli permette di attivarli in modo produttivo all'interno del proprio percorso analitico e teorico. Ad esempio, con un anacronismo che, da un lato, restituisce all'antropologia nel suo complesso una postura “ontologica”, ma dall'altro rischia forse di ridurre la “svolta ontologica” degli ultimi trenta anni alla sua sola definizione, piuttosto che alla sua teoria, Beneduce individua già in Griaule un predecessore di tale attitudine, riconoscendogli un'importante attenzione etnografica e concettuale ad epistemologie differenti e a come esse costituiscano i propri mondi. Proprio il recupero parziale di Griaule, e la conoscenza approfondita e contestualizzata dei lavori dei molti e molte che lo hanno accompagnato o seguito sullo stesso “campo”, consente a Beneduce di aprire dialoghi localizzati e spesso assai produttivi tra le esperienze etnografiche di altri, le loro interpretazioni e le loro teorie e le proprie.

Dall'altro lato, la riflessività prende la forma di un autore che si manifesta all'interno della quasi totalità degli episodi etnografici presentati. In termini narrativi, spesso è infatti proprio il suo stesso esserci ad attivare e stabilire le coordinate spazio-temporali del contesto osservato, come in una applicazione dell'epistemologia della fisica quantistica a sistemi di ben

altra scala e qualità¹. In questo senso, la riflessività è qui vera e propria condizione dell'enunciazione, e non mera "riflessione" a posteriori sul rapporto tra sé ed evento, dando al testo una particolare curvatura biografica, senza tuttavia che esso possa essere ridotto in alcun modo ad essa.

L'approccio del testo è in generale legato ad una prospettiva processuale e relazionale, come emerge dalla definizione di cultura proposta dall'Autore, ovvero «il processo infinito e disordinato attraverso il quale ogni società interroga gli eventi che ne scandiscono l'esistenza, costruendo la propria temporalità e la propria coscienza storica» (p. 8). Il portato di questa definizione operativa di cultura informa di sé in tutto il volume lo sguardo con cui viene approcciato l'oggetto principale di questo lavoro, ovvero le terapie rituali e i dispositivi di cura. Convocando i guaritori locali con cui nel corso di quasi quattro decenni ha avuto la possibilità di collaborare, le loro voci, i loro saperi e l'etnografia dei loro atti terapeutici, l'Autore si misura con un sistema cosmologico e di cura – ciò che nel libro viene spesso definito "la psicologia dogon" – estremamente complesso e affascinante.

I quattro capitoli centrali del testo si misurano con una ricca varietà di situazioni, quali l'esperienza di lavorare con guaritori locali all'interno di paradigmi da inventare quotidianamente e la descrizione e la critica dei progetti di promozione del sapere medico tradizionale nell'Africa post-coloniale (capitolo 4); l'analisi della condizione *yapilu* (donne morte di parto o prima di partorire) e la descrizione della figura di guaritore di Ambaindè, del suo sapere rituale e del villaggio in cui vive e opera, Donoban, totalità sacra che manifesta l'importanza dello spazio nella psicologia dogon, a tratti secondo Beneduce una vera e propria iatrotopia (capitolo 5); l'analisi di una lunga melopea raccolta dall'Autore (capitolo 6) e un'approfondita discussione del funzionamento e dell'importanza delle pratiche divinatorie nel sapere rituale dogon (capitolo 7). Attraverso il confronto con questo ricco materiale etnografico, l'Autore intraprende il complesso compito di delineare la proposta di una teoria dell'efficacia terapeutica, ovvero di come il male, la sofferenza o semplicemente un sintomo possano essere affrontati in modo efficace e allontanati o guariti tramite dispositivi rituali e di cura che agiscono secondo principi non immediatamente trasparenti ad uno sguardo abituato alla linearità meccanica e brutale di processi farmacologici o all'autoevidente geometria delle rappresentazioni del soggetto nelle discipline psicologiche occidentali.

Dialogando con il Levi-Strauss dell'efficacia simbolica e il Severi de *Il percorso e la voce* – e come il primo prendendo le mosse da un lungo canto, una melopea, intonata da Ambaindè e raccolta dall'autore stesso – Beneduce disegna un quadro complesso di come le terapie rituali ottengano il loro scopo, ridefinendo quest'ultimo non tanto o non solo come quello di agire sulla sofferenza, ma come la volontà di trasformare il mondo. Tale posizione risuona per me in modo significativo nella mia esperienza in Italia come antropologo all'interno di percorsi di clinica psicologica con persone di origine straniera, in cui spesso l'istanza che il paziente porta sembra essere proprio quella di raddrizzare il mondo, ovvero di modificare le condizioni di ingiustizia che sono alla base della sua sofferenza e delle sue difficoltà. Anche nella mia esperienza come antropologo dell'Asia Meridionale, del resto, il legame tra malessere e ingiustizia appare particolarmente pertinente soprattutto per gli appartenenti a gruppi marginali e subalterni, per i quali la malattia spesso si configura come l'unica modalità di accesso ad una rivendicazione o alla denuncia di torti subiti. Come osserva l'antropologa Erin Moore a proposito dei Meo del Rajasthan (India), in molti casi – senza mettere in dubbio la realtà dei sintomi e della sofferenza, ma evidenziando piuttosto i complessi dispositivi attraverso cui malattia, presa in carico collettiva, diagnosi e terapia si intrecciano in quella che lei definisce “somatizzazione del conflitto” – «getting sick is a mode of seeking justice» (1993: 524): ammalarsi diventa un modo di cercare giustizia. Significativamente, gli spazi, gli strumenti e le pratiche che caratterizzano le terapie rituali tradizionali nel nord dell'India sono spesso indicate con un lessico preso a prestito dal campo giuridico e politico. Similmente, nel contesto maliano descritto da Beneduce, la melopea analizzata, ma anche molte pratiche terapeutiche rituali descritte, si presentano come veri e propri terreni in cui lotta e memoria si costituiscono vicendevolmente, in cui la convocazione della storia di un gruppo, dell'archivio «di traumi storici e memorie confiscate» (p. 204) colloca il soggetto della cura all'interno di un contesto collettivo, materializza i responsabili del male, incanala la sua aggressività e gli fornisce una serie di compagni, umani e non umani, assieme ai quali affrontare la lotta.

L'efficacia simbolica si fonda dunque per Beneduce, come per Levi-Strauss e Severi, sul ruolo delle metafore e delle immagini mentali, che «partecipano sempre al processo terapeutico: veri e propri *significanti visuali* in grado di promuovere cambiamenti profondi» (p. 185, *corsivo* nel testo).

Come per Severi, poi, è l'azione del paziente stesso – che proietta i propri significati (culturalmente condivisi) sullo schermo delle immagini, delle

parole e dei suoni suggestivi e spesso frammentati del canto rituale o di altre forme di pratica terapeutica – a permettere che il dispositivo ottenga l'efficacia attesa. Beneduce tuttavia aggiunge a tale movimento una dimensione ulteriore, ovvero quella dell'incorporazione. Il rituale non può più quindi, con Severi, essere considerato come mero supporto di una credenza, ma deve invece essere inteso come «dispositivo generatore di esperienze somatiche e di una condivisa memoria» (p. 190). Gli aspetti fisici, sensoriali, percettivi del rito – che è fatto di rumori, suoni, odori, esperienze tattili, sapori, tutte sensazioni talvolta prodotte forzando il paziente – divengono quindi centrali in questa esperienza di incorporazione, da cui scaturirebbe poi il processo psico-fisico-simbolico che conduce al successo dell'evento o percorso terapeutico.

È attraverso queste sensazioni che il paziente è aiutato a *pensare* le immagini proposte o le parole sussurrate, è per mezzo di queste esperienze sensoriali che viene lentamente ricostruito il suo posto nel mondo e nel gruppo mentre *sente, vede e ricorda* (p. 191, corsivo nel testo).

In questa direzione, l'idea di Csordas (1994) di una coscienza incorporata e la sua proposta di considerare la coscienza un genere di azione vengono richiamati dall'Autore per la loro capacità di far immaginare una struttura del soggetto più complessa e adatta a chiarire il suo posizionamento/funzionamento all'interno della molteplicità discorsiva e sensoriale dei rituali terapeutici, riuscendo così a rendere conto del passaggio da proiezione ad azione/modifica da parte di e sul paziente stesso. Tuttavia, tale ulteriore passaggio non sarebbe ancora sufficiente per Beneduce se non si introducesse una dimensione emotiva collettiva in grado di situare l'esperienza individuale all'interno di un più ampio contesto sociale e politico (le terapie rituali come iatromnestiche) e di un «orizzonte saturo di segni e sensazioni: un caravanserraglio di materiali dove odori, suoni, oggetti, pittogrammi e persone-non-umane concorrono a *rifare il mondo*» (p. 199, corsivo nel testo).

La proposta di Beneduce è certamente convincente nel suo integrare prospettive precedenti con dimensioni da esse non sufficientemente considerare, ma sicuramente significative per rendere conto non tanto – come giustamente sottolinea l'Autore – dei meccanismi precisi dell'efficacia simbolica o terapeutica di queste pratiche di cura, quanto di quelli che sono i suoi molteplici obiettivi, accanto a quello più specifico della cura del paziente: prendere in carico il gruppo accanto o oltre al singolo, produrre e mantenere una memoria contro-egemonica, rifare o trasformare il mondo. In relazione a questo importante e, a mio avviso, decisamente produt-

tivo slittamento di prospettiva, acquisisce tuttavia un'urgenza particolare una domanda che qui non emerge esplicitamente: come fallisce un rituale terapeutico e quali conseguenze questo fallimento attiva o potrebbe attivare? La recuperata dimensione collettiva e politica di ogni esperienza di sofferenza dovrebbe infatti interrogarci con ancora più forza, oltre che sui modi dell'efficacia del suo trattamento, sulle motivazioni, gli effetti e i rischi del fallimento della sua presa in carico, che ridisegna legami, alleanze, autorità, traiettorie individuali e immaginari collettivi.

La cura, tra l'altro, nel contesto descritto da Beneduce può essere molte altre cose, e ciò ancor più dovrebbe spingerci a domandarci non solo come essa riesca o meno a trasformare la sofferenza, ma anche quali forme di responsabilità, di potere, di relazione e di vulnerabilità essa metta in gioco. Ad esempio, in quello che l'Autore definisce egoismo terapeutico, ci si libera del proprio male passandolo ad altri, secondo una concezione medica profondamente anti-sociale. In altri casi, come per esempio laddove l'eziologia è identificata negli spiriti *yapilu*, la diagnosi può essere messa al servizio di un ben localizzato uso sociale e la cura divenire una forma di occultamento della violenza (nel caso in esame l'abuso sessuale di un padre sulla figlia), di cui rimangono tuttavia tracce nel processo terapeutico.

In un altro rituale descritto nel capitolo "Inchiodare il male", il sangue del malato, di cui vengono impregnati alcuni frammenti di cotone, viene trasformato in un'offerta/sacrificio agli esseri che abitano l'albero su cui i frammenti vengono poi inchiodati. Questo sangue è tuttavia anche il male stesso che viene trasferito sull'albero-altare, secondo quella che Beneduce definisce una metonimia sacrificale. Tale struttura rituale richiama immediatamente alla mia mente di indianista il *dān*, dono rituale analizzato a Benares da Jonathan Parry (1986), che vi identifica una forma di allontanamento tramite dono/sacrificio del *pāp* del donatore (il suo "peccato", con una traduzione sommaria). Questo dono pericoloso va in qualche modo allontanato o "digerito" attraverso specifiche tecniche rituali dai brahmani, suoi ricettori. La presenza di parte del donatore all'interno del dono/sacrificio – qui della loro parte negativa, malata o pericolosa – rimanda inevitabilmente all'analisi del dono di Mauss (1925), e pone ulteriori importanti questioni rispetto ad alcuni aspetti dell'efficacia terapeutica o rituale, legate in questi due casi a concezioni ampiamente diffuse rispetto alla porosità e dividualità dei soggetti, alla complessità della composizione sostanziale delle persone e alla potenziale materialità del male, che implica a sua volta la possibilità di allontanarlo fisicamente attraverso scambi di

sostanze non solo tra persone, ma anche tra persone e cose e persone ed esseri-non-umani. In questo senso, l'interesse del lavoro di Beneduce risiede anche nella varietà di spunti che fornisce e di collegamenti che attiva.

Come scritto inizialmente, infatti, questo libro è in realtà più libri insieme e apre al lettore una serie di finestre che offrono scorci e vedute su temi diversi, affrontati tutti con grande lucidità analitica. Tra i vari sentieri possibili da percorrere, uno è dedicato al progetto del CRMT, alla sua storia, ai suoi presupposti e alle sue criticità; alcuni altri a questioni legate a dibattiti più circoscritti della letteratura areale, che vengono affrontati per proporre nuove prospettive o interpretazioni, come il caso degli uomini-iena, analizzato attraverso la lente della zoo-politica. Troviamo poi spaccati sulle forme più urbane e "moderne" di terapia rituale, ad esempio in ambito pentecostale o all'interno della cornice della migrazione internazionale, oppure un intenso racconto, accompagnato da una riflessione penetrante, sugli "omicidi rituali" di bambini, diffusi in ampie regioni dell'Africa subsahariana.

Il rancore del tempo, in modo circolare e simmetrico, finisce con l'incontro in Italia tra l'Autore e Souleymane, un migrante maliano dogon, la cui storia personale e mera presenza alludono a nuovi scenari allo stesso tempo locali e globali e curvano l'esperienza etnografica per mostrarla in tutta la sua asimmetria di potere e sapere. E con la speranza, in un Mali ancora preda di violenza e di angoscia, che tale asimmetria possa infine essere superata – grazie al dialogo tra i saperi di chi a queste violenza e angoscia non vuole cedere – verso una «etnografia in grado di dire qualcosa che non sappiamo già sul genere di cose che accadono nel mondo, sulle epistemologie a venire» (p. 311).

Note

¹ «Ogni sapere è intrinsecamente una relazione; quindi dipende allo stesso tempo dal suo oggetto e dal suo soggetto» (ROVELLI, 2014: 220).

Bibliografia

BALANDIER G. (1951), *La situation coloniale: approche théorique*, "Cahiers internationaux de sociologie", Vol. 11: 44-79.

CSORDAS J.T. (1994), *The Sacred Self. A Cultural Phenomenology of Charismatic Healing*, University of California Press, Berkeley.

- LÉVI-STRAUSS C. (1966), *Antropologia strutturale*, Il Saggiatore, Milano.
- MAUSS M. (2002), *Saggio sul dono. Forma e motivo dello scambio nelle società arcaiche*, Einaudi, Torino.
- MOORE E.P. (1993), *Gender, Power, and Legal Pluraism: Rajasthan, India*, "American Ethnologist", Vol. 20 (3): 522-542.
- PARRY J. (1986), *The Gift, The Indian Gift and the 'Indian Gift'*, "Man", Vol. 21 (3): 453-473.
- ROVELLI C. (2014), *La realtà non è come ci appare*, Raffaello Cortina, Milano.
- SEVERI C. (2004), *Il percorso e la voce. Un'antropologia della memoria*, Einaudi, Torino.

Una ricerca sui punti cardinali di una psichiatria di comunità in Italia

Francesco Scotti
Psichiatra psicoterapeuta
Docente Scuola di specializzazione in psicoterapia COIRAG, Roma

GIUSEPPE A. MICHELI, *In terra incognita: disegnare una società che cura dopo Basaglia*, Mimesis Milano-Udine, 2024, 188 pp.

Quando devo fare una recensione leggo per prima cosa la bibliografia, perché da essa emergono molti elementi significativi: lo stile della ricerca, la scelta dei documenti citati, che indica se l'autore vuol solo dimostrare di essere colto, se è un citazionista (e quindi lascia agli altri la responsabilità delle sue affermazioni) se ha individuato gli strumenti necessari a legittimare la sua posizione, applicando quello che potremmo chiamare il rasoio di Occam letterario, ovvero la scelta di ciò che è indispensabile rinunciando al superfluo. La seconda analisi riguarda l'uso dei testi citati, se destinati a esaltare un mito del passato (in psichiatria non è difficile incontrare simili esempi) o a criminalizzare il cambiamento. Ci sono poi autori specializzati nel trovare in articoli, anche piuttosto antichi, affermazioni che definiscono come di palpitante attualità, che meriterebbero di essere scritti adesso, o almeno letti. Queste citazioni producono in me una forte angoscia perché mi suggeriscono che ciò che era già stato pensato, detto e, qualche volta, fatto, ha avuto un destino effimero, non ha mostrato efficacia nel produrre quel cambiamento di cui adesso sentiamo la necessità. Si potrebbe, con una battuta a imitazione di una famosa espressione di Brecht, dire: «Disgraziato è quel paese che ha avuto, inutilmente, degli eroi».

Mi sembra che l'Autore di questo libro si sia confrontato con tutte queste trappole e abbia quasi sempre trovato soluzioni equilibrate. Entrando nel dettaglio, dirò che la bibliografia di *In terra incognita* cita i testi fondamentali che hanno punteggiato il rinnovamento della psichiatria italiana negli ultimi sessant'anni, senza scelte preconcepite, appunto senza mitizzazioni

o criminalizzazioni (il che, di questi tempi, è cosa rara); inoltre cita quelli che considera i precursori teorici del mutamento culturale che poi ha portato alla riforma dell'assistenza psichiatrica (dall'antropologia alla filosofia, alla sociologia); ma il suo sguardo si allarga anche a descrivere le radici, europee e americane, di quello che è stato definito variamente come movimento anti-asilare, psichiatria rinnovata, psichiatria democratica, psichiatria di comunità.

Un indice dei nomi permette di valutare il peso specifico di ciascun protagonista della nuova psichiatria in Italia: Basaglia ha 65 citazioni, Manuali 29. Naturalmente non ho tenuto conto delle inevitabili auto-citazioni.

Giuseppe Micheli ha scandito via via l'evoluzione della storia psichiatrica con alcuni volumi: nel 1982 pubblica *I nuovi catari*; nel 2013 *Il vento in faccia*; nel 2019 *Not just a one man revolution*. L'Autore non è uno psichiatra, ma ha avuto l'opportunità di partecipare alle attività del Centro di salute mentale di Perugia, come ricercatore del CNR, all'interno del Progetto strategico *Prevenzione delle malattie mentali* promosso, intorno al 1976, da R. Misiti, G. Maccacaro, F. Minguzzi, F. Basaglia.

Micheli dice che proprio perché "esperto di tutto, maestro di niente" fu mandato come osservatore a Perugia. «L'idea di osservatori esterni, che entrassero nel cuore delle esperienze con proprie chiavi di lettura, era stata accettata dalle unità operative a condizione che gli osservatori coinvolgessero direttamente gli operatori psichiatrici nella ricerca» (p. 19). Micheli confessa di avere disatteso quel mandato, seguendo una strada alternativa: «prendere le distanze da ciò che venivo osservando, leggendo in controluce, cogliendone gli aspetti entusiasmanti ma anche le criticità. L'occhio di un osservatore marginale di un processo vede cose che dall'interno non si scorgono bene» (*ibidem*). Questo è lo stile con cui era stato redatto *I nuovi catari*. Ma lo stesso atteggiamento l'Autore ha mantenuto nei suoi testi di revisione del rinnovamento della psichiatria in Italia, in un periodo della sua vita in cui diventava esperto di altri aspetti di quella realtà con cui la psichiatria si confrontava.

Ecco come egli descrive il proprio battesimo del fuoco psichiatrico:

Da osservatore esterno nell'unità operativa di Perugia Centro, guidata da un leader carismatico e sanguigno come Carlo Manuali, ho avuto la sorte di vivere, tra il 1979 e il 1980, una stagione irripetibile di cambiamento del servizio, della sua missione e della sua organizzazione, e di poterla registrare in un rapporto di ricerca (p. 20).

Aggiunge: «Quarant'anni dopo, in queste pagine, mi azzardo a tracciare un quadro consuntivo e prospettico della rivoluzione che ha chiuso i manicomi, allargando smisuratamente l'angolo di campo della ripresa: dallo specifico dell'esperienza perugina a un ampio frammento della storia del Paese» (p. 21).

In ogni caso, ribadendo di non essere uno psichiatra, definisce "sghemba" la propria lettura di una pagina di storia. Comunque Micheli lamenta, sulla scia di Fiorani (2010), che, nella documentazione disponibile, la memorialistica prevalga sulla ricostruzione storica. Va precisato, però, che quasi mai il lavoro degli studiosi che, come il nostro Autore, hanno assunto una posizione critica, ha avuto fortuna. Ricordo che la esposizione di Micheli ne *I nuovi catari* fu accolta con diffidenza (che sfiorava il totale disaccordo) dal gruppo che, a Perugia, faceva capo a Manuali, e solo da quello perché solo a quello si era rivolta la sua attenzione, trascurando le altre esperienze perugine coeve. Si può aggiungere che anche lo studio di M. Legrand (1988) *La psychiatrie alternative italienne*, fu mal accolto in Italia e, a Perugia, criticato fortemente da Manuali, come mostrano i dibattiti pubblicati su *Quaderni di psicoterapia infantile*, n. 15, 1987.

Il testo qui recensito è contrappuntato da una prefazione di Benedetto Saraceno che ha accettato di introdurre il libro nonostante le critiche che fa alle tesi dell'Autore, ma riconoscendo in esso un'attenzione interessata e interessante alla molteplicità delle esperienze di avanguardia in Italia, che si sono sviluppate al di fuori dell'area basagliana. Cito questa prefazione non per ragioni di completezza ma perché essa è un dialogo, in sostanziale dissenso, con l'Autore. Essa testimonia, ancora una volta, le caratteristiche delle polemiche/concordanze tra Basaglia e gli altri. Sarebbe più corretto grammaticalmente dire polemiche e concordanze ma con ciò si perderebbe la segnalazione di quell'alleanza piena contro un comune nemico, i fautori di una psichiatria violenta. Essa si combinava con fuoco amico che portava a negare le sintonie profonde nel tentativo di conquistare l'egemonia culturale sull'intero campo.

L'interesse del testo di Saraceno sta nel fatto che egli interroga lo scritto di Micheli e con ciò facilita la messa a punto di alcuni snodi importanti sui quali vorrei concentrarmi.

Quali critiche fa Saraceno? Egli dice che Micheli, mettendo l'esperienza basagliana in continua comparazione con altre esperienze (ad esempio quella di Perugia), forza il lettore a prendere partito. Micheli alla evocazione della passione civile di Basaglia contrapponeva, come necessaria,

una più meditata e ragionevole preoccupazione per la cura della malattia, che invece era offuscata dalla lotta emotiva alle istituzioni. Ridimensionava l'importanza e unicità della rivoluzione di Basaglia che invece è stato il solo esponente del movimento antistituzionale a estendere la nozione di de istituzionalizzazione oltre la psichiatria. Ma riconosce anche che Micheli metteva in evidenza i nessi, le analogie tra Basaglia e gli altri, oltreché le differenze. A parte queste notazioni, la prefazione di Saraceno è un ripercorrere, fino al presente, la strada aperta da Basaglia, compito che egli ha affrontato anche in articoli più recenti. Occorre riconoscere che tutti e tre i rilievi fatti da Saraceno sono giustificati, ma non sono riconosciuti come difetti, dall'Autore. Infatti la tesi fondamentale di questo libro è che, per descrivere la rivoluzione psichiatrica italiana, occorre raccontare la storia di una gamma di formule, variabili e flessibili, esposte a molte contaminazioni; le ricostruzioni che ne sono state fatte sono rimaste ancorate al mito di fondazione da parte di un eroe eponimo, e questo impropriamente. Questo era anche il titolo del suo lavoro del 2019: "Una rivoluzione che non è di un solo uomo: il multiforme spartiacque anti-asilo in Italia.

Prima di procedere vorrei precisare che ho cercato, in questa recensione, di smontare il testo e ricostruirlo poi secondo i temi citati nel titolo.

Terra incognita

Importante innanzi tutto, per comprendere il costruito di "terra incognita", è indicare le tappe del cammino, percorrendo il quale si giunge ad esso. Per indicare la grandiosità dell'impresa Micheli fa riferimento all'"Itinerarium mentis in Deum" di Bonaventura da Bagnoregio: descrive in sette "gradus" il percorso che la psichiatria italiana ha intrapreso, a partire dagli anni 60, per smantellare il sistema asilare.

Tre passi entro le mura:

I: razionalizzazione, democrazia partecipativa, lavoro in équipe, uscite controllate.

II: apertura parziale in entrata della cittadinanza.

III: apertura bidirezionale delle mura con uscita e reinserimento di ex lungodegenti).

Tre passi fuori delle mura:

IV: allestimento di una rete non sistematica di presidi territoriali per il reinserimento degli ex degenti e come filtro a nuovi ricoveri;

V: messa in rete di presidi territoriali finalizzati all'intercettazione di nuovi ricoveri;

VI: chiusura definitiva di strutture asilari e spostamento definitivo del bari-centro fuori le mura (p. 60).

Il settimo passo è immaginare una società senza manicomi e senza mura. Nella classifica dei “santuari” presi in esame (Gorizia, Firenze, Varese, Perugia, Trieste, Reggio Emilia, Parabiago) solo a Perugia egli assegna il raggiungimento del sesto livello già entro la fine degli anni Settanta. Il VII non è stato neppure pensato in modo adeguato.

L'espressione “terra incognita” viene introdotta dopo che l'Autore ha lanciato il monito: «basta occuparsi del passato, disegniamo il futuro» (p. 33). È dopo il 1980 che il futuro, secondo Micheli, si presenta come l'ingresso in una terra sconosciuta perché erano venute meno, per la psichiatria, le condizioni che le avevano permesso di esplorare e dominare il manicomio fino a decretarne l'eliminazione. Ciò avviene a causa delle «difficoltà di implementare la riforma, delle inquietudini crescenti in un'opinione pubblica allarmata dalle conseguenze dell'abbandono delle protettive mura asilari e di un nuovo fronte di scetticismo, nella comunità scientifica internazionale, per una riforma che tardava a decollare» (p. 32). Dopo quarant'anni, dice l'Autore, siamo ancora sui confini di una terra incognita.

La mia impressione è che questa formula, indubbiamente suggestiva, possa essere letta in due modi differenti.

Il primo senso fa riferimento al “territorio” la cui natura risulta ancora incomprensibile.

Con ciò egli intende porre l'attenzione sulla molteplicità delle mappe che descrivevano, in modo frammentario e difficilmente sovrapponibili, i criteri di analisi che si sarebbero dovuti praticare una volta che la follia fosse affrontata non più al riparo delle mura asilari: gli psichiatri erano disorientati di fronte a una società che non conoscevano, perciò, per loro incognita (p. 81). Il territorio è quello a cui bisogna restituire i ricoverati perché vi trovino le cose buone che il manicomio non può dare. Ma una volta che si sono abbattute le mura ci si accorge che la sofferenza continua a manifestarsi senza rimedio, che la cronicizzazione non può più essere considerata frutto della carcerazione manicomiale, che la marginalizzazione e l'esclusione sono spesso conseguenze della sofferenza invece che esserne la causa. Come effetto di questo venir meno di possibilità evolutive, la psichiatria, uscita dalle mura asilari, si è fermata sul confine, senza avere una bussola con la quale esplorare la terra incognita, appena scoperta, ed orientarsi al fine di completare quel lavoro di liberazione dalla pena mentale da poco

iniziato. Dopo 40 anni – conclude l'Autore - non siamo ancora approdati in una amichevole "terra promessa".

Ma esiste, secondo me, anche un altro senso dell'espressione "In terra incognita". Agli psichiatri "gettati" nel territorio, cui viene comunque chiesto di esercitare una pratica e non possono fermarsi per riflettere, la terra incognita è la nuova psichiatria che occorre costruire per non essere travolti da condizioni completamente diverse da quelle caratteristiche del manicomio, che invece avevano imparato a conoscere: sono cambiati i modi di manifestarsi delle sofferenze, cambiate le relazioni tra persone, si moltiplicano i bisogni cui è necessario provvedere come condizione per la praticabilità di una cura. La psichiatria ha bisogno di una nuova ricerca che renda possibile la sua validazione e la sua legittimazione.

Io mi chiedo se veramente la terra in cui come psichiatri abitiamo attualmente ci sia del tutto sconosciuta o abbiamo scoperto, e sperimentato, potenziali modalità di intervento con rilevanti effetti positivi sulla salute mentale. Sarei piuttosto propenso ad affermare che dobbiamo fare i conti con una mutazione politica che rende impossibile pensare alla salute come un bene comune, che come tale va preservato. La tesi del forte legame tra politica e salute mentale è riconosciuta anche dall'Autore quando, ricostruendo gli sviluppi delle nuove esperienze psichiatriche in Italia, si chiede come mai Perugia riesca, in soli cinque anni, a penetrare il territorio; un tempo necessario a Trieste per scaldare lentamente i motori. Il merito viene attribuito alla politica, a una "sfera pubblica ragionante" espressione che inglobava amministratori e opinione pubblica (p. 61).

L'espressione *dopo Basaglia* obbliga a chiedersi come mai sia stato messo tale nome nel titolo, ridando a questo protagonista lo status di eroe eponimo, dopo aver contestato tale ruolo. Possiamo rispondere, in modo però superficiale, che il libro è stato pubblicato nell'anno in cui cadeva il centenario della nascita di Basaglia. Oppure che si è trattato del riconoscimento che Basaglia ha rappresentato un polo di attrazione, nazionale e internazionale, per essere stato tra i primi in Italia a proporre una trasformazione radicale dell'assistenza psichiatrica ed essere riuscito a trapiantare idee e pratiche innovative in molte città italiane. Non possiamo dimenticare poi che la Legge 180/1978 porta il suo nome anche se, inizialmente, da lui criticata. Infatti non è la legge che Basaglia avrebbe voluto. Così si esprimeva: «anche se frutto di una lotta una legge può provocare un appiattimento del livello raggiunto dalle esperienze esemplari, ma può anche diffondere e omogeneizzare un discorso creando le basi di una azione successiva» (p. 99).

Prenderò ora in esame i percorsi, dentro e fuori del manicomio, dei due protagonisti maggiormente citati nel libro di Micheli, Franco Basaglia e Carlo Manuali. La domanda fondamentale è quale contributo ciascuno di loro abbia dato alla esplorazione della “terra incognita”.

Basaglia

Nel rievocare la figura di Franco Basaglia, Micheli trascura tutta la fase della sua carriera accademica in cui si era qualificato come una tra le figure più importanti dell’antropofenomenologia in Italia. In ciò egli rispetta il fatto che lo stesso Basaglia aveva preso le distanze da questo suo passato (p. 162). Invece inizia il racconto con il suo primo gesto di insubordinazione, rispetto al regime manicomiale, che è il rifiuto di convalidare il registro delle misure di contenzione nel novembre 1961, dopo essere diventato direttore dell’ospedale psichiatrico di Gorizia (p. 22). La prima domanda che l’Autore si pone è cosa abbia spinto Basaglia a criticare, fin dal primo impatto, la realtà dell’ospedale psichiatrico, sviluppando poi un impegno il cui manifesto è *L’istituzione negata* (che era già scritta negli ultimi mesi del 1967). Micheli sottolinea che anche per Basaglia «l’innesco del *flow* emozionale era ... un senso di umanità lacerata e il bisogno impellente di ripristinare una soglia di dignità» (p. 26). Da questo scaturirebbe il progetto di cambiare le condizioni di vita e di comunicazione per cancellare la manicomialità dell’ospedale psichiatrico. Comunque Basaglia pensava si dovesse superare quella che veniva designata come comunità terapeutica, per costruire servizi esterni che permettessero di restituire ai lungodegenti una vita fuori dalle mura. Ma temeva che questo portasse a riprodurre il modello manicomiale, anche se in forma attenuata. Si differenziava da altri critici della psichiatria perché non aveva una visione unicamente sociologica della malattia mentale; riteneva che il malato avesse una problematica psicopatologica oltre a essere un escluso. «Una comunità che vuole essere terapeutica deve tener conto di questa duplice realtà per ricostruire gradualmente il volto del malato» (p. 64). Per precisare la propria posizione scientifica afferma: «Non siamo mai stati anti psichiatri; noi siamo stati operatori che hanno agito sul campo reale delle istituzioni pubbliche per dare al cittadino che soffre una risposta alternativa alla violenza e alla repressione del manicomio» (p. 67). Non bastava chiudere i manicomi per ridare libertà e salute ai malati. La loro liberazione introduceva un nuovo vincolo che veniva così espresso: «La nostra realtà affonda su un terreno contraddittorio: la

conquista della libertà del malato deve coincidere con la conquista della libertà dell'intera comunità» (p. 79).

La liberazione dal manicomio ha portato per lui, come per altri – e lo ritroveremo nel ritratto di Manuali – al riconoscimento che il passaggio sarebbe stato, per i degenti, dal manicomio dei folli alla follia della città. Riteneva che le persone, prima rinchiusi nel manicomio, ora fuori da esso, non per questo avrebbero evitato di essere totalizzate nella logica della razionalità: ciascuno prima o poi viene inserito nel suo girone, quello dei poveri, delle donne, dei giovani sottoproletari, dei pensionati. «La razionalizzazione della sofferenza sul territorio ostacolava nella pratica il bisogno di un incontro con la irrazionalità del soggetto» (p. 85). Da qui la critica delle dottrine psichiatriche e delle tecniche terapeutiche corrispondenti come ostacolo a una reale comprensione.

In un'intervista del 1979 egli aveva criticato una certa psichiatria alternativa sul territorio

Ci sono in sostanza due poli nel discorso psichiatrico: la sofferenza e l'organizzazione della sofferenza. Ebbene io mi chiedo: devo organizzare la sofferenza cercando in essa un'alternativa scientifica, che ancora una volta la distrugga e realizzi il suo specchio deformato che è la malattia, oppure devo creare qualcosa di nuovo e diverso che risponda finalmente ai bisogni dell'individuo come si vengono esprimendo nella sofferenza? (p. 88).

Gli è stata rivolta l'accusa di usare, quando parlava delle proprie esperienze e dei suoi progetti, un linguaggio oracolare. Ma questo era piuttosto – dice l'Autore – lo spirito del tempo e non solo di Basaglia.

La vita di Basaglia è significativa anche perché segnerebbe il tempo del precipitare del cambiamento, che viene collocato tra il 1978 e l'agosto 1980 quando Basaglia si spegne (p. 35).

Micheli sottolinea che i documenti disponibili non sempre sono convergenti. Ad esempio Slavich (2018) dice che a Gorizia l'obiettivo di Basaglia non era chiaro (p. 38). L'Autore non condivide questo giudizio perché ritiene che «Basaglia l'aveva un progetto, lucido fin dall'inizio: uscire dalle mura d'Egitto e avviare la lunga marcia nel deserto. Ad altri spetterà il compito di un nuovo progetto» (p. 39). A sostegno della propria tesi porta il parere di Giannichedda (2020):

Basaglia immaginava che la psichiatria della riforma avrebbe potuto portare dentro la medicina corpi vivi, uomini e donne, storie di persone e di luoghi, pezzi di società, cittadini con diritti, bisogni, parola. Questo avrebbe chiesto la creazione di servizi di comunità, permeabili al contesto sociale i capaci di prendersene cura tramite la cura delle persone (p. 48).

Micheli fa notare che il pensiero di Basaglia si è, nel tempo, evoluto verso una radicalizzazione. Con *Crimini di pace* si rafforzerebbe l'osmosi tra il suo modo di pensare e le idee di Szasz, con un potenziamento delle sue tesi contro la psichiatria (p. 69). D'altra parte, è già nel 1975 che Basaglia parla della trasformazione della società in un manicomio universale, come rischio legato all'assenza di un contropotere della classe operaia in grado di opporsi al dominio che le manovre di tipo golpista cercavano di instaurare (p. 70). Tuttavia egli avrebbe resistito, nel 1977, all'attrazione dell'estrema sinistra che gli chiedeva di schierarsi contro la sinistra riformista, anche quando questa accettava la chiusura dei manicomi (p. 79).

Secondo l'Autore è il clima politico che si sta sviluppando tra il 1974 e il 1978, a spostare l'attenzione di Basaglia dalla psichiatria, che ha come oggetto la pena mentale di una minoranza, alla sofferenza generalizzata che deriva dall'alienazione di ogni valore umano. La psichiatria sarebbe, in questa tragedia, solo un piccolo elemento che si perde (p. 71). Se volessimo trovare l'immagine più forte che Micheli dà di Basaglia, certamente dovremmo scegliere questa: un eroe che, come Mosè, condusse il suo popolo fino ai confini della terra promessa, ma non gli fu dato di entrarci; ad altri sarebbe spettato il compito di «disegnare una società che funzioni senza catene mentali» (p. 100).

Con questa immagine abbiamo un involontario accostamento di Basaglia a Freud che, come è noto, fece a lungo i conti con la figura di Mosè, condottiero e legislatore, di cui cercò di scoprire il segreto nei dettagli del capolavoro di Michelangelo.

Manuali

Avendo citato a lungo i pensieri di Basaglia, non sarà difficile, d'ora in poi, cogliere le consonanze con ciò che sarà riferito di Manuali, e le differenze. Parlando di Carlo Manuali Micheli fa riferimento solo ai suoi contatti come osservatore del CNR. Sottolinea che anche Manuali, in un primo tempo, mette tra parentesi la psichiatria (con il suo apparato diagnostico ma anche con tutte le tecniche terapeutiche) per concentrarsi sull'esclusione. Egli diceva nel 1979: «Il matto a me interessa non in relazione al suo delirio ma in quanto è un operaio che deve produrre» (p. 97). Ma, anche qui, viene subito introdotto il contrappeso che l'impegno, dopo il superamento del manicomio, non può essere solo genericamente politico, volto a evitare

l'uso del manicomio, ma si deve tradurre in iniziative tendenti all'emancipazione dei soggetti dalle loro crisi.

Manuali sostiene un attivismo militante, con un accanimento degli operatori a stimolare nella città la produzione di anticorpi per curarsi da soli. Il che è una prospettiva radicalmente diversa da quella di chi considerava il territorio come un manicomio, valutando insignificante ogni possibile cambiamento (p. 146).

Manuali viene ritenuto più avanzato, rispetto a Basaglia, nella teorizzazione del territorio, perché lo considera come articolato in una molteplicità di territori. Li ritiene impermeabili, per loro natura alle iniziative politiche e non solo per la debolezza della lotta politica. Ci sono territori come luoghi della famiglia, dell'uomo, della donna, del bambino, del vecchio, del malato. Questa idea di un insieme di territori nel territorio (p. 105) è radicalmente diversa da quella di Basaglia secondo la quale i malati sono stati gettati nei diversi gironi infernali che occupano la società. Manuali aggiunge: il compito che ci siamo posti è stato di occupare quelle regioni della società dove veramente la pazzia si fabbrica (p. 106): non quindi la pessimistica convinzione dell'impossibilità di agire, ma la ricerca di nuovi modi di presenza.

A proposito degli aspetti originali dell'impianto teorico e pratico di Manuali, Micheli valorizza molto il trattamento delle crisi psicotiche (p. 133). Sottolinea che l'intervento sulla crisi era il capitolo di spesa più oneroso nel bilancio complessivo delle energie del servizio psichiatrico (p. 135). «Ma, nell'interazione aumentata, addensata nel tempo e nello spazio, tra sofferente e operatore, c'era un salto di efficacia non commensurabile con la comunicazione di routine tra terapeuta e paziente» (p. 135). Aggiunge che l'interpretazione che Manuali dà dell'intervento sulla crisi costituisce un unicum nella prassi post asilare italiana (p. 140).

Micheli è interessato all'evoluzione del pensiero di Manuali: in una prima fase prevale l'idea che il rapporto è di per sé terapeutico, che la gestione della malattia deve essere collettiva, che è necessario il fare insieme al malato, condividere e dirigere il suo impegno. A questa segue la fase in cui diviene centrale l'interesse per la professionalità terapeutica: la pratica terapeutica non può coincidere con la pratica politica. Dice Manuali:

l'intelligibilità del folle non appartiene tanto all'irrazionalità del rapporto diretto tra ordine sociale e individuo (e quindi alle dinamiche di esclusione e di emarginazione sociale), quanto ai modi con cui tale rapporto viene rappresentato a livello di coscienza e diventa il contenuto fondamentale dello psichismo (p. 159).

Con ciò Manuali prende le distanze dalla linea di narrazione del movimento in cui prevaleva l'idea che era l'assetto sociale attuale a provocare la malattia.

Una società che cura

È questo l'ultimo punto che compare nel titolo, a cui è dedicato però poco spazio.

Dice Micheli (p. 38): «È tempo di tornare a disegnare città». Ma l'invito è indebolito da dubbi se non si stia parlando di città che restano utopiche.

Concluderei che, se ci si deve impegnare a disegnare, e poi realizzare, una città che cura, non ci saranno più energie per curare. Io mi accontenterei di una società in cui è possibile curare.

Bibliografia

BASAGLIA F. (1968), *L'istituzione negata*, Einaudi, Torino

BASAGLIA F., ONGARO BASAGLIA F. (1975), *Crimini di pace*, Einaudi, Torino

FIORANI M. (2010), *Bibliografia di storia della psichiatria italiana 1991-2010*, Florence University Press, Firenze.

GIANNICCHEDDA M.G. (2020) *Un clima di restaurazione sulla legge 180*, il Manifesto, 29 Agosto.

LEGRAND M. (1987), *Problemi della nuova psichiatria in Italia*, "Quaderni di psicoterapia infantile", 15: 237-293 [Borla, Roma].

LEGRAND M. (1988), *La psychiatrie alternative italienne*, Privat, Toulouse.

MICHEL G.A. (1982), *I nuovi catari. Analisi di un'esperienza psichiatrica avanzata*, Il Mulino, Bologna.

MICHEL G.A. (2013), *Il vento in faccia. Storie passate e sfide presenti di una psichiatria senza manicomio*, Franco Angeli, Milano.

MICHEL G.A. (2019), *Not Just a One Man Revolution*, "History of psychiatry", Vol. 30 (2): 133-149

SLAVICH A. (2018) *All'ombra dei ciliegi giapponesi. Gorizia 1961*, Alfabeta Verlag, Merano.

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.

