

AM



61 / giugno 2026

RIVISTA DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI ANTROPOLOGIA MEDICA
FONDATA DA TULLIO SEPPILLI



In copertina: Paul Sescou, *Jane Avril*, ca. 1890, The Nelson-Atkins Museum of Art, Kansas City (<https://nelson-atkins.org/>).



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

61

giugno 2026
June 2026



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

Direttore

Giovanni Pizza, Università di Perugia

Comitato di redazione

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

Comitato scientifico

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

Comitato tecnico

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

Editor in chief

Giovanni Pizza, Università di Perugia, Italy

Editorial Board

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

Advisory Board

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

Technical Board

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

AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica fondata da Tullio Seppilli 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. 61, giugno 2026
n. 61, June 2026

Editoriale

- 9 Giovanni Pizza
Editoriale di AM 61
AM 61 Editorial

Ricerche

- 11 Simone Savasta
*Crisi della presenza e reintegrazione mitico-simbolica
al pellegrinaggio cattolico-indigeno di Lac Ste. Anne
in Alberta (Canada)*
*Crisis of Presence and Mythic-Symbolic Reintegration
at the Catholic-Indigenous Pilgrimage of Lac Ste. Anne
in Alberta (Canada)*
- 45 Donatella Tronca
From Salome to Jane Avril.
Dancing Distress between Religion and Neurology
*Da Salomè a Jane Avril. Danzare la sofferenza
tra religione e neurologia*
- 83 Veronica Buffon, Giuliana Sanò
Temporalità e sindemia occupazionale.
*La salute dei lavoratori agricoli
della Fascia Costiera Trasformata*
Temporality and Occupational Syndemic.
*The Health of Agricultural Workers
in the Fascia Costiera Trasformata*
- 121 Giancarlo Di Gennaro, Andrea Tomasini
*Abitare l'incertezza. L'epilessia nel ciclo aperto
tra corpo, mondo e cura*
*Dwelling in Uncertainty. Epilepsy in the Open Cycle
Between Body, World, and Care*

Recensioni

- 131 Francesco Scotti, *Il Gran Tour di una psicoanalista /
A Psychoanalyst's Grand Tour* [Maria Luisa Algini,
Viaggiare l'età tarda, sul valore della caducità]

Editoriale di AM 61

Giovanni Pizza

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

Questo numero di AM contiene quattro ricerche e una recensione.

La prima ricerca, di Simone Savasta, riguarda un pellegrinaggio in Canada che è interpretato secondo le categorie di Ernesto de Martino.

La seconda di Donatella Tronca verte sul rapporto tra danza e neurologia attraverso il caso di Jane Avril e il ballo di san Vito.

La terza, di Veronica Buffon e Giuliana Sanò, affronta il tema della violenza lavorativa osservata attraverso il prisma del tempo.

Infine, la quarta di Giancarlo Di Gennaro e Andrea Tomasini tratta la guarigione dall'epilessia da un punto di vista fenomenologico, cioè dal versante corporeo, esistenziale.

Chiude una nuova recensione di Francesco Scotti.

Questo abbiamo fatto col numero 61 di AM.

Buona lettura.

Crisi della presenza e reintegrazione mitico-simbolica al pellegrinaggio cattolico- indigeno di Lac Ste. Anne in Alberta (Canada)

Simone Savasta

Università degli Studi di Milano-Bicocca
[s.savasta@campus.unimib.it]

Abstract

Crisis of Presence and Mythic-Symbolic Reintegration at the Catholic-Indigenous Pilgrimage of Lac Ste. Anne in Alberta (Canada)

This article examines the Indigenous-Catholic pilgrimage of Lac Ste. Anne (Alberta, Canada) as a ritual context for the interpretation and management of suffering, illness, and trauma. Drawing on ethnographic fieldwork conducted during the 2025 pilgrimage, as well as historical and archival sources, the study explores healing narratives and devotional practices associated with the waters of the lake. Through the theoretical framework of Ernesto de Martino, particularly the concepts of the crisis of presence and destorification, the pilgrimage is interpreted as a mythico-ritual device capable of reintegrating individuals into shared horizons of meaning. The article argues that experiences of illness, bereavement, addiction, and social marginalization are reconfigured through ritual participation, collective memory, and encounters with the sacred, contributing to the reconstruction of existential continuity and communal belonging.

Keywords: pilgrimage, healing, crisis of presence, Lac Ste. Anne, destorification

Dal 1889, un pellegrinaggio cattolico viene organizzato ogni anno sulle rive di Lac Ste. Anne, a poche decine di chilometri a ovest di Edmonton, capitale della provincia dell'Alberta. Fondata nel 1842, la missione del lago Sainte-Anne è una delle primissime missioni situate a ovest di Saint-Boniface (Manitoba), porta d'accesso ai territori dell'Ovest, allora ancora molto poco colonizzati. Le origini del pellegrinaggio devono essere comprese sia nel contesto dell'espansione missionaria cattolica nell'Ovest canadese sia nel quadro della diffusione della pietà ultramontana del Diciannovesimo

secolo, caratterizzata da una forte enfasi sulle pratiche devozionali collettive, sui pellegrinaggi, sulle processioni e sulle manifestazioni esteriori della fede (HUEL 1996; CHOQUETTE 1995). Parallelamente, l'evangelizzazione delle popolazioni indigene si inseriva all'interno di più ampie politiche coloniali di assimilazione culturale promosse dal nascente Stato canadese e dalle istituzioni religiose (*ibidem*).

Prima dell'arrivo dei missionari, il lago era conosciuto come *Manito Sakahigan* nella lingua cree, cioè "lago degli spiriti", e come *Wakamne* nella lingua nakota. I primi esploratori europei lo ribattezzarono invece *Lac du Diable*, reinterprestando secondo categorie cristiane un luogo già considerato sacro dalle popolazioni indigene. Il lago costituiva infatti uno spazio di incontro, di scambio commerciale e di ritualità stagionale estiva, soprattutto in occasione delle grandi cacce al bisonte; anche per questa ragione i primi missionari cattolici scelsero questo sito per fondarvi la prima missione permanente dell'Ovest canadese. Il lago venne dedicato a sant'Anna, madre della Vergine Maria e nonna di Gesù, la cui festa liturgica del 26 luglio divenne il centro temporale del pellegrinaggio annuale.

Nel corso del XX e XXI secolo, il pellegrinaggio di Lac Ste. Anne si è progressivamente trasformato in uno dei principali luoghi di incontro tra cattolicesimo e spiritualità indigena in Nord America. La Chiesa cattolica ha infatti modificato in modo significativo il proprio approccio rispetto all'inclusione della spiritualità tradizionale indigena all'interno dell'inquadramento morale, rituale e liturgico del pellegrinaggio risulta evidente nella presenza di pratiche come lo *smudging* – rituale di purificazione attraverso il fumo di erbe sacre –, l'uso del tamburo tradizionale durante le celebrazioni, le preghiere in lingue indigene e la *Pipe Ceremony* di apertura. Elemento centrale dell'esperienza rituale è il rapporto con le acque del lago. Durante la *Blessing of the Lake*, la solenne cerimonia di benedizione delle acque, migliaia di pellegrini si immergono o raccolgono l'acqua del lago, ritenendola fonte di guarigione fisica, spirituale ed emotiva. L'acqua assume così una valenza simbolica e terapeutica, strettamente associata ai processi di purificazione, rigenerazione e rinnovamento della persona¹.

Questo articolo intende analizzare le esperienze vissute e le pratiche devozionali associate al pellegrinaggio di Lac Ste. Anne attraverso il quadro teorico dell'antropologo italiano Ernesto de Martino (1908-1965), una delle figure più influenti dell'antropologia italiana del Ventesimo secolo². In particolare, l'attenzione sarà rivolta alle esperienze di guarigione e ai significati religiosi, terapeutici ed esistenziali che i pellegrini attribuiscono

a tali esperienze. La domanda centrale della ricerca è la seguente: quale situazione “negativa” il rito collettivo del pellegrinaggio è chiamato a destorificare? Muovendo dai concetti di crisi della presenza e destorificazione elaborati da Ernesto de Martino, l’articolo analizza in che modo il rituale del pellegrinaggio – e in particolare le pratiche legate all’acqua, alla ripetizione rituale, alla devozione e alla partecipazione collettiva – contribuisce a ricostruire un senso di presenza, continuità e reintegrazione dell’individuo di fronte alla malattia, o reinterpretate e integrate all’interno di orizzonti di significato condivisi (DE MARTINO 2019, 2025).

Pellegrinaggi, communitas e liminalità

Una delle tipologie di viaggio più affascinanti e particolarmente rilevante a livello culturale è il pellegrinaggio. Pratica comune a tutte le religioni, il pellegrinaggio consiste nel recarsi collettivamente o individualmente a un santuario o a un luogo sacro per compiere speciali atti di devozione, sia a scopo di pietà sia a scopo votivo o penitenziale. I primi modelli antropologici per lo studio del pellegrinaggio³ si ispiravano all’approccio durkheimiano, incentrato sulla struttura e sulla funzione sociale⁴. Nell’avviare lo studio antropologico sistematico del pellegrinaggio, Victor Turner ed Edith Turner (TURNER 1974; TURNER, TURNER 1978) si basarono sui precedenti lavori di Victor Turner sul rituale, sviluppati a partire dal concetto di riti di passaggio elaborato da Arnold van Gennep, il quale propose una struttura universale dei rituali che accompagnano il passaggio dei partecipanti da uno status sociale o da una fase della vita a un’altra (VAN GENNEP 1960).

In tali rituali, individui o gruppi vengono simbolicamente – e spesso anche fisicamente – separati dalla loro condizione o posizione originaria, attraversano una fase di transizione rituale e vengono infine reintegrati nella società con un nuovo status. Turner concentra la propria analisi soprattutto su questa fase intermedia di transizione, concepita come uno stato liminale caratterizzato da profonde trasformazioni rituali e dall’emergere della *communitas*, ossia di un intenso senso di comunanza e uguaglianza tra i partecipanti. I concetti di *liminalità* e *communitas* divennero elementi centrali nell’approccio teorico dei Turner e nella loro successiva interpretazione antropologica del pellegrinaggio.

I Turner misero a confronto la *liminalità* nei rituali tribali con fenomeni analoghi nelle società dominate da religioni storiche. In *Image and Pilgri-*

mage in Christian Culture (1978) contrappongono il pellegrinaggio, come attività religiosa, al monachesimo e al misticismo.

Mentre i contemplativi monastici e i mistici potevano compiere quotidianamente viaggi interiori di salvezza, coloro che vivevano nel mondo dovevano esteriorizzare i propri nell'avventura, meno frequente, del pellegrinaggio. Per la maggior parte delle persone, il pellegrinaggio costituiva la grande esperienza liminale della vita religiosa. Se il misticismo è un pellegrinaggio interiore, il pellegrinaggio misticismo esteriorizzato (TURNER, TURNER 1978: 6-7).

I Turner sostengono che il pellegrinaggio consente ai partecipanti di lasciare alle spalle i conflitti, le difficoltà, i sensi di colpa e le «occasioni di peccato» della vita quotidiana. Nel corso del viaggio, il pellegrino trova una forma di liberazione dal mondo ordinario, diventando «progressivamente circoscritto da strutture simboliche: edifici religiosi, immagini figurative, statue e elementi sacralizzati della topografia» (ivi: 10).

Essi osservano che il carattere generalmente facoltativo e volontario del pellegrinaggio si contrappone ai rituali obbligatori delle società tribali, ma che il pellegrinaggio condivide alcuni elementi con i «rituali di afflizione» praticati in tali società per placare o esorcizzare le forze responsabili di malattie o sventure. I rituali di afflizione, tuttavia, presentano un «carattere sistemico e quasi pragmatico», nel senso che l'azione rituale è normalmente attesa produrre il risultato desiderato. Il pellegrinaggio, al contrario, secondo i Turner, non è concepito come in grado di produrre automaticamente un simile esito, ma dipende piuttosto dall'intervento di una figura sacra che, secondo la propria volontà, compie il miracolo (sebbene essi riconoscano che il pellegrinaggio contenga spesso anche elementi «magici»). Pertanto, «l'aspetto curativo e carismatico del pellegrinaggio non è considerato un fine in sé. Nel pellegrinaggio cristiano paradigmatico, la qualità iniziatica del processo ha la priorità, sebbene si tratti di un'iniziazione *a* una soglia e non *attraverso* una soglia. L'iniziazione è concepita come un percorso che conduce [...] a un livello più profondo di partecipazione religiosa» (ivi: 14-15). Entrare in contatto con il sacro, adempiere a un voto, cercare guarigione per malattie fisiche o spirituali, segnare un passaggio della vita, fare penitenza, affermare un'identità culturale e la semplice curiosità sono tra le diverse motivazioni che spingono a intraprendere un pellegrinaggio. Victor Turner definì il pellegrinaggio un rituale «anti-moderno», in quanto fondato sulla fede e sulla credenza nei poteri miracolosi (TURNER 1974). Successivamente, Mircea Eliade ha approfondito lo studio di questa nozione, ponendola in rapporto alle «ierofanie», manifestazioni

del sacro che sono alla base dei miti, dei riti e dei simboli di molte culture (ELIADE 1987). Più recentemente, l'opera di Julien Ries, in una prospettiva filosofica e antropologica, ha posto l'accento sul sacro come esperienza costitutiva dell'umanità, mentre Alphonse Dupront ne ha analizzato le forme e le rappresentazioni nella storia d'Europa (RIES 1985; DUPRONT 1987)⁵.

Ernesto de Martino e la crisi della presenza

L'antropologo italiano Ernesto de Martino si inserisce nel dibattito, inserendo il Sacro nell'emergere della presenza umana nel mondo e della sua possibile crisi⁶. Molteplici sono i nuclei tematici che emergono dalla riflessione demartiana: la destorificazione, il nesso mitico-rituale, la religione e la nota crisi della presenza. La particolarità della proposta demartiniana risiede nel suo interesse per la magia come momento storico e culturale specifico. Nella prefazione de *Il mondo magico*, Ernesto de Martino sottolinea la necessità di superare i pregiudizi etnocentrici dello storicismo occidentale e di ripensare categorie fondamentali come "natura", "persona" e "realtà" alla luce dell'esperienza magica (DE MARTINO 1948, 2022).

In questa prospettiva, la magia non rappresenta una forma irrazionale o primitiva di pensiero, ma una risposta storicamente situata alla crisi della presenza. Come afferma de Martino: «Per una presenza che crolla senza compenso il mondo magico non è ancora apparso; per una presenza riscattata e consolidata [...] il mondo magico è già scomparso» (DE MARTINO 1948: 130). Il mondo magico emerge dunque in situazioni di crisi, quando l'individuo sperimenta il rischio di perdita della propria capacità di esserci nel mondo. L'angoscia segnala precisamente questa minaccia: il venir meno delle distinzioni fondamentali tra soggetto e oggetto, tra pensiero e azione, tra cultura e natura (DE MARTINO 2025: 11).

In tale contesto, le pratiche magiche – intese come gesti, formule e rituali – svolgono una funzione essenziale: esse permettono di ordinare il caos e di ristabilire una forma di controllo simbolico sulla realtà. La magia appare così come una vera e propria "pedagogia della presenza", capace di circoscrivere e rielaborare la crisi attraverso dispositivi culturali condivisi (DE MARTINO 1948).

Questa riflessione trova ulteriore sviluppo in *La storia velata*, dove il rapporto mitico-rituale viene interpretato come un dispositivo culturale fondamentale di gestione della crisi. Il mito, in quanto narrazione esemplare, dà forma alla crisi sottraendola alla contingenza storica, mentre il rito ne

attualizza il contenuto simbolico, reintegrando l'individuo nel flusso dell'esperienza. Il simbolo mitico-rituale costituisce così un orizzonte di configurazione e reintegrazione dei momenti critici, permettendo una "destorificazione" temporanea della crisi e la sua successiva rielaborazione (DE MARTINO 2025: 105). Tale dialettica si lega al concetto di "destorificazione", inteso come sospensione controllata del divenire storico per proteggere la presenza. De Martino distingue tra una "destorificazione istituzionale", culturalmente mediata e funzionale al riscatto, e una "destorificazione irrelativa", di tipo patologico, in cui la crisi si compie senza possibilità di reintegrazione (DE MARTINO 2025: 70-71). In questo quadro, religione e magia appaiono come forme parallele di risposta alla crisi: entrambe operano al limite tra l'esserci e il non esserci e costituiscono tecniche culturali di reintegrazione della presenza. Come afferma de Martino, «tutte le religioni nascono dalla esperienza della presenza che non si mantiene davanti alla storia [...] e costituiscono un modo culturale di permettersi la storia attraverso la mediazione della destorificazione» (*ibidem*).

La leggenda fondativa: il mito orale Nakota della White Lady

La tradizione mitica dell'origine del pellegrinaggio appartiene alla tradizione orale del popolo Alexis Nakota⁷. La tradizione orale racconta che, guidato da una visione di due laghi, *Mitaushin Waxasēsgan* (Grandfather Whitebear) condusse il suo popolo verso un nuovo luogo di rifugio che chiamarono *Wakamne*⁸. Riporto ora la versione che ho sentito raccontata da Chief Tony Alexis il giorno dell'inaugurazione del pellegrinaggio, durante la mia indagine nel luglio 2025⁹.

Questo lago noi non lo chiamiamo Lac Ste. Anne. Per la nostra gente è conosciuto come *Wakamne*, che significa "lago sacro". *Wakan*, la parola che usiamo per indicare ciò che è sacro, santo o divino; *me* è la parola che usiamo per lago. Per questo lo chiamiamo *Wakamne*. Al centro del lago c'è un'isola ricoperta di rocce: era un luogo in cui si svolgevano cerimonie sacre, come lo *sweat lodge*¹⁰. Si tratta un posto davvero unico: non vi cresce alcuna pianta, solo rocce. Il motivo per cui lo chiamiamo così è legato a una storia che circolava tra la nostra gente. Si racconta che uno dei nostri capi, di nome White Bear, si recò al lago insieme a suo nipote. Quando arrivarono nei pressi del lago, udirono tra le cime degli alberi una canzone, cantata dall'*Old People* (probabile riferimento agli spiriti, che secondo la tradizione locale, abitano nel lago). Sentendo quel canto, costruirono una zattera e iniziarono ad avvicinarsi al lago. Era mattina presto e c'era molta nebbia, che avvolgeva tutto. Continuavano però a sentire la canzone. Mentre il nonno e il nipote si avvicinavano al punto da cui proveniva il

canto, la nebbia cominciò lentamente a diradarsi. Al centro del lago apparve allora una donna bellissima, in piedi, con i capelli lisci adornati da piccole piume, simili a quelle dell'aquila. Indossava un abito di pelle di daino e, tutt'intorno a lei, lungo il perimetro, vi erano dei bambini piccoli: erano loro a suonare il tamburo. Tutto avveniva seguendo un unico battito. Nell'ultimo battito, i bambini scomparvero nella sua mano. Si racconta che la donna guardò verso il basso e poi verso l'alto e, subito dopo, svanisce. La profezia contenuta in questa storia afferma che un giorno i tamburi si faranno nuovamente sentire in questo luogo. Per questo, ancora oggi, se ci si siede in silenzio vicino al lago *Wakamne*, si può tornare a percepire il suono dei tamburi. E non è soltanto nel modo in cui io racconto questa storia: è il nostro popolo stesso che, nonostante tutte le difficoltà attraversate, continua a dimostrare che il suo spirito è vivo, prospera e diventa sempre più forte. Questo luogo è sempre stato speciale; è sempre stato un luogo sacro per oltre cento anni.

Il racconto tramandato dal popolo Nakota contribuisce a definire il carattere sacro del lago; la narrazione della donna vestita di bianco, di origine *siouan*, svolge un ruolo centrale in questo processo. Secondo MK Anderson-McLean, in seguito alla penetrazione del Cristianesimo, questa figura mitica si riconfigura come una sintesi simbolica tra Madre Terra, la *White Buffalo Calf Woman*¹¹ e sant'Anna (ANDERSON-MCLEAN 2005).

L'origine dell'insediamento di Lac Ste. Anne

Nel 1801, l'esploratore David Thompson attraversò l'area dell'attuale Lac Ste. Anne e ne registrò la presenza nelle proprie mappe, senza tuttavia menzionare alcun insediamento umano nelle vicinanze. Nella sua carta geografica il lago compare con il nome di *Lake Manitou*. I Cree della regione chiamano il lago *Manitow Sakahikan*, cioè "Lago di Dio"¹². Probabilmente questo nome gli fu attribuito perché il lago era, e continua a essere, considerato un luogo spirituale. Il lago divenne noto anche come *Devil's Lake*. È probabile che quest'ultimo nome sia nato da un'errata interpretazione, da parte dei non-Indigeni, del precedente nome cree.

Lac Ste. Anne si sviluppò come comunità verso la fine degli anni 1830. In quel periodo, gli abitanti erano commercianti Métis e *Freeman*¹³ che cacciavano, intrappolavano animali e pescavano nell'area. Il loro sostentamento dipendeva in parte dal commercio delle pellicce, anche se vivevano anche grazie alle risorse della terra attraverso la caccia di sussistenza, la pesca e il *trapping* (attività tradizionale di cattura di animali selvatici mediante trappole, praticata principalmente per ottenere pellicce, carne e

altri prodotti destinati all'autoconsumo o al commercio)¹⁴. Padre Jean-Baptiste Thibault, un sacerdote secolare, decise di fondare una missione presso Lac Ste. Anne, la prima a ovest di Red River (Manitoba). L'8 settembre 1842 benedisse il lago e lo ribattezzò Lac Ste. Anne, in onore della nonna di Gesù. Da allora il lago ha continuato a portare questo nome fino ai giorni nostri. Al primo arrivo di padre Jean-Baptiste Thibault a Lac Ste. Anne, egli scrisse di essere stato accolto da cinque famiglie, tutte Metis. Queste famiglie avevano costruito le loro abitazioni e vivevano principalmente di pesca, vendendo il pesce alla Hudson's Bay Company (H.B.C.)¹⁵. Come già affermato in precedenza, questi primi coloni erano probabilmente *freemen* che si stabilirono a Lac Ste. Anne grazie all'abbondanza di risorse presenti nell'area. Oltre alla pesca, la comunità partecipava alle annuali cacce al bisonte. Prima dell'insediamento stabile, l'area potrebbe essere stata un punto di ritrovo per precedenti spedizioni di caccia. Alcuni anziani residenti di Lac Ste. Anne hanno lasciato testimonianze del loro coinvolgimento in queste cacce¹⁶.

La Chiesa cattolica è presente a Lac Ste. Anne sin da quando padre Jean-Baptiste Thibault visitò la comunità nel 1842 e fondò la prima missione a ovest di Red River (Manitoba). Si dice che il sacerdote abbia scelto Lac Ste. Anne per la sua missione perché era a conoscenza della presenza dei Métis nell'area e riteneva che questo luogo fosse sufficientemente distante dal territorio Blackfoot da evitare conflitti tra i diversi gruppi indigeni. Padre Thibault credeva inoltre che la terra fosse ideale per l'agricoltura e incoraggiò i Métis a adottare l'attività agricola, abbandonando gli stili di vita più tradizionali legati alla caccia, alla pesca e al *trapping*. La prima chiesa di Lac Ste. Anne fu costruita nell'autunno del 1844 con l'aiuto di un altro sacerdote, padre Bourassa, e di un uomo di nome Pierre Thibert, che aveva viaggiato con padre Thibault. La chiesa improvvisata fungeva anche da residenza per i sacerdoti. I due sacerdoti secolari rimasero presso l'insediamento fino al 1852, fatta eccezione per le loro regolari missioni itineranti attraverso il territorio¹⁷.

Nella primavera del 1861, una carestia colpì l'insediamento e molti degli abitanti partirono verso le pianure e le foreste in cerca di cibo. Nello stesso anno, padre Lacombe, che nel frattempo aveva sostituito Padre Thibault alla missione di Lac Ste. Anne, fondò St. Albert, portando con sé numerose famiglie Métis da Lac Ste. Anne. Inoltre, un'epidemia di vaiolo colpì l'insediamento nel 1870, causando decine di morti, e nel 1890 l'influenza russa provocò la morte di alcuni residenti. Il primo pellegrinaggio a Lac Ste. Anne si tenne nel 1889. Esistono diverse leggende riguardo alle

origini del pellegrinaggio. Una di queste attribuisce il merito del primo pellegrinaggio a un sacerdote oblato, padre Lestanc¹⁸. Dopo trent'anni trascorsi in Canada, il sacerdote fece ritorno in Europa. Durante il soggiorno europeo visitò il suo luogo natale, Sainte-Anne-d'Auray, in Bretagna¹⁹. Lì decise di recarsi al santuario di Sainte Anne e, nel momento in cui baciò la reliquia, si dice che abbia udito una voce dirgli: «Et toi, qu'as-tu fait pour moi?» («E tu, che cosa hai fatto per me?»).

Padre Lestanc interpretò queste parole come un segno del fatto che avrebbe dovuto continuare la missione presso Lac Ste. Anne e diffondere ulteriormente la devozione a Sainte Anne (DROUIN 1972: 52). Quando il sacerdote fece ritorno in Canada, si ritiene che abbia organizzato il primo pellegrinaggio il 6 giugno 1889. Il primo pellegrinaggio ebbe luogo nel 1889 in seguito a una grave siccità. Quell'anno gli agricoltori avevano disperatamente bisogno di pioggia. I contadini si radunarono quindi presso la missione per pregare insieme affinché piovesse. Secondo la tradizione, le loro preghiere furono esaudite e nei giorni successivi piovve abbondantemente. Da quel primo anno, agricoltori e famiglie continuarono a riunirsi per pregare per buoni raccolti. La partecipazione al pellegrinaggio di Lac Ste. Anne continuò a crescere ulteriormente. I pellegrini si riuniscono durante l'ultima settimana di luglio, in occasione della festa di Sant'Anna. Il pellegrinaggio dura dalla domenica fino alla mattina del giovedì successivo. Molti organizzano le proprie vacanze attorno a questo evento: alcuni arrivano con una settimana di anticipo, altri raggiungono il santuario a piedi anche dal Saskatchewan, mentre altri ancora rimangono per alcuni giorni dopo l'ultima Messa.

Il pellegrinaggio contemporaneo

Durante il mio lavoro sul campo, ho osservato che il pellegrinaggio si articola attorno a tre spazi principali, nei quali si concentrano le celebrazioni. Il primo è l'edificio centrale – il santuario vero e proprio – che costituisce il cuore del sito e ospita le principali celebrazioni liturgiche. Capace di accogliere fino a tremila persone, questa struttura permanente viene riconfigurata ogni luglio in occasione dell'evento. Decine di lunghe panche vengono installate per i fedeli, e l'arredo liturgico viene disposto nuovamente ogni anno. Questi elementi liturgici e devozionali, che formano il nucleo di questo santuario temporaneo, sono ampiamente “indigenizzati”²⁰ – riflettendo l'impegno della Chiesa cattolica verso l’“inculturazione”²¹.

Le forme materiali del culto evocano deliberatamente cosmologie ed estetiche indigene attraverso processi di ibridazione, stratificazione simbolica e traduzione interculturale. Ad esempio, l'altare è sormontato da un crocifisso ligneo sospeso con cavi, che rappresenta un Cristo dai tratti chiaramente indigeni – o meglio, stereotipicamente “nativi”: pelle ambrata, capelli lunghi intrecciati. La mensa dell'altare è coperta da un drappo dai motivi geometrici, mentre l'ambone, intagliato nel legno, è ornato con il simbolo delle Quattro Direzioni. Sulla parete destra sono appesi numerosi *ex voto* – in particolare stampe, bastoni e scarpe – che testimoniano guarigioni e grazie ricevute. Accanto a questi, è esposto il Padre Nostro tradotto nelle lingue indigene locali – dene, nakota, cree, blackfoot e anishinaabe. Tra l'ingresso e l'edificio principale si innalza la statua di *Sant'Anna*, raffigurata secondo l'iconografia tradizionale mentre insegna a leggere alla giovane Maria. Intorno alla statua si aggregano gruppi di pellegrini a cantare inni in lingua nativa toccando la statua. Nella stessa area si trovano il confessionale, e il tepee, la tradizionale tenda indiana, dove si svolge la *Pipe Ceremony* (Cerimonia della Sacra Pipa, conosciuta anche in lingua francese come *Cahumet*).

In un'area adiacente tra il santuario e il lago si trova il campeggio. Sebbene molti visitatori si fermano solo per un giorno, un gran numero rimane per diverse notti. Negli ultimi due decenni, camper e roulotte sono diventati più comuni delle tende tradizionali o dei tepee, anche se molti dormono ancora nelle automobili o in piccole tende montate accanto ai veicoli. A ogni ora del giorno, oltre alle liturgie ufficiali nel santuario, gruppi di persone si riuniscono sotto teloni improvvisati tesi tra le auto per creare ombra. Questi ripari – che solitamente ospitano fino a dieci persone – fungono da spazi conviviali dove vicini e amici condividono cibo, caffè e racconti. Oggi solo pochi tepee vengono eretti; la maggior parte del campo è composta da piccole tende, teloni e veicoli. Gli organizzatori mantengono due aree di parcheggio distinte – una per i grandi camper, l'altra per auto e tende – ma nonostante questa divisione, l'intero campeggio forma una comunità vivace e unita, dove le persone circolano liberamente, mangiano, cantano e danzano insieme. Il consumo di alcol, una preoccupazione ricorrente già menzionata nelle cronache storiche, rimane una sfida che gli organizzatori cercano attivamente di prevenire. Tuttavia, nonostante tali difficoltà, il campeggio rappresenta il centro sociale ed emotivo del pellegrinaggio.

Dal santuario si diparte un sentiero scandito dalle *Stations of the Cross*, che guida i pellegrini lungo la Via Crucis fino alle rive del lago, cuore simboli-

co e rituale del pellegrinaggio. È qui che si svolge la *Blessing of the Lake*, la solenne benedizione delle acque che rappresenta il momento culminante dell'evento e l'apice spirituale dell'esperienza pellegrina. Il lago costituisce infatti il principale centro devozionale del santuario. Dopo la messa solenne del pomeriggio, i sacerdoti, seguiti dall'intera assemblea dei pellegrini, si muovono in processione dal santuario verso la riva, una struttura circolare in legno sormontata da una croce funge da piattaforma per gli officianti, mentre la folla avanza verso l'acqua. Con un megafono, uno dei sacerdoti benedice il lago, poi si toglie la casula e scende nell'acqua per impartire la benedizione ai pellegrini che gli si avvicinano. Si crede che le acque del Lac Ste. Anne possiedano poteri taumaturgici. Molte persone in sedia a rotelle, con stampelle o deambulatori vengono accompagnate dai familiari fino al lago. I miei interlocutori hanno offerto spiegazioni diverse riguardo alle proprietà sacre di queste acque: alcuni le attribuiscono alla presenza intercessoria di sant'Anna – la santa taumaturgica nonna di Cristo – pregata in lingua cree come *Kochum*, che significa “nonna”; altri fanno riferimento al rito stesso della benedizione²². Nonostante le riserve delle autorità ecclesiastiche legate all'inquinamento, i pellegrini continuano a raccogliere e utilizzare l'acqua per bere, lavare il corpo e curare malattie, portandola con sé anche dopo il ritorno a casa. Considerata universalmente rigenerante e purificatrice, l'acqua è al centro di pratiche rituali collettive, come la preghiera in cerchio nelle acque del lago. L'immersione completa rappresenta un momento cruciale soprattutto per i pellegrini nativi.

L'acqua risulta un elemento costitutivo di numerosi miti d'origine Nativi Americani. Come riportato in Simon (SIMON 1993: 6): «L'importanza dell'acqua per la cultura nativa può essere fatta risalire ai miti e alle leggende che circondano l'inizio della creazione. La mitologia del popolo cree, per esempio, descrive il mondo come un immenso oceano nel quale il Creatore si trovava su una sorta di zattera ed Egli mandò un castoro o qualche piccolo animale a prendere della terra dal fondo dell'oceano. L'animale morì riuscendo a portare un po' di terra sotto le sue unghie e risalì in superficie; allora il Creatore prese quella terra da sotto le sue unghie e da lì ebbe origine la terraferma». Così l'acqua è una sostanza primordiale. È anche mitica nel senso che, in alcuni miti delle origini, la figura ancestrale si apre le vene, muore e diventa la terra. Questa è una tradizione sioux. Egli si apre le vene e le sue vene diventano l'acqua. La sua carne diventa la terra.

Interpretare la guarigione: contributi dell'antropologia medica

Durante il mio lavoro di campo al Lac Ste. Anne nel luglio 2025, le tracce più tangibili delle guarigioni avvenute nel corso del tempo erano racconti orali ed *ex-voto*: bastoni, stampelle, scarpe e carrozzine lasciate dai pellegrini come segno di ringraziamento. Appesi lungo la parete interna della cappella del santuario, questi oggetti formano un archivio materiale della fede, una memoria silenziosa di corpi guariti e di preghiere esaudite, testimonianze tangibili di guarigioni realmente avvenute. A queste testimonianze materiali si affiancano i racconti orali dei pellegrini, molti dei quali affermano di essere stati guariti grazie al pellegrinaggio e all'intercessione di sant'Anna – non solo nel corpo, ma anche nello spirito. La guarigione è intesa come un processo più ampio di rinnovamento spirituale e sociale: un ritrovare equilibrio, appartenenza e senso attraverso la preghiera, l'immersione nelle acque e la partecipazione collettiva al rito.

L'antropologia medica offre strumenti teorici particolarmente utili per interpretare le esperienze di guarigione appena descritte. Uno degli obiettivi centrali di questo campo di studi consiste nel comprendere come la malattia grave possa alterare il mondo vissuto dell'individuo e i significati attraverso cui egli interpreta la propria esistenza. In tale prospettiva, particolare attenzione è stata dedicata al ruolo delle tradizioni religiose nella costruzione di significati capaci di rendere la sofferenza comprensibile e supportabile. Come osserva Robert Orsi, soprattutto nel cattolicesimo precedente al Concilio Vaticano II, i fedeli disponevano di numerose opportunità per fare esperienza diretta del sacro. Non si trattava semplicemente del rapporto tra il credente e l'ostia consacrata durante la Messa, ma di molteplici occasioni attraverso cui entrare in contatto con una presenza sacra percepita come reale e attiva nel mondo. In questo contesto, la devozione ai santi rappresentava una delle principali forme di relazione con il sacro e una risorsa fondamentale attraverso cui interpretare la sofferenza, ricercare protezione e sperare nella guarigione (ORSI 2005).

La devozione ai santi costituisce da secoli «una componente essenziale dell'esperienza cattolica della sofferenza e della malattia» (ORSI 2005: 180). Nonostante i progressi scientifici e biomedici, molti cattolici continuano a credere nel potere taumaturgico dei santi anche nel Ventunesimo secolo. Persone malate continuano a intraprendere pellegrinaggi verso santuari di guarigione in tutto il mondo nella speranza di ottenere una cura. I malati, o coloro che se ne prendono cura, continuano ad accendere candele votive, a ungere il corpo con olio o acqua benedetta, ad appuntare meda-

glie sul petto e a rivolgere ferventi preghiere ai santi. Amanda Porterfield osserva come i cattolici continuino ancora oggi a partecipare a una «una tradizione di guarigione relativamente ininterrotta, le cui origini risalgono all'antichità» (PORTFIELD 2005: 180).

Nonostante la lunga durata e la persistente diffusione di queste pratiche, Orsi osserva che il ruolo dei santi nella mediazione dell'esperienza cattolica della malattia e della sofferenza ha ricevuto sorprendentemente poca attenzione da parte degli studiosi (ORSI 2005). David Hufford e Mary Ann Bucklin osservano che, sebbene l'interesse del pubblico per gli aspetti spirituali della salute e della guarigione negli Stati Uniti sia ampiamente documentato dai media e dalla letteratura divulgativa, lo studio accademico di tali fenomeni continua a essere fortemente influenzato dal presupposto weberiano secondo cui il mondo moderno sarebbe disincantato. Inoltre, essi sostengono che persino le «guarigioni specificamente ecclesiali» come quelle associate a Lourdes o a Sainte-Anne-de-Beaupré, «siano spesso interpretate attraverso le lenti delle problematiche teologiche della modernità» (HUFFORD, BUCKLIN 2006: 38).

La sezione seguente offre una breve panoramica di alcune delle principali questioni emerse nello studio antropologico della guarigione religiosa, prendendo avvio dal fondamentale contributo di Arthur Kleinman negli anni Ottanta²³. Il suo contributo è particolarmente importante nella misura in cui cerca di comprendere le pratiche di guarigione non mediche in termini culturali. Kleinman sostiene che la biomedicina occidentale rappresenta soltanto uno dei numerosi sistemi culturali che offrono un «modello esplicativo» della malattia umana (KLEINMAN 1980). Come osserva Kleinman, i sistemi sanitari «sono creati da una visione collettiva e da modelli condivisi di utilizzo che operano a livello locale, ma che vengono percepiti e impiegati in modo parzialmente diverso da differenti gruppi sociali, famiglie e individui» (ivi: 139).

Kleinman osserva inoltre che quella che viene comunemente definita «medicina popolare» è spesso suddivisa in una componente sacra e una secolare; tuttavia, «il confine tra “medicina popolare” e “medicina professionale” risulta frequentemente sfumato e difficile da tracciare con precisione» (ivi: 59). Lo studio di Kleinman introduce inoltre una distinzione fondamentale tra *illness* e *disease*, nonché tra *healing* e *curing*. Mentre la *disease* indica la malattia come alterazione biologica o psicologica definita dalla medicina, la *illness* si riferisce all'esperienza soggettiva e socialmente vissuta della sofferenza. Analogamente, il *curing* riguarda l'eliminazione della

patologia secondo i criteri biomedici, mentre l'*healing* consiste in un più ampio processo di ricostruzione dell'integrità personale, sociale e morale dell'individuo²⁴.

Egli osserva che uno degli assunti fondamentali dell'antropologia medica è la distinzione tra queste due dimensioni della malattia. La *disease* viene definita come un malfunzionamento dei processi biologici e/o psicologici, mentre la *illness* si riferisce all'esperienza psicosociale della malattia e ai significati che le vengono attribuiti. Inoltre, Kleinman sostiene che la *illness* costituisce «l'esperienza propriamente umana dei sintomi e della sofferenza» (KLEINMAN 1988: 3). Secondo Kleinman, il *curing* consiste nell'eliminazione della *disease* così come viene definita dal sistema biomedico, mentre il *healing* rappresenta «un processo più ampio di ricostruzione dell'integrità e della totalità della persona, che può avvenire sia in presenza sia in assenza di una guarigione clinica» (*ibidem*). Di conseguenza, una persona può sperimentare una forma di *healing* senza essere necessariamente *cured*; viceversa, può risultare clinicamente guarita senza aver raggiunto una piena ricomposizione della propria esperienza esistenziale. Kleinman osserva inoltre che gli studi interculturali mostrano come l'*healing* faccia riferimento a due compiti clinici tra loro correlati ma distinti: «l'instaurazione di un controllo efficace sui processi biologici e psicologici disordinati, che definirò "cura della malattia", e la produzione di un significato personale e sociale per i problemi esistenziali creati dalla malattia, che definirò "guarigione della sofferenza"» (KLEINMAN 1980: 82). Egli conclude affermando che queste due attività costituiscono l'obiettivo fondamentale di ogni sistema di cura.

Kleinman individua tre principali categorie di significato associate all'esperienza della malattia: il significato del sintomo, il significato culturale e il significato legato al *life world*. I sintomi non posseggono infatti un significato esclusivamente biologico, ma vengono interpretati attraverso schemi culturali condivisi che consentono agli individui di riconoscere, comunicare e comprendere la sofferenza. Inoltre, sintomi e malattie assumono rilevanza diversa a seconda delle società e dei periodi storici, potendo acquisire specifici significati morali, religiosi e sociali²⁵.

Particolarmente importante è la nozione di *life world*, che Kleinman considera fondamentale per comprendere le malattie croniche. Come una spugna, «la malattia assorbe significati personali e sociali dal mondo della persona malata, fino a diventare intimamente intrecciata alla sua esperienza di vita» (KLEINMAN 1988: 21-22). Kleinman osserva inoltre che

gli individui organizzano la propria esperienza della malattia attraverso narrazioni personali che attribuiscono coerenza alla sofferenza vissuta. Le narrazioni non si limitano a descrivere la malattia, ma «contribuiscono attivamente a modellarne l'esperienza, fornendo strumenti culturali e simbolici attraverso cui interpretare sintomi, sofferenza e guarigione» (KLEINMAN 1988: 49).

Testimonianze di guarigione

Riporto ora alcune testimonianze di guarigione. Tra le storie raccolte durante il pellegrinaggio, quella di una coppia di pellegrini Dené del nord Saskatchewan, miei vicini di tenda durante il pellegrinaggio, esprime bene questa dimensione di guarigione integrale. L'uomo, un tempo alcolizzato, raccontava di aver fatto molti anni prima un voto di sobrietà a Sainte Anne, promettendo di tornare ogni anno al lago in segno di gratitudine e fede. Da allora, non ha mai mancato un pellegrinaggio. La moglie, seduta accanto a lui davanti al fuoco, mi disse che quel voto aveva salvato non solo la vita del marito, ma anche la loro famiglia.

Un ragazzo cree sulla trentina di Frog Lake (Alberta), disoccupato, mi approccia con interesse desideroso di raccontarmi la sua esperienza. Anni fa, era venuto al pellegrinaggio con la famiglia, dove avevano campeggiato tutta la settimana. L'ultimo giorno, prima di partire, si era attardato per fare delle foto al lago. Una volta tornato a casa, si rese conto che una foto mostrava una figura bellissima sul lago tra le nuvole. La mostrò ai parenti, che increduli, constatarono anche loro la presenza della figura di questa donna. Suo nonno, all'epoca alcolista, iniziò ad andare in chiesa e smise di bere. Queste sono solo alcune delle testimonianze di eventi "sovranaturali" che continuano ad accrescere l'aura di luogo mistico che attira migliaia di pellegrini a Lac Ste. Anne.

Un interlocutore della comunità Oji-Cree di St. Theresa Point (Manitoba) mi ha raccontato una narrazione relativa a sant'Anna, secondo la quale la santa apparve sul lago e i pesci si moltiplicarono. Questo racconto sembra riecheggiare la versione della carestia associata alle origini del pellegrinaggio del 1889, arricchendola tuttavia di evidenti elementi biblici, in particolare il motivo della moltiplicazione dei pani e dei pesci. Un pellegrino Dene sulla sessantina, proveniente dal Saskatchewan – una delle comunità più numerose presenti al pellegrinaggio – mi ha invece parlato della sua esperienza del pellegrinaggio. La sua famiglia è sempre stata devota

e profondamente cattolica. Partecipa al pellegrinaggio dalla sua infanzia, e ricorda che in passato affrontavano numerosi giorni di viaggio anche in canoa per arrivare. Il mio informatore racconta di una roccia che sarebbe caduta dal cielo con le impronta di sant'Anna. Tale roccia si troverebbe oggi sul fondale del lago, ma la sua posizione esatta non è conosciuta. Secondo il racconto, un "uomo cieco" (*blind man*), dotato di particolari capacità sensoriali, ne avrebbe percepito la presenza. I pellegrini Dene, a loro volta, cercano questa roccia nelle acque del lago: alcuni affermano di averla trovata, mentre altri sostengono che è stata recuperata dai bianchi e trasferita in un museo – senza tuttavia riuscire a indicarne con precisione quale. Questi racconti contribuiscono al misticismo che circonda le narrazioni sul pellegrinaggio. Tuttavia, il motivo principale che porta così tanti pellegrini a Lac Ste. Anne è la credenza nel potere curativo dell'acqua. Non esistono numerose testimonianze scritte, data la tradizione principalmente orale nativa.

Particolarmente significativa è la testimonianza della signora Roy, originaria della provincia Manitoba. La donna riferisce di aver goduto di buona salute durante l'infanzia, fino a quando un improvviso dolore alla gamba destra inizia a causarle sofferenze intense e persistenti. Nonostante i numerosi tentativi di cura, le condizioni non migliorarono e, per lungo tempo, fu costretta a muoversi con l'ausilio di stampelle. Un temporaneo miglioramento le consentì per un breve periodo di tornare a camminare, ma la malattia si ripresenta con maggiore gravità, costringendola a letto per mesi e causando la fuoriuscita di frammenti ossei dalla ferita. Dopo aver abbandonato ogni speranza nei trattamenti medici, la sua condizione fu dichiarata incurabile, e le venne prospettata una morte imminente. Su consiglio della famiglia, la giovane intraprese un pellegrinaggio a Lac Ste. Anne. Secondo il suo racconto, durante questa prima esperienza si registrò un iniziale miglioramento, sebbene il dolore si ripresentasse successivamente. In seguito, compì un secondo pellegrinaggio, al termine del quale riferisce di essere tornata completamente guarita. La particolarità di questa testimonianza risiede nel fatto che la Signora Roy compì il pellegrinaggio oltre un secolo fa. La testimonianza risale infatti al 1898, nove anni dopo il primo pellegrinaggio del 1889, e costituisce, almeno sulla base delle mie ricerche d'archivio, la prima attestazione scritta di una guarigione legata al pellegrinaggio di Lac Ste. Anne²⁵. A differenza di quanto avvenuto per pellegrinaggi, come Lourdes, a Lac Ste. Anne non si sviluppò un archivio sistematico di testimonianze scritte di guarigione, anche in ragione della forte centralità della tradizione orale nelle comunità indigene. Ciò nonostante, narrazioni

di guarigioni miracolose sono sopravvissute fino ai giorni nostri, trasmesse attraverso circuiti orali e relazionali.

Le guarigioni non appartengono solo al passato. Una delle testimonianze di guarigione più sensazionali mi è stata riportata da Padre Les, parroco polacco di Lac Ste. Anne, dove vive da almeno dodici anni. Qualche anno fa, Padre Les assistette ad un evento a cui non riesce ancora a dare una spiegazione razionale: una ragazza originaria dell'India era stata diseredata dalla famiglia, che non approvava la sua relazione con un altro uomo. Dopo la fine della relazione, la ragazza cadde in forte depressione e tentò il suicidio, gettandosi da un ponte. A seguito della caduta, fu investita da una macchina, ma sopravvisse, rimanendo però completamente paralizzata. Riappacificatasi con la famiglia, partecipa al pellegrinaggio per seguire il desiderio dei suoi genitori. Dopo l'immersione nel lago, davanti ad una folla incredula, la ragazza si alza dalla carrozzina ed iniziò a camminare in autonomia: da quel momento, come disse a padre Les, sentì di non averne più bisogno. Ogni la ragazza vive in British Columbia, ed ha reso testimonianza pubblica della sua storia al pellegrinaggio di qualche anno fa, lasciando la carrozzina come ex-voto alla parrocchia. Questa vicenda surreale si aggiunge ad altre esperienze di guarigione da me raccolte durante il pellegrinaggio a Lac Ste. Anne nel luglio 2025.

La storia di Rod Alexis

Vorrei ora focalizzarmi sulla testimonianza di guarigione di Rod Alexis, uno degli anziani (o come dicono loro, *knowledge keepers*) più rispettati della comunità Nakota. Il suo racconto intreccia memoria personale, genealogia e spiritualità, restituendo un'immagine viva della trasformazione del luogo nel tempo. Ho intervistato Rod e sua moglie il primo giorno del pellegrinaggio, un'intervista molto intensa durata quasi un'ora²⁶. Il suo racconto comincia con una breve presentazione «Mi chiamo Rod Alexis, ma il mio nome tradizionale è *Huicha Wajin*²⁷, “un uomo solo”», racconta. «Me lo diede mio nonno quando avevo un anno. Da noi i nomi non si sceglievano a caso: venivano dati in base al modo in cui vivevi, al cammino che avresti fatto nella vita. È così che i nomi nascevano».

Oggi, aggiunge, «i nomi occidentali come *Rod* non hanno più alcun legame con la vita culturale e spirituale del nostro popolo». Rod ricorda di venire a *Wakamne* fin dall'infanzia. Allora, racconta, il pellegrinaggio era un evento collettivo imponente: «C'era una chiesa grande, a forma di croce,

sempre piena di gente. Le famiglie arrivavano con carri e cavalli: i Cree e i Blackfoot montavano i loro accampamenti nel campo, noi Nakota Sioux ci sistemavamo più in là, tra i cespugli». Ricorda le messe diffuse dagli altoparlanti su pali sparsi per il campo, gli inni in lingue diverse – Cree, Blackfoot, Dene – che riempivano l'aria. «Si sentiva la spiritualità ovunque», dice. «Oggi è tutto silenzioso. Non è più lo stesso».

Rod ricorda che all'inizio il pellegrinaggio dei Bianchi e dei Nativi erano tenuti in giorni diversi «Il nostro pellegrinaggio si teneva il mercoledì di luglio, quello dei bianchi la domenica. Non ho mai capito perché i preti ci divisero così». Il suo tono si fa ironico ma fermo. Nel racconto di Rod, la voce di un testimone che custodisce il senso spirituale di un luogo dove, ancora oggi, il mondo cattolico e quello Nativo si incontrano nella ritualità e nella simbologia delle acque di *Wakamne*.

Era così bello sentire gli inni dei Denè diffondersi dagli altoparlanti, o quelli dei Cree. L'unica lingua che non si sentiva era la nostra, la lingua Sioux. Eppure, siamo noi i veri abitanti di questo territorio: questo lago è la nostra terra tradizionale, come dire la nostra casa. Non dimenticherò mai quando parlai con padre Johnson, che allora era il direttore delle celebrazioni. Gli dissi «Padre, tutti qui sono rappresentati: i Dene, i Blackfoot, i Cree, e le altre tribù. Ma noi no. Questa è la nostra terra, e non siamo rappresentati nella Messa». Lui mi rispose «Va bene, Rod. Vi daremo la Messa d'apertura della domenica. Sarete voi ad accogliere la gente nel vostro territorio».

Così è iniziato tutto. Da allora, la Messa inaugurale del pellegrinaggio è sempre affidata alla nostra comunità di Alexis Nakota, perché siamo gli abitanti originari di questo luogo. «Ma prima eravamo sempre messi da parte, esclusi, ai margini». Poi venne il tempo delle scuole residenziali, della «verità e riconciliazione»²⁸. Sul tema della Riconciliazione e delle responsabilità della Chiesa Cattolica nell'assimilazione delle popolazioni Native attraverso il sistema delle Residential Schools, Rod ha le idee chiare.

Tutto, secondo me, è stato travisato. Avrebbero dovuto spiegare che le persone di oggi non hanno colpa. Sì, la Chiesa ha commesso degli errori, ci sono stati abusi, crudeltà, bambini che hanno sofferto – ma quelli non sono gli stessi uomini di oggi. E per perdonare bisogna capire cosa significa davvero perdono. Nessuno ce lo ha mai chiesto.

Anche quando Papa Francesco è venuto qui l'estate scorsa, gli abbiamo chiesto se potesse celebrare la Messa, ma non gliel'hanno permesso. Per noi la Messa è la cosa più importante. Hanno messo una recinzione, tenendo i nativi da una parte, e hanno fatto camminare il Papa fino al lago, senza che nessuno potesse avvicinarsi. Ha parlato per un'ora, leggendo un discorso scritto da altri. Ma avrebbe dovuto sedersi con noi e chiedere: «Cosa volete? Come posso fare la differenza?» Questo avrebbe significato riconciliazio-

ne. Invece non c'è stata connessione, né perdono, né vera riconciliazione. Non ha mai detto: «Mi dispiace». E molti della nostra gente stanno ancora aspettando. Sapevamo che non sarebbe successo, ma avevamo chiesto almeno che, durante quell'ora che avrebbe trascorso qui, gli permettessero di celebrare la Messa.

Il racconto si sposta poi su un piano più ampio, toccando il tema della riconciliazione e del perdono dopo la stagione delle scuole residenziali. Rod esprime un sentimento diffuso di delusione verso i processi istituzionali di *Truth and Reconciliation*. Nel proseguire il racconto, Rod Alexis torna sulla visita papale al Lac Ste. Anne, interpretandola come un'occasione mancata di riconciliazione. «La riconciliazione dovrebbe venire da lì, dal corpo di Gesù», afferma. «Ma non è andata così. Il Papa non ha nemmeno celebrato la Messa: si è seduto, è uscito da una porta laterale del santuario e se n'è andato. Non c'è stato alcun contatto, nessuna comunicazione diretta».

Rod descrive con amarezza la gestione dell'evento, dominata dalle autorità esterne e da una logica di controllo:

Le persone venute da fuori hanno deciso tutto. Non ci hanno permesso di partecipare alla pianificazione né di parlargli. Ci hanno detto di stare lontani. Molti dei nostri, che vivono solo dall'altra parte del lago, non sono nemmeno riusciti a entrare: erano seduti sugli autobus, bloccati dalla polizia, e non hanno visto nulla. Avevamo una sola possibilità di fare le cose nel modo giusto, e l'abbiamo persa. Se ci avessero permesso di partecipare al processo organizzativo, avremmo fatto un lavoro migliore. Abbiamo la nostra sicurezza. Sappiamo che è un essere umano come noi – non più grande di noi – ma è il capo della Chiesa, colui con cui avremmo dovuto parlare.

Rod conclude con un'immagine che condensa il fallimento simbolico dell'incontro: «Non abbiamo avuto tempo di consultarci con lui. Sembrava anche spaventato». Quando gli chiedo del legame tra il suo popolo e il lago, Rod Alexis risponde senza esitazione, come evocando una memoria antica. «*Wakamne* nella nostra lingua nakota significa “lago sacro”», spiega.

Rod Alexis collega la fede dei pellegrini alla dimensione miracolosa e terapeutica del lago, una tradizione che, pur non documentata ufficialmente, costituisce una parte essenziale della spiritualità di *Wakamne*. «Quella, la fede che hanno», afferma. «L'ho visto con i miei occhi: molte guarigioni sono avvenute nel lago. Persone che se ne andavano lasciando le stampelle, che camminavano di nuovo; tumori guariti. Sono successi molti miracoli, ma la nostra gente non li registra. È la nostra tradizione: un ringraziamento silenzioso tra noi e il Creatore»²⁹. Rod racconta la sua esperienza personale di guarigione. Ricorda di essere andato al lago quasi per caso, mentre si recava a comprare del cibo per cani. «Camminavo a fatica», ricorda, «ma quando arrivai all'acqua vidi qualcosa: delle bolle, un cerchio che si muove-

va nel lago. Sembrava che delle cose vi entrassero, risucchiate, senza poter uscire. Subito dopo, la mia guarigione è cominciata»³⁰.

Affetto da un tumore che i medici ritenevano inoperabile, Rod racconta di essersi sottoposto a nuovi controlli dopo la visita al lago «Il dottore mi chiese: “Che medicina hai preso?” Gli risposi: “Nessuna”. E lui: “Allora quale medicina indiana?” Non riusciva a crederci. Gli dissi: “Dottore, perché non è peggiorato?” E lui mi rispose: “Non può semplicemente sparire”. Ma era sparito. Non c’era più. Tutto dopo che ero stato al lago». Nel corso dell’intervista, Rod Alexis ricorda l’esperienza di un pellegrinaggio a Lourdes «Sono stato a Lourdes perché ero malato», racconta. «Speravo di guarire, ma non è successo. Ero in preda al dolore, a malapena riuscivo a uscire dall’albergo. Tutti dicono che a Lourdes avvengono miracoli, ma per me non è stato così. Invece qui sono guarito».

Per Rod, la differenza non risiede nella potenza del luogo, ma nella disposizione interiore dei fedeli.

Credo che la guarigione dipenda dalla preparazione mentale e spirituale. I nostri anziani dicevano *bhujana chajna*, che significa “devi credere” (*you must believe*). Tutto nella vita si basa sulla fede. Ci insegnavano che la guarigione è metà mente e metà medicina. Se non ci metti la mente, se non ci metti tutto il tuo essere, non succede nulla. Ma quando credi davvero, tutto può cambiare. Una volta la gente si preparava: digiunava, si purificava, rifletteva prima di venire. Oggi sembra che tutti siano di fretta: «andiamo a Messa, abbiamo un’ora e poi ce ne andiamo». Non c’è più la pazienza di fermarsi, di assorbire la spiritualità delle cose.

Nella parte finale dell’intervista, Rod Alexis riflette sul significato profondo della guarigione e sul ruolo spirituale degli anziani (*knowledge keepers*) come mediatori tra le persone e il Creatore²⁹. «La guarigione viene da quella connessione diretta con il Creatore. Eleva le persone, lascia che io le tocchi; sentiranno quel tocco, e allora le cose accadranno. Questo è il compito di chi guida: preparare gli altri, aiutarli a raggiungere quel livello di spiritualità».

Rod evoca poi la figura della madre come esempio di fede radicata sia nella tradizione Nakota sia nel cattolicesimo. «Mia madre era una vedova con quindici figli, aveva solo trentanove anni. Era una “donna santa” (*holy woman*), molto tradizionale e profondamente cattolica. Non ha mai rinnegato la sua cultura né la sua verità». «Ci insegnava che prima di parlare con *Wakan*, il Creatore, bisogna chiedere perdono», ricorda Rod. «Bisogna chiudere la mente, il cuore e lo spirito, purificarli, poi chiedere perdono e pregare per chi ci ha ferito o per chi abbiamo ferito noi». La preghiera,

infine, diventa autentica solo quando è accompagnata dal digiuno e dalla purificazione: «Chi prega deve digiunare, per purificarsi. Solo allora la preghiera diventa reale. Quando ti purifichi e preghi per qualcuno, offri tutto te stesso al mondo intero». Nelle parole di Rod, la guarigione a *Wakamne* appare così come una teologia indigena della presenza, in cui l'incontro con il Creatore si realizza nel corpo purificato, nella preghiera condivisa e nella relazione di interdipendenza che lega il singolo al mondo vivente.

Infine, alla domanda su come concili la fede cattolica con la spiritualità nativa, Rod Alexis risponde senza esitazione, con un tono riflessivo ma sereno. «È la nostra spiritualità nativa che ci ha resi cattolici più forti», afferma. «Ci ha aiutato a capire cosa significa davvero essere cattolici. Il cattolicesimo, da solo, rimane in superficie: reciti una preghiera e poi la lasci lì. Nella nostra spiritualità, invece, cammini dentro la preghiera, la porti con te durante la giornata. Si tratta di una differenza di profondità, di presenza».

In questa visione, non esiste contraddizione tra le due dimensioni, ma integrazione e continuità. La spiritualità nativa non si oppone al cattolicesimo, bensì lo approfondisce, restituendogli una dimensione incarnata e relazionale, ancorata alle cosmologie indigene «Quando unisci la spiritualità nativa alla fede cattolica», continua Rod, «allora comprendi il vero significato della preghiera».

Osservazioni conclusive

I processi simbolici sono centrali nelle dinamiche di guarigione del pellegrinaggio. Le testimonianze raccolte mostrano come il pellegrinaggio costituisca uno spazio rituale in cui esperienze di malattia, dipendenza, marginalità vengono rielaborate all'interno di un orizzonte condiviso di significato. In questa prospettiva, la guarigione appare meno come un fatto strettamente biomedico e più come un processo di "ricostruzione della presenza". Ciò che viene destorificato non è soltanto la malattia in sé, ma l'insieme delle condizioni di vulnerabilità, isolamento e sofferenza esistenziale che minacciano la capacità dell'individuo di dare senso alla propria esperienza e di abitare il proprio mondo.

La prospettiva di Ernesto de Martino consente di interpretare il pellegrinaggio come una tecnologia culturale di reintegrazione dalla crisi. Attraverso la ripetizione rituale, la partecipazione collettiva, il contatto con l'acqua sacra e il richiamo a narrazioni mitiche condivise, i pellegrini trovano un contesto simbolico entro cui la crisi può essere nominata, resa pensabile

e infine ricondotta entro un ordine significativo. Il pellegrinaggio realizza così una forma di destorificazione istituzionale: la sofferenza individuale viene temporaneamente sottratta alla contingenza del quotidiano per essere iscritta in una temporalità sacra che rende possibile il ritorno alla storia (DE MARTINO 2019, 2025).

Il caso di Lac Ste. Anne suggerisce inoltre che tale processo non si fonda esclusivamente sulla tradizione cattolica né esclusivamente sulle cosmologie indigene, ma emerge dall'incontro dinamico tra entrambe. Le figure di sant'Anna, dell'acqua, della guarigione e del Creatore diventano luoghi di convergenza simbolica entro cui differenti tradizioni religiose contribuiscono a produrre un linguaggio condiviso della speranza. Proprio questa capacità di articolare appartenenze multiple e di offrire risposte esistenziali a condizioni di vulnerabilità rappresenta una delle ragioni della straordinaria vitalità contemporanea del pellegrinaggio.

Per comprendere un rito religioso come il pellegrinaggio di Lac Ste. Anne è dunque necessario collocarlo entro una configurazione articolata di pratiche e significati che rimandano a orizzonti mitici culturalmente condivisi, situandolo al contempo nel suo contesto storico e sociale, come si è cercato, seppur sinteticamente, di mostrare in questo contributo. È stato messo in luce come sia una costante antropologica l'esigenza di permanere nella storia, di abitare la crisi in quanto esperienza preminentemente umana, e di come ciò si realizzi in un tempo sospeso, scandito dai dispositivi di matrice mitico-rituale.

Più in generale, il caso di Lac Ste. Anne invita a ripensare antropologicamente la guarigione non come semplice eliminazione del sintomo, ma come processo relazionale e simbolico attraverso il quale gli individui recuperano la capacità di abitare il mondo, di attribuire significato alla sofferenza e di riaffermare la propria presenza all'interno di una comunità umana, spirituale e cosmologica più ampia. In questo senso, il pellegrinaggio continua a svolgere una funzione fondamentale: quella di trasformare la vulnerabilità in appartenenza, la crisi in significato e la sofferenza in una possibilità di riscatto esistenziale.

(Nella pagina successiva)

Cerimonia d'inaugurazione del pellegrinaggio a Lac Ste. Anne, 19 luglio 2025. Fotografia dell'autore.

Lago Wakamne, 20 luglio 2025. Fotografia dell'autore.

Pellegrini nel lago dopo la processione, 20 luglio 2025. Fotografia dell'autore.





Processione (*Blessing of the Lake*), 20 luglio 2025. Fotografia dell'autore.

Santuario di Lac Ste. Anne, arcobaleno dopo un temporale, 23 luglio 2025. Fotografia dell'autore.



St. Theresa Point, 20 luglio 2025. Fotografia dell'autore.

Note

⁽¹⁾ Questo contributo si basa su una ricerca etnografica condotta in Alberta tra il 2025 e il 2026 nell'ambito di un progetto di dottorato in Antropologia Culturale e Sociale. Un punto di osservazione privilegiato è stato rappresentato dalla Sacred Heart Church of the First Peoples di Edmonton, la prima parrocchia cattolica indigena del Canada e una delle principali realtà coinvolte nell'organizzazione del pellegrinaggio a Lac Ste. Anne. La ricerca ha incluso la partecipazione regolare alle celebrazioni liturgiche domenicali, ai workshop culturali e alle numerose attività promosse dalla comunità parrocchiale. L'indagine etnografica si è sviluppata attraverso l'osservazione partecipante durante il pellegrinaggio, la partecipazione ai rituali pubblici, conversazioni informali e interviste semi-strutturate con pellegrini, volontari, membri del clero cattolico ed elders appartenenti a diverse comunità indigene. A tale lavoro sul campo è stata affiancata una ricerca storico-archivistica presso i *Provincial Archives of Alberta* e altri fondi missionari oblati, con l'obiettivo di ricostruire le origini storiche del pellegrinaggio e di analizzare le trasformazioni intervenute nel rapporto tra cattolicesimo e spiritualità indigene nel corso del tempo. Nel 2025 il pellegrinaggio si è svolto dal 19 al 24 luglio, richiamando, secondo le stime degli organizzatori, oltre 30.000 partecipanti provenienti da numerose comunità indigene e non indigene del Canada occidentale. L'evento è co-organizzato dall'*Archdiocese of Edmonton* e dalla *Alexis Nakota Sioux Nation*, la cui riserva (ALEXIS 133) si trova sulla sponda settentrionale del lago, di fronte al sito del santuario. La rilevanza storica, religiosa e culturale di questo luogo è stata ulteriormente riconosciuta nel 2004 con l'inclusione del pellegrinaggio e del santuario nel registro dei *National Historic Sites of Canada*.

⁽²⁾ Per una breve revisione della letteratura sul pellegrinaggio di Lac Ste. Anne, si rimanda a DROUIN 1973; BURESI 2012; ANDERSON-MCLEAN 2005; GAREAU 2022; MORINIS 1992; ROBINAUD 2021.

⁽³⁾ Il termine *pellegrinaggio* deriva dal latino *peregrinus*, composto da *per-* ("attraverso") e *ager* ("territorio"), e indicava originariamente colui che si trovava "fuori dalla propria terra", dunque uno straniero o viandante. In ambito religioso, il termine ha progressivamente assunto il significato di viaggio verso un luogo sacro, intrapreso per devozione, penitenza o ricerca spirituale (VAUCHEZ 2025).

⁽⁴⁾ A questo proposito, si rimanda all'articolo di Robert Herz sul pellegrinaggio a San Besso.

⁽⁵⁾ Per il contributo delle scienze umane e sociali per lo studio del sacro, CARRIER 1992.

⁽⁶⁾ In particolare, la riflessione storica-religiosa demartiniana viene approfondita nel volume *La storia velata. Crisi e riscatto della presenza* (2025), sesto volume del corpus di Ernesto de Martino pubblicato per Einaudi da Marcello Massenzio insieme con Giordana Charuty, Fabio Dei e Daniel Fabre. Si aggiunge a *La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali* (2019, 2021), *Il mondo magico. Prolegomeni a una storia del magismo* (2022), *La Terra del rimorso* (2023), *Sud e magia* (2024). Questi volumi sono tessere del mosaico che Massenzio – storico delle religioni e uno fra i maggiori studiosi di de Martino – ha cercato di ricomporre attraverso la riedizione di testi demartiniani, inediti e no.

⁽⁷⁾ Lac Ste. Anne si trova nella zona settentrionale della regione delle Grandi Pianure Nordamericane, dove storicamente convivevano storicamente tre grandi popolazioni delle praterie nordamericane – Nakota Sioux, Cree e Blackfeet – le cui interazioni, tra conflitto e scambio, hanno contribuito a definire il carattere sacro del lago come luogo di potere e guarigione. In particolare, i Nakota Sioux, rappresentano il ramo più settentrionale della famiglia *Siouan*, insieme ai Dakota e ai Lakota. I Nakota svilupparono un'identità autonoma nelle praterie canadesi, mantenendo e adattando nel tempo le proprie tradizioni spirituali e rituali al contesto locale (GIBBON 2002). Si rimanda al sito web della Nazione Alexis Nakota dell'Alberta (Canada): <https://www.ansn.ca/history/wicashdabi-people/> (consultato il 22 giugno 2026).

⁽⁸⁾ Nella lingua lakota, *wakan* può essere tradotto come “sacro”, “santo”, “spirituale” o “misterioso”. Il termine viene utilizzato per descrivere persone, luoghi, oggetti o fenomeni dotati di un potere soprannaturale, di un'energia invisibile o di una profonda dimensione spirituale. L'espressione più nota è *Wakan Tanka* (Grande Mistero o Grande Spirito), che designa la forza divina suprema, il Creatore o la sacralità che permea l'intero universo. Nella cosmologia lakota, *Wakan Tanka* non indica semplicemente una divinità personale, ma il principio sacro che si manifesta in tutte le forme della realtà e che collega gli esseri umani, il mondo naturale e il mondo spirituale (HULTKANZ 1983).

⁽⁹⁾ Lac Ste. Anne, discorso di inaugurazione del pellegrinaggio di Chief Tony Alexis, 19 luglio 2025.

⁽¹⁰⁾ Lo *sweat lodge* (capanna sudatoria) è una cerimonia tradizionale indigena di purificazione e guarigione che si svolge all'interno di una struttura a cupola riscaldata mediante pietre arroventate, simbolicamente associata alla rigenerazione spirituale e al grembo di Madre Terra.

⁽¹¹⁾ La White Buffalo Calf Woman (*Ptesáŋwĩŋ* in lingua lakota) è una figura centrale della cosmologia religiosa lakota. Secondo la tradizione orale, apparve agli antenati del popolo lakota portando i Sette Riti Sacri e la Pipa Sacra (*Čhaŋnúpá*), trasmettendo insegnamenti religiosi, morali e rituali destinati a garantire l'armonia tra gli esseri umani, il mondo naturale e il sacro. È considerata una mediatrice tra il popolo lakota e il potere sacro (*Wakḥáŋ Tháyka*), e rappresenta una delle figure più importanti della spiritualità delle Grandi Pianure nordamericane. Al riguardo si veda WALKER 2006.

⁽¹²⁾ Provincial Archives of Alberta (PAA), Oblates of Mary Immaculate fonds (PR1973), Archives Committee, Lac Ste. Anne Historical Society, *West of the Fifth*, p. 11.

⁽¹³⁾ Il termine *freemen* indica ex dipendenti delle compagnie del commercio delle pellicce, spesso francesi o scozzesi, che, terminato il contratto di lavoro, si stabilivano autonomamente nell'Ovest canadese. Molti vivevano di caccia, pesca, *trapping* e piccolo commercio, spesso integrandosi nelle comunità Métis e indigene attraverso legami familiari e matrimoniali. Al riguardo si veda INNIS 1930: 387-389.

⁽¹⁴⁾ I Métis sono i discendenti dei commercianti di pellicce europei, spesso francesi, che sposarono donne native, tipicamente cree. Paul Gareau dell'Università dell'Alberta definisce i Métis «a post-contact Indigenous people defined by an Indigenous title

to Land, extended kinship relations, and a broad sense of mobility» (GAREAU *et al.* 2022: 35).

⁽¹⁵⁾ Fondata nel 1670, la *Hudson's Bay Company* (HBC) fu inizialmente una vasta impresa commerciale dedicata al commercio delle pellicce, che contribuì in modo decisivo a plasmare gran parte dell'esplorazione del Canada e alla definizione dei suoi confini. Al riguardo INNIS 1930: 387-389.

⁽¹⁶⁾ Archives Committee, Lac Ste. Anne Historical Society, *West of the Fifth*, p. 17; Victoria Callihoo, "Our Buffalo Hunts," p. 25.

⁽¹⁷⁾ Provincial Archives of Alberta (PAA), Oblates of Mary Immaculate fonds, acc. 71.0220, *Lac Ste. Anne Codex Historicus*, 1852-1872, pp. 1-2.

⁽¹⁸⁾ I Missionari Oblati di Maria Immacolata (OMI) sono una congregazione missionaria cattolica fondata nel 1816 in Francia da Eugène de Mazenod, con l'obiettivo di evangelizzare le popolazioni più povere e marginalizzate. Il loro motto, *Evangelizare pauperibus misit me* («Mi ha mandato ad evangelizzare i poveri»; Lc 4,18), sintetizza efficacemente la vocazione missionaria della congregazione. Gli Oblati si svilupparono nel contesto del cattolicesimo ultramontano del XIX secolo, caratterizzato da una forte fedeltà al papato, da un'intensa attività missionaria e da una marcata enfasi sulle pratiche devozionali popolari. Giunti nel Nord America a partire dagli anni Quaranta dell'Ottocento, gli Oblati si distinsero per la loro disponibilità a operare nelle regioni più remote e difficili da raggiungere del continente. In un contesto caratterizzato dall'espansione della frontiera coloniale e dalla scarsità di clero secolare disposto a vivere stabilmente nelle vaste aree dell'Ovest canadese, essi svilupparono una fitta rete di missioni tra le popolazioni Cree, Dene, Nakota, Blackfoot, Métis e Inuit. La loro struttura centralizzata, l'enfasi sulla mobilità missionaria e la capacità di adattarsi alle condizioni ambientali delle praterie e del Nord favorirono una rapida espansione della congregazione. Nel 1852 gli Oblati assunsero la responsabilità della missione di Lac Ste. Anne, fondata dieci anni prima da padre Jean-Baptiste Thibault, trasformandola progressivamente in uno dei principali centri del cattolicesimo nell'Ovest canadese e nel fulcro del pellegrinaggio annuale dedicato a Sant'Anna, che a partire dal 1889 avrebbe attirato migliaia di pellegrini provenienti da numerose comunità indigene e métis delle Praterie (HUEL 1996; CHOCQUETTE 1995).

⁽¹⁹⁾ Sainte-Anne-d'Auray, in Bretagna, è il principale santuario dedicato a sant'Anna. Secondo la tradizione cattolica, sorse nel XVII secolo in seguito alle apparizioni di Sant'Anna al contadino Yves Nicolazic; tali apparizioni costituiscono l'unico caso di apparizione della santa ufficialmente riconosciuto dalla Chiesa cattolica. Ancora oggi il santuario rappresenta una delle principali mete di pellegrinaggio della Bretagna ed è celebre per i tradizionali *pardons*, grandi feste devozionali che occupano un posto centrale nella religiosità popolare bretone. Insieme a Sainte-Anne-de-Beaupré, in Québec, e a Lac Ste. Anne, in Alberta, esso costituisce uno dei tre principali poli della devozione a Sant'Anna nel mondo cattolico nordatlantico. Originario della Bretagna, padre Lestanc era profondamente legato a questa tradizione devozionale e contribuì alla diffusione del culto di Sant'Anna presso Lac Ste. Anne (DROUIN 1973).

⁽²⁰⁾ La crescente letteratura sul cristianesimo nei contesti coloniali fa spesso riferimento a un processo di "indigenizzazione" del cristianesimo e propone diversi modelli teorici sui

quali fondare la descrizione dei processi di evangelizzazione (HEFNER 1993). Secondo Antonio Gualtieri l'“indigenizzazione” è «un processo di adattamento culturale nel quale i significati fondamentali di un sistema culturale vengono mantenuti, almeno in parte, ma sono espressi attraverso le forme simboliche di un'altra cultura, non nativa» (GUALTIERI 1980: 2). Nel corso di questo articolo, il termine “indigenizzazione” indica l'influenza esercitata dalle pratiche culturali, dalle interpretazioni e dai comportamenti delle popolazioni native sul cristianesimo. Con il termine *cristianizzazione*, invece, mi riferisco sia al processo attraverso il quale individui o comunità diventano maggiormente cristiani, sia, in senso letterale, alla “cristianificazione” di pratiche spirituali o culturali native. Entrambi i termini sono utilizzati secondo l'accezione convenzionale diffusa nel contesto nordamericano. Tuttavia, Erik Cohen e gli altri autori che hanno contribuito alla raccolta di saggi comparativi *Indigenous Responses to Western Christianity* (1995) impiegano questi stessi termini attribuendo loro un significato opposto. Cohen descrive infatti la cristianizzazione come il processo attraverso il quale le Chiese cristiane assorbono elementi culturali indigeni, mentre l'“indigenizzazione” consiste, a suo avviso, nell'assorbimento di elementi cristiani da parte delle religioni indigene (COHEN 1995: 29-30).

(21) Commenti di vari interlocutori al pellegrinaggio 2025.

(22) «The water heals because it's blessed»; testimonianze raccolte durante il pellegrinaggio a Lac Ste. Anne nel luglio del 2025.

(23) Anche il lavoro di Meredith McGuire rappresenta uno dei primi contributi allo studio della guarigione religiosa sviluppatasi negli anni Ottanta. Le sue ricerche si concentrano principalmente sul ruolo del rituale e del simbolismo all'interno di diversi gruppi di guarigione attivi nel New Jersey (McGUIRE 1988).

(24) Nel corso del mio lavoro etnografico, gli interlocutori utilizzavano indistintamente i termini *curing*, *healing* e *miracle* («miracolo»), senza operare le stesse distinzioni concettuali proposte da Kleinman.

(25) Provincial Archives of Alberta (PAA), Oblates of Mary Immaculate fonds, acc. 71.0220, Box 72, file 1541, “Lac Ste. Anne – Pèlerinage – divers documents”, 1898, p. 4.

(26) L'intervista si è svolta il 19 luglio 2025, primo giorno del pellegrinaggio.

(27) Traslitterazione mia, probabilmente non corretta.

(28) La Commissione per la Verità e la Riconciliazione del Canada (*Truth and Reconciliation Commission*, TRC) ha portato alla luce le conseguenze di decenni di politiche assimilazioniste nei confronti delle popolazioni indigene, concentrandosi in particolare sul sistema delle scuole residenziali (TRC, 2015). La pubblicazione del rapporto finale nel 2015 ha segnato l'avvio di un processo nazionale di riconciliazione tra popolazioni indigene e non indigene e di guarigione dalle profonde ferite lasciate dal colonialismo. In questo contesto si inserisce anche la visita di Papa Francesco a Lac Ste. Anne nel luglio 2022, durante il suo pellegrinaggio penitenziale in Canada dedicato alla riconciliazione con le comunità indigene colpite dal trauma delle *residential schools*. La sua presenza ebbe un forte valore simbolico e segnò un evento storico, poiché fu il primo pontefice a partecipare al pellegrinaggio.

⁽²⁹⁾ Rod, come molti altri Nativi cattolici, usa spesso la parola inglese *Creator* (Creatore) invece di *God* (Dio).

⁽³⁰⁾ L'esperienza della visione di un vortice nell'acqua seguito da un processo di guarigione ritorna spesso nelle testimonianze di guarigione che ho raccolto.

Bibliografia

- ANDERSON-MCLEAN M.K. (2005), *To the Center of the Lake: The Religious World of Lac Ste. Anne Pilgrimage*, PhD Dissertation, University of Alberta.
- BURESI J.A. (2012), "Rendezvous" for Renewal at "Lake of the Great Spirit": *The French Pilgrimage and Indigenous Journey to Lac Ste. Anne, Alberta, 1870-1896*, thèse de doctorat, University of Calgary.
- CARRIER M. (1992), *Penser le sacré*, in RIES J. (a cura di), *Traité d'anthropologie du sacré*, Desclée de Brouwer, Paris.
- COHEN E. (1995), *Christianization and Indigenization: Contrasting Processes of Religious Adaptation in Thailand*, pp. 29-55, in S. KAPLAN (a cura di), *Indigenous Responses to Western Christianity*, New York University Press, New York.
- CHOQUETTE R. (1995), *The Oblate Assault on Canada's Northwest*, University of Ottawa Press, Ottawa.
- DE MARTINO E. (2019), *La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali*, Einaudi, Torino.
- DE MARTINO E. (2021), *Morte e pianto rituale. Dal lamento funebre antico al pianto di Maria*, Einaudi, Torino.
- DE MARTINO E. (2022), *Il mondo magico. Prolegomeni a una storia del magismo*, Einaudi, Torino.
- DE MARTINO E. (2023), *La terra del rimorso*, Einaudi, Torino.
- DE MARTINO E. (2024), *Sud e magia*, Einaudi, Torino.
- DE MARTINO E. (2025), *La storia velata. Crisi e riscatto della presenza*, Einaudi, Torino.
- DROUIN E.O. (1973), *Lac Ste-Anne Sakahigan*, Editions de l'Ermitage, Paris.
- DUPRONT A. (1987), *Du sacré. Croisades et pèlerinages. Images et langages*, Gallimard, Paris.
- DURKHEIM E. (2005), *Le forme elementari della vita religiosa*, Edizioni di Comunità, Milano.
- ELIADE M. (1954), *Il mito dell'eterno ritorno*, Laterza, Roma-Bari.
- ELIADE M. (1987), *Le sacré et le profane*, Gallimard, Paris.
- ELIADE M. (2008), *Trattato di storia delle religioni*, Bollati Boringhieri, Torino.
- GAREAU P.L., LEBLANC J. (2022), *Pilgrimage as Peoplehood: Indigenous Relations and Self-Determination at Places of Catholic Pilgrimage in Mi'kma'ki and the Métis Homeland*, "Studies in Religion / Sciences Religieuses", Vol. 51 (3): 35.
- GIBBON G. (2002), *The Sioux: The Dakota and Lakota Nations*, John Wiley & Sons, New York.
- GUALTIERI A.R. (1980), *Indigenization of Christianity and Syncretism among the Indians and Inuit of the Western Arctic*, "Canadian Ethnic Studies / Études Ethniques au Canada", Vol. 12 (1): 47-57.
- HEFNER R.W. (1993), *Introduction: World Building and the Rationality of Conversion*, pp. 3-44, in HEFNER R.W. (a cura di), *Conversion to Christianity: Historical and Anthropological Perspectives on a Great Transformation*, University of California Press, Berkeley.
- HUEL R.J. (1996), *Proclaiming the Gospel to the Indians and the Metis*, University of Alberta Press, Edmonton.

- HUFFORD D., BUCKLIN M.A. (2006), *The Spirit of Spiritual Healing in the United States*, pp. 25-42, in KOSS-CHIOINO J., HEFNER P. (a cura di), *Spiritual Transformation and Healing: Anthropological, Theological, Neuroscientific, and Clinical Perspectives*, AltaMira Press, Lanham (MD).
- HULTKRANTZ E. (1983), *The Concept of the Supernatural in Primal Religion*, "History of Religions", Vol. 22 (3): 231-253.
- INNIS H.A. (1930), *The Fur Trade in Canada: An Introduction to Canadian Economic History*, Yale University Press, New Haven.
- KLEINMAN A. (1980), *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, University of California Press, Berkeley.
- KLEINMAN A. (1988), *The Illness Narratives. Suffering, Healing, and the Human Condition*, Basic Books, New York.
- MCGUIRE M. (1988), *Ritual Healing in Suburban America*, Rutgers University Press, New Brunswick (NJ).
- MORINIS E.A. (1992), *Sacred Journeys. The Anthropology of Pilgrimage*, Greenwood Press, Westport (CT).
- ORSI R.A. (2005), *Between Heaven and Hell. The Religious Worlds People Make and the Scholars Who Study Them*, Princeton University Press, Princeton.
- ORSI R.A. (2005), *The Cult of the Saints and the Reimagination of the Space and Time of Sickness in Twentieth-Century American Catholicism*, pp. 29-47, in BARNES L., SERED S. (a cura di), *Religion and Healing in America*, Oxford University Press, Oxford.
- PORTERFIELD A. (2005), *Healing in the Christian Tradition. A History of the Relationship between Christianity and Medicine*, Oxford University Press, Oxford.
- RIES J. (1985), *Les chemins du sacré dans l'histoire*, Aubier, Paris.
- ROBINAUD M. (2021), *Une constellation de pèlerinages catholiques en territoires autochtones dans l'Ouest canadien. L'exemple du lac Sainte-Anne: autochtonisation et réconciliation*, "Géographie et Cultures", Vol. 118: 79-97.
- SIMON S. (1995), *Healing Waters. The Pilgrimage to Lac Ste. Anne*, University of Alberta Press, Edmonton.
- TURNER V. (1967), *The Forest of Symbols. Aspects of Ndembu Ritual*, Cornell University Press, Ithaca.
- TURNER V. (1969), *The Ritual Process. Structure and Anti-Structure*, Aldine, Chicago.
- TURNER V. (1974), *Dramas, Fields, and Metaphors. Symbolic Action in Human Society*, Cornell University Press, Ithaca.
- TURNER V. (1994), *Between and Between: The Liminal Period in Rites de Passage*, pp. 2-20, in HELM J. (a cura di), *Symposium on New Approaches to the Study of Religion. Proceedings of the 1964 Annual Spring Meeting of the American Ethnological Society*, AMS Press, New York.
- TURNER V., TURNER E. (1978), *Image and Pilgrimage in Christian Culture. Anthropological Perspectives*, Columbia University Press, New York.
- VAUCHEZ A. (2025), *Sulle orme del sacro. I santuari dell'Europa occidentale. IV-XVI secolo*, Laterza, Roma-Bari.
- WALKER J. R. (2006), *Lakota Myth*, University of Nebraska Press, Lincoln.

Scheda dell'Autore

Simone Savasta è dottorando in Antropologia culturale e sociale presso l'Università degli Studi di Milano-Bicocca. La sua ricerca si concentra sul pellegrinaggio cattolico-indigeno al Lac Ste. Anne (Alberta, Canada), con particolare attenzione ai processi di inculturazione, alle pratiche di guarigione e alle relazioni tra spiritualità indigena e cattolicesimo. Ha condotto ricerca etnografica a Edmonton e presso la Sacred Heart Church of the First Peoples, nonché ricerche d'archivio presso i Provincial Archives of Alberta sulle missioni degli Oblati di Maria Immacolata. I suoi interessi includono l'antropologia della religione, e la storia delle missioni cristiane in Nord America. Attualmente sta lavorando alla sua tesi di dottorato sul pellegrinaggio al Lac Ste. Anne.

Riassunto

Crisi della presenza e reintegrazione mitico-simbolica al pellegrinaggio cattolico-indigeno di Lac ste Anne in Alberta (Canada)

Questo articolo analizza il pellegrinaggio cattolico-indigeno di Lac Ste. Anne (Alberta, Canada) come contesto rituale di elaborazione della malattia, della marginalità e della dipendenza. Basandosi su una ricerca etnografica condotta durante il pellegrinaggio del 2025, il contributo esamina le narrazioni di guarigione e le pratiche devozionali attraverso il quadro teorico di Ernesto De Martino, ed in particolare i concetti di “crisi della presenza” e “destorificazione”, il pellegrinaggio viene interpretato come un “dispositivo mitico-rituale” capace di reintegrare l'individuo all'interno di orizzonti condivisi di significato.

Parole chiave: pellegrinaggio, guarigione, crisi della presenza, Lac Ste. Anne, destorificazione

Resumen

Crisis de la presencia y reintegración mítico-simbólica en la peregrinación católica-indígena de Lac Ste. Anne, Alberta (Canadá)

Este artículo analiza la peregrinación católica-indígena de Lac Ste. Anne (Alberta, Canadá) como un contexto ritual de elaboración de la enfermedad, la marginalidad y la dependencia. Basándose en una investigación etnográfica realizada durante la peregrinación de 2025, esta contribución examina las narrativas de sanación y las prácticas devocionales a través del marco teórico de Ernesto de Martino. En particular, a partir de los conceptos de «crisis de la presencia» y «deshistorización», la peregrinación es interpretada como un «dispositivo mítico-ritual» capaz de reintegrar al individuo en horizontes compartidos de significado.

Palabras clave: peregrinación, sanación, crisis de la presencia, Lac Ste. Anne, deshistorización

Résumé

Crise de la présence et réintégration mythico-symbolique dans le pèlerinage catholique autochtone de Lac Ste. Anne en Alberta (Canada)

Cet article analyse le pèlerinage catholique autochtone de Lac Ste. Anne (Alberta, Canada) comme un contexte rituel d'élaboration de la maladie, de la marginalité et de la dépendance. S'appuyant sur une recherche ethnographique menée durant le pèlerinage de 2025, cette contribution examine les récits de guérison et les pratiques dévotionnelles à travers le cadre théorique d'Ernesto De Martino. Plus particulièrement, à partir des concepts de « crise de la présence » et de « déshistoricisation », le pèlerinage est interprété comme un « dispositif mythico-rituel » capable de réintégrer l'individu dans des horizons partagés de signification.

Mots-clés: pèlerinage, guérison, crise de la présence, Lac Ste. Anne, déshistoricisation

From Salome to Jane Avril

*Dancing Distress between Religion and Neurology**

Donatella Tronca

Università di Bologna

[donatella.tronca2@unibo.it]

Abstract

From Salome to Jane Avril. Dancing Distress between Religion and Neurology

The essay analyses the connection between dance, religion and neurology, starting from the figure of Jane Avril, dancer at the Moulin Rouge, and the disease she was diagnosed with, “St Vitus’s dance”. It explores how nineteenth-century medicine, above all Jean-Martin Charcot at the Salpêtrière hospital, reinterpreted medieval iconographies of demonic possession by transforming them into clinical representations of hysteria. In this context, dance becomes a symbol of otherness and discomfort, oscillating between disease and cure.

Keywords: dance, hysteria, Jean-Martin Charcot, St Vitus’s dance, Sydenham’s chorea

«Je fus en proie à la danse de Saint-Guy. Prédestination!»:

From demonic possession to cabaret performance

Jane Avril – the stage name adopted by Jeanne Louise Beaudon (1868-1943) – was a dancer at the *Moulin Rouge* who became particularly well-known through the posters of Henri de Toulouse-Lautrec (CARADEC 2001). In one of these, inspired by a photograph, Jane sports a long dress with a snake coiled around her body, striking a pose while stretching back (figures 1-2). Such iconography closely resembles the way in which demonic

* This article is part of the research project MUDANZA. *Dancing women, idolatry and rituals: visual culture and cultural history of dance during the long Middle Age* (PID2022-140028NB-I00) financed by the Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades of the Spanish government. Thanks to the anonymous peer reviewers, whose insightful comments have helped to improve this article.



Figure 1: Paul Sescau, *Jane Avril*, ca. 1890, The Nelson-Atkins Museum of Art, Kansas City (<https://nelson-atkins.org/>).

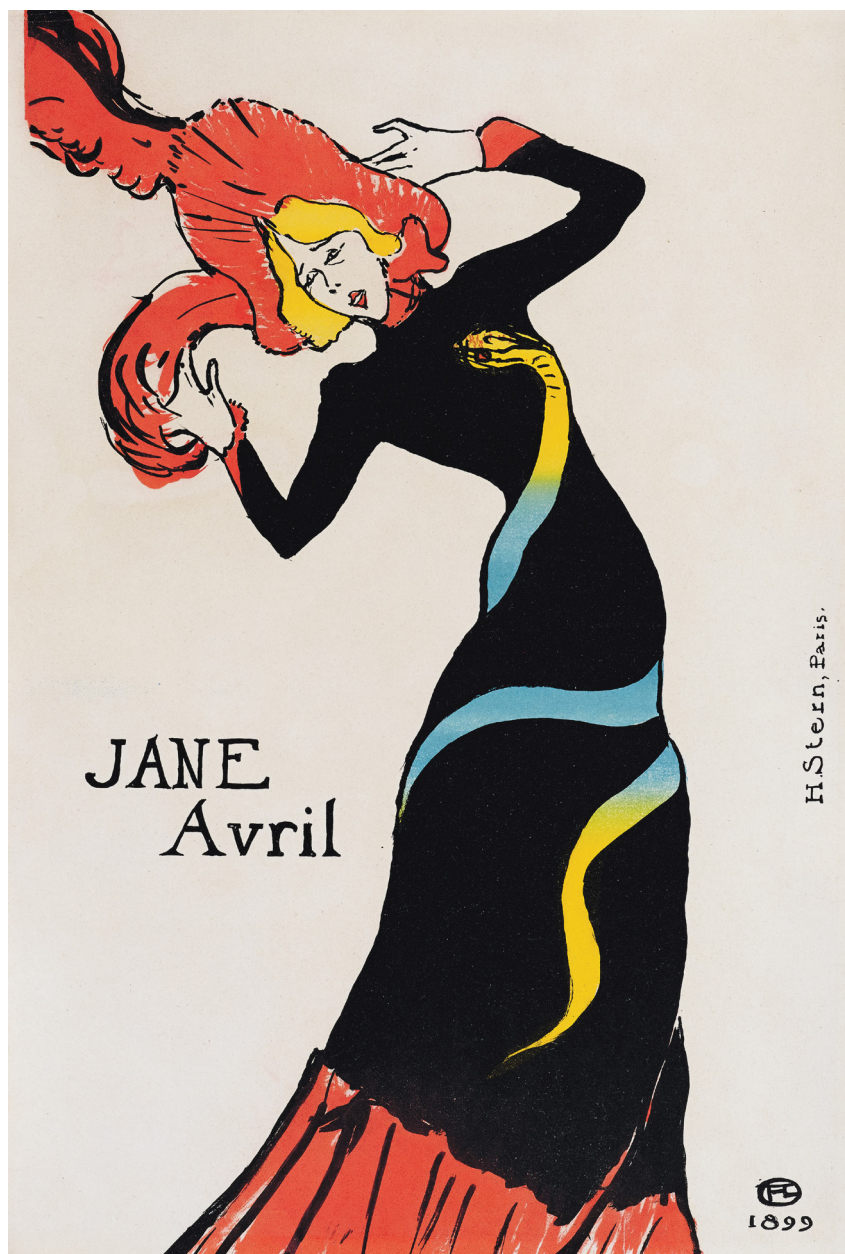


Figure 2: Henri de Toulouse-Lautrec, *Jane Avril*, 1899 (<https://www.wikimedia.org/>).



Figure 3: *St Zeno performs an exorcism*, detail on bronze door, twelfth century, Basilica of San Zeno, Verona (<https://www.wikimedia.org/>).

possession was frequently portrayed in the Middle Ages. It is also highly reminiscent of Salome's biblical dance in front of King Herod at the behest of her incestuous mother, Herodias, in order to obtain the head of John the Baptist (*Mt* 14: 6-12; *Mk* 6: 22-25) (figures 3-4) (BUTTÀ, BELGRANO 2020; TRONCA 2022: 95-99).



Figure 4: *Salome dancing before king Herod*, eleventh century, Christussäule, Dom, Hildesheim (<https://www.bildindex.de/>).

Jane was not so far removed from this realm of darkness. She was part of what was defined as the *demi-monde*, a nineteenth-century concept encompassing the shady, corrupt, and immoral community of prostitutes, actresses, and dancers who lived in poverty despite affectations of splendour. Given that a social satirical chronicle – *Paris dansant, ou Les filles d'Hérodiade, folles danseuses des bals publics* – was published in 1845 (figure 5), it must have been common at the time to draw parallels with Salome. The anonymous author collected poetry, songs, and theatrical dialogue in an eclectic *feuilleton* alongside vivid, ironic descriptions of venues and performers and moralising social comment on the fate of these poor women, prostitution, the lack of job opportunities, and the hypocrisy of bourgeois society. Jane Avril,

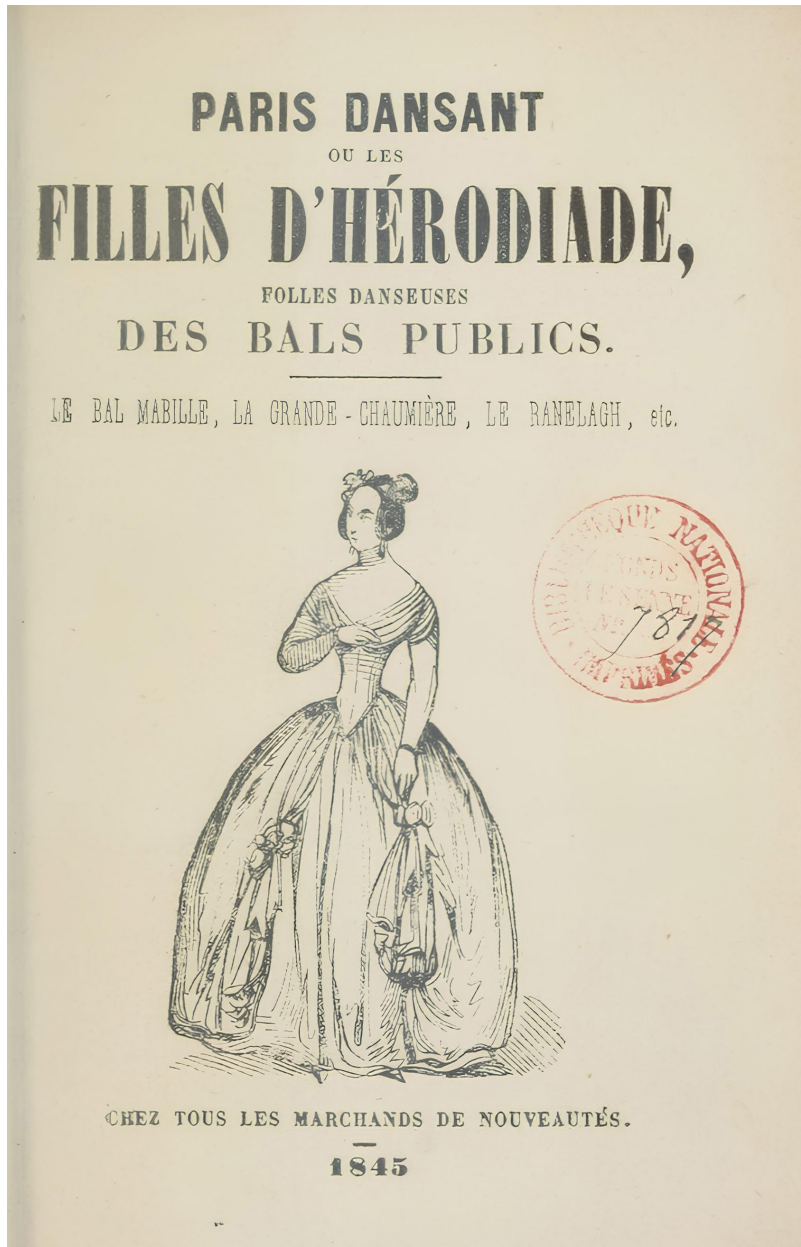


Figure 5: frontispiece of *Paris dansant, ou Les filles d'Hérodiade, folles danseuses des bals publics*, 1845 (<https://gallica.bnf.fr/>).

moreover, had a history of ill health and was diagnosed with *danse de Saint-Guy* (St Vitus's dance) by Jean-Martin Charcot at the Salpêtrière hospital in Paris (AVRIL 1933: 7; BONDUELLE, GELFAND 1998; GIMÉNEZ-ROLDÁN 2016).

The Salpêtrière became something of a paradox in the last few decades of the nineteenth century, a place where science and spectacle converged with pathology and performance. Under the direction of Jean-Martin Charcot, the institution was transformed from a hospice for the incurable into a crucible of modern neurology where the female body – particularly in hysterical form – was subjected to clinical scrutiny and photography. Yet, as Georges Didi-Huberman compellingly argued in *Invention of Hysteria*, this transformation was not a simple shift from superstition to science (DIDI-HUBERMAN 2003; MICALÉ 1985; MCCARREN 1995; FURSE 2011; DE MIN 2023). Instead, it involved a complex reconfiguration which channelled religious iconography, medieval demonology, and the aesthetics of martyrdom into the visual and rhetorical apparatus of medical discourse. As already framed by Henri Ellenberger's history of dynamic psychiatry, the Salpêtrière's 'clinical theatre' did not merely document hysteria but codified a repertoire of poses and staging devices that became part of the visual culture of modernity (ELLENBERGER 1994: 89-101). Although now complemented by later iconographic approaches, Ellenberger remains essential as he was the first to historically deconstruct psychiatry and psychoanalysis by highlighting their links to exorcistic healing practices and eighteenth-century mesmerism; he saw Mesmer as a crucial mediator between premodern charismatic cures and the hospital-based spectacularisation of hysteria that culminated at the Salpêtrière under Charcot. Thus, Charcot's *arc de cercle* pre-empted the performative grammar of Jane Avril's arched body, indicating that the hysterical 'sign' operates as a historically learned posture rather than a neutral symptom.

This article explores the persistence of religious and medieval imaginaries in the medical construction of mental disease, focusing on the transposition of the language of dancing disorders – especially when related to demonic possession – into the clinical lexicon of neurology. The nineteenth-century medical discourse on hysteria was deeply embedded in established religious, theological, and visual traditions that had long sought to explain female suffering in terms of spiritual disorder. From the medieval notion of demonic possession to the early modern association of women's bodies with sin, temptation, and divine punishment, the figure of the hysteric was already overdetermined by a dense network of symbols even before entering the clinic. Under Charcot's direction, the Salpêtrière did not so much

dispel these associations as reframe them within a new epistemological regime, one that retained the theatricality, moralism, and visual economy of its religious predecessors.

The patients assumed poses that recalled ecstasies of saints, torments of martyrs, and convulsions of the possessed. The term «attitudes passionnelles», which was used by Charcot and his collaborators to describe the dramatic positions of the body during fits of hysteria, evokes the Passion of Christ and the visual tradition of holy suffering (CHARCOT 1887-1889). Far from being objective medical documentation, these images were steeped in the aesthetic codes of Christian martyrdom and baroque theatricality.

Moreover, the clinical theatre of the Salpêtrière bore striking similarities to religious ritual. Charcot's Tuesday lectures, attended by physicians, artists, and intellectuals, took shape as public ceremonies in which the suffering female body was displayed, interpreted, and canonised. The amphitheatre became a modern cathedral, the physician an exorcist, and the patient a sacrificial figure whose suffering was both diagnostic and redemptive. Like a congregation, the audience was invited to witness the revelation of truth through the body of the other – a truth that was as much moral and aesthetic as it was scientific.

The painting entitled *Une leçon clinique à La Salpêtrière* by André Brouillet was successfully exhibited at the Salon des Indépendants in the spring of 1887 (figure 6). It shows Blanche Wittman – one of Charcot's favourite patients – during an attack of what the neurologist called «great hysteria» (CHARCOT 1887-1889). It is important to underline the strong performative aspect of these lectures, which were partly demonstrative/didactic and partly theatrical/spectacular.

Jane Avril wrote in her memoirs: «Charcot often gave his lectures in the large amphitheatre, packed to the rafters, in front of a crowd of luminaries from all over the country. He presented the most interesting cases from his hospital, indulging in numerous striking demonstrations» (AVRIL 1933: 11).

Events such as masked balls illustrate the importance of the performative dimension in Charcot's approach to medical-neurological analysis and treatment. These balls were organised every year during the Carnival period at the Salpêtrière hospital and were a full-blown living pathological museum (figure 7). With regard to the theatrical dimension, Charcot also coined terms such as «clownism» (CHARCOT 1886-1890).



Figure 6: André Brouillet, *Une leçon clinique à La Salpêtrière*, 1887, Université Paris Descartes, Paris (<https://www.wikimedia.org/>).

He used medieval images of dancers and possessed women to demonstrate the solid foundations of his theories, diagnosing hysteria in the possessed and encouraging the hysterical to pose as if possessed (CHARCOT, RICHER 1887). Both the medieval concept of possession and the diagnosis of hysteria helped to construct a form of otherness spawned by suffering, for which dancing formed a perfect narrative framework.

This article highlights that medical and neurological discourse in the modern era was influenced by historical-religious and historical-cultural discourse on dance, which started in Late Antiquity and took more concrete shape during the Middle Ages, sometimes through images. Although doctors and neurologists accused religion of superstition, backwardness, and savagery, they not only made use of medieval categories (taken from theology for example) but also employed the same imagery, partly through the invention of concepts like “dancing mania”. Charcot made explicit reference to “retrospective medicine studies” in his volume *Les démoniaques dans l’art* (written with Paul Richer), published in 1887 (CHARCOT, RICHER 1887).



Figure 7: Paul-Eugène Mesplès, *Le bal des folles à la Salpêtrière* (<https://www.wikimedia.org/>).

His examples included a painting by Vittore Carpaccio, completed between 1498 and 1515, in which the Patriarch of Grado heals a possessed man (figure 8). In analysing the details, Charcot claimed that «From the appearance it would seem to be more a case of a young man suffering from chorea (St Vitus's dance) than a patient in the throes of hysterio-epileptic seizures» (CHARCOT, RICHER 1887: 24) (figure 9). He also referred to Bruegel (1575-1625) and his famous procession of St Vitus's dancers (ivi: 34-38) (figure 10). The very fact that these depictions are associated with St Vitus's (or St John's) dancers may depend on Charcot's retrospective readings and projections (PARK, PARK 1990; AUBERT 2005; FRIEDMAN 2010).

This convergence of religion and medicine was not unique to Charcot's clinic; it was part of a broader cultural context with flexible boundaries between science, art, and theology. The *fin-de-siècle* fascination with mysticism, spiritualism, and medievalism provided fertile ground for the re-enactment of medical discourse. In this context, hysteria became the



Figure 8: Vittore Carpaccio, *The Miracle of the Relic of the Cross at the Ponte di Rialto*, Gallerie dell'Accademia, Venice (<https://www.wikimedia.org/>).

preferred site to resolve the ambivalence of modernity by moving towards the irrational, the feminine, and the sacred. The hysteric was both a relic of the past and a symptom of the present, a figure through whom the anxieties of secularisation, gender, and authority were played out.

The clinical gaze was in no way dispassionate as it was steeped in the visual and rhetorical traditions of Christianity. When it was photographed and displayed, the hysterical body became a new kind of relic, one that bore witness not to divine grace but to the enduring power of religious symbolism in the age of science.



Figure 9: Vittore Carpaccio, *The Miracle of the Relic of the Cross at the Ponte di Rialto*, detail, Gallerie dell'Accademia, Venice (<https://www.wikimedia.org/>).

The visual and rhetorical strategies developed at the Salpêtrière did not remain within the walls of the clinic. Indeed, they reverberated across the cultural landscape of late nineteenth-century Europe, shaping representations of femininity, madness, and performance in literature, art, and popular culture. Once interpreted through the prism of demonic possession and later reframed within the clinical gaze, the hysterical body found new life in the aesthetic and symbolic registers of modernity. From the medieval mystic to the cabaret dancer, ecstatic or convulsing women continued to fascinate, disturb, and inspire in equal measure.



Figure 10: Pieter Bruegel the Elder, *The epileptics of Meulebeeck*, after 1564, Albertina, Wien (<https://www.wikimedia.org/>).

This cultural afterlife of hysteria is perhaps most vividly embodied in the figure of Jane Avril, who transformed her experience of neurological disorder into a distinctive performance style characterised by jerky, spasmodic movements and a theatricality echoing the *attitudes passionnelles* of Charcot's patients. In Toulouse Lautrec's posters and paintings, Avril appeared as a modern-day hysteric: angular, contorted, and enigmatic, her body both expressive and unreadable (figure 11). Far from being at variance, the clinic and the cabaret thus emerged as contiguous spaces in which the female body was manipulated, scrutinised, and aestheticised.

Religious and medical narratives of dancing disorders

Dance is a complex signifier which defies a single definition. When examining historically remote sources, it is vital to contextualise the use of the term on a case-by-case basis with particular reference to the social and



Figure 11: Henri de Toulouse-Lautrec, *Jane Avril au Jardin de Paris*, 1893 (<https://www.wikimedia.org/>).

religious framework. An effective indicator of the mutable nature of dance as a historical, cultural, and religious concept can be seen in the different connotations of classical dance and lap dance in the present-day imaginary. Although they are both forms of dance, their cultural, social, and moral ramifications are diametrically opposed. Changing meanings which incorporate positive or negative judgements have been intrinsic features of descriptions of dance since Antiquity. It has always boiled down to the eye of the beholder. As well as a practice in itself, dance is also a secondary phenomenon variously associated with the musical sphere; while condemned for its theatrical connections, it has also been praised for its liturgical and devotional role.

Dance is also connected to descriptions of states of malaise. Indeed, twenty-first-century neurology uses the terms chorea and ballism in conjunction with a huge range of movement disorders (chorea syndromes). These disorders of the brain, also known as St Vitus's dance, are characterised by an inability to control bodily movements, which consequently become abrupt, rapid, variable, and disorderly (WALKER 2011; MICHELI, LEWITT 2014).

The term chorea comes from the Greek word *choreia*, which means dance. The latter concept has significant Platonic connotations, inasmuch as it was used to refer to the exemplary form of community life in the Ideal City with a perfectly harmonised chorus of citizens who each fulfilled their political and social role without any dissonance, excess, or unauthorised input. Being branded an *a-choreutos* – someone incapable of dancing in harmony with the rest of the community – in Plato's Ideal City was tantamount to an accusation of subverting the political order. Indeed, guilty offenders would be stigmatised and marginalised (PRAUSCELLO 2014: 105–222). In an attempt to understand the transformation of the connotation of dance from a perfect state of health – in individual terms, but also the entire community – to movement disorders in medical contexts from the early modern age onwards, it is necessary to examine the complex relationship between gesture, religion, and disease from a historical point of view. These movement disorders need to be understood in historical terms as the conditions of those who lacked the right physical and mental stability to live within the framework of the collective (or imposed) values of society, whether political, religious or gender-based. The starting point to understand their implications is the self-substantiating cultural-historical category of foundation myths of dance in the Western world. The construction of these myths always involved the introduction of a form of otherness that upset a pre-established order. This otherness, whose arrival was seen

to signal a curse, originated, depending on the historical and geographical context, in supposedly barbarous lands, in the underworld, or was brought by foreigners. It was also inescapably and instinctively linked to the religious and devotional sphere and associated with forms of malaise for which a cure was sought.

Dance serves a dual function in such narratives. On one hand, it is a symptom of distress (the result of a curse or demonic possession, for instance, and therefore in any case the action of an external agent). On the other hand, though, it is also a medicine to exorcise evil, often achieved by reining in a chaotic dance (the malaise) and reinstating harmonic, controllable forms (the cure). This taming process marks the beginning of the mythical narrative constructed to explain and justify the existence of dance.

The mythical narrative scheme also includes so-called choreomaniacs – literally, those with an uncontrollable compulsion to dance. In historiography, these figures have been assimilated with travellers, foreigners, and pilgrims variously associated with religious movements, often found in late medieval chronicles with a clear link to pestilence.

The choreomania narrative focused on people suddenly gripped by a force that was completely independent of their will; they were seized by a fearsome maelstrom of convulsive and usually contagious movements. Depending on the reworking of the mythical narrative, this external agent which manipulated the victims' bodies was variously interpreted as a form of demonic possession, the result of a curse, or an epidemic caused by contaminated grain, water, or other toxic forms. Those drawn into the jubilant frenzy no longer had mastery over their bodies, responded to certain colours (often red), and sometimes even tore their clothes off; ultimately, they were no longer in control of their gestures, which were described as a dance by observers. Choreomania was a form of madness caused by dance, of which dance was also a symptom. The triggering cause – divine, diabolical, biological-medical – changed in relation to the provider of the account.

It could be said, indeed, that the narrator was like a scriptwriter or, perhaps more appropriately, a choreographer, because the event was literally staged like a dance, accompanied by the explanation that best fitted the relevant cultural, religious, political, and scientific values. The dancers themselves did not usually share these values with the observer since they were almost always pagans, sinners, heretics, subversives, paupers, vagabonds, plague victims, foreigners, or simply marginalised members of so-

ciety. From the perspective of medical science in the modern era, these people came from a dark, unscientific, and superstitious Middle Ages and easily fell prey to forms of collective hysteria due to their presumed psychological frailty.

Here's the thing, though. None of this ever actually happened in the Middle Ages.

Choreomania, dancing mania, and St Vitus's dance are categories that were constructed by intellectuals, first in the early modern age and then with more consistency and influence from the seventeenth century onwards (ARCANGELI 2000a, 2000b, 2020). Although historiography and medical treatises have done their best to separate and define choreomania and St Vitus's dance in an attempt to give them more marked historical connotations and concrete form, they are entirely assimilable conditions that have nothing to do with medieval religious experience. Instead, they are related to a modern-era intellectual discourse that superimposed such categories onto an essentially remote Middle Ages – a dark, illiterate, and superstitious dimension – in order to lay claim to a higher level of secular scientific enlightenment. It goes without saying that women played a prominent role in this dark dimension of emotional and psychological frailty which also often featured hysteria (BARTHOLOMEW 1998). Nevertheless, the lexical characteristics of late antique and medieval sources which allow historians to delineate the gestural domains of dance show that there were no accounts of practices or symptoms of malaise such as Saint Vitus's dance or choreomania before the modern era.

The realisation that discourse on dance always derives from a set of narratives produced by the observers is of great methodological significance. It is therefore always extremely risky and misleading – if not totally improper and ahistorical – to attempt to identify any level of objectivity in descriptions of practices provided in sources (ARCANGELI 1998, 2007-2008; TRONCA 2022: 7-13). To an extent, the same approaches used to explore the dynamics of the integration of the divine and the demonic can be applied to the cultural history of dance, especially in its uncontrolled forms (PIZZA 2005: 29-43; CANETTI 2021, 2024).

The observer-based perspective in sources that describe dancing offers a narrative embellished with personal cultural and religious projections. The frequent visionary narratives in the exemplary literature of the late Middle Ages also fit this dynamic of the eye of the beholder. It is therefore necessary to consider that accounts of dance might also have been seen

purely in terms of the medieval vision (ARCANGELI 2000c: 69-105; LEGIMI 2000, 2002; BUTTÀ 2023; BINO 2016). The literary and homiletic genre of *visiones*, which was used by preachers in the late Middle Ages, involved showing believers the beatitude of heaven which awaited the righteous and the terrible punishments of hell to which transgressors would be subjected. As all this assumed a visionary narrative of what would happen in the afterlife, it was not a product of metaphor or non-objective unrealistic imaginings – for preacher and believer alike – because the promise of reward and fear of penance were supposed to guide the conduct of the faithful (MALDINA 2018: 34-60).

When they referred to uncoordinated, chaotic movement described as dance, late antique bishops saw danger of religious and social disorder, medieval preachers perceived signs of curses and demonic epiphanies, while humanist physicians identified symptoms of mental illness. All of them, however, used the same gaze-based form of narrative construction. In any case, the medical-humanistic narrative is not necessarily any more reliable than its predecessors, especially in scientific terms. After all, these narratives were often combined, exerting mutual influence from the late Middle Ages onwards.

The only slight differences were the terms in which the malaise was described and, above all, its cause. With this in mind, historians should be mindful of the risk of likening disorderly gestures described by bishops and preachers to an illness diagnosed by humanists, let alone neuropsychiatrists (DURANTI 2023: 11-44; FOSCATI 2013: IX-XVII; ARRIZABALAGA 2002; CANETTI 2019).

The Myth of Dancing Mania: Historiographical Constructs and Modern Projections

There is no mystery surrounding the birth of the myth of the medical and historiographical category of dancing mania: the publication of *Die Tanzwuth. Eine Volkskrankheit des Mittelalters* in Germany in 1832. Written by Justus Friedrich Karl Hecker, who was born in Erfurt in 1795 and raised in Berlin, where he attained the chair in history of medicine (HIRSCH 1880), the text was translated into English almost immediately by the physician and epidemiologist Benjamin Guy Babington. The question of dancing mania was addressed as follows in the work:

The effects of the *Black Death* had not yet subsided, and the graves of millions of its victims were scarcely closed, when a strange delusion arose in Germany, which took possession of the minds of men, and, in spite of the divinity of our nature, hurried away body and soul into the magic circle of hellish superstition. It was a convulsion which in the most extraordinary manner infuriated the human frame, and excited the astonishment of contemporaries for more than two centuries, since which time it has never reappeared. It was called the dance of St. John or of St. Vitus, on account of the Bacchantic leaps by which it was characterized, and which gave to those affected, while performing their wild dance, and screaming and foaming with fury, all the appearance of persons possessed. It did not remain confined to particular localities, but was propagated by the sight of the sufferers, like a demoniacal epidemic, over the whole of Germany and the neighboring countries to the northwest, which were already prepared for its reception by the prevailing opinions of the times (HECKER 1970: 1).

All the ingredients are there: plague, magic, superstition, demonic possession, juxtaposition of the Bacchic and the Orient, and the popular element portrayed as a wild horde. In a nutshell, the Middle Ages. Or more accurately, the Middle Ages as seen by nineteenth-century scientists.

Since publishing an article, *The Invention of Dancing Mania*, in 2009, Gregor Rohmann has rightly highlighted that choreomania and St Vitus's dance are both academic inventions of the modern age. As a result, he argues, they should be viewed «not as instances of a given medical or religious fact, but first of all as a construction of nineteenth-century scientists» (Rohmann 2009: 15, 2013, 2015). Kéline Gotman's recent comprehensive volume extended its analysis to the present day with further explorations and clarifications of the political and social implications of these constructs, contextualising them within the medical and intellectual framework in which they were invented. She quite rightly suggested that choreography – in the sense of narration and description of dance – should be interpreted as «an act of articulation, one that negotiates a border zone between order and disorder, planned and unplanned motion» (GOTMAN 2018: 3). In accounting for the genesis of this oppositional interplay of order and disorder, which is also reflected in contrasts between East and West, heresy and orthodoxy, and so on, Gotman also underlined the aspect of modernity as a possible starting point, which takes on significance with regard to cases like the so-called French Convulsionaries associated with Jansenism. This religious movement took off in Paris in the 1730s in connection with alleged miracles at the tomb of François de Pâris in the cemetery of Saint-Médard and was characterised by collective forms of hysteria and ecstasy

which took shape in remarkable – and much lampooned – dance-based theatricality. De Pâris was a deacon who had adopted Jansenist views in the controversy related to the condemnation of Pasquier Quesnel's writings by Pope Clement XI in his bull *Unigenitus*; he soon achieved the reputation of a saint and those who experienced convulsions at his tomb pronounced prophecies and cured illness. A royal decree of 1732 ordered the closure of the cemetery in order to curb the displays of religious zeal (GOTMAN 2018: 90-111).

The instrumentalisation of dance took on more marked and effective connotations in the modern era. It should be emphasised, though, that the discourse on dance in every epoch has always been based on a contrast with a form of otherness with wild, ungodly origins (both in the religious and political sense). It is precisely this discourse, already well established in ancient and medieval literature, that also played a decisive role in the later intellectual context which reworked the narrative, first through embellishments and then medicalisation. The earliest examples of this oppositional discourse can be found in the Platonic dichotomy between the *choreia* of the Ideal City and the rejection of Bacchic dancing, as well as in myths that referred to Dionysian rites, where Dionysus was always perceived as a foreign god who invaded and possessed. It can also be seen in the *History of Rome* narrated by Livy, who attributed the first *ludi scaenici* in the city to the arrival of *ludiones* (dancers) from Etruria at a time when the Roman people were afflicted by pestilence (TRONCA 2022: 15-73; GIANVITTORIO 2017; SCHLAPBACH 2018, 2022). The oppositional discourse also had significant repercussions in religion. Augustine of Hippo, for example, described – and condemned – the celebrations held in honour of the dead by the Circumcellions, a group connected to the Donatist schismatic movement. In so doing, his language was not dissimilar to accounts of the eighteenth-century French Convulsionaries (TRONCA 2022: 105). In keeping with this narrative, which could be described as a choreography of dissent and otherness, those who were regarded as choreomaniacs in later intellectual projections were first described as travellers and/or foreigners in medieval chronicles. Furthermore, there were always links to some form of pestilence and various branches of religious heterodoxy (GOTMAN 2018: 51-65). In short, the foundation myths of dance were consistently constructed from a description of otherness that intervened in some way to disrupt a pre-established order. This did not only hold true with regard to modernity. Indeed, the same narrative provided the foundation myth of established order itself (the Greek *polis*, the Roman Empire, religious

orthodoxy, modern medical science, and so on) (TRONCA 2017; SANCHIS FRANCÉS, MASSIP 2017; ARCANGELI 2018). If there had not been a narrative about the generation of disorder, there would not have been one about what constitutes order either.

This invasion of otherness was then brought to heel to some degree and sometimes played a decisive role, such as with the Roman plague, possession in Dionysian rites, and curses in the case of choreomaniacs. In this way, the presence of alterity was ritualised, becoming part of the mythical narrative that justified the existence of the ritual itself. In order to break free from the reified constructs of historiography, they first need to be deconstructed. One way to do this is by analysing the lexicon of sources through historical semantics. The concept of reification is used with full knowledge that both choreomania and St Vitus's dance «[were] never entirely reified; [they have] remained plastic and malleable, slippery and abstruse» because of the lack of sources datable to the Middle Ages and the – literally – turbulent and nebulous nature of these medical and historiographical categories which purported to probe the deepest recesses of the psyche (GOTMAN 2018: 301).

Just to repeat, choreomania and St Vitus's dance did not exist in the Middle Ages. They were categories constructed by intellectuals, first in the early modern age and then more comprehensively and influentially from the seventeenth century onwards. Operating in the general sphere of medicine and the humanities, these intellectuals projected such categories backwards into a variously dark and superstitious age. This also served to underline the supposedly state-of-the-art nature of their work, as well as their revitalised scientific awareness and love of literature from the pre-medieval past, increasingly portrayed as golden, enlightened, and classical. This is immediately apparent from the use of the refined term choreomania, the product of the neo-classical passion for antiquity. The word itself is a Greek calque of a term that is virtually non-existent in ancient Greek and medieval sources. It was used once in *Thesmophoriazusae* (v. 961) (WILSON 2007: 112), but Aristophanes often indulged in wordplay and created neologisms for satirical purposes. In this instance, he parodied Euripides by accusing him of always portraying female characters in his tragedies as madwomen.

Since the studies of Hecker, among others, in the mid-nineteenth century, historians dealing with such issues have adopted these categories because they are convenient and attractive (also in publishing terms), especially

when associated with a little-known dimension depicted as mysterious and magical, and forever oppressed by ecclesiastical institutions. Only rarely have the latter been historicised and contextualised. Indeed, there has once again been a backwards projection of an all-encompassing pan-European institutional sphere from the late Middle Ages and early modern age which in reality did not characterise the early phases of Christianity. Indeed, it could not have done so. Choreomania dancing is therefore often associated with episodes of social subversion (the literal translation of the German term *Tanzwut* is ‘dancing fury’) or forms of popular worship, which are in turn linked to so-called folklore or tarantism (HECKER 1970: 14-30; GOTMAN 2018: 171-195). Folklore too, just like choreomania, is a category invented in the nineteenth century. It was first used in 1846 in a letter sent by William J. Thoms under the pseudonym Ambrose Merton to the British journal *The Athenaeum* (THOMS 1846; EMRICH 1946; BRACCINI 2021). As for tarantism, its supposed medieval roots are heavily indebted to projections of intellectual and medical circles in the seventeenth and eighteenth century (DE MARTINO 2008; DE CARLI 2020). There is certainly no solid basis for these concepts and phenomena in medieval sources, especially with regard to the way in which they have traditionally been interpreted.

Historians generally offer evidence of episodes of choreomania in a variety of chronicle sources from the German-Flemish area – Aachen, Kölnbigk, Erfurt, Köln, Liège, and Strasbourg. Interestingly, the city of Strasbourg lays claim to two episodes of dancing epidemics which occurred exactly one hundred years apart in 1418 and 1518 (BACKMAN 1951; BRAEKMAN 1981; WALLER 2008, 2009). A degree of caution is thus needed, as it was the historians studying these sources who decided that they referred to the same definable and identifiable object, and classified them by applying more recently invented labels. Although this was probably done unwittingly, they nevertheless helped to perpetuate an endless self-narrating story that essentially follows the same script. In any event, the geographical aspect of accounts of choreomania alone makes any associations with tartantism and/or hagiographies of the martyr saint Vitus of Lucania extremely arbitrary (RESTA 2016, 2017), all the more so as the cult of Guy (of Anderlecht?), a holy pilgrim, was widespread in the areas referred to in the chronicles; Vitus, Wido, Guy, and Guido are all closely related names (ROHMANN 2013: 495-624; TRONCA 2024a: 33-37).

The first mentions of St Vitus's dance date back to the fifteenth-sixteenth century in the field of German theology and the medical humanities. The concept of *chorea sancti Viti* was closely associated with the work of Paracelsus and was reinforced through inclusion in collections like the *Lexicon Medicum Graeco-Latino-Germanicum* by the Dutch physician Steven Blankaart, published in Erfurt and Leipzig in 1696. The section on the disorder offered more detailed analysis than other entries (BLANKAART 1696; REKTOR 2003; ARCANGELI 2024). Even if a link between the hagiographical sources and Paracelsus's readings could be identified, though, it would exist on a purely scholarly basis and would reveal nothing about the experiences of Christians in late antiquity and the early Middle Ages. Any possible influence of religious experience in the work of Paracelsus relates to German and Flemish regions in the fifteenth-sixteenth century where, at least according to sermons, there was a widespread association linking a saint Vitus/Guy – and a saint John – with uncontrolled gestures, which might have been described as a disorderly dance (HEROLT 1598; Arcangeli 2022: 70).

It is therefore important to emphasise that chronicles always included such occurrences in accounts of episodes of religious disorder and practices variously defined as heretical (including the anti-Jewish controversy), pagan, and demonic. Such sources cannot be used to identify any supposed neurological condition, any form of contagious epilepsy, or any form of worship or association with a specific saint due to the thaumaturgical characteristics mentioned in hagiographical texts.

The narratives in these chronicles merely repeat – sometimes literally – the points of the patristic polemic against uncontrolled gestures that lead to disorder. The reason for attributing pestilence to dancers is at least as old as Augustine, who uses the term *pestilentia saltatorum* to describe the hordes of drunken worshippers at Cyprian's tomb in Carthage (*Sermo* 311, MIGNE 1841-64: 38, 1415). This polemic is in turn partly the legacy of the Greek Platonic vision of the Ideal City, described as a harmonious *choreia* from which Bacchic dancing was excluded. At the same time, though, it is also the product of the Roman prejudice against actors and *saltatores*, who were always branded by the stigma of infamy in both social and legal terms (TRONCA 2021a).

From the Platonic choreia to Sydenham's chorea

In late antique and medieval Christian Latin, the Platonic *choreia* became the *corus* (choir) of the liturgical sphere, a perfectly proportioned body that sang and moved in unison. It also came to embody the courtly dimension (GERI 2021). The terms *choreia*, *choros*, and *corte-cortezia* are related to the same Indo-European root **ghor-*, which indicates containment or enclosure and from which the English garden and the Latin *hortus* derive. Christianity embellished the latter term with meaning that is both monastic (a *hortus*, for example, is a monastery garden) and virginal (the *hortus conclusus* in the *Song of Songs*) (CARDINI 1996; KIRFEL 2000; SANTI 2015). Such strictly regulated areas are quite the opposite of what the concept of choreomania assumes. But of course this notion did not exist in the Middle Ages. Instead, the *cortezia* of late medieval courts held very strong semantic kinship with the Platonic *choreia*.

The trope of female choral dancing in the liturgical and devotional realm – a foreshadowing of the dance of the heavenly chorus – featured in the narrative of a form of charisma, with a mystical union that allowed women to enjoy a privileged relationship with God. This female-centred narrative offered a paradigm that was easily subverted with negative connotations, especially with regard to the more general concept of the inferiority of women and performing artists. In this overturned narrative, women who danced were no longer attributed with the ability to communicate with God but became associated with the realm of devilry, magic, idolatry, and damnation. Irrespective of its positive or negative connotations, however, the narrative of female dance was not constructed by women themselves but by their audience. It was therefore inevitably a product of the male gaze.

For Plato, the *choreia* – the forerunner of the Christian *choros* – was the perfect measure of community life. It was based on a system of shared values that identified the perfect inhabitant of the Ideal City, a figure that can be compared to the perfect Christian in the Church's reworking of Platonic anthropology. It is important to underline, moreover, that the Platonic *choreia* was closely related to music, a connection not lost in the Middle Ages, particularly in the courtly realm. Indeed, it was developed further in fifteenth-century Italian courts, also achieving codification in the form of treatises (PONTREMOLI 2011). The idea that the liturgical *corus* has only ever consisted of singing without gesturality is another backward projection, the result of the negative attributes gradually acquired by the other

– much later and certainly rarer – Latin development of the term *chorea*: the noun *corea* and the verb *chorizare*.

It is no coincidence that Latin used the verbs *saltare* and, from the second half of the fifth century onwards, *ballare* and its derivatives *ballatio-ballationes-ballematiae* to attribute negative connotations to gestural displays: an association with pantomime in the former case and a link with violence and hubris in the latter instance, deriving from the Greek verb *ballo*, which means ‘throw’ or ‘fling’ (TRONCA 2021b, 2022: 127-143). In any case, the negative connotation of *corea* has always been due to its progressive association with demonic manifestations and, later, neurological disorders.

The English physician Thomas Sydenham (1624-1689) was one of the first to use chorea as a technical term in his studies and the concept took on numerous forms and characteristics in neurological science at the time. The influence of Sydenham’s research cannot be overestimated, not least because of his close intellectual relationship with his most famous pupil, the philosopher John Locke (MEYNELL 1988, 1990, 1991, 1995; GUIDO 1974; ANSTEY 2011). The description of chorea is found in the work entitled *Schedula monitoria de novae febris ingressu*, first published in London in 1686 (SYDENHAM 1686).

Sydenham’s work can be framed within metaphysical concepts that presupposed the existence of an order and identified illness as its opposite. In particular, mental illness – hysteria and hypochondria – was thought to be triggered by the discombobulation of the spirit. It is important to emphasise that the more general surrounding framework pertained to the melancholic realm, whose central role at the time had already been influenced by Robert Burton’s *The Anatomy of Melancholy* (SIMONAZZI 2004; GIGLIUCCI 2009; CHIESSI 2019).

The key point here is that the connection between restlessness of body and mind (or spirit) was already well known in the Middle Ages. Figures such as *epileptici*, *melancholici*, and *phraenetici* can be found in medieval medical and religious texts, but also in poetry. For example, lovesickness was described as a form of possession and uncontrolled passion for the fantasy-based image of the beloved. These texts of different genres were sometimes even written by the same authors as there was no separation of disciplines in the Middle Ages, so much so, for example, that Guido Cavalcanti – a love poet – was sometimes described as a *physicus*, or physician (TONELLI 2015: 3-70).

The connection between fantasy and disorderly movement was already extremely apparent in the first medical texts on tarantism, which was classed as a melancholic disorder during the Renaissance; it was precisely the imagination that was thought to induce twitching in the possessed (VERARDI 2022). Although modern-era medicine emphasised the superstitious and obscure nature of religion, it was actually strongly influenced by the religious sphere. Indeed, from at least the patristic era onwards, the Church had highlighted the dangers caused by an obsession with images (both material and immaterial), whereas fantasy and imagination were seen as potential causes of psychological and physical prostration (*melancholia*). Depending on the context, this obsession could be interpreted as an illness, a sin, or a form of love, although single readings were rare and often morphed into hybrid forms. Indeed, the experience of love was described in medieval erotic poetry as a spectral process regarding an obsession with an image, that of the beloved, which became imprinted on the poet's mind through the gaze, describing an erotic narrative that was quite literally idolatrous. This was the incessant and *immoderata cogitatio* theorised by Andrea Cappelano between the end of the twelfth and the beginning of the thirteenth century (VINAY 1951; TRONCARELLI 1992). The Aristotelian inspiration for this theory concerned the notion of falling in love as dependent on the vision of a form imprinted on the memory of the love-stricken, who was thus forced into obsessive thinking (AGAMBEN 1977). This is also connected to the broader question of the power attributed to images in the Middle Ages; they were thought to influence the observer and forge a performative bond combining images that were both material and immaterial, such as those related to memory (BINO 2014). In the same way, the performative logic of the image was part of a more general process that affected the Latin West, with the proliferation of miraculous images at the end of the twelfth and the beginning of the thirteenth century. This led to such images taking on complex connotations and sometimes achieving a comparable status to relics (THUNØ, WOLF 2004; CANETTI 2009; BACCI 2013). The performative image could be rendered both in a positive light – by working miracles – and in a negative way through this system of perception. Working on the basis of unrequitable love that was incomprehensible to reason – essential elements for the very existence of love poetry (REA 2021) –, the inner image that plagued the mind of the love-stricken generated a pathological condition of psychological and physical prostration. This image is very closely linked to the imagination (*imago + actio*), the typical concept and device used in love poetry which best expresses the direct action of the image.

Sources attest that the term *imaginatio* was largely interchangeable with *phantasia* in the Middle Ages (CHENU 1946; FATTORI, BIANCHI 1988). The oldest attestation of the latter dates back to Plato's *Republic* (382e) where it was used to connote deceit. This entirely negative connotation was also adopted in Christian texts which portrayed the devil employing *phantasiae*, above all in his role of tempter. The term was frequently used in hagiographical accounts to underline the hollowness of *phantasiae*; after all, such texts had the precise purpose of providing behavioural models for spiritual edification. In this way, saints had powers of discernment and refused to yield to the temptations offered by images, which thus failed to achieve any power over the soul or indeed over real life (MONACI CASTAGNO 1996).

Devilish trickery – especially the form practised by the noonday demon described by John Cassian as one of the main enemies of monastic life (*De institutis coenobiorum* 10,1; PETSCHENIG 1888: 174; AGAMBEN 1977: 5-14) – was held responsible for the sins of acedia and *tristitia*. According to Gregory the Great, they caused forms of *vagatio mentis* that left victims unable to exercise self-control, obsessed as they were with their own inner fantasies (*Moralia in Iob* 31,45; ADRIAEN 1985; WENZEL 1960; CASAGRANDE, VECCHIO 2000: 78-95; TRONCA 2024c). This form of internal restlessness was triggered in monks, for example, by a yearning for more pleasant monasteries or the memory – an image imprinted on the mind – of far-off family members. It could also have repercussions on the body, taking shape in forms of agitation, impatience, and instability. *Tristitia* and acedia were special forms of malaise in monastic texts as they led away from the sanctity of contemplative life in a comparable way to forms of *melancholia*. Much discussed and analysed in medical and literary texts from antiquity onwards (PULIGA 2017), the latter concept became a fundamental element of love poetry; melancholy was closely linked to imagination with the imprinting of the image of the beloved on the poet's mind, actively exercising power over him (TONELLI 2003; PASERO 2016; GUBBINI 2017; TRONCA 2024b).

There is a consistent link between acedia and the sphere of mourning. Indeed, listlessness is also associated with putrescence (withering away and dying); in etymological terms, *akedia* is the negative form of *kedos*, which, as one of the many Greek terms pertaining to grief, expresses concern for others, especially during collective lamentation (PULIGA 2017: 219-233). Acedia was thus seen as indifference, apathy, and lack of empathetic involvement in grief. By extension, above all in the Christian sphere, although the concept retained its general sense of apathy and lack of collective emotional involvement (especially in monastic communities), it came

to indicate an ongoing state of clearly apparitional individual mourning based a desire to possess the intangible. The self-reflective gratification in this state of mind could also lead to desperation, because ultimately the listless were deprived of God, the supreme good. It was therefore a state of mourning without a real death (AGAMBEN 1977: 39-43). Nevertheless, it did trigger forms of physical unrest comparable to what Alfonso Maria di Nola has defined as «mimicry of mourning» (DI NOLA 1995: 113). This restlessness led to incessant wandering in a never-ending search for the «potential whereabouts of the lost item» (ivi: 12). It is significant to this end that the Greek term *melancholia* was often translated as *furor* – raging madness – in the Latin world from Cicero onwards (PULIGA 2017: 37-42). This illustrates the difficulty of defining these forms of existential malaise and mental alienation, which may be far removed from each other but also share certain traits.

The connection with mourning leads back to the common modern-era projection that places episodes of choreomania in settings such as cemeteries or frames them as responses to traumatic events like plague. Modern-era intellectuals were strongly influenced by medieval attempts to provide answers (and cures) to problems of psychological dissociation and used the same concepts – *phantasia*, *melancholia*, *cogitatio*, *furor* – in their medical lexicon (ARCANGELI 2022: 67; CANETTI 2019). In this way, the religious categories used in theology to describe phenomena of possession were appropriated and reprojected onto the lower classes and marginal groups in society. This happened especially during traumatic times of religious or political unrest, which was also reflected in the bodily agitation of individuals or groups. As a result, the lower classes shaped their identity and built their traditions around this intellectual transference.

In this sense, dance served as an item in the lexicon and imagery of gestural grammar, used by intellectuals in different spheres to describe a relationship between identity and otherness, male and female, and order and disorder. In its various cultural, religious, political, and ecclesiastical contexts, this relationship became an important instrument of bodily self-representation and discipline.

In an incessant repetition of what seems like a pre-written script, the possessed did what was expected by the exorcist, or theologian. In this way, the witch eventually confessed to the inquisitor that she could fly, just as the hysteric struck an arched pose because that was what the psychiatrist required. After that, the source narrated the story that best fitted the cat-

egories applied by historians. However, once it has been established that categories like choreomania and St Vitus's dance are historical-religious and historical-anthropological constructs, historians have a duty to deconstruct them and provide historical contextualisation. If not, the risk is that absolute perspectives will be used to write teleological histories reflecting prefabricated paradigms.

Conclusions: The arc de cercle as a performative symptom

This essay has outlined how images and discourses of dancing distress were transferred from medieval demonology into the clinical iconography of nineteenth-century neurology and ultimately into the realm of popular spectacle. Read through this lens, Jane Avril's arched body emerges as a long-term pivotal element: what was once sanctified or demonised in a religious vision was recoded as a medical sign, then celebrated as a choreographic signature. This continuity should not be understood as conceptual parity between religious and medical epistemologies, nor as a simple survival of premodern beliefs within scientific discourse. Instead, it points to the persistence of iconographic repertoires and performative frameworks, and the recurrent reuse of bodily grammars through which states of distress were made visible, intelligible, and socially legible across different historical regimes of knowledge. The *arc de cercle* – central to Charcot's symptomatology and echoed by Avril's stage persona – does not simply register a disorder; it can be understood as performing a historically learned gesture produced within a dense economy of gazes, expectations and images. The case of Avril and the semantic history of terms like chorea and dancing mania show that categories of disease are stabilised by images as much as by texts. The *arc de cercle* condenses this continuity: a learned pose shifting from exorcism through diagnosis to entertainment, suggesting that neurology and modern spectacle share a common iconographic ancestry.

Having seen that the idea of choreutic disturbance travelled from the philosophical *chorea* to the early modern chorea and finally into the nosology of St. Vitus's dance – reframed by modern neurology yet still haunted by older iconographies of convulsive movement – we may now return to the image that opened this study: the poster of Jane Avril arching backwards. Diagnosed with *danse de Saint-Guy*, Avril occupied the liminal space of convergence between religious demonology, medical nosography, and theatrical performance. Her body – photographed, observed, diagnosed, and

ultimately aestheticised – provides a privileged site for observing the long historical process plotted herein: the transfer of religious and post-medieval imaginaries of dancing distress into the modern neurological and psychiatric gaze. Avril's body, trained and disciplined within the Salpêtrière's visual regime, "knew" how to bend, arch, and convulse in ways that were already meaningful within the diagnostic vocabulary of the time. In this sense, Jane Avril exemplifies the performativity of the symptom. The label *St Vitus's dance* itself acted as a retrospective interpretative frame: a modern pathological category projected onto older imaginaries of convulsive movement and later stabilised within the clinical lexicon. Once displaced from the clinic into the cabaret and into Toulouse-Lautrec's visual universe, the same bodily attitudes – angularity, contortion, rhythmic spasm – were re-interpreted as markers of artistic modernity. While the medieval deviant danced under the sign of the demon and the nineteenth-century hysteric danced under the clinical gaze, Jane Avril danced before the public. This apparent rupture conceals a deeper continuity: images do not merely illustrate medical categories, but actively participate in their own construction, stabilisation, and circulation over time.

Bibliography

- ADRIAEN M. (Ed.) (1985), GREGORIUS MAGNUS, *Moralia in Iob*, in *Corpus Christianorum. Series Latina*, vol. CXLIIIB, Brepols, Turnhout.
- AGAMBEN G. (1977), *Stanze. La parola e il fantasma nella cultura occidentale*, Einaudi, Torino.
- ANSTAY P. (2011), *The Creation of the English Hippocrates*, "Medical History", Vol. 55 (4): 457-478, <https://doi.org/10.1017/S0025727300004944> (last accessed on 24 June 2025).
- ARCANGELI A. (1998), *Per un'archeologia della storiografia della danza: il racconto delle origini*, "Ludica", Vol. 4: 97-99.
- ARCANGELI A. (2000a), *Dance between Disease and Cure: The Tarantella and the Physician*, "Ludica", Vol. 5-6: 88-102.
- ARCANGELI A. (2000b), *Dance and Health. The Renaissance Physicians' View*, "Dance Research", Vol. 18 (1): 3-30.
- ARCANGELI A. (2000c), *Davide o Salomè. Il dibattito europeo sulla danza nella prima età moderna*, Fondazione Benetton Studi e Ricerche-Viella, Treviso-Roma.
- ARCANGELI A. (2007-2008), *La Chiesa e la danza tra tardo Medioevo e prima età moderna*, "Ludica", Vol. 13-14: 199-207.
- ARCANGELI A. (2018), *L'altro che danza. Il villano, il selvaggio, la strega nell'immaginario della prima età moderna*, Unicopli, Milano.
- ARCANGELI A. (2020), *Dissertazioni mediche sul ballo di san Vito, 1675-1875: una proposta di lettura*, pp. 199-211, in DE CARLI M., VINCENTI P. (Eds.), *Pagine d'oro e d'argento. Studi in ricordo di Sergio Torsello*, Kurumuny, Calimera.

ARCANGELI A. (2022), *La danza tra malattia e cura: il medico e la tarantella*, pp. 53-89, in VERARDI D., CAVICCHI C., ARCANGELI A. (Eds.), *Il grande danzatore. Il tarantismo e il potere del ballo nella prima età moderna*, Kurumuny, Calimera.

ARCANGELI A. (2024), *Paracelso, le malattie invisibili e il ballo di san Vito*, "Riforma e movimenti religiosi", Vol. 16: 53-68.

ARRIZABALAGA J. (2002), *Problematising Retrospective Diagnosis in the History of Disease*, "Asclepio", Vol. 54 (1): 51-70, <https://doi.org/10.3989/asclepio.2002.v54.i1.135> (last accessed on 24 June 2025).

AUBERT G. (2005), *Charcot Revisited. The Case of Bruegel's Chorea*, "Archives of Neurology", Vol. 62: 155-161.

AVRIL J. (BEAUDON J.L.) (1933), *Mes Mémoires*, "Paris-Midi", 8 Août, <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/btv1b10516191z.image> (last accessed on 24 June 2025).

BACCI M. (2013), *L'immagine miracolosa: una categoria storiografica?*, pp. 67-93, in BOESCH GAJANO S., FARRUGIA E.G., PLIUKHANOVA M. (Eds.), *I testi cristiani nella storia e nella cultura. Prospettive di ricerca tra Russia e Italia*, Atti del convegno di Perugia-Roma, 2-6 maggio 2006 e del seminario di San Pietroburgo, 22-24 settembre 2009, Pontificio Istituto Orientale, Roma.

BACKMAN E.L. (1951 [1945]), *Religious Dances in Christian Church and in Popular Medicine*, Allen and Unwin, London.

BARTHOLOMEW R. (1998), *The Misogynist Construction of Dancing Mania*, "Feminism & Psychology", Vol. 8 (2): 173-183.

BINO C. (2014), *Immagine e visione performativa nel Medioevo*, "Drammaturgia", Vol. 11: 335-346.

BINO C. (2016), *"To See and to Be Seen". Gaze, Desire and Body in the Christian 'Dramatic'*, "Comunicazioni sociali", Vol. 2: 203-216.

BLANKAART S. (1696), *Lexicon Medicum Graeco-Latino-Germanicum*, Starck, Erfurt-Leipzig.

BONDUELLE M., GELFAND T. (1998), *Hysteria Behind the Scenes: Jane Avril at the Salpêtrière*, "Journal of History of the Neurosciences", Vol. 7: pp. 35-42.

BRACCINI T. (2021), *Folklore*, Inschibboleth, Roma.

BRAEKMAN M. (1981), *La dansomanie de 1374: hérésie ou maladie?*, "Revue du Nord", Vol. 63 (249): 339-355, https://www.persee.fr/doc/rnord_0035-2624_1981_num_63_249_3777 (last accessed on 24 June 2025).

BUTTÀ L. (2023), *Visiones coréuticas: danzas diabólicas en el relato hagiográfico y ejemplar*, "eHumanista", 56: 58-74, <https://www.ehumanista.ucsb.edu/volumes/56> (last accessed on 24 June 2025).

BUTTÀ L., BELGRANO A. (2020), *La danse immobile: iconographie et geste chorégraphique au Moyen Âge*, "Perspective", Vol. 2: 121-142, <https://doi.org/10.4000/perspective.20592> (last accessed on 24 June 2025).

CANETTI L. (2009), *Rappresentare e vedere l'invisibile. Una semantica storica degli 'ornamenta ecclesiae'*, pp. 345-404, in ANDENNA G. (Ed.), *Religiosità e civiltà. Le comunicazioni simboliche (secoli IX-XIII)*, Atti del Convegno Internazionale (Domodossola, Sacro Monte e Castello di Mattarella, 20-23 settembre 2007), Vita&Pensiero, Milano.

CANETTI L. (2019), *Terapia sacra: guarire al santuario*, pp. 47-75, in *La medicina nel basso medioevo. Tradizioni e conflitti*, Atti del LV Convegno storico internazionale (Todi, 14-16 ottobre 2018), Fondazione CISAM, Spoleto.

CANETTI L. (2021), *Presenza e incorporazione dell'Altro: scenari della possessione diabolica*, pp. 113-135, in CARIBONI G., D'ACUNTO N., FILIPPINI E. (Eds.), *Presenza-assenza. Meccanismi dell'istituzionalità*

nella 'societas christiana' (secoli IX-XIII), Atti del Convegno Internazionale (Brescia, 16-18 settembre 2019), Vita e Pensiero, Milano.

CANETTI L. (2024), *Tra Dioniso e Cristo. Posseduti danzanti nella Tarda Antichità*, "Antropologia Medica", Vol. 57: 15-36.

CARADEC F. (2001), *Jane Avril. Au Moulin Rouge avec Toulouse-Lautrec*, Fayard, Paris.

CARDINI F. (1996), *Teomimesi e cosmomimesi. Il giardino come nuovo Eden*, "Micrologus", Vol. 4: 331-354.

CASAGRANDE C., VECCHIO S. (2000), *I sette vizi capitali. Storia dei peccati nel Medioevo*, Einaudi, Torino.

CHARCOT J.-M. (1887-1889), *Leçons du mardi à la Salpêtrière*, Progrès médical, Paris.

CHARCOT J.-M. (1886-1890), *Œuvres complètes*, Progrès médical, Paris.

CHARCOT J.-M., RICHER P. (1887), *Les démoniaques dans l'art*, Delahaye-Lecrosnier, Paris, <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k6492840j.texteImage> (last accessed on 24 June 2025).

CHENU M.-D. (1946), *Imaginatio. Note de lexicographie philosophique médiévale*, pp. 593-602, in *Miscellanea Giovanni Mercati, Vol. II, Letteratura medioevale*, Biblioteca Apostolica Vaticana, Città del Vaticano.

CHIESSI A. (2019), *Thomas Sydenham: natura e metodo nella prassi medica*, "Dianoia", Vol. 28: 155-170.

DE CARLI, M. (Ed.) (2020), *Meravigliosi ragni danzanti. Interpretazioni del tarantismo nel Seicento*, Kurumun, Calimera.

DE MARTINO E. (2008 [1961]), *La terra del rimorso. Contributo a una storia religiosa del Sud*, Il Saggiatore, Milano.

DE MIN S. (2023), *L'immaginario del gesto isterico nella Francia di fine Ottocento: tra mimo e malattia*, "La Rivista di Engramma", Vol. 205: 69-84, https://www.engramma.it/eOS/index.php?id_articolo=5209 (last accessed on 24 June 2025).

DI NOLA A.M. (1995), *La morte trionfata. Antropologia del lutto*, Newton Compton, Roma.

DIDI-HUBERMAN G. (2003 [1982]), *Invention of Hysteria. Charcot and the photographic iconography of the Salpêtrière*, The MIT Press, Cambridge, MA-London.

DURANTI T. (2023), *Ammalarsi e curarsi nel medioevo. Una storia sociale*, Carocci, Roma.

ELLENBERGER H.F. (1994 [1970]), *The Discovery of the Unconscious. The History and Evolution of Dynamic Psychiatry*, Fontana Press, London.

EMRICH D. (1946), "Folk-Lore": William John Thoms, "California Folklore Quarterly", Vol. 5 (4): 355-374.

FATTORI M., BIANCHI M. (Eds.) (1988), *Phantasia – Imaginatio. V Colloquio Internazionale del Lessico Intellettuale Europeo* (Roma, 9-11 gennaio 1986), Edizioni dell'Ateneo, Roma.

FOSCATI A. (2013), *Ignis sacer. Una storia culturale del 'fuoco sacro' dall'antichità al Settecento*, SISMEL-Edizioni del Galluzzo, Firenze.

FRIEDMAN J.B. (2010), *Brueghel's Heavy Dancers: Transgressive Clothing, Class, and Culture in the Late Middle Ages*, Syracuse University Press, Syracuse.

FURSE A. (2011), *Making a Spectacle of Herself: Charcot's Augustine and the Hysterical Dance*, pp. 197-210, in BIRRINGER J., FENGER J. (Eds.), *Tanz und WahnSinn. Dance and ChoreoMania*, Henschel, Leipzig.

GERI L. (2021), *Corte*, pp. 45-54, in GERI L., GRIMALDI M., MALDINA N. (Eds.) *La lirica italiana. Un lessico fondamentale (secoli XIII-XIV)*, Carocci, Roma.

- GIANVITTORIO L. (Ed.) (2017), *Choreutika. Performing and Theorising Dance in Ancient Greece*, Fabrizio Serra, Pisa-Roma.
- GIGLIUCCI R. (2009), *La melanconia. Dal monaco medievale al poeta crepuscolare*, BUR, Milano.
- GIMÉNEZ-ROLDÁN S. (2016), *Clinical History of Blanche Wittman and Current Knowledge of Psychogenic Non-Epileptic Seizures*, "Neurosciences and History", Vol. 4 (4): 122-129.
- GOTMAN K. (2018), *Choreomania. Dance and Disorder*, Oxford University Press, Oxford.
- GUBBINI G. (2017), *Immaginazione e malinconia, occhi 'pieni di spiriti' e cuori sanguinanti: alcune tracce nella lirica italiana delle origini*, pp. 29-39, in SUITNER F. (Ed.), *La poesia in Italia prima di Dante*, Atti del Colloquio Internazionale di italianistica (Università degli Studi di Roma Tre, 10-12 giugno 2015), Longo, Ravenna.
- GUIDO F. (1974), *Luci e ombre nel sistema dottrinario di Thomas Sydenham*, pp. 88-91, in *Proceedings of the XXIII International Congress of the History of Medicine (London 2-9 September 1972)*, vol. I, Wellcome Institute of the History of Medicine, London.
- HECKER J.F.K. (1970 [1837]), *The Dancing Mania of the Middle Ages*, Burt Franklin, New York.
- HEROLT J. (1598), *Sermones de tempore et de sanctis, cum exeporum promptuario ac miraculis beatae Virginis*, apud Antonium Bertanum, Venetiis.
- HIRSCH A. (1880), *Hecker, Justus Friedrich Karl*, in *Allgemeine Deutsche Biographie* XI, Bayerische Akademie der Wissenschaften, München-Leipzig, <https://www.deutsche-biographie.de/pnd116561254.html#adbcontent> (last accessed on 24 June 2025).
- KIRFEL L. (2000), *I giardini monastici nel Medioevo*, "I quaderni del m.a.e.s.", Vol. 3: 133-142.
- LEGIMI C. (2000), *La danza nel pensiero medievale tra esegesi e predicazione*, "Ludica", Vol. 5-6: 26-52.
- LEGIMI C. (2002), *Il tema della danza nei commenti biblici e nella predicazione medievale*, pp. 285-292, in GAFFURI L., QUINTO R. (Eds.), *Predicazione e società nel Medioevo: riflessione etica, valori e modelli di comportamento / Preaching and Society in the Middle Ages: Ethics, Values and Social Behaviour*, Atti / Proceedings of the XII Medieval Sermon Studies Symposium (Padova, 14-18 luglio 2000), Padova, Centro Studi Antoniani, Padova.
- MALDINA N. (2018), *In pro del mondo. Dante, la predicazione e i generi della letteratura religiosa medievale*, Salerno Editrice, Roma.
- MCCARREN F. (1995), *The "Symptomatic Act" circa 1900: Hysteria, Hypnosis, Electricity, Dance*, "Critical Inquiry", Vol. 21 (4): 748-774.
- MEYNELL G.G. (1988), *Materials for a Biography of Dr. Thomas Sydenham (1624-1689). A New Survey of Public and Private Archives*, Winterdown Books, Folkestone.
- MEYNELL G.G. (1990), *A Bibliography of Dr. Thomas Sydenham (1624-1689)*, Winterdown Books, Folkestone.
- MEYNELL G.G. (1991), *Thomas Sydenham's Observationes Medicae (London, 1676) and his Medical Observations (Manuscript 572 of the Royal College of Physicians of London)*, Winterdown Books, Folkestone.
- MEYNELL G.G. (1995), *Autorship and Vocabulary in Thomas Sydenham's Methodus and Observationes. With an Appendix on Isolating Key Words and Phrases*, Winterdown Books, Dover.
- MICALE M.S. (1985), *The Salpêtrière in the Age of Charcot: An Institutional Perspective on Medical History in the Late Nineteenth Century*, "Journal of Contemporary History", Vol. 20 (4): 703-731.
- MICHELI F.E., LEWITT P.A. (Eds.) (2014), *Chorea. Causes and Management*, Springer, London-Heidelberg-New York-Dordrecht.

- MIGNE J.-P. (Ed.) (1841-64), AUGUSTINUS HIPPONENSIS, *Sermones*, in *Patrologiae cursus completus. Series latina*, XXXVIII-XXXIX, Garnier, Paris.
- MONACI CASTAGNO A. (1996), *Il diavolo e i suoi angeli. Testi e tradizioni (secoli I-III)*, Nardini, Fiesole.
- PARK R.H.R., PARK M.P. (1990), *Saint Vitus' Dance: Vital Misconceptions by Sydenham and Bruegel*, "Journal of the Royal Society of Medicine", Vol. 83: 512-515, <https://doi.org/10.1177/014107689008300814> (last accessed on 24 June 2025).
- PASERO N. (2016), *Dal fantasma alla visione: percorsi medievali dell'amore*, pp. 17-40, in BARILLARI S.M., DI FEBBO M. (Eds.), *Fantasia e fantasmi. Le fucine medievali del racconto*, Virtuosa-mente, Aicurzio.
- PETSCHENIG M. (Ed.) (1888), IOHANNES CASSIANUS, *De institutis coenobiorum et de octo principalium uitiorum remediis*, in *Corpus Scriptorum Ecclesiasticorum Latinorum XVII*, Verlag der Österreichischen Akademie der Wissenschaften, Wien.
- PIZZA G. (2005), *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma.
- PRUSCELLO L. (2014), *Performing Citizenship in Plato's Laws*, Cambridge University Press, Cambridge.
- PONTREMOLI A. (2011), *Danza e Rinascimento. Cultura coreica e "buone maniere" nella società di corte del XV secolo*, Ephemeria, Macerata.
- PULIGA D. (2017), *La depressione è una dea. I romani e il male oscuro*, Il Mulino, Bologna.
- REA R. (2021), *Amore*, pp. 15-24, in GERI L., GRIMALDI M., MALDINA N. (Eds.), *La lirica italiana. Un lessico fondamentale (secoli XIII-XIV)*, Carocci, Roma.
- REKTOR I. (2003), *Chorea Sancti Viti in Lexicon medicum anno 1696*, "Journal of Neurology", Vol. 210: 7-9.
- RESTA M. (2016), *Un'ipotesi storico-agiografica per il "ballo di san Vito": la Passio Sancti Viti e le "danze" degli indemoniati, "Vetera Christianorum"*, Vol. 53: 173-184, <https://edipuglia.it/vetera-christianorum-2016-n-53-open-access/> (last accessed on 24 June 2025).
- RESTA M. (2017), *Note sui "balli" di san Vito: danze, riti e luoghi di culto*, pp. 211-226, in CARNEVALE L. (Ed.), *Spazi e luoghi sacri. Espressioni ed esperienze di vissuto religioso*, Edipuglia, Bari.
- ROHMANN G. (2009), *The Invention of Dancing Mania: Frankish Christianity, Platonic Cosmology and Bodily Expressions in Sacred Space*, "The Medieval History Journal", Vol. 12 (1): 13-45.
- ROHMANN G. (2013), *Tanzwut. Kosmos, Kirche und Mensch in der Bedeutungsgeschichte eines mittelalterlichen Krankheitskonzepts*, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- ROHMANN G. (2015), *Dancing on the Threshold. A Cultural Concept for Conditions of Being Far from Salvation*, "Contributions to the History of Concepts", Vol. 10 (2): 48-70.
- SANCHIS FRANCÉS R., MASSIP F. (Eds.) (2017), *La dansa dels altres. Identitat i alteritat en la festa popular*, Afers, Catarroja-Barcelona.
- SANTI F. (2015), *Cultura politica e spiritualità nel Liber de cultura hortorum (Hortulus) di Walahfrido Strabone. Un'ipotesi di lettura*, pp. 71-88, in ERMINI PANI L. (Ed.), *Teoria e pratica del lavoro nel monachesimo altomedievale*, Atti del Convegno internazionale di studio (Roma-Subiaco, 7-9 giugno 2013), Fondazione CISAM, Spoleto.
- SCHLAPBACH K. (2018), *The Anatomy of Dance Discourse. Literary and Philosophical Approaches to Dance in Later Graeco-Roman World*, Oxford University Press, Oxford.
- SCHLAPBACH K. (Ed.) (2022), *Aspects of Roman Dance Culture. Religious Cults, Theatrical Entertainments, Metaphorical Appropriations*, Franz Steiner, Stuttgart.

- SIMONAZZI M. (2004), *La malattia inglese. La melanconia nella tradizione filosofica e medica dell'Inghilterra moderna*, Il Mulino, Bologna.
- SYDENHAM T. (1686), *Schedula Monitoria de novae febris ingressu*, William Kettilby, London.
- THOMS W.J. (1846), *Folk-lore*, "The Athenaeum", 982, cc. 862c-863a.
- THUNØ E., WOLF G. (Eds.) (2004), *The Miraculous Image in the Late Middle Ages and Renaissance*, Papers from a conference held at the Academia di Danimarca in collaboration with the Bibliotheca Hertziana (Max-Planck-Institut für Kunstgeschichte, Rome 31 May-2 June 2003), «L'Erma» di Bretschneider, Roma.
- TONELLI N. (2003), *Stilistica della malinconia: Vita Nova XXIII-XXV e Un dì si venne a me Malinconia*, "Tenzzone", Vol. 4: 241-263.
- TONELLI N. (2015), *Fisiologia della passione. Poesia d'amore e medicina da Cavalcanti a Boccaccio*, Edizioni del Galluzzo per la Fondazione Ezio Franceschini, Firenze.
- TRONCA D. (2017), *L'uso della danza nella costruzione cristiana dell'alterità religiosa nella Tarda Antichità*, "Adamantius", Vol. 23: 205-214.
- TRONCA D. (2021a), *To Be or Not to Be Part of the Vita Scaenica. Religious and Juridical Perspectives on the Status of Dancers and Performers in Late Antiquity*, "Mythos", Vol. 15: 188-203, <https://doi.org/10.4000/mythos.3159> (last accessed on 24 June 2025).
- TRONCA D. (2021b), *Spumansque Ore Lymphatico Bacchabundus. Dancing in the Christian Iberian Peninsula in Late Antiquity*, "Hispania Sacra", Vol. LXXIII: 89-95, <https://doi.org/10.3989/hs.2021.008> (last accessed on 24 June 2025).
- TRONCA D. (2022), *Christiana choreia. Danza e cristianesimo tra Antichità e Medioevo*, Viella, Roma.
- TRONCA D. (2024a), *Coreomania e ballo di san Vito. La dimensione religiosa e l'invenzione moderna delle danze oscure medievali*, "Riforma e movimenti religiosi", Vol. 16: 21-52.
- TRONCA D. (2024b), *L'immaginazione nella Vita nova*, "Le tre corone. Rivista internazionale di studi su Dante, Petrarca, Boccaccio", Vol. 11: 11-22.
- TRONCA D. (2024c), *Vagatio mentis: l'ossessione per le immagini tra amore, peccato e malattia*, "Comunicazioni Sociali", Vol. 2: 160-166, https://dx.doi.org/10.26350/001200_000206 (last accessed on 24 June 2025).
- TRONCARELLI F. (1992), «*Immoderatus amor*». Abelardo, Eloisa e Andrea Cappellano, "Quaderni medievali", Vol. 34: 6-58.
- VERARDI D. (2022), *Il grande danzatore. Il tarantismo e i poteri della musica e del ballo nel De Vita di Marsilio Ficino*, pp. 7-31, in VERARDI D., CAVICCHI C., ARCANGELI A., *Il grande danzatore. Il tarantismo e il potere del ballo nella prima età moderna*, Kurumuny, Calimera.
- VINAY G. (1951), *Il De amore di Andrea Cappellano nel quadro della letteratura amorosa e della rinascita del secolo XII*, "Studi medievali", Vol. 17: 203-276.
- WALKER R.H. (2011), *The Differential Diagnosis of Chorea*, Oxford University Press, Oxford.
- WALLER J. (2008), *A Time to Dance, a Time to Die. The Extraordinary Story of the Dancing Plague of 1518*, Icon Books, London.
- WALLER J. (2009), *The Dancing Plague. The Strange, True Story of an Extraordinary Illness*, Sourcebooks, Naperville.
- WENZEL S.S. (1960), *The Sin of Sloth: Acedia in Medieval Thought and Literature*, The University of North Carolina Press, Chapel Hill.
- WILSON N.G. (2007), *Aristophanis Fabulae*, Tomus II, Oxford University Press, Oxford.

Author Profile

After earning degrees in the History of Christianity and Latin Paleography, Donatella Tronca obtained a PhD in Cultural Heritage Studies. Her doctoral thesis – which was awarded the “Barbara Sparti” Prize by AIRDanza (Italian Association for Dance Research) – formed the basis of the book *Christiana choreia. Danza e cristianesimo tra Antichità e Medioevo* (Rome, 2022). She conducts teaching and research at the Ravenna campus (University of Bologna – Department of Cultural Heritage), where she serves on the scientific committee of LABARIANI (*Laboratorio di storia culturale e religiosa “I lunedì degli Ariani”*) and coordinates the international network Eurythmia, dedicated to the study of the cultural and religious history of dance. Her primary research interests lie in Late Antiquity and the Middle Ages, with a particular focus on historical-religious semantics, the history of manuscript transmission, and tangible and intangible Christian cultural heritage.

Riassunto

Da Salomé a Jane Avril. Danzare la sofferenza tra religione e neurologia

Il saggio analizza la connessione tra danza, religione e neurologia, partendo dalla figura di Jane Avril, ballerina del Moulin Rouge, e dalla malattia che le era stata diagnosticata, denominata “ballo di san Vito”. Si esplora come la medicina ottocentesca, in particolare quella di Jean-Martin Charcot alla Salpêtrière, abbia reinterpretato iconografie medievali di possessione demoniaca trasformandole in rappresentazioni cliniche dell’isteria. In questo contesto, la danza diventa simbolo di alterità e disagio, oscillando tra malattia e cura.

Parole chiave: danza, isteria, Jean-Martin Charcot, ballo di san Vito, corea di Sydenham

Resumen

De Salomé a Jane Avril. Bailar el sufrimiento entre la religión y la neurología

El ensayo analiza la conexión entre danza, religión y neurología, partiendo de la figura de Jane Avril, bailarina del Moulin Rouge, y de la enfermedad que le fue diagnosticada, denominada “baile de San Vito”. Se explora cómo la medicina del siglo XIX, en particular la de Jean-Martin Charcot a la Salpêtrière, ha reinterpretado iconografías medievales de posesión demoníaca transformándolas en representaciones clínicas de la histeria. En este contexto, la danza se convierte en símbolo de alteridad y malestar, oscilando entre enfermedad y cura.

Palabras clave: danza, histeria, Jean-Martin Charcot, baile de San Vito, corea de Sydenham

Résumé

De Salomé à Jane Avril. Danser la souffrance entre religion et neurologie

L'essai analyse le lien entre la danse, la religion et la neurologie, à partir de la figure de Jane Avril, danseuse du Moulin Rouge, et de la maladie qui lui a été diagnostiquée, appelée « danse de Saint-Guy ». Il explore comment la médecine du XIXe siècle, en particulier celle de Jean-Martin Charcot à la Salpêtrière, a réinterprété des iconographies médiévales de possession démoniaque en les transformant en représentations cliniques de l'hystérie. Dans ce contexte, la danse devient un symbole d'altérité et de malaise, oscillant entre maladie et guérison.

Mots-clés: danse, hystérie, Jean-Martin Charcot, danse de Saint-Guy, chorée de Sydenham

Temporalità e sindemia occupazionale

*La salute dei lavoratori agricoli
della Fascia Costiera Trasformata*

Veronica Buffon

Università di Messina
[vbuffon@unime.it]

Giuliana Sanò

Università di Messina
[gsano@unime.it]

Abstract

Temporality and Occupational Syndemic. The Health of Agricultural Workers in the Fascia Costiera Trasformata

By placing the occupational health of agricultural workers employed in the Transformed Littoral Strip of South-Eastern Sicily at the centre of the inquiry, this contribution revisits the relationship between health, migration, workplaces, and “occupational violence”. This reinterpretation is made possible through the interpretive lens of time and, more specifically, through the act of temporalizing work-related illness, where the element of mobility complicates traditional diagnostic frameworks and socially accepted classifications. A brief reconstruction of the phases that have historically shaped the development of occupational medicine, together with an overview of the main theoretical frameworks, provides the background to the migratory and health trajectories portrayed in the ethnographic vignettes set in the services dedicated to the health of agricultural workers presented in the text.

Keywords: Migration, Occupational Health, Syndemic, Agriculture, Sicily

Introduzione

In *A Short History of Occupational Health*, il dottor Herbert K. Abrams – tra i pionieri e massimi esponenti degli studi dedicati alla salute pubblica americana – riprende un passaggio contenuto all’interno di un resoconto del

collega Rosenau che, nel 1935, osservando i benefici dovuti all'introduzione dell'igiene industriale, aveva concluso: «I diritti umani per i lavoratori sono stati strappati da mani riluttanti» (trad. nostra in ABRAMS 2001: 34)¹. Condensata in questo passaggio del dottor Rosenau, la cifra che ha caratterizzato la storia della salute occupazionale sarebbe di per sé sufficiente a far comprendere la natura antagonista del terreno di ricerca entro il quale, negli ultimi due anni, ci siamo mosse² nel tentativo di indagare le condizioni e lo stato di salute dei lavoratori agricoli migranti impiegati nella Fascia Costiera Trasformata, in provincia di Ragusa³.

Un antagonismo che nel campo della salute occupazionale assume la forma di un conflitto le cui ragioni sono, il più delle volte, da attribuire alla difficoltà di dimostrare la responsabilità del lavoro nell'insorgere di patologie associate a un settore che, per effetto del nesso tra politiche migratorie e del lavoro (KING *et al.* 2000; DINES, RIGO 2015; CAPRIOGLIO, RIGO 2020; IPPOLITO, PERROTTA, RAEYMAEKERS 2012; PIRO 2021; CARUSO, LO CASCIO 2021; CARUSO, CORRADO 2021; DELLA PUPPA, SANÒ 2021; SANÒ 2022, 2025; PEANO 2023; ALBERTI SACCHETTO 2025), si regge, in maniera strutturale, sullo sfruttamento della manodopera, sulla mancanza di prevenzione e di sicurezza nei luoghi di lavoro, sull'uso di prodotti chimici e pesticidi e, infine, sulla precarietà abitativa e lavorativa della forza lavoro.

Riconosciuto come uno dei distretti più importanti e produttivi del Sud-Italia, il comparto agricolo della Provincia di Ragusa⁴ – con un'estensione di 150 km – detiene il primato nazionale nella produzione di prodotti ortofrutticoli in serra (47%) ed è specializzato nella coltivazione e nella distribuzione del pomodoro da mensa. La tipologia di coltivazione in serra, caratterizzata da una ciclicità produttiva che non si concentra solo in alcuni periodi dell'anno – come generalmente accade nei cosiddetti contesti di agricoltura stagionale – ha consentito al territorio ragusano e, in particolare alla città di Vittoria, di raggiungere standard di produttività e di ricchezza superiori a quelli della media delle altre città siciliane. Insieme alle ricadute economiche dovute ai processi di destagionalizzazione dell'agricoltura, la sericoltura ha contribuito, inoltre, a diversificare le traiettorie geografiche e lavorative della manodopera migrante di questo territorio. I progetti migratori dei e delle braccianti che lavorano nella Fascia Costiera Trasformata si differenziano da quelli della manodopera stagionale impiegata in altri distretti agricoli per durata, stanzialità e composizione. L'esistenza di nuclei familiari e di migranti di lungo periodo (PIRO, SANÒ 2017) fa di questo territorio un osservatorio privilegiato delle stratificazioni migratorie (DELLA PUPPA, SANÒ, STORATO 2025; SANÒ 2025),

prodotte dall'intreccio tra strutture economiche, politiche della mobilità e distorsioni del mercato del lavoro.

A contraddistinguere il distretto agricolo locale è anche la presenza di magazzini di trasformazione e di confezionamento dei prodotti orticoli e di importanti mercati ortofrutticoli all'ingrosso, primo tra tutti quello della già menzionata città di Vittoria. Grazie alle attività di produzione, di trasformazione e di distribuzione dei prodotti orticoli, il territorio è stato in grado di guadagnarsi un ruolo decisivo nel settore dell'agro-business nazionale e internazionale e ancora oggi occupa un posto di indiscusso rilievo nella filiera agricola. I processi di industrializzazione dell'agricoltura locale, l'introduzione di innovazioni tecnologiche e i risultati economici ottenuti dal distretto non hanno, tuttavia, attenuato le principali distorsioni del settore primario italiano e, più in generale, del cosiddetto modello mediterraneo di immigrazione (KING *et al.* 2000). Tali distorsioni sono principalmente da attribuire al massiccio reclutamento di manodopera straniera e migrante incentivato dai processi di segmentazione del mercato del lavoro globale (COLLOCA, CORRADO 2013), all'informalità delle relazioni economiche⁵ e al costante peggioramento delle condizioni di lavoro e di vita della forza lavoro bracciantile, esacerbato dalle misure repressive implementate dalle politiche migratorie degli ultimi anni⁶.

In tal senso, nella Provincia di Ragusa le caratteristiche del lavoro agricolo coincidono con quelle dei cosiddetti *dirty works* (COLE, BOOTH 2013), contribuendo a innalzare i livelli di vulnerabilità della manodopera migrante e straniera, già fortemente esposta alla precarietà esistenziale derivante dai processi di criminalizzazione e di invisibilizzazione, tipici della migrazione e della mobilità internazionale.

Tuttavia, se sulla vulnerabilità giuridica, abitativa ed economica della manodopera migrante impiegata nel settore primario esiste una mole di studi corposi (si vedano tra gli altri: COLLOCA, CORRADO 2013; SEMPREBON, MARZORATI, GARRAPA 2017; AZZERUOLI 2016; GARRAPA 2016; CORRADO, DE CASTRO, PERROTTA 2017; SANÒ 2018; LO CASCIO, PIRO 2018; CARUSO 2018; CORRADO, LO CASCIO, PERROTTA 2018; CASTRACANI, RECKINGER 2019; IPPOLITO, PERROTTA, RAEYMAEKERS 2021; PIRO, SANÒ 2017; PIRO 2021; LO CASCIO 2022; PEANO, SACCHI 2023), decisamente meno consistenti sono le analisi che indagano gli effetti del "lavoro sporco" sulla salute occupazionale dei lavoratori e delle lavoratrici migranti (SINGER 2024; FLYNN 2018).

Prendendo le mosse da chi ha indagato tali effetti e li ha collocati all'interno di un quadro analitico che ha sviluppato i suoi ragionamenti a partire dalla nozione di "vulnerabilità strutturale" (HOLMES 2011; QUESADA *et al.* 2011) dei lavoratori e delle lavoratrici migranti, in questo contributo ci concentreremo sul rapporto tra salute, temporalità e "violenza occupazionale". Mettendo in relazione le dinamiche lavorative che attraversano il settore agricolo – lavoro a giornata e saltuario, routinizzazione delle pratiche lavorative, ritmi di lavoro sostenuti, esposizione prolungata a prodotti chimici e fitofarmaci, compressione dei tempi del lavoro e del non lavoro –, con le tempistiche della mobilità e con quelle relative all'insorgenza di patologie professionali, la lente del tempo ci aiuterà a stabilire una connessione tra la salute, il lavoro migrante e le forme di "violenza occupazionale"⁷ (SINGER 2024) che attraversano questo specifico settore.

Per comprendere in che modo i determinanti sociali (Bambra 2011) e, viceversa, gli effetti prodotti dai meccanismi di "desocializzazione" (FARMER 2002) della salute rappresentino la vera posta in gioco delle politiche e delle pratiche sanitarie applicate ai contesti lavorativi e ai luoghi di lavoro, abbiamo ritenuto importante insistere sulla categoria del tempo e, più nello specifico, sui differenti "atti di temporalizzazione" (KRISTOGLOU, SIMPSON 2020) agiti dalle istituzioni preposte alla prevenzione dei rischi e al controllo della salute nei luoghi di lavoro e tesi a stabilire i confini spazio-temporali del nesso causale delle patologie correlate al lavoro. L'atto di temporalizzare la malattia occupazionale, così come ogni altro atto in cui la temporalità degli individui viene manipolata allo scopo di decretarne l'inclusione o l'esclusione dai piani ufficiali dell'economia, della società e della cittadinanza (SANÒ, DELLA PUPPA, STORATO 2024), si manifesta, in questa circostanza, nell'approssimazione degli interventi e delle strategie necessari a ridurre l'impatto del "lavoro sporco" sulla salute della popolazione migrante, impiegata – come suggeriscono le statistiche ufficiali – all'interno di settori pesanti, pericolosi, precari, poco pagati e penalizzati socialmente o "delle cinque P" (AMBROSINI 2011).

Tuttavia, gli effetti della temporalizzazione della malattia occupazionale non si limitano al piano della mancanza di interventi e di prese in carico, ma ricadono, altresì, sulle traiettorie lavorative e biografiche della forza lavoro migrante, doppiamente penalizzata dalle condizioni di marginalità e di invisibilità che scaturiscono dall'inestricabile nesso tra politiche del lavoro e politiche migratorie. Secondo un'altra prospettiva, l'azione dei fattori di rischio può, invece, contribuire alla genesi di una contro-

temporalizzazione, agita dai lavoratori nelle occasioni di mobilitazione (MAZZEO 2018).

All'interno del report annuale sul lavoro immigrato redatto dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali, nella sezione dedicata agli infortuni e alle tecnopatie, vengono così indicati i criteri di riconoscimento della malattia professionale. Tra tutti, il tempo si presenta come un criterio privilegiato:

La malattia professionale si distingue dall'infortunio in quanto la causa, che deve essere diretta e predominante, agisce lentamente e progressivamente sull'organismo, capace di produrre l'infermità in modo esclusivo e prevalente; quindi, malattia contratta nell'esercizio e a causa delle lavorazioni rischiose. Il rischio può essere provocato sia dall'attività lavorativa svolta dall'assicurato, che dall'ambiente in cui la lavorazione stessa si svolge (cosiddetto "rischio ambientale"). Per la natura stessa della tecnopatia, che si sviluppa nel tempo a causa dell'esposizione prolungata ad un fattore di rischio, può accadere che dall'esposizione alla manifestazione possono passare anche molti anni e, in particolare per i lavoratori stranieri, ciò potrebbe rendere più difficile la valutazione o il riconoscimento della malattia, a causa dei svariati fattori di rischio caratterizzanti i diversi rapporti di lavoro avuti precedentemente e da ricondursi anche al Paese di provenienza. L'elevata mobilità del migrante, insieme al ritorno nel proprio paese di origine, non consente inoltre di fare maturare le condizioni per la denuncia di una malattia professionale (MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI 2025: 142-43).

La mobilità dei e delle migranti associata al differimento della malattia professionale è, dunque, tra le criticità più ricorrenti nel riconoscimento della tecnopatia, confermando la doppia esposizione della manodopera migrante ai processi di invisibilizzazione della sofferenza, effetto del nesso tra politiche migratorie e politiche del lavoro. Traducendosi nell'identificazione tra la figura del migrante e quella del lavoratore povero (SAYAD 2000) – e, più concretamente, tra il venir meno dei diritti delle persone migranti e l'erosione dei diritti della manodopera immigrata – tale nesso pone le premesse per un'analisi della salute occupazionale che, lungi dal concentrarsi esclusivamente sulle dinamiche dell'organizzazione del lavoro (NIOSH 2002) o sulle caratteristiche del "lavoro sporco", adotta l'asse del tempo per mettere a fuoco questioni che rischierebbero di rimanere in ombra e che hanno principalmente a che fare con ciò che Singer (2024) ha per primo identificato con il termine di "sindemia occupazionale". Tuttavia, nella circostanza che stiamo indagando, il tempo non viene unicamente adottato come criterio medico, ma funge anche da filtro amministrativo,

finalizzato a scaricare l'onere della prova sul lavoratore e sulle sue passate e future traiettorie lavorative.

Gettando le basi per una riflessione piuttosto avanzata sulle politiche del tempo in campo sanitario, una decina di anni fa, Pizza e Ravenda (2016) hanno licenziato un numero monografico sul coinvolgimento dell'antropologia medica nell'ambito della salute pubblica e sull'efficacia delle relazioni tra i principali attori in campo. Partendo dall'idea che il tempo si configura come un'esperienza culturale «radicata su percezioni fisiche e politiche» (2016: 30) e dalle indicazioni fornite dai curatori di un numero monografico pubblicato da *Journal of Biosocial Science* (PARKER, HARPER 2005), all'interno del quale veniva rivendicata una maggiore autonomia dell'antropologia nel confronto con gli operatori e i professionisti della salute, i due autori chiariscono l'importanza di una pratica etnografica commisurata al campo sanitario e al frammentato paesaggio temporale (SHARMA 2014) che lo caratterizza. Con l'aiuto di alcuni casi etnografici rappresentativi dell'esperienza maturata da Pizza e Ravenda nell'ambito della salute pubblica, scopriamo che la dissoluzione dello schema classicamente impiegato per stabilire il nesso causale della malattia – laddove secondo un paradigma determinista e riduzionista esso veniva spazialmente e temporalmente ritenuto «contiguo all'effetto» (VINEIS 1990: 3), ha fatto emergere quanto tale nesso si presenti, invece, come un «nodo di stratificazioni temporali e continui processi di negoziazione all'interno di un campo conflittuale» (PIZZA, RAVENDA 2016: 33).

Interpretati alla luce di questa complessità e degli effetti che essa produce sul piano delle retoriche e delle politiche del tempo in campo sanitario, i dati e il materiale etnografico raccolti all'interno della ricerca condotta nei servizi socio-sanitari della Provincia di Ragusa forniscono un quadro della salute occupazionale dei braccianti migranti estremamente articolato, all'interno del quale il nesso causale, interpretato come l'unico strumento in grado di ripristinare un ordine nel disordine provocato dallo sfruttamento e da luoghi di lavoro insicuri e insalubri, entra costantemente in conflitto con le differenti temporalità in gioco, costituite da: i tempi di arrivo della manodopera migrante, i tempi di attesa dettati dal governo delle migrazioni, i ritmi di lavoro, la latenza e l'insorgenza della patologia, la salutarità del reclutamento e dell'impiego nei casi di informalità lavorativa e i tempi delle procedure sanitarie. In tutte queste circostanze, il coefficiente temporale agisce in maniera differente sui corpi dei lavoratori e delle lavoratrici e genera, al tempo stesso, effetti che non è possibile catalogare o classificare secondo logiche squisitamente meccaniciste. Al contrario, tale

coefficiente tende a complessificare il quadro deterministico entro cui i professionisti della salute e gli operatori del sociale tendono spesso a operare, facendo risultare il piano della salute occupazionale come un vero e proprio “campo di battaglia” (DECOSSE 2011), in cui a confrontarsi sono i differenti atti di temporalizzazione mobilitati dai datori di lavoro, dai lavoratori e dai professionisti della salute e dei servizi socio-sanitari.

I prossimi paragrafi serviranno a chiarire i posizionamenti degli attori sociali all'interno di questo “campo di battaglia” e i processi di negoziazione che, di volta in volta, si attivano. Ancorché sintetica, una ricostruzione storica dell'evoluzione della salute occupazionale precederà le sezioni teorica ed empirica. Tale ricostruzione mira a mostrare la tensione dialettica che ha storicamente attraversato la salute occupazionale, mettendo a fuoco in che termini il protagonismo della classe lavoratrice abbia storicamente contribuito alla presa di coscienza delle misure da adottare per ridurre i casi di infortuni e di malattie professionali. A seguire, entreremo nel merito delle questioni sin qui sollevate con l'aiuto dei più significativi quadri teorici impiegati per ispezionare il legame tra salute, luoghi di lavoro e migrazione. Infine, analizzeremo nel dettaglio i dati e il materiale etnografico raccolto durante la ricerca sul campo condotta nella Fascia Costiera Trasformata a contatto con i servizi socio-sanitari e i lavoratori agricoli migranti, descrivendo gli effetti delle diverse espressioni della temporalità – della sopravvivenza, sospesa, dell'emersione e della biomedicina – sulla salute dei lavoratori migranti.

Una storia breve

A completare il quadro delle informazioni che giovano a delineare i contorni del nostro avvicinamento al mondo della salute occupazionale è anche il titolo del lavoro del dottor Abrams: *Breve storia della salute occupazionale*. Non è da escludere che la brevità a cui allude il titolo sia da ricondurre all'ammissione che, nonostante il legame tra salute e lavoro fosse stato storicamente rintracciato dalle osservazioni condotte in campo medico, tuttavia, è solo in tempi più recenti che un reale interesse nei confronti delle condizioni di salute della classe lavoratrice ha fatto la sua effettiva comparsa. Indizi incontrovertibili di questo legame giungono sino a noi da Ippocrate e da Plinio, entrambi autori di osservazioni derivanti dagli effetti nocivi e velenosi del piombo. In Italia, la figura di Bernardino Ramazzini (1633-1714) ha segnato l'inizio di un interesse sistematico per la correla-

zione tra salute e lavoro (CARNEVALE, BALDESSERONI 1997, 2011), malgrado tale interesse risultasse ancora circoscritto alla sfera delle conoscenze mediche senza mirare al piano degli interventi politici. Il medico italiano compare anche nel testo di Abrams (2001), che riconosce a Ramazzini il merito di aver affrontato, per la prima volta in maniera esaustiva, i problemi di salute legati alle condizioni di lavoro. Utilizzando un registro che non è azzardato definire ironico e anticipando le questioni sollevate dalla successiva medicina del lavoro, Ramazzini aveva riformulato la tesi di Ippocrate, secondo il quale una volta raggiunta la casa del paziente sarebbe stato necessario sedersi accanto a questo e interrogarlo sui tempi di latenza e di manifestazione del malessere, e aveva aggiunto: «Potrei fare anche un'altra domanda: che lavoro fai?» (in ABRAMS 2001: 40).

Malgrado non fosse mancata, in ambito medico, una particolare attenzione per la correlazione tra salute e lavoro, tuttavia, tra la classe dirigente e politica del tempo permaneva una scarsa volontà politica di porre rimedio alle cattive condizioni di salute dei lavoratori. Tra le ragioni che impedivano di agire efficacemente anche sul piano politico Abrams individua la mancanza di ascolto dei lavoratori, i quali invece detengono un sapere necessario al miglioramento delle proprie condizioni di lavoro e di vita, e l'assenza di formazione da parte dei medici, la maggior parte dei quali proveniente da una classe medio-alta e quindi poco informata sulle condizioni di lavoro e di vita dei propri pazienti (SIGERIST 1960, in ABRAMS 2001). Non è un caso che Alice Hamilton e Harriet Hardy, entrambe pioniere della medicina occupazionale statunitense, esortassero i propri colleghi e studenti di medicina a formarsi sulle condizioni di lavoro in fabbrica, poiché senza queste conoscenze le scoperte mediche sulla tisi, la silicosi e l'asbestosi non sarebbero state in grado di produrre un reale miglioramento nella vita di chi era afflitto dalle cosiddette malattie industriali. Anche lo storico della medicina Sigerist (1946, in ABRAMS 2001) era un sostenitore della formazione dei medici sulle condizioni che affliggevano la vita dei lavoratori e degli operai delle fabbriche, poiché, secondo lo storico, solo in questo modo essi avrebbero potuto capire che le malattie occupazionali sono diverse dalle altre malattie non tanto biologicamente, quanto socialmente.

L'impossibilità di agire in maniera strategica sulle malattie professionali derivava, per Abrams, anche dalla stretta collaborazione tra università, mondo della ricerca e industria. Tale collaborazione aveva, infatti, contribuito all'occultamento di importanti risultati scientifici, producendo quelli che il medico statunitense ha definito «frammenti di storia nascosta» (2001: 70) della salute occupazionale, proprio allo scopo di sottolineare

l'occultamento messo in atto dagli scienziati e dai medici a vantaggio delle collaborazioni con il mondo dell'industria.

Sotto il profilo politico e delle lotte per il miglioramento delle condizioni di salute e di vita dei lavoratori delle fabbriche, l'Italia rappresenta un esempio interessante. La prima legge sulla prevenzione degli infortuni sul lavoro (legge n. 80) risale al 1898. Diverso è il caso delle malattie professionali, i cui effetti, presentandosi come «differiti negli anni» (BIGATTI 2024: 29), hanno tardato a essere presi in considerazione sotto il profilo legislativo e politico.

È solo nella seconda metà del Novecento che in Italia si inizia a intravedere una presa di coscienza delle problematiche legate ai luoghi di lavoro e come rammenta lo stesso Abrams, mostrando gli effetti positivi del caso italiano (2001: 67), i primi segnali arrivano dalla costituzione dei moderni Consigli di Fabbrica, all'interno dei quali si assiste a una prima, seppur minima, inversione di tendenza. In questa fase, con l'aiuto dei sindacati, il sapere, la conoscenza e le esperienze degli operai italiani acquisiscono un ruolo decisivo nelle scelte che riguardano la salute occupazionale. La conoscenza dei lavoratori relativamente al proprio corpo e ai cambiamenti derivati dalle mansioni, dai ritmi, dagli ambienti di lavoro e dalle condizioni materiali rappresentano, infatti, il vero nodo critico della storia della salute occupazionale, giacché è solo quando le esperienze accumulate dalla classe lavoratrice vengono ascoltate e messe a frutto che si comincia ad avanzare in questo campo. Sulle fasi e le stagioni che hanno accompagnato l'evoluzione della storia occupazionale italiana, Assennato e Navarro (1980) ci restituiscono un'analisi che ha inizio negli anni successivi al Dopoguerra. Sebbene, infatti, sul finire del XIX secolo e l'inizio del XX l'Italia avesse già conosciuto un periodo di riforme, legate soprattutto all'industria del tessile nelle città del Nord Italia – con Milano in testa – sotto il fascismo il piano degli interventi statali si era, però, largamente spostato dai servizi alla compensazione assicurativa, lasciando scoperte le misure volte alla prevenzione e alla presa in carico dei lavoratori “malati di industria”. Assennato e Navarro individuano tre fasi della storia occupazionale italiana: la prima è quella immediatamente successiva alla Seconda Guerra Mondiale e arriva sino al 1969; la seconda, dal 1969 al 1972 – attraversata dalle rivolte del mondo studentesco e del lavoro – è la fase in cui vengono istituiti i Consigli di Fabbrica moderni e viene messo a punto lo Statuto dei lavoratori; la terza fase ha inizio nel 1972 e prosegue negli anni successivi, portando a compimento alcuni dei più importanti obiettivi del decennio precedente e realizzandone di nuovi sul piano delle riforme

locali e regionali. In questi anni, fa notare Musso (2024), la collaborazione tra la classe operaia e le forze sindacali gettarono le basi per la costruzione di un sistema di prevenzione che non delegava al medico, ma privilegiava:

L'esperienza dei lavoratori, il loro vissuto lavorativo, i sintomi non codificati dalla scienza medica, in particolare nei casi in cui la ripetitività dei gesti e pesi da spostare incidevano sull'apparato muscolo-scheletrico. I comitati che nacquero in sede sindacale criticavano la "medicina del padrone" e operavano con progetti di ricerca-intervento a stretto contatto con i lavoratori; a queste iniziative, sul finire del decennio, partecipavano numerosi studenti e intellettuali militanti. Lo slogan più diffuso nel clima degli anni Settanta era il rifiuto della "monetizzazione della salute", secondo il quale la "salute non si vende" (Musso 2024: 53).

All'analisi di Assennato e Navarro si sommano le successive riflessioni di Carnevale e Baldasseroni (1997), dalle quali è possibile trarre alcune brevi indicazioni sugli elementi distintivi del caso italiano. Il primo è sicuramente da ascrivere alla limitatezza, almeno sino agli anni Ottanta-Novanta, delle fonti storiografiche sull'argomento. Un altro aspetto è da ricondurre, invece, alla dicotomia che ha, a più riprese, attraversato la storia della salute occupazionale: divisa tra la necessità di maturare un sapere "interno" alla medicina – in un'ottica di "desocializzazione" della salute, per dirla con Farmer – e le prospettive sociologiche di ispirazione marxista che, al contrario, ponevano il rischio di fare "una storia della medicina senza medicina" (WILSON 1980 in CARNEVALE, BALDASSERONI 1997: 64). Non sarebbe del tutto azzardato ipotizzare, allora, che tale distinzione abbia giocato un ruolo determinante in quella che nei fatti si è poi configurata come una mancanza di attenzione – tanto a livello nazionale quanto internazionale – nei riguardi dei determinanti sociali legati alle malattie o agli infortuni professionali (FLYNN 2018, 2019).

Sul fronte storiografico Carnevale e Baldasseroni assegnano al contributo di Stefano Merli (1973), autore del volume *Proletariato di fabbrica e capitalismo industriale, il caso italiano: 1880-1900*, il valore di punto critico nel passaggio tra una storiografia italiana marxista – particolarmente interessata a figure riconducibili agli "antenati del movimento operaio" (ivi: 65) e quella successiva – ugualmente interessata alle classi svantaggiate e ai lavoratori. Lo spazio riservato alla salute e alla vita materiale dei lavoratori nell'opera di Merli risulta, infatti, decisivo, a partire dalla titolazione dei capitoli del volume: "La condizione operaia nella prima rivoluzione industriale"; "Gli ergastoli dell'industria"; "Il genocidio pacifico"; "La legislazione sociale"; "Il paternalismo aziendale". Il capitolo più famoso e intorno al quale si è costruita la successiva fama di Merli, "Il genocidio pacifico", divenne

anche il titolo di un numero monografico della rivista *Classe*, dedicato al lavoro di Giulio Maccacaro, dal quale Merli – curatore del numero – aveva tratto l’insegnamento su quanto: «il problema della salute operaia fosse centrale nella storia del capitale, nella storia del proletariato, cioè nella storia del loro scontro». In maniera analoga, Abrams suggerisce che per comprendere l’evoluzione e gli sviluppi della salute occupazionale questa va: «vista nel contesto della relazione lavoro-capitale», poiché in quanto socialmente prodotte, «le malattie lavoro-correlate sono, quindi, prevenibili» (trad. nostra, 2001: 37) Si direbbe, allora, che il tratto distintivo della storia della salute occupazionale sia da rintracciare nello spirito antagonista generato dallo “scontro” tra capitale, lavoro e proletariato storicamente determinante nella costruzione dei rapporti di classe e ancora presente nelle relazioni economiche e nell’organizzazione del lavoro di quei settori in cui la manodopera è fortemente precarizzata, come dimostra il caso da noi indagato.

Lavoro, immigrazione e salute: tre piste di ricerca, un unico campo di indagine

Come si è tentato di illustrare nel paragrafo sulla storia della salute occupazionale, le implicazioni agite dai determinanti sociali e, in maniera particolare, dalle condizioni materiali dei lavoratori e delle lavoratrici immigrati sulla salute hanno storicamente ricevuto una scarsa attenzione. Nel contesto italiano ciò è certamente dovuto alle caratteristiche di un territorio che, almeno sino agli anni Settanta, si è identificato con i paesi di emigrazione, malgrado l’attendibilità della tesi (COLUCCI 2018) secondo la quale, in realtà, l’Italia fosse già da prima degli anni Settanta un paese di immigrazione, ricevendo soprattutto manodopera femminile reclutata nelle ex colonie.

Diversamente, gli Stati Uniti hanno rappresentato un osservatorio privilegiato per le analisi sull’inserimento della manodopera migrante e straniera sin dall’Ottocento. A questo riguardo, Abrams ci fa sapere che nel 1836 il dottor McReady venne premiato dalla Società di medicina dello Stato di New York per aver descritto le piaghe dei lavoratori immigrati Irlandesi, inviati a scavare grandi fossati e a posare i binari che servivano a collegare la costa orientale con il fiume Ohio e i Grandi Laghi. Nella sua dettagliata relazione, il dottor McReady fece presente ai suoi committenti che questi lavoratori immigrati: «Erano già indeboliti a causa del lungo viaggio

oceanico verso questo Paese, ammassati nella stiva, e il loro duro lavoro in terreni malsani fece poco per migliorare la loro condizione» (trad. nostra; McREADY 1837 in ABRAMS 2001: 36). Nel 1906, dopo aver vissuto per mesi in incognito al fianco di lavoratori immigrati, Sinclair restituisce i dati più importanti di quell'esperienza all'interno di un volume intitolato *The Jungle*. Veicolate dal titolo estremamente evocativo, le condizioni di vita e di lavoro dei lavoratori immigrati incontrati da Sinclair si presentavano, agli occhi dell'autore, come destinate alla precarietà, all'insicurezza e alla violenza. Nonostante l'obiettivo di Sinclair fosse quello di accendere i riflettori sulle condizioni di vita e di lavoro della manodopera immigrata, tuttavia, il suo lavoro diede seguito a un'indagine nazionale sulla sicurezza del cibo. Egli dichiarò in seguito di esserne rimasto profondamente deluso e scrisse: «Sono diventato una celebrità non perché all'opinione pubblica interessassero le sofferenze dei lavoratori, ma solo perché era interessata a non mangiare manzo con la tubercolosi. Miravo al cuore dell'opinione pubblica e, accidentalmente, ho colpito il suo stomaco» (YOUNG 1985, in ABRAMS 2001: 49). Si direbbe che le medesime preoccupazioni siano ancora oggi al centro dei dibattiti mediatici e politici sul ruolo dell'agricoltura nell'economia nazionale, dimostrando quanto sia la qualità dei prodotti più che quella del lavoro a mobilitare gli interessi della classe politica e imprenditoriale. In questo scenario, la recente pandemia da Covid19 ha funzionato da lente di ingrandimento dei processi di invisibilizzazione agiti nei confronti della forza lavoro migrante impiegata all'interno di quei settori ritenuti "essenziali" (CARUSO, CORRADO 2021). Le strategie adottate durante la crisi pandemica per ridurre i casi di contagio hanno, infatti, fortemente risentito delle necessità economiche delle categorie datoriali, preoccupate più dei profitti che non della salute dei lavoratori agricoli. Tuttavia, come è ormai noto, la pandemia ha agito da detonatore di problematiche che erano già ampiamente presenti all'interno delle strutture e delle relazioni interne al mercato del lavoro (CORDOVA, SANÒ 2024), esacerbando le condizioni di vulnerabilità che già costellavano le traiettorie lavorative della popolazione migrante. Proprio come agli albori del capitalismo non si faceva riferimento alle condizioni di vita dei lavoratori, necessarie alla loro riproduzione, ancora oggi, si continua ad assistere all'occultamento della forza lavoro essenziale al mantenimento dell'economia nazionale (SANÒ 2022).

L'invisibilizzazione prodotta dalle retoriche e dalle politiche migratorie gioca, quindi, un ruolo decisivo nella riproduzione dei meccanismi di nascondimento delle condizioni di vita e di lavoro della manodopera immi-

grata e, relativamente a ciò che ci interessa indagare in questo contributo, dell'impatto che il "lavoro sporco" genera sulla salute di questi lavoratori e delle loro famiglie. Per effetto delle azioni di invisibilizzazione prodotte sul piano delle politiche e degli interventi destinati alla salute della manodopera immigrate, il legame tra salute, occupazione e traiettorie migratorie è stato, in un certo senso, invisibilizzato anche sotto il profilo scientifico (FLYNN 2019; SINGER 2024). Sulla scorta di queste premesse, gli autori e le autrici di un numero speciale pubblicato nel 2018 dalla rivista *Anthropology of Work Review* hanno analizzato gli effetti del "lavoro sporco" sulla manodopera immigrata, prendendo in considerazione: gli aspetti assicurativi e le misure di compensazione previste nei casi di infortuni o di malattie professionali, le tempistiche associate alla procedure di riconoscimento e la condizione di liminalità che si impone nella vita dei lavoratori e delle lavoratrici e, infine, i processi di legittimazione e di delegittimazione operati dai professionisti della salute nei riguardi della manodopera infortunata o ammalata. Prendendo le mosse dalla necessità di adottare un modello sindemico biosociale, capace, cioè, di restituire l'intreccio di fattori legati all'organizzazione del lavoro, alle condizioni di vita e di lavoro dei lavoratori, alla vita quotidiana e alla salute (SINGER, CLAIRE 2003), il numero, curato da Flynn, ci fornisce un'inedita restituzione antropologica del rapporto tra salute, occupazione e immigrazione. In realtà, occorre rammentare che un'analisi di questo rapporto aveva già fatto la sua comparsa negli studi pionieristici delle antropologhe Nancy Scheper-Hughes (1992) Margaret Lock (1990), entrambe interessate a una rilettura del dato diagnostico biomedico che appariva scisso dalle condizioni di vita e di lavoro imposte alla manodopera povera e migrante. Tuttavia, mobilitando la nozione di sindemia occupazionale, gli autori e le autrici del numero dedicato alla salute occupazionale della manodopera migrante (2018) hanno recuperato un interesse che appariva, ormai, dismesso, optando per un'interpretazione del legame tra salute e lavoro capace di operare una messa a fuoco delle implicazioni generate dalla migrazione (CASTAÑEDA 2010; CASTAÑEDA *et al.* 2015) e dai determinanti sociali che producono effetti non soltanto sui singoli individui, ma altresì sulle unità familiari e sull'intera comunità di appartenenza.

In tal senso, servendosi di un approccio eco-sociale (KRIEGER 2001) e sindemico (SINGER, CLAIRE 2003), i contributi raccolti nel numero speciale curato da Flynn (2018) enfatizzano "come le ingiustizie ambientali e sociali si stratifichino dentro i corpi e le comunità producendo disparità di salute che in maniera sinergica si rafforzano l'una con l'altra" (trad.

nostra SAXTON, STUESSE 2018: 71). Tale approccio dà vita, infatti, a una lettura degli effetti prodotti dagli infortuni o dalle malattie professionali nei soggetti già compromessi da una “vulnerabilità strutturale” (FLYNN *et al.* 2015), rivelando in che modo le pressioni sociali e i processi di stigmatizzazione che colpiscono la manodopera migrante generano un effetto domino, rintracciabile: “nell’uso di sostanze, nella vergogna legata al genere, nelle difficoltà nel soddisfare i bisogni domestici e nel rischio di violenza domestica” (trad. nostra SAXTON, STUESSE 2018: 71).

Così, i luoghi di lavoro – spesso osservati in maniera interrelata dalle strutture, dalle gerarchie e dalle relazioni globali di potere – assumono, in una prospettiva microanalitica, il ruolo di cartina al tornasole degli effetti che si attivano nello scontro tra la tenuta e il mantenimento dell’economia nazionale e la ricerca di sopravvivenza della manodopera e delle famiglie di questa. Interpretati come uno “spazio sociale” (MOLLONA 2009), i luoghi di lavoro finiscono, infatti, col riprodurre al proprio interno quei rapporti e quelle gerarchie di potere che modellano l’ambiente sociale esterno. Per tale ragione, l’analisi della “violenza occupazionale” si dà come obiettivo quello di oltrepassare il perimetro delle letture epidemiologiche o circoscritte al campo dell’organizzazione del lavoro, giacché queste non sempre sono in grado di illuminare la natura sociale del lavoro e di legare tra loro aspetti apparentemente irrelati, ma implicitamente comunicanti.

L’asse analitico del tempo giova, quindi, a leggere gli effetti generati dal “lavoro sporco” e dalla migrazione in un’ottica diacronica e processuale, la quale consente di rivalutare il quadro clinico degli infortuni o delle tecnopatie, includendo nella valutazione elementi che hanno a che vedere con le biografie, con le storie cliniche e con i potenziali futuri clinici della manodopera agricola, soprattutto laddove la mobilità lavorativa o spaziale non consente di tenere traccia di quelle patologie lavoro-correlate differite nel tempo.

A questo scopo, Manderson e Carolyn Smith-Morris’ (2010) individuano nel concetto di *chronicities* una possibile chiave di rilettura dei rapporti tra politiche sanitarie, trattamenti terapeutici e diritti, invitando i ricercatori e le ricercatrici a superare i confini che generalmente distinguono tra forme acute e croniche e incentivando l’osservazione dell’evoluzione processuale dei casi di infermità, malattia o lesioni dovute alle mansioni o ai luoghi di lavoro poco salubri. Investigando alcuni casi di lavoratori di origine messicana stabiliti in Florida, Untenberger (2018) si serve di un piano analitico simile a quello proposto da Manderson e Carolyn Smith-Morris’

e osserva come gli effetti degli infortuni incidano sul “corso della vita” di questi lavoratori e delle loro famiglie una volta che essi sono costretti a ritornare a casa per via dell’impossibilità di lavorare. L’infortunio, così come la malattia occupazionale, non sono mai un caso isolato ma, come si è già tentato di esplicitare, producono un effetto domino, tanto sull’individuo direttamente colpito, quanto sulle famiglie. In questa direzione, si muovono le analisi di Saxton e Stuesse (2018), le quali restituiscono un interessante parallelismo tra il corpo fisico e quello sociale:

Quando una persona soccombe a un infortunio sul lavoro invalidante deve fare maggiore affidamento su altre parti del proprio corpo, ad esempio caricando più peso su un lato. Allo stesso modo, può diventare più dipendente dagli altri membri della famiglia o della comunità per sopperire ai ruoli persi nella generazione di reddito e nella riproduzione sociale. Questi ruoli aggiuntivi possono rendere tali individui a loro volta più suscettibili a stress e infortuni, creando un ciclo in cui l’infortunio di uno diventa l’infortunio di tutti (2018: 69 trad. nostra).

Le due autrici mostrano la catena di effetti economici, sociali e psicologici scatenati dall’evento-infortunio, accreditando le tesi sin qui esposte circa la natura sindemica della malattia occupazionale, le cui implicazioni vanno osservate in maniera tanto diacronica quanto sincronica, al fine di documentare come le condizioni di afflizione generate dal singolo infortunio si propaghino a macchia d’olio sul resto dei familiari e della comunità di appartenenza per un tempo che va ben oltre l’incidente in sé. Significativa è, in tal senso, l’affermazione secondo cui «l’infortunio di uno diventa l’infortunio di tutti» (SAXTON, STUESSE 2018: 69), poiché in una prospettiva biosociale e sindemica è necessario prendere coscienza della molteplicità delle cause e delle conseguenze che scaturiscono o possono scaturire a seguito di un incidente sul lavoro o di una malattia professionale, allungando lo sguardo verso ciò che viene prima e che consegue all’evento scatenante. Tuttavia, se dal punto di vista delle scienze sociali e, in particolare, dell’antropologia medica ciò che non è immediatamente visibile è ciò che più di tutto merita la nostra attenzione, non sempre tale approccio viene preso in considerazione da chi, di fatto, è chiamato a prendere in carico e a valutare i quadri clinici dei lavoratori e delle lavoratrici che denunciano infortuni o casi di malattia professionale.

Più di frequente, la mancata corrispondenza tra aspettative (dei professionisti della salute) e performances (dei lavoratori e delle lavoratrici) genera una condizione di “liminalità”, indirizzata a coloro che, secondo le classificazioni biomediche, non riescono a incarnare in maniera appropriata

il ruolo di malato (PARSON 1952). La difficoltà o l'impossibilità di vestire i canonici panni della persona ammalata produce delle conseguenze sul piano della legittimità del o della paziente, che per effetto della mancata corrispondenza tra aspettative e performance, subisce lo stigma di "malato immaginario" o "falso malato" (CLARKE, JAMES 2003; JACKSON 2005; NETTLETON 2006; BUFFON *et al.* 2025). Nel loro studio sulla Nuova Zelanda, Chrystal Jaye e Ruth Fitzgerald (2012) indagano in che modo i programmi di riabilitazione destinati ai lavoratori affetti da sovraccarico lavorativo⁸ servano a riportare questi da uno spazio liminale (e improduttivo) – descritto da Turner (1964) come uno "stare nel mezzo" (*betwixt and between*) – al lavoro normale. Riprendendo le tesi di Jackson (2005) le due autrici interpretano la liminalità non tanto come un evento ritualizzato, ma come uno stato di ambiguità o di mancato riconoscimento, che fa della persona cronicamente sofferente "una creatura sublimemente liminale" (JACKSON 2005: 33). A questa interpretazione, Jaye e Ruth Fitzgerald accostano quella di liminalità come "materia fuori posto" (DOUGLAS 1966), per mezzo della quale l'indeterminatezza delle condizioni di sofferenza presentate dai lavoratori e dalle lavoratrici migranti vengono espunte dalle classificazioni mediche e normative accettate e vengono considerate come generatrici di disordine sociale. Su altri fronti, l'illegittimità del dolore cronico è stata posta sotto la lente di ingrandimento delle osservazioni antropologiche (MORETTI 2019), confermando quanto la liminalità assegnata alle condizioni di chi è affetto da dolore cronico investa, prima di tutto, il piano della moralità riconosciuta a questa specifica categoria di pazienti. Nel rapporto tra salute, lavoro e migrazione i piani della legittimità, del riconoscimento e della moralità rappresentano una chiave di lettura dei rapporti di potere che agiscono nelle vite delle persone migranti sin dal loro ingresso e che si moltiplicano in ogni ambito della loro esistenza. Egualmente a ciò che si verifica nella fase di ottenimento dello status legale della persona migrante o richiedente asilo, laddove sulla base di standard narrativi accreditati normativamente e accettati socialmente il criterio della credibilità diventa centrale per il riconoscimento della biografia e della storia di vita di chi fa richiesta, così anche nella circostanza di cui ci stiamo occupando la credibilità, data in questo caso dalla corrispondenza tra le aspettative dei professionisti della salute e la *performance* della persona sofferente, è il criterio intorno al quale viene definita la moralità del soggetto e la legittimità della sua richiesta di aiuto e presa in carico. Tale processo di delegittimazione della sofferenza ha avuto seguito negli studi sulla salute occupazionale dei lavoratori agricoli migranti, portando allo scoperto

il tema dell'auto-sfruttamento e dei meccanismi di autoinvisibilizzazione del dolore e della malattia messi in atto dai lavoratori e dalle lavoratrici (ARCURY 2016). Soprattutto, secondo quanto suggerisce Arcury, ciò che viene puntualmente invisibilizzato sono i rischi incontro ai quali essi vanno durante le ore di lavoro. Autorappresentandosi come uomini forti, che non hanno bisogno di prestare attenzione al calore, ai pesticidi o agli sforzi, i braccianti agricoli incorrono costantemente nel pericolo di farsi male o di ammalarsi. Poiché non controllano le proprie condizioni di lavoro né hanno piena consapevolezza dei propri diritti, non godendo degli stessi diritti di altre classi di lavoratori, per la manodopera migrante il calcolo delle vittime o degli infortuni risulta ancora meno accurato (SAXTON, STUESSE 2018; ARCURY *et al.* 2002; HORTON 2016; RAO *et al.* 2004). La mancanza di denunce e, di conseguenza, l'impossibilità di risalire al numero reale delle vittime di "violenza occupazionale" si deve anche alla paura che i lavoratori migranti hanno di rimanere intrappolati nello stigma di "malato immaginario" o di non riuscire a supportare le proprie famiglie nel caso in cui risultassero inabili al lavoro (HORTON 2016; UNTERBERGER 2018). Tutto questo non produce soltanto invisibilità statistica, ma ridefinisce le temporalità della malattia, spingendo molti lavoratori a rimandare, negoziare o tacere. Per comprendere come le temporalità della "violenza occupazionale" si articolino nei percorsi di vita dei lavoratori migranti e di come essi siano da leggere in una prospettiva sindemica, l'etnografia suggerisce di osservare le opacità prodotte nelle pratiche quotidiane e istituzionali.

Le temporalità della salute occupazionale: sopravvivenza, attesa ed emersione nel lavoro migrante

L'etnografia multi-situata nella Fascia Costiera Trasformata si articola tra diversi presidi socio-sanitari situati nei comuni di Marina di Acate, Ragusa e Vittoria. La ricerca si è sviluppata a partire da un'attività di volontariato che abbiamo intrapreso grazie alla disponibilità delle associazioni attive sul territorio e si è protratta per un periodo di sei mesi (settembre 2024-marzo 2025 con un breve ritorno sul campo nel giugno del 2025). Il lavoro ha incluso conversazioni informali, interviste semi-strutturate, analisi del materiale informativo e divulgativo. Tali pratiche etnografiche hanno coinvolto professionisti della salute, operatori dei servizi socio-sanitari e lavoratrici e lavoratori migranti che si rivolgevano ai servizi. Tale approccio ha consentito di condurre un'etnografia delle istituzioni socio-sanitarie, includendo l'Azienda Sanitaria Provinciale (ASP), in particolare

l'ambulatorio stranieri di Ragusa e Vittoria, nonché nei servizi offerti da organizzazioni dal terzo settore, tra cui Caritas ed Emergency. Il lavoro di campo si alternava durante l'apertura settimanale del servizio medico del Progetto presidio Caritas, attivo dal 2014, la presenza bisettimanale del camper medico di Emergency sul lungo mare di Marina di Acate, e il presidio co-gestito da ASP ed Emergency presso Vittoria. La presenza nei diversi presidi è stata una scelta metodologica che ha permesso non solo di mappare le diverse realtà, ma anche di osservare le varie modalità di accesso ai servizi e il muoversi dei migranti tra i vari presidi⁹. La ricerca è stata inoltre arricchita dalla partecipazione a eventi pubblici e momenti formativi promossi dal Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPRESAL), che hanno consentito di osservare i processi istituzionali attraverso cui i rischi occupazionali vengono discussi, interpretati e affrontati a livello territoriale. Abbiamo inoltre condotto numerose interviste con professionisti impegnati nell'ambito della medicina del lavoro (biologi, medici, ecc.) attivi nella Fascia Costiera Trasformata. Ulteriori interviste sono state condotte con rappresentanti e operatori delle organizzazioni sindacali, spesso già coinvolti nella co-organizzazione di progetti territoriali insieme alle associazioni, oltre che nella gestione di sportelli di tutela dedicati ai lavoratori. La costruzione nel tempo di un dialogo con questi attori ha reso possibile avere uno scambio continuativo di saperi ed esperienze, attraverso il quale abbiamo avuto accesso e lavorato congiuntamente alla banca dati e con la documentazione relativa ai casi di infortunio e malattia professionale dei lavoratori presenti sul territorio. Questo processo ha inoltre consentito di aprire uno spazio di analisi condivisa non solo sulle difficoltà legate alla raccolta e all'emersione dei dati riguardanti i lavoratori e le lavoratrici migranti, ma anche sulla produzione dei dati stessi. Tale questione ha attraversato l'intera etnografia, emergendo con particolare evidenza nel confronto con lo SPRESAL, dove i dati sanitari relativi alle malattie professionali risultano poco significativi o scarsamente rappresentativi del fenomeno. In una intervista con la dottoressa del lavoro Stefania Dore (SPRESAL) confrontandoci sulla mancata emersione dei dati sulla salute dei lavoratori osservava, ad esempio, nella sua esperienza di membro della commissione INPS (Istituto Nazionale di Previdenza Sociale) formata dai medici dell'ASP per valutare l'invalidità civile per i lavoratori regolari, il numero di lavorati non italiani fosse minimo. Ancora più allarmante, secondo la dottoressa, invece era l'assenza di numeri riguardanti le malattie professionali e i tumori professionali come ha osservato nel corso di un'intervista.

Sì, non ce ne sono e non è possibile. Statisticamente è impossibile. Anche, diciamo, che il 3% di tutte le patologie tumorali che sono presenti da tutti gli studi da parte del mondo, cioè la comunità scientifica dice che almeno il 3% dei tumori deve essere necessariamente quella dell'attività lavorativa, perché sennò non abbiamo capito niente. [...] Quindi se almeno il 3% di tutti i tumori che vengono registrati devono essere, sicuramente saranno vigili e professionali, come è possibile che non vengono mai denunciati? (Note di Veronica, Ragusa, 24 novembre 2025).

Le parole della dottoressa richiamano così uno scarto significativo tra le stime epidemiologiche e il numero di tumori effettivamente riconosciuti come malattie professionali. Nel lavoro in commissione con colleghi medici di altre specializzazioni, la dottoressa Dore aveva inoltre notato quanto fosse assente l'attenzione per il dato biografico dei pazienti, ai quali spesso non veniva nemmeno chiesto quale lavoro facessero. Queste discrepanze rendono così visibile una delle dimensioni della "violenza occupazionale", che non si manifesta soltanto nell'esposizione quotidiana ai rischi lavorativi e alla difficoltà di riconoscimento della malattia stessa, ma anche nelle temporalità e nelle pratiche istituzionali che orientano lo sguardo medico e contribuiscono alla loro sottodenuncia e invisibilità statistica (WHO 2021; INAIL 2024, cap. 3)¹⁰.

All'interno di queste temporalità istituzionali si inseriscono le condizioni di vulnerabilità giuridica dei lavoratori migranti, le quali incidono profondamente sulla possibilità stessa di rendere visibile e riconoscibile la malattia. Queste temporalità risultano inoltre profondamente intrecciate con le condizioni di vulnerabilità giuridica dei lavoratori migranti, i quali difficilmente arrivano a essere riconosciuti e inclusi nei dati epidemiologici, contribuendo così alla produzione della loro invisibilità statistica.

Temporalità della sopravvivenza

È proprio a partire da questa riflessione sull'invisibilizzazione dei soggetti migranti che abbiamo scelto di indagare ciò che sfugge alla (non)rappresentazione statistica. In questo percorso di ricerca, sviluppato nel lavoro con i servizi socio-sanitari della Fascia Costiera Trasformata tra Vittoria, Marina di Acate e Ragusa, si colloca l'incontro con Gino, operatore di una struttura di accoglienza per persone migranti in uscita da situazioni di sfruttamento lavorativo. Questo incontro ha aperto un ulteriore spazio di osservazione sulla salute occupazionale e sui percorsi di salute dei lavoratori migranti giunti in Italia attraverso il Decreto Flussi. La struttura protetta

gestita da una associazione locale, presso cui lavora Gino, ospita giovani uomini provenienti in larga parte dalla Tunisia che, pur essendo formalmente entrati in Italia con un nulla osta per lavoro subordinato, si ritrovano di fatto inseriti in circuiti di intermediazione opaca, indebitamento familiare e sfruttamento lavorativo nel comparto agricolo serricolo. Avevamo già incontrato molti operatori della struttura durante gli accompagnamenti ai servizi dell'ASP; l'invito a visitare la loro sede e casa rifugio in cui operano ci ha permesso di aggiungere un ulteriore tassello all'analisi, in particolare per quanto riguarda le condizioni abitative nell'accoglienza e le temporalità che scandiscono le traiettorie di uscita dallo sfruttamento. È in questo spazio, sospeso tra la fuoriuscita dallo sfruttamento e l'attesa di una regolarizzazione giuridica e lavorativa, che le malattie e le patologie dei lavoratori migranti emergono con particolare intensità, rendendo visibili le sofferenze di traiettorie lavorative segnate da precarietà e sfruttamento. In molti contesti umanitari contemporanei, il corpo viene infatti letto e inscritto attraverso grammatiche della sofferenza e della vulnerabilità che rendono la sofferenza una delle principali basi di riconoscimento all'interno di regimi umanitari, dove essa diventa criterio di legittimità morale e politica (TICKTIN 2011; FASSIN 2012). In questi casi, tuttavia, la sofferenza e la malattia non costituiscono necessariamente una risorsa attraverso cui ottenere il riconoscimento di uno giuridico piuttosto, esse emergono lentamente come esito delle condizioni di lavoro, della violenza strutturale (BENSON 2008; FARMER 2004; GALTUNG 1969) e delle temporalità precarie legate alle trasformazioni dei regimi di lavoro agricolo nel Mediterraneo (CORRADO, DE CASTRO, PERROTTA 2017).

Entriamo nella struttura accompagnati da Gino. All'ingresso dell'edificio alcuni ragazzi sono seduti sulle sedie e conversano tra loro. Ci presentiamo brevemente scambiando una stretta di mano e ci accolgono offrendoci del tè. L'interno della struttura appare curato e accogliente, con un forte carattere domestico. Le numerose biciclette appoggiate all'entrata dell'edificio rimandano tuttavia alla geografia del territorio e alla dispersione abitativa che caratterizza quest'area agricola. Nelle prime note etnografiche (settembre 2024) Veronica aveva già annotato le difficoltà di movimento nel territorio, riflettendo anche sulla stessa impossibilità di condurre la ricerca senza la disponibilità di un'automobile. Questa limitata mobilità rendeva evidente come l'accesso ai servizi socio-sanitari fosse profondamente intrecciato alle infrastrutture del trasporto pubblico. In risposta a tale isolamento, la maggior parte delle associazioni locali ha dovuto attivare servizi di trasporto privato per accompagnare i lavoratori migranti ai presidi

sanitari, sostenendo al contempo un continuo lavoro di reperimento di fondi per rendere questi interventi il più possibile stabili nel tempo. Nelle interviste agli operatori emerge quanto sia difficile per i lavoratori migranti spostarsi nel territorio per raggiungere il luogo di lavoro o altri servizi, compresi quelli socio-sanitari, rendendo la bicicletta uno dei pochi mezzi di trasporto accessibili, nonostante le lunghe percorrenze. Gino ci invita a seguirlo per una breve visita degli spazi comuni prima di farci accomodare in una stanza più riservata, dove poter parlare senza esporre i ragazzi presenti nella struttura. Prima di lasciare l'androne, Veronica annota che Gino si volta verso la porta d'ingresso e commenta:

Abbiamo un problema qui. Questa è la strada che collega Ragusa con Santa Croce, un gran numero degli sfruttatori passa di qui. Questa è l'unica pecca [...] sono capitate diciamo deviazioni dalla strada, in un paio di occasioni e lo sappiamo perché abbiamo le telecamere e poi i ragazzi stessi guardano. È venuto qualcuno a cercare di fare domande [...] a volte sono magari gli agricoltori della zona che pensano "ho la stagione delle mandorle non trovo nessuno so che qua ci sono i ragazzi stranieri" e quindi si affaccia e chiede ai ragazzi "volevate raccogliere le mandorle insieme a me?" (Note di Veronica, Ragusa, 11 giugno 2025).

Le sue parole rendono evidente la porosità della protezione: l'uscita dallo sfruttamento non coincide infatti con una netta separazione dai suoi dispositivi. La violenza occupazionale continua a circolare nello spazio, attraversa la strada e può riaffacciarsi alla porta stessa della struttura, che si configura così come uno spazio liminale, in cui la sospensione dello sfruttamento resta sempre precaria. Questa porosità non è soltanto spaziale, ma anche temporale e istituzionale. La protezione è infatti attraversata da scadenze, rinnovi discrezionali e tempi amministrativi che modulano l'accesso effettivo alla cura e la possibilità stessa di rendere il malessere riconoscibile. In questo senso, la struttura non costituisce uno spazio pienamente "altro" rispetto al mercato del lavoro agricolo, bensì uno spazio liminale (AGIER 2011), in cui inclusione ed esposizione coesistono. Come suggerisce Fassin (2012), i dispositivi umanitari e, nel nostro caso quelli dell'accoglienza, non operano fuori dai regimi politici ed economici che generano sofferenza, ma vi si inscrivono, amministrando la vulnerabilità più che eliminarla. In questo contesto, la protezione diventa essa stessa parte delle condizioni che modellano le temporalità della malattia e dell'accesso alla cura dei lavoratori migranti, contribuendo a configurare quell'intreccio tra sfruttamento lavorativo, vulnerabilità giuridica e sofferenza.

Ci racconta Gino che l'entrata (in accoglienza) dei lavoratori migranti in una struttura protetta, viene accettata dai ragazzi stessi non sempre con

la piena consapevolezza di andare incontro a un periodo di sospensione e attesa.

In questa sezione cercheremo di mettere in luce le varie temporalità che si dispiegano partendo da un'analisi che intreccia l'esperienza degli operatori dei servizi e dei ragazzi incontrati nei vari servizi.

Vi è una prima dimensione che definiremo "il tempo della sopravvivenza" come risultato di traiettorie migratorie e di lavoro che iniziano con un equivoco strutturale: il nulla osta viene percepito dai lavoratori come un contratto di lavoro. Molti lavoratori migranti hanno pagato cifre ingenti per ottenerlo, vendendo terreni, laboratori artigianali o contraendo debiti familiari. La sicurezza che viene dall'intraprendere un viaggio attraverso canali regolari, con visto rilasciato dalle autorità competenti, l'imbarco a Tunisi insieme a connazionali che già vivono sul territorio italiano, e l'arrivo a Palermo, rafforza nei lavoratori migranti la convinzione di trovarsi in un percorso legittimo. La realtà, come emerge dai racconti sia dei lavoratori stessi che degli attori istituzionali sul territorio, è ben diversa: spesso l'intermediario non si presenta al loro arrivo a Palermo, e le prime notti le passano in stazione, dormendo dove capita; nei migliori casi i ragazzi raggiungono la provincia di Ragusa grazie a passaggi informali offerti da connazionali conosciuti durante l'attraversata. Nel giro di pochi giorni molti di loro finiscono nelle serre, lavorando in attesa di un nuovo contatto da parte dell'intermediario e di una regolarizzazione che viene continuamente promessa e rimandata attraverso contatti telefonici. Le gerarchie sedimentate nel lavoro serricolo, rispecchiano spesso i diversi livelli di precarietà e contribuiscono a normalizzare la sofferenza come ha documentato Holmes (2013) nel suo studio sulla vita dei migranti messicani impiegati nel lavoro agro-alimentare negli US riflettendo in particolare sulle gerarchie etniche del e al lavoro. Nel contesto della Fascia Trasformata, i nuovi arrivati infatti, sono destinati al *pumpiare* (utilizzo della pompa per irrorare le piante con trattamenti) e a usare i fitofarmaci senza i necessari dispositivi di protezione e senza un'adeguata formazione come ci è stato raccontato moltissime volte e confermato anche da Gino: «In azienda uno nuovo che è appena arrivato in Italia che non sa niente di niente, tace e *pumpia* [...] eh però questa roba è veleno, però non può fare altro, non puoi fare altro nel senso non hai niente da mangiare, banalmente deve riuscire ad arrivare al mattino successivo [...] accetti qualsiasi cosa» (Note di Veronica, Ragusa, 11 giugno 2026).

La natura del lavoro serricolo comprende l'esposizione ai pesticidi, una ventilazione spesso inadeguata, lo scarso utilizzo dei dispositivi di protezione, mansioni ripetitive e usuranti e condizioni abitative precarie, con alloggi di fortuna situati all'interno delle aziende e talvolta nelle stesse serre. In questo contesto, il tempo compresso della sopravvivenza si appoggia principalmente sul corpo, che diventa al tempo stesso strumento di resistenza, intesa come sforzo quotidiano per continuare a lavorare, e luogo in cui si sedimentano e si accumulano le diverse forme di violenza occupazionale prodotte dall'intreccio tra condizioni di lavoro, vulnerabilità giuridica ed esposizione ai rischi ambientali. Tra i disturbi che spesso emergono e vengono in qualche modo "visti" nei vari presidi socio-sanitari, vi sono soprattutto quelli respiratori, dolori muscolari e articolari, e dermatiti. Oltre a questa sintomatologia, anche disturbi di ansia e insonnia vengono nominati dai lavoratori, ma spesso restano contenuti, silenziati e secondari rispetto all'urgenza di lavorare e restituire il debito contratto. Come sottolinea Gino: «Quando sei dentro fino al collo non ti puoi permettere di ammalarti» (Note di Veronica, Ragusa, 11 giugno 2026).

La "violenza occupazionale" opera quindi in forma cumulativa e normalizzata, secondo dinamiche che richiamano le analisi di Bourgois (2009; 1988) sulla vulnerabilità strutturale e sulle forme intrecciate di oppressione (*conjugated oppression*, traduzione degli autori): l'esposizione tossica, l'irregolarità contrattuale, la dipendenza dall'intermediario, la minaccia implicita dell'espulsione si inscrivono in gerarchie sociali e occupazionali stratificate, nelle quali status migratorio, posizione di classe e processi di razzializzazione si combinano nel produrre condizioni di vulnerabilità, rendendo possibile l'esercizio di sfruttamento anche in assenza di coercizione diretta. La salute si costruisce in una tensione costante tra resistenza del corpo inteso nella sua dimensione biologica e il ricatto economico. La traiettoria cambia quando alcuni decidono di denunciare o quando, attraverso contatti con associazioni e operatori, vengono indirizzati verso una struttura di accoglienza. Se nelle serre il tempo è dominato dall'urgenza della sopravvivenza e dalla pressione immediata del lavoro, l'ingresso nei dispositivi di accoglienza apre invece una diversa configurazione temporale, segnata da sospensione, attesa e rinegoziazione delle (im)possibilità di futuro.

Temporalità sospesa: il limbo dell'accoglienza

L'uscita dalle serre non coincide con un immediato ritorno alla normalità, ma apre una nuova configurazione temporale segnata da sospensione, attesa e incertezza.

Dal punto di vista degli operatori, l'ingresso in questo spazio si configura come una vera e propria frattura temporale, che sospende le traiettorie biografiche e riorganizza le aspettative di futuro. Come suggerisce Craig Jeffrey, guardando a un diverso contesto geografico, le politiche del tempo possono tradursi in forme di «*chronic, fruitless waiting*» (JEFFREY 2010: 3), un'attesa cronica e improduttiva che non rappresenta una semplice pausa, ma un dispositivo attraverso cui si producono soggettività, gerarchie e disuguaglianze. Tali esperienze dell'attesa, tuttavia, non sono universalmente distribuite: esse rimangono situate e differenzialmente allocate lungo linee di genere, di razzializzazione e di classe, secondo quelle che Sharma (2014) definisce le coordinate di una distribuzione diseguale del tempo. In questa prospettiva, l'attesa non è un vuoto, ma una modalità di governo che iscrive i corpi entro specifiche economie morali e politiche della temporalità. Da una parte abbiamo osservato che, nella narrativa degli operatori, la "violenza occupazionale" viene formalmente sospesa in quanto il vitto e l'alloggio sono garantiti, è presente un avvocato che segue la pratica di ogni migrante e una psicologa è disponibile, a richiesta, per colloqui oltre all'accesso garantito ad una rete di servizi sanitari pubblici. Dall'altra molti ragazzi smettono di sentire le famiglie, non potendo spiegare che si trovano ad avere una vita sicura e protetta con pasti e comfort mentre le famiglie a casa aspettano il loro supporto economico. Durante la visita al centro annotiamo tra le note etnografiche:

Io stavo meglio a casa. E ora non ci posso tornare a casa mia, con quale faccia ci torno? Devo restare perché devo ripagare quel debito che abbiamo contratto per pagare nulla osta e poi perché ho mia moglie i figli che aspettano. La famiglia li aiuta, chi da una cosa chi da un'altra ma io sto qua bloccato in questa casa, non mi fate mancare niente ma devo mandare i soldi a casa, io sono responsabile (Note di Veronica, Ragusa, 11 giugno 2025).

La salute occupazionale si gioca quindi anche su questo piano morale e relazionale, nella possibilità per i lavoratori di sostenere le proprie responsabilità familiari e mantenere una posizione di dignità all'interno delle reti sociali da cui provengono.

Temporalità dell'emersione

Gino ci racconta di come ci siano spesso “crolli improvvisi”, patologie latenti che si aggravano, sintomi respiratori che esplodono, stati depressivi che si intensificano, pensieri suicidari che emergono con chiarezza nelle note etnografiche:

Quando i ragazzi arrivano qua vengono da situazioni di stress estremo, perché alcuni li troviamo per strada, è gente che ha perso proprio la voglia di vivere non tutti ma quando [...] si sentono in protezione e finalmente tranquilli e *di botto* che arriva il crollo psicofisico cioè c'è chi cede fisicamente e quindi gli partono delle patologie che prima il corpo invece aveva tenuto botta perché [...] non ti puoi permettere una malattia, nel momento in cui non hai più questo istinto di sopravvivenza il corpo cede insomma partono una serie di patologie banali che però uno si è portato nascoste cioè che il suo corpo è riuscito a comprimere per questioni di sopravvivenza poi esplodono, alcuni invece cedono psicologicamente. (Note di Veronica, Ragusa, 11 giugno 2025).

Il lessico dell'operatore (“patologie banali”, “il cuore che non ce la fa più”) segnala già una prima negoziazione causale, attraverso cui ciò che nel regime produttivo non poteva essere nominato come malattia lavoro-correlata, nell'accoglienza viene riclassificato entro categorie di urgenza e presa in carico, spesso ancora distanti dai repertori formali del riconoscimento medico-legale. Nella lettura di Gino, la casa rifugio rappresenta il luogo in cui la salute può finalmente “mostrarsi nella sua complessità” dove la protezione consentirebbe al corpo di cedere, liberandolo dall'obbligo di resistere. In questa prospettiva, il crollo appare come l'effetto quasi naturale della fine dell'urgenza produttiva: ciò che era stato compresso per sopravvivere esplode quando la tensione si allenta.

L'analisi etnografica suggerisce tuttavia di problematizzare questa interpretazione. La sofferenza cumulativa che si dispiega in un tempo soggettivo non diventa visibile semplicemente perché la pressione si riduce, ma perché si produce un incontro relazionale e istituzionale con operatori, avvocati, psicologi, medici. La visibilizzazione della malattia non coincide con un processo spontaneo di “rivelazione”, bensì con una traduzione relazionale e istituzionale della sofferenza. È nell'interazione con i servizi che i sintomi vengono nominati, riconosciuti come degni di attenzione e ricondotti a una traiettoria clinica, entro il tempo biomedico e diagnostico.

In questo senso, la temporalità dell'emersione non può essere separata dalla dimensione dell'accesso. Durante la fase di sfruttamento, l'assenza di accesso ai servizi socio-sanitari non rappresenta soltanto una carenza

infrastrutturale, ma costituisce parte integrante della violenza occupazionale. La sofferenza resta così incorporata e silenziata non solo per necessità economica, ma anche per esclusione istituzionale.

L'ingresso in accoglienza modifica questo regime di invisibilità, non perché produca automaticamente salute, ma perché crea le condizioni materiali e relazionali per la sua enunciazione. La struttura diventa uno spazio di traduzione nel quale il malessere viene trasformato in sintomo, il sintomo in diagnosi, la diagnosi in pratica di cura. La sindemia occupazionale, in questa prospettiva, non si limita a descrivere l'interazione tra esposizione tossica e stress sociale, ma include anche il regime differenziale di accesso ai dispositivi di riconoscimento sanitario.

La temporalità dell'emersione è dunque inseparabile dalla temporalità dell'incontro. Il "crollo" non è soltanto l'effetto fisiologico dell'allentamento della pressione, ma anche il risultato di un passaggio da un regime di invisibilità, prodotto dallo sfruttamento e dall'esclusione dai servizi, a un regime di visibilità istituzionale. Se durante la fase lavorativa la sopravvivenza impone la compressione della vulnerabilità, è nell'interazione con gli operatori che la sofferenza diventa traducibile e legittima.

In questo senso, l'accesso differenziale ai servizi socio-sanitari si configura come uno dei meccanismi attraverso cui la "violenza occupazionale" si produce e si mantiene. L'impossibilità di cura non è un effetto collaterale dello sfruttamento, ma parte integrante della sua logica. La protezione non interrompe semplicemente la catena della vulnerabilità; piuttosto ne rende osservabile la stratificazione, mostrando come lavoro, diritto e accesso alla salute partecipino congiuntamente alla produzione e alla rivelazione della malattia.

Tempo biomedico

È in questa fase che la malattia, fino a quel momento contenuta o interpretata all'interno di registri morali e sociali, entra progressivamente nel tempo biomedico della diagnosi e della terapia. Il caso di Amin, un giovane lavoratore tunisino anch'egli scappato da una situazione di sfruttamento nelle serre, mostra con particolare chiarezza come queste temporalità si inscrivano nei corpi dei lavoratori migranti. Prima della partenza, avvenuta con in tasca un nulla osta, Amin assumeva un farmaco prescritto dal medico in Tunisia per problemi respiratori con una frequenza sporadica, circa una volta ogni quattro mesi. Da quando lavora nelle serre in Italia,

tuttavia, il ritmo della terapia è cambiato drasticamente: secondo quanto raccontano gli operatori, Amin ha iniziato ad assumere fino a tre compresse al giorno.

Questo cambiamento segnala una trasformazione nella temporalità stessa della malattia. L'esposizione prolungata ai fitofarmaci, combinata con le condizioni di vita precarie e con l'intensità del lavoro nelle serre, sembra accelerare il tempo della malattia, rendendo cronici e quotidiani sintomi che prima apparivano sporadici. La traiettoria terapeutica di Amin non si riorganizza tuttavia interamente all'interno del sistema sanitario italiano. Sebbene, nella maggior parte dei casi osservati, i lavoratori migranti vengano progressivamente inseriti nei percorsi sanitari territoriali, spesso grazie alla mediazione degli operatori sociali e sanitari, tali processi rimangono frequentemente segnati da difficoltà linguistiche, burocratiche e relazionali. Gli operatori facilitano infatti l'accesso sia ai servizi del poliambulatorio sia agli spazi di promozione della salute dedicati ai migranti, accompagnando i lavoratori nell'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale, nelle diverse forme di copertura sanitaria previste e successivamente nell'assegnazione del medico di medicina generale. Si tratta di un percorso che richiede un costante lavoro di orientamento, di educazione sanitaria e di mediazione burocratica. Nel caso di Amin, invece, nonostante la presenza di servizi e la possibilità di accedere a cure mediche, continua a consultare a distanza il medico che lo seguiva in Tunisia, chiedendo indicazioni sulla terapia e sugli aggiustamenti del dosaggio. La gestione della malattia assume così una dimensione esplicitamente transnazionale. La cura non si radica unicamente nel luogo di lavoro o nei servizi sanitari del territorio, ma si dispiega lungo reti relazionali e terapeutiche che attraversano i confini nazionali. Questa scelta riflette non solo la continuità di fiducia nei confronti del medico che lo aveva seguito in precedenza, ma anche una forma di distanza dai servizi sanitari locali, percepiti come meno accessibili o meno comprensibili rispetto alle relazioni di cura costruite nel paese di origine. In questo senso, il caso di Amin mostra come la temporalità della malattia non segua semplicemente il tempo lineare dell'esposizione lavorativa, ma si ridefinisca lungo traiettorie migratorie e terapeutiche che attraversano confini, servizi e relazioni di cura, rendendo visibile il carattere cumulativo e profondamente transnazionale della violenza occupazionale.

Conclusioni

Questo contributo ha interrogato la salute occupazionale non come un ambito tecnico neutrale della medicina del lavoro, ma come un campo storicamente e politicamente situato, attraversato da rapporti di potere, conflitti epistemici e regimi differenziali di riconoscimento. La ricostruzione genealogica proposta nelle prime sezioni ha mostrato come, sin dalle sue origini, la salute occupazionale si sia sviluppata dentro una tensione costante tra l'esperienza incarnata dei lavoratori e delle lavoratrici e i dispositivi scientifici, istituzionali e giuridici deputati a definire, classificare e circoscrivere il danno da lavoro. In questa prospettiva, il riconoscimento della malattia professionale non appare come l'esito lineare di un accertamento medico, ma come il prodotto di un processo negoziale e conflittuale che coinvolge sapere clinico, interessi economici e rivendicazioni politiche. L'analisi proposta mostra come la salute occupazionale dei lavoratori migranti non possa essere compresa esclusivamente attraverso i quadri epidemiologici o clinici tradizionali, ma richieda un'attenzione alle temporalità sociali e istituzionali entro cui la malattia prende forma. Attraverso l'analisi etnografica delle temporalità della sopravvivenza, dell'attesa e dell'emersione biomedica, questo contributo ha mostrato come la violenza occupazionale si produca e si renda visibile attraverso configurazioni temporali differenziali che attraversano lavoro, migrazione e accesso ai servizi sanitari.

L'etnografia condotta nella Fascia Costiera Trasformata suggerisce che questa tensione strutturale assuma configurazioni particolarmente acute nel caso del lavoro agricolo migrante. Qui il rapporto tra salute e lavoro è mediato da un intreccio di condizioni materiali e dispositivi normativi che collocano i lavoratori migranti all'intersezione tra sfruttamento produttivo, vulnerabilità giuridica e marginalizzazione istituzionale. L'esposizione prolungata a pesticidi e fitofarmaci, i ritmi intensivi del lavoro serricolo, la precarietà abitativa e contrattuale e la dipendenza da intermediari informali costituiscono solo una parte di questo quadro. A queste condizioni si sovrappone infatti un regime di accesso diseguale alla cura e al riconoscimento sanitario che contribuisce a rendere opache le traiettorie della malattia occupazionale e a disperdere le possibilità di denuncia e tutela.

In questo contesto, la lente analitica della temporalità consente di cogliere una dimensione spesso trascurata delle disuguaglianze sanitarie: la distribuzione differenziale del tempo.

Nel caso dei lavoratori agricoli migranti, la violenza occupazionale opera precisamente attraverso questa dimensione temporale comprimendo il tempo della cura, differendo il riconoscimento del danno, costringendo i lavoratori a rimandare o tacere il dolore e a subordinare la riproduzione del corpo alle esigenze immediate della sopravvivenza economica. Il danno da lavoro non viene soltanto prodotto nei luoghi della produzione, ma viene anche sistematicamente differito, diluito e reso difficilmente tracciabile nel tempo.

L'etnografia proposta attraverso il tempo della sopravvivenza, la temporalità sospesa dell'accoglienza, la temporalità dell'emersione e il tempo biomedico consente di osservare come la malattia occupazionale non segua una traiettoria lineare né uniforme. Durante la fase dello sfruttamento, il corpo viene mobilitato come ultima risorsa disponibile e costretto a sostenere ritmi e condizioni di lavoro incompatibili con la riproduzione della salute. Il dolore e i sintomi vengono contenuti o rinviati, mentre la possibilità stessa di ammalarsi viene percepita come incompatibile con l'urgenza di lavorare e sostenere economie familiari transnazionali.

L'uscita dalle serre e l'ingresso nei dispositivi di accoglienza non segnano tuttavia un'immediata interruzione di questo processo. L'accoglienza si configura piuttosto come uno spazio liminale, segnato da sospensione, attesa e incertezza, in cui l'urgenza produttiva si allenta e la sofferenza può emergere. Tuttavia, la nostra riflessione suggerisce che questa emersione non è semplicemente il risultato fisiologico dell'interruzione dello sforzo. Il cosiddetto "crollo" psicofisico prende forma nell'interazione con una pluralità di attori istituzionali, operatori sociali, medici, psicologi, avvocati, che contribuiscono a nominare, interpretare e tradurre la sofferenza in sintomo clinicamente rilevante.

È proprio in questa dimensione relazionale che il paradigma sindemico si rivela particolarmente fecondo. Piuttosto che limitarsi a descrivere la compresenza di patologie e vulnerabilità, esso consente di osservare la co-produzione di condizioni biologiche e sociali dentro specifici contesti storici e politici. Nel caso analizzato, la sindemia occupazionale emerge dall'interazione tra esposizioni tossiche, precarietà lavorativa, vulnerabilità giuridica, stress cronico, isolamento sociale e accesso differenziale ai servizi sanitari. Tali condizioni non operano in modo indipendente, ma si rafforzano reciprocamente, producendo configurazioni di sofferenza che si sedimentano nei corpi e nelle biografie dei lavoratori migranti.

Allo stesso tempo, la mobilità che caratterizza le traiettorie migratorie contribuisce a complicare ulteriormente il riconoscimento della malattia occupazionale. La latenza delle patologie, la discontinuità dei rapporti di lavoro, la frammentarietà delle storie espositive e la dimensione transnazionale delle pratiche di cura rendono spesso impossibile stabilire un nesso causale stabile tra esposizione e malattia. Il corpo del lavoratore migrante eccede così i confini sia del luogo di lavoro sia dello Stato nazionale, inscrivendosi in una geografia diseguale della cura e del riconoscimento. È in questa distribuzione diseguale delle temporalità della vita, del lavoro e della malattia che la violenza occupazionale rivela pienamente il suo carattere sindemico: non soltanto come accumulo di esposizioni e vulnerabilità, ma come regime politico che organizza quali corpi possono resistere, quali possono essere curati e quali, invece, restano sacrificabili nel mantenimento dell'economia agricola contemporanea.

Note

⁽¹⁾ Human Rights for work people have been wrested from unwilling hands.

⁽²⁾ Il presente articolo è frutto del dialogo tra le due autrici, tuttavia, a Giuliana Sanò vanno attribuiti l'introduzione e i paragrafi 1 e 2; di Veronica Buffon sono i paragrafi 3,4,5,6 e le conclusioni.

⁽³⁾ Questo articolo è stato scritto sulla base dei dati e del materiale etnografico raccolti nell'ambito del progetto PRIN2022PNRR "InMigrHealth" (Investigating Migrants' Occupational Health) coordinato dall'unità dell'Università di Padova, in collaborazione con le unità dell'Università di Messina e di Torino. Il progetto è stato finanziato dal Ministero dell'Università e della Ricerca (MUR) nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 4, Componente 2, Investimento 1.1. "Istruzione e Ricerca", codice identificativo PRIN_2022PNRR_P20225JPYN_002.

⁽⁴⁾ I dati Istat relativi al 7° censimento dell'agricoltura riportano che la superficie agricola utilizzata (SAU) a Ragusa è pari a 28,7 mila ettari. La provincia presenta, inoltre, la quota più elevata di aziende in tutte le classi di dimensione economica che vanno da quella tra i 25 mila e i 50 mila euro fino a quella oltre i 500 mila euro (dove esse rappresentano l'1,7% delle aziende contro lo 0,4% nell'intera regione). Relativamente alle caratteristiche della manodopera, a Ragusa risultano impiegate prevalentemente persone non appartenenti al nucleo familiare (28%) e un terzo di quella complessiva risulta essere di origine straniera. I dati CREA, elaborati su fonti ISTAT e INPS, mostrano che nella provincia di Ragusa la percentuale di lavoratori agricoli stranieri registrati è pari al 38,8%: 12.600 su un totale di 28.000. Le prime tre nazionalità presenti sul territorio corrispondono a quella tunisina, rumena e albanese. La percentuale dei lavoratori stranieri OTD (operai a tempo determinato) è pari al 99,4% mentre quella degli OTI (operai a tempo indeterminato) è quasi inesistente.

⁽⁵⁾ L'entrata in vigore della legge contro il caporalato (199/2016) non ha del tutto ridotto l'informalità delle relazioni lavorative nel settore primario, incentivando il lavoro grigio. La legge consente, infatti, ai datori di lavoro di dichiarare retroattivamente le giornate di lavoro, incentivando la pratica di dichiarare meno giornate di quelle effettivamente lavorate dai braccianti (CARUSO, CORRADO 2021: 17).

⁽⁶⁾ Storicamente indirizzate alla criminalizzazione della popolazione immigrata (COLUCCI, 2018), le politiche migratorie nazionali, recentemente hanno assunto un impianto sempre più securitario e repressivo. In particolare, per effetto del decreto sicurezza del D.L. 113/2018, convertito nella Legge 132/2018 (Decreto Salvini) e del successivo DL n. 20/2023, convertito in Legge n. 50/2023 (Decreto Cutro), il sistema di accoglienza per persone richiedenti asilo e rifugiate ha subito un radicale smantellamento; la protezione umanitaria – garantita a coloro i quali non presentavano i criteri per il riconoscimento della protezione sussidiaria e internazionale – è stata abolita; le misure assistenziali e di welfare sono state drasticamente ridotte e le persone migranti sono diventate il bersaglio di politiche discriminatorie e razziste.

⁽⁷⁾ Per “violenza occupazionale” Singer intende: «l'intreccio delle relazioni sociali di produzione e dei più ampi campi di potere di supporto che conduce a una compromissione evitabile della possibilità di soddisfare il bisogno di un lavoro sicuro, sano, non alienante e pienamente retribuito» (trad. nostra 2024: 5).

⁽⁸⁾ Letteralmente Occupational Overuse Syndrom (OOS).

⁽⁹⁾ Considerate le varie vulnerabilità, sono stati utilizzati pseudonimi e rimossi riferimenti identificativi. Per quanto riguarda le figure professionali e istituzionali, salvo esplicita richiesta degli intervistati, sono stati mantenuti i nomi. Il consenso informato è stato concepito come un processo continuo e situato, rinegoziato nel corso della ricerca in relazione alle condizioni di visibilità e ai potenziali rischi che caratterizzano il contesto indagato. Le fasi di analisi, discussione e scrittura sono state il risultato di una riflessione e di un lavoro congiunto delle due autrici.

⁽¹⁰⁾ Per un tentativo di emersione delle malattie professionali mediato da dispositivi istituzionali si può fare riferimento al sistema di sorveglianza MalProf: <https://www.inail.it/portale/ricerca-e-tecnologia/it/ambiti-di-ricerca/area-salute-sul-lavoro/sistemi-di-sorveglianza--gestione-integrata-del-rischio-e-modell/malprof.html> (consultato il 30 maggio 2026).

Bibliografia

- ABRAMS H.K. (2001), *A Short History of Occupational Health*, “Journal of Public Health Policy”, Vol. 22: 34-80.
- AGIER M. (2011), *Managing the Undesirables: Refugee Camps and Humanitarian Government*, Polity Press, Cambridge.
- ALBERTI G., SACCHETTO D. (2025), *Lavoro migrante. Exit, voice e riproduzione sociale*, Meltemi, Milano.
- AMBROSINI M. (2011), *Sociologia delle migrazioni*, il Mulino, Bologna.

- ARCURY T. (2016), *Anthropology in Agricultural Health and Safety Research and Intervention*, "Journal of Agromedicine", doi: 10.1080/1059924X.2016.1256242.
- ARCURY T., QUANDT S.A., RUSSELL G.B. (2002), *Pesticide Safety among Farmworkers: Perceived Risk and Perceived Control as Factors Reflecting Environmental Justice*, "Environmental Health Perspectives", Vol. 110 (2): 233-240.
- ASSENNATO G., NAVARRO V. (1980), *Workers' Participation and Control in Italy: The Case of Occupational Medicine*, "International Journal of Health Services", Vol. 10 (2): 217-232.
- AVALLONE G. (2016), *The Land of Informal Intermediation: The Social Regulation of Migrant Agricultural Labour in the Piana del Sele, Italy*, pp. 217-230, in CORRADO A., DE CASTRO C., PERROTTA D. (a cura di), *Migration and Agriculture. Mobility and Change in the Mediterranean Area*, Routledge, London-New York.
- BAMBRA C. (2011), *Work, Worklessness, and the Political Economy of Health Inequalities*, "Journal of Epidemiology & Community Health", Vol. 65: 746-50.
- BENSON P. (2008), *El Campo: Faciality and Structural Violence in Farm Labor Camps*, "Cultural Anthropology", Vol. 23: 589-629, doi: <https://doi.org/10.1111/j.1548-1360.2008.00020.x>.
- BOURGOIS P. (2009 [1995]), *In Search of Respect: Selling Crack in El Barrio*, Cambridge University Press, Cambridge.
- BOURGOIS P. (1988), *Conjugated Oppression: Class and Ethnicity among Guaymí and Kuna Banana Plantation Workers*, "American Ethnologist", Vol. 15 (2): 328-348.
- BIGATTI G. (2024), *Introduzione. Una storia che continua...*, pp. 13-41, in BIGATTI G. (a cura di), *Lavoro, sicurezza e salute nell'Italia delle Fabbriche*, Mimesis, Milano.
- BUFFON V., RACHIDI H., RICHTER-DEVROE S. (2025), *Performances of Vulnerability: Migrants' Encounters with Health, State and the Law in Italy and Greece*, "Journal of Ethnic and Migrations Studies", Vol. 52 (7): 1674-1695.
- CAPRIOGLIO C., RIGO E. (2020), *Lavoro, politiche migratorie e sfruttamento: la condizione dei braccianti migranti in agricoltura*, "Diritto, Immigrazione e Cittadinanza", Vol. 3: 33-56.
- CARNEVALE F., BALDASSERONI A. (1997), *La salute dei lavoratori in Italia (dalla fine dell'800 al secondo dopoguerra). Problemi di storiografia e di storia*, pp. 60-73, in GRIECO A., BERTAZZI P.A. (a cura di), *Per una storiografia italiana della prevenzione occupazionale ed ambientale*, Franco Angeli, Milano.
- CARNEVALE F., BALDASSERONI A. (2011), *Il complesso rapporto tra salute e lavoro nei 150 anni dell'Italia unita*, "Epidemiologia e prevenzione", Vol. 35: 28-32.
- CARUSO F.S. (2018), *Dal ghetto agli alberghi diffusi: l'inserimento abitativo dei braccianti stagionali nei contesti rurali dell'Europa meridionale*, "Sociologia Urbana e Rurale", Vol. 116: 78-92.
- CARUSO F.S., CORRADO A. (a cura di) (2021), *Essenziali ma invisibili. Analisi delle politiche e delle iniziative di contrasto allo sfruttamento e per l'inclusione dei lavoratori migranti in agricoltura nel Sud Italia*, Rosenberg & Sellier, Torino.
- CARUSO F.S., LO CASCIO M. (2021), *Invisibili, ma indispensabili: l'emersione tra i braccianti nel Sud Italia*, pp. 69-80, in CIGNA L. (a cura di), *Forza lavoro! Ripensare il lavoro al tempo della pandemia*, Feltrinelli, Milano.
- CASTAÑEDA H. (2010), *Im/migration and Health: Conceptual, Methodological, and Theoretical propositions for Applied Anthropology*, "Napa Bulletin" Vol. 34: 6-27, doi: 10.1111/j.1556-4797.2010.01049.x.
- CASTAÑEDA H., HOLMES S., MADRIGAL D., DE TRINDAD YOUNG M.E., BEYELER N., QUESADA J. (2015), *Immigration as a Social Determinant of Health*. "Annual Review of Public Health", Vol. 36: 375-392.
- CASTRACANI L., RACKINGER G. (a cura di) (2019), *Campi di lavoro. Inchieste etnografiche nell'agricoltura intensiva*, Mimesis, Milano.

- CLARKE J.N., JAMES S. (2003), *The Radicalised Self: The Impact on the Self of the Contested Nature of the Diagnosis of Chronic Fatigue Syndrome*, "Social Science and Medicine", Vol. 57 (8): 1387-1395.
- COLE J., BOOTH S.S. (2007), *Dirty Work. Immigrants in Domestic Service, Agriculture, and Prostitution in Sicily*, Lexington Book, Lanham.
- COLLOCA C., CORRADO A. (a cura di) (2013), *La globalizzazione delle campagne. Migranti e società rurali nel Sud Italia*, Franco Angeli, Milano.
- COLUCCI M. (2018), *Storia dell'immigrazione straniera in Italia. Dal 1945 ai nostri giorni*, Carrocci, Roma.
- CORDOVA G., SANÒ G. (a cura di) (2024), *Produrre e riprodurre soggettività nello scenario post-pandemico. Differenze, gerarchie e forme di esclusione tra strategie di controllo e tattiche di resistenza*, Ledizioni, Milano.
- CORRADO A., DE CASTRO C., PERROTTA D. (a cura di) (2017), *Migration and Agriculture Mobility and change in the Mediterranean area*, London-New York, Routledge.
- CORRADO A., LO CASCIO M., PERROTTA D. (a cura di) (2018), *Agricoltura e cibo*, "Meridiana. Rivista di storia e scienze sociali", Vol. 93.
- DÉCOSSE F. (2011), *Migrations sous contrôle. Agriculture intensive et saisonniers marocains sous contrat "OMI"*, Thèse de doctorat en sociologie, EHESS, Paris.
- DELLA PUPPA F., SANÒ G. (a cura di) (2021), *Stuck and Exploited Refugees and Asylum Seekers in Italy Between Exclusion, Discrimination and Struggles*, Edizioni Ca' Foscari, Venezia.
- DELLA PUPPA F., SANÒ G., STORATO G. (2025): *Migratory Stratifications: A New Analytical Tool for Investigating Social Change*, "Identities", doi: 10.1080/1070289X.2025.2473211.
- DOUGLAS M. (1966), *Purity and Danger*, Routledge, London.
- FARMER P. (2002), *Social Medicine and the Challenge of Biosocial Research*, pp. 55-73, in OPOLKA U., SCHOOP H. (a cura di), *Innovative Structures in Basic Research: Ringberg-Symposium, 4-7 October 2000*, Max-Planck-Gesellschaft, Munich.
- FASSIN D. (2012), *Humanitarian Reason: A Moral History of the Present*, University of California Press, Berkley.
- FLYNN M.A. (2018), *Im/migration, Work, and Health: Anthropology and the Occupational Health of Labor Im/migrants*, "Anthropology of Work Review", Vol. 39 (2): 116-123. doi: 10.1111/awr.12151
- FLYNN M.A. (2019), *Towards a Biosocial Approach to Occupational Safety and Health*. "NIOSH Science Bloghttps", //blogs.cdc.gov/niosh-science-blog/2019/03/08/biosocial-osh/ (consultato il 30 maggio 2026).
- FLYNN M.A., EGGERTH D.E., JACOBSON C.J. (2015), *Undocumented Status as a Social Determinant of Occupational Health: The Workers' Perspective*, "American Journal of Industrial Medicine", Vol. 58: 1127-1137.
- HOLMES S.M. (2011), *Structural Vulnerability and Hierarchies of Ethnicity and Citizenship on the Farm*, "Medical Anthropology", Vol. 30 (4): 425-249.
- HOLMES S.M. (2013), *Fresh Fruit, Broken Bodies*, University of California Press, Berkley.
- HORTON S.B. (2016), *"They Leave Their Kidneys in the Fields": Illness, Injury, and Illegality among U.S. Farmworkers*, University of California Press, Berkeley.
- ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO (INAIL) (2025), *Gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali degli immigrati*, https://www.aias-sicurezza.it/userfiles/Contenuto/1254/allegati/Gli_infortuni_sul_lavoro_e_le_malattie_professionali_degli_immigrati.pdf (consultato il 12 marzo 2026).
- IPPOLITO I., PERROTTA D., RAEYMAEKERS T. (a cura di) (2021), *Braccia Rubate dall'agricoltura. Pratiche di sfruttamento del lavoro migrante*, SEB 27, Torino.

- JACKSON J.E. (2005), *Stigma, Liminality, and Chronic Pain: Mind-Body Borderlands*, "American Ethnologist", Vol. 32 (3): 332-353.
- JAYE C., FITZGERALD R. (2010), *The Lived Political Economy of Occupational Overuse Syndrome among New Zealand Workers*, "Sociology of Health & Illness", Vol. 32 (7): 1010-1025.
- JEFFREY C. (2010), *Timepass: Youth, Class, and the Politics of Waiting in India*. Stanford University Press, Stanford, CA.
- KING R., LAZARIDIS G., TSARDANIDIS C. (a cura di) (2000), *Eldorado or fortress? Migration in Southern Europe*, Macmillan, Basingstoke.
- KIRSTOGLU E., SIMPSON B. (2020), *Introduction: The Time of Anthropology: Studies of Contemporary Chronopolitics and Chronocracy*, pp. 1-30, in KIRSTOGLU E., SIMPSON B. (a cura di), *The Time of Anthropology: Studies of Contemporary Chronopolitics*, Taylor & Francis, London.
- KRIEGER N. (2001), *Theories for Social Epidemiology in the 21st Century: An Ecosocial Perspective*, "International Journal of Epidemiology", Vol. 30: 668-677.
- LO CASCIO M. (2022), *Agricoltura, lavoro e migrazioni in Sicilia. Una ricerca etnografica sulla filiera olivicola*, PM edizioni, Savona.
- LO CASCIO M., PIRO V. (2018), *Ghetti e campi. La produzione istituzionale di marginalità abitativa nelle campagne siciliane*, "Sociologia Urbana e Rurale", Vol. 117: 12-36.
- LOCK M. (1990), *On Being Ethic: The Politics of Identity, Breaking and Making in Canada, or Nevra on Sunday*, "Culture, Medicine and Psychiatry", Vol. 14: 237-254.
- MANDERSON L., SMITH-MORRIS C. (2010), *Chronic Conditions, Fluid States: Chronicity and the Anthropology of Illness*, Rutgers University Press, New Brunswick, NJ.
- MAZZEO A. (2018), *The Temporalities of Asbestos Mining and Community Activism*, "The Extractive Industries and Society", Vol. 5 (2): 223-229, doi: org/10.1016/j.exis.2018.02.004.
- MCREADY B.W. (1837), *On the Influence of Trades, Professions and Occupations in the U.S. in the Production of Disease*, Transactions of the Medical Society of the State of New York, New York (The Johns Hopkins University Press, Baltimore, MD, 1943).
- MERLI S. (1973), *Proletariato di fabbrica e sistema industriale. Il caso italiano 1880-1900*, La Nuova Italia, Firenze.
- MINISTERO DELLE POLITICHE SOCIALI E DEL LAVORO (2015), *XV Rapporto Annuale gli stranieri nel mercato del lavoro in Italia*, <https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita-immigrazione/studi-e-statistiche/sintesi-xv-gli-stranieri-nel-mercato-del-lavoro-in-italia-2025> (consultato il 30 maggio 2026).
- MOLLONA M. (2009), *General Introduction*, pp. XI-XXVIII, in MOLLONA M., DE NEVE G., PARRY J. (a cura di), *Industrial Life and Work*, Berg, Oxford.
- MORETTI C. (2019), *Dolore illegittimo. Un'etnografia della sindrome fibromialgica*, Mefisto, Bologna.
- MUSO S., (2024), *La stagione dei diritti e le lotte per la salute*, pp. 45-58, in BIGATTI G. (a cura di), *Lavoro, sicurezza e salute nell'Italia delle Fabbriche*, Mimesis, Milano.
- NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH – NIOSH (2002), *The Changing Organization of Work and the Safety and Health of Working People*, No. 116, 1-800-356-4674.
- NETTLETON S. (2006), *"I Just Want Permission to Be Ill": Towards a Sociology of Medical Unexplained Symptoms*, "Social Science and Medicine", Vol. 62: 1167-1178.
- PARKER M., HARPER I. (2005), *The Anthropology of Public Health*, "Journal of Biosocial Science", Vol. 38 (1): 1-5.
- PARSONS T. (1952), *The Social System*, Tavistock, London.

- PEANO I. (2023), *Imbrigliamento e fuga nell'Italia contemporanea. Il lavoro agricolo dipendente nel Tavoliere e nella Piana di Gioia Tauro in prospettiva genealogica*, pp. 49-74, in PEANO I., SACCHI M. (a cura di), *Lavoro, mobilità, migrazioni Ripartire dal concetto di salariato imbrigliato*, "Cartografie sociali", Vol. VIII (15), Mimesis, Milano.
- PEANO I., SACCHI M. (a cura di) (2023), *Lavoro, mobilità, migrazioni Ripartire dal concetto di salariato imbrigliato*, "Cartografie sociali", Vol. VIII (15), Mimesis, Milano
- PIRO V., SANÒ G. (2017), *Abitare (ne)i luoghi di lavoro: Il caso dei braccianti rumeni nelle serre della provincia di Ragusa*, "Sociologia del lavoro", Vol. 146: 40-55, doi: <https://doi.org/10.3280/SL2017-146003>.
- PIRO V. (2021), *Migrant Farmworkers in "Plastic Factories". Investigating Work-Life Struggles*, Palgrave Macmillan, London.
- PIZZA G., RAVENDA A. (2016), *Esperienza dell'attesa e retoriche del tempo. L'impegno dell'antropologia nel campo. Introduzione*, "Antropologia Pubblica", Vol. 2 (1): 29-45. doi: [10.1473/anpub.v2i1.17](https://doi.org/10.1473/anpub.v2i1.17).
- QUESADA J., HART L.K., BOURGOIS P. (2011), *Structural Vulnerability and Health: Latino Migrant Laborers in the United States*, "Medical Anthropology", Vol. 30 (4): 339-362.
- RAMAZZINI B. (1713), *De Morbis Artificum Diatriba*, Patavi, Per Jo. Baptistam Conzattum (University of Chicago Press, Chicago, 1940).
- RAO P., ARCURY T.A., QUANDT S.A., DORAN A. (2004), *North Carolina Growers' and Extension Agents' Perceptions of Latino Farmworkers Pesticide Exposure*, "Human Organization", Vol. 63 (2): 151-161.
- ROSENAU M.J. (1935), *Preventive Medicine and Hygiene*, 6th ed., Appleton-Century, New York.
- SAYAD A. (2002 [1999]), *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Carocci, Roma.
- SANÒ G. (2018), *Fabbriche di Plastica. Il lavoro nell'agricoltura industriale*, Ombre corte, Verona.
- SANÒ G. (2022), *The Eternal Return of Normality. Invisibility and Essentiality of Migrant Farmworkers Before and During the Covid-19 Pandemic*, "Anuac", Vol. 11 (2): 151-174. doi: [10.7340/anuac2239-625X-4930](https://doi.org/10.7340/anuac2239-625X-4930).
- SANÒ G. (2025), *Le stratificazioni migratorie alla luce del nesso tra politiche migratorie e politiche del lavoro in Italia*, "Archivio antropologico mediterraneo", Vol. 28 (1): 1-21, doi: <https://doi.org/10.4000/145on>.
- SANÒ G., DELLA PUPPA F., STORATO G. (a cura di) (2024), *Claiming Time: Refugees and Asylum Seekers Dealing with the Production of Different Temporal Regimes by Asylum and Reception Policies*, "Journal of International Migration and Integration": Vol. 25: 1-7, doi: <https://doi.org/10.1007/s12134-024-01160-x>.
- SAXTON D.I., STUESSE A. (2018), *Workers' Decomensation: Engaged Research with Injured Im/Migrant Workers*, "Anthropology of Work Review", Vol. 39 (2): 65-78.
- SEMPREBON M., MARZORATI R., GARRAPA A. (2017), *Governing Agricultural Migrant Workers as an "Emergency": Converging Approaches in Northern and Southern Italian Rural Towns*, "International migration", Vol. 55: 6.
- SHARMA S. (2014), *In the Meantime: Temporality and Cultural Politics*, Duke University Press, Durham.
- SCHEPER-HUGHES N. (1992), *Death without Weeping. The Violence of Everyday Life in Brazil*, University of California Press, Berkeley.
- SIGERIST H.E. (1946), *The University at the Crossroads*, Schuman, New York.
- SIGERIST H.E. (1960), *Remarks on Social Medicine in Medical Education*, pp. 360-368, in ROEMER M.I. (a cura di), *On the Sociology of Medicine*, MD Publications, New York.
- SINCLAIR U. (1906), *The Jungle. A Signet Classic*, New American Library, New York.

- SINGER M. (2024), *Occupational Syndemics & the Anthropology of Work*, "Society for Anthropology of Work", <https://anthrowork.org/interventions/occupational-syndemics-and-the-anthropology-of-work/>, (consultato il 1 febbraio 2026).
- SINGER M., CLAIRE S. (2003), *Syndemics and Public Health: Reconceptualizing Disease in Bio-social Context*, "Medical Anthropology Quarterly", Vol. 17: 423-241.
- SINGER M., BAER H. (2011), *Introducing Medical Anthropology: A Discipline in Action*, AltaMira Press, Lanham.
- TICKTIN M. (2011), *Casualties of Care: Immigration and the Politics of Humanitarianism in France*, University of California Press, Berkeley.
- UNTERBERGER A., (2018), "No One Cares if You Can't Work": *Injured and Disabled Mexican-Origin Workers in Transnational Life Course Perspective*, "Anthropology of Work Review", Vol. 39 (2): 105-115.
- VINEIS P. (1990), *Modelli di rischio. Epidemiologia e causalità*, Einaudi, Torino.
- WILSON N.G. (1980), *Medical History without Medicine*, "Journal of the History of Medicine", Vol. 1, 1980: 5-7.
- YOUNG J.H. (1985), *The Pig That Fell into the Privy: Upton Sinclair's The Jungle and the Meat Inspection Amendments of 1906*, "Bulletin of the History of Medicine", Vol. 59: 467-480.
- WORLD HEALTH ORGANISATION & INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION (2021), *WHO/ILO Joint Estimates of the Work-related Burden of Disease and Injury, 2000-2016*, World Health Organization, Genève.

Schede delle Autrici

Veronica Buffon, nata a Tradate (VA) il 27 ottobre 1981, è antropologa, docente a contratto presso l'Università di Messina. È stata assegnista di ricerca presso il Dipartimento di Scienze Cognitive, Psicologiche, Pedagogiche e Studi Culturali dell'Università di Messina, nel progetto PRIN PNRR *InMigrHealth: Investigating Migrants' Occupational Health*. Ha conseguito il dottorato in Antropologia presso l'Università di Exeter (UK) con una ricerca sulle pratiche di cura, pluralismo medico e violenza tra le donne curde nel sud-est della Turchia (Bakur, Kurdistan settentrionale). Ha svolto attività di ricerca e insegnamento in diverse istituzioni accademiche in Italia, Qatar e Regno Unito. Le sue ricerche si collocano nell'ambito dell'antropologia della salute e della medicina e riguardano migrazioni forzate, disuguaglianze sanitarie, genere e violenza.

Giuliana Sanò è nata a Messina il 28 dicembre del 1986. Attualmente è Professoressa Associata in Antropologia sociale e culturale presso il Dipartimento COSPECS dell'Università di Messina dove, nel 2015, ha conseguito un Dottorato di ricerca in Antropologia sociale e studi storico linguistici. Ha collaborato con diverse Università e Istituti di ricerca nazionali e internazionali. Ha condotto ricerche etnografiche in Sicilia, Calabria, Trentino e Veneto. I suoi principali oggetti di studio includono le migrazioni internazionali, il lavoro migrante, il sistema di accoglienza per rifugiati e richiedenti asilo, la mobilità interna dei e delle migranti e le trasformazioni sociali in ambito urbano e rurale. È autrice del volume *Fabbriche di Plastica. Il lavoro nell'agricoltura industriale*. Ha pubblicato su riviste internazionali ("Social Anthropology", "Ethnography", "Journal of Modern Italian Studies") e sulle principali riviste nazionali. È co-direttrice

della Collana *Ritratti* (Rosenberg & Sellier) e della Collana *Migrazioni, mobilità, sconnessioni* (Ca' Foscari Edizioni). È PI del progetto Prin 2022Z2T23H_001 *MiDi Work: Migrant Digital Work* e RU UniMe del progetto Prin 2022PNRR_P20225JPYN_002 *InMi-grHealth: Investigating Migrants' Occupational Health*.

Riassunto

Temporalità e sindemia occupazionale. La salute dei lavoratori agricoli della Fascia Costiera Trasformata

Situando al centro dell'indagine la salute occupazionale dei braccianti agricoli impiegati nella Fascia Costiera Trasformata della Sicilia sud-orientale, il contributo rilegge la relazione tra salute, migrazioni, luoghi di lavoro e "violenza occupazionale". A rendere possibile tale rilettura è la lente interpretativa del tempo e, in particolare, il tentativo di temporalizzare la malattia lavoro-correlata, laddove la mobilità dei lavoratori interviene a complicare i tradizionali quadri diagnostici e le classificazioni socialmente accettate. Una breve ricostruzione delle principali fasi della medicina occupazionale, insieme alla discussione dei principali riferimenti teorici, fa da sfondo alle traiettorie migratorie e di salute restituite attraverso vignette etnografiche ambientate nei servizi dedicati alla salute dei braccianti.

Parola chiave: Migrazione, Salute occupazionale, Sindemia, Agricoltura, Sicilia

Resumen

Temporalidad y sindemia ocupacional. La salud de los trabajadores agrícolas de la Fascia Costiera Transformada

Al situar en el centro de la investigación la salud ocupacional de los trabajadores agrícolas empleados en la Fascia Costiera Transformada, en el sudeste de Sicilia, esta contribución relea la relación entre salud, migraciones, lugares de trabajo y «violencia ocupacional». Esta reinterpretación es posible gracias a la lente interpretativa del tiempo y, en particular, al acto de temporalizar la enfermedad relacionada con el trabajo, donde el elemento de la movilidad interviene para complicar los marcos diagnósticos tradicionales y las clasificaciones socialmente aceptadas. Una breve reconstrucción de las fases que han atravesado históricamente la historia de la medicina ocupacional, acompañada de una presentación de los principales marcos teóricos, constituye el trasfondo de las trayectorias migratorias y de salud retratadas en las viñetas etnográficas situadas en los servicios dedicados a la salud de los trabajadores agrícolas presentadas en el texto.

Palabras clave: Migración, Salud ocupacional, Sindemia, Agricultura, Sicilia

Résumé

Temporalité et syndémie occupationnelle. La santé des travailleurs agricoles de la Fascia Costiera Trasformatata

En plaçant au centre de l'enquête la santé au travail des ouvriers agricoles employés dans la Fascia Costiera Trasformatata, dans la Sicile sud-orientale, cette contribution propose une relecture de la relation entre santé, migrations, lieux de travail et «violence occupationnelle». Cette relecture devient possible grâce au prisme interprétatif du temps et, plus précisément, à l'acte de temporaliser la maladie liée au travail, dans la mesure où l'élément de la mobilité vient compliquer les cadres diagnostiques traditionnels et les classifications socialement admises. Une brève reconstruction des phases qui ont historiquement traversé l'histoire de la médecine du travail, accompagnée d'une présentation des principaux cadres théoriques, constitue l'arrière-plan des trajectoires migratoires et de santé représentées dans les vignettes ethnographiques situées dans les services dédiés à la santé des ouvriers agricoles présentées dans le texte.

Mots-clés: Migration, Santé au travail, Syndémie, Agriculture, Sicile

Abitare l'incertezza

L'epilessia nel ciclo aperto tra corpo, mondo e cura

Giancarlo Di Gennaro

IRCCS NEUROMED, Pozzilli (IS), Italia

[gdigennaro@neuromed.it]

Andrea Tomasini

Associazione Italiana Epilessia (Italian Epilepsy Association), Community Council of International Bureau for Epilepsy, Rome, Italy

[tomasini39@hotmail.com]

Abstract

Dwelling in Uncertainty: Epilepsy in the Open Cycle Between Body, World, and Care

This article explores the notion of healing in epilepsy from a phenomenological, anthropological and existential perspective. Going beyond the clinical definition of seizure freedom, it proposes a complex and relational vision of healing. The concept of "salumorphosis" is introduced to describe the dynamic continuum between health and illness. The article stresses the need for a medical model able to accompany patients through the silence following remission. Narrative medicine and medical anthropology offer crucial tools to understand and support the identity transformation involved in healing.

Keywords: epilepsy, healing, phenomenology, medical anthropology, salumorphosis

«...l'affermazione dell'eternità del tutto stabilisce la sorte di ciò che scompare: esso continua ad esistere eterno, come un sole dopo il tramonto...» (*Emanuele Severino*).

«...mentre io invece guarirò, io non mi sono rassegnato, io voglio, capite, voglio tornare come prima» (*Dino Buzzati*).

La "guarigione" nell'epilessia mette in discussione le categorie operative della medicina contemporanea nonché i fondamenti epistemologici della relazione terapeutica. La posizione della medicina biologica si fonda sul concetto di "risoluzione", che nella definizione della International League

Against Epilepsy (ILAE) corrisponde all'assenza di crisi per almeno dieci anni, di cui gli ultimi cinque senza assumere farmaci anticrisi, oppure al superamento spontaneo di una sindrome epilettica legata all'età (FISHER *et al.* 2014). Questo criterio pragmatico serve a distinguere i pazienti che non necessitano più di trattamento (e di conseguenza neanche di attenzione medica) da quelli con malattia in corso, ma non implica una vera "guarigione" nel senso biologico tradizionale poiché la predisposizione sottostante alle crisi può persistere, nel senso di un rischio di avere di nuovo crisi che rimane comunque più alto di quello della cosiddetta popolazione generale, anche dopo un lungo periodo di benessere.

Tuttavia, limitarsi al significato clinico-operativo della guarigione non è sufficiente per comprendere la complessità dell'esperienza vissuta. L'epilessia è una malattia peculiare anche perché, quando si manifesta, spesso non c'è per chi la subisce. La perdita di coscienza, parziale o totale, rende l'evento critico una cesura nel tempo soggettivo. Il paziente sa di aver avuto una crisi molto spesso non per esperienza diretta, ma per rimando del suo incontro con l'Altro da sé: attraverso i segni lasciati sul corpo, il racconto di chi era presente, le conseguenze, nell'accezione più larga del termine, che l'evento ha prodotto sulla realtà.

In questa prospettiva, l'epilessia espone la tensione tra la vita biologica (*zoē*) – la gestione del corpo, la prevenzione delle crisi – e la vita biografica (*bios*) – l'esperienza narrativa, le relazioni sociali, la costruzione dell'identità. Come osserva Didier Fassin (2019, 2023), la distinzione tra questi due livelli permette di connettere la dimensione individuale alla realtà politica e sociale: la guarigione non è solo assenza di crisi, ma il reinserimento della persona in un contesto di diritti, opportunità e relazioni sociali.

In questo senso, l'epilessia eccede i confini dell'organismo dove essa nasce: interrompe la continuità simbolico-narrativa dell'esperienza, altera la percezione di sé e del proprio corpo, attraversa la biografia individuale per ricadere sul mondo. All'interno di una cornice fenomenologico-esistenziale, la persona con epilessia non è semplicemente un paziente con una patologia cronica, ma un individuo che spesso ha dovuto imparare a definire un significato personale del Sé attraverso la malattia, che ha integrato le crisi nella propria esperienza, che ha costruito strategie identitarie e relazionali attorno a una condizione percepita come instabile, imprevedibile, stigmatizzante. Una dimensione di incertezza radicale se non ontologica, appunto, di essere nel mondo.

Le osservazioni riportate in questo contributo derivano dall'esperienza clinica diretta degli autori e da attività etnografiche specifiche. Uno degli autori (GDG), neurologo epilettologo, ha raccolto impressioni durante circa 25 anni di pratica presso un centro terziario per la diagnosi e cura dell'epilessia, che include anche la pratica della chirurgia dell'epilessia e della neuromodulazione, terapie avanzate e gestione di trial sperimentali. Questo contesto permette di confrontarsi non solo con pazienti in condizioni di libertà dalle crisi, ma anche con le complessità emergenti nel cosiddetto *burden of normality*, ossia lo spaesamento, l'ansia e la ridefinizione del sé che possono insorgere quando la malattia cessa di scandire il ritmo della vita quotidiana (PERRY, BENATAR 2020). L'altro autore (AT), giornalista e dirigente di un'associazione italiana per l'epilessia, ha contribuito con la propria esperienza nella relazione con pazienti e famiglie, osservando l'importanza di figure di continuità terapeutica come il medico di base, che accompagna la persona anche nel "silenzio" successivo alla remissione clinica, diventando uno spazio relazionale e culturale in cui sostenere la rinegoziazione del progetto di vita (COULHEAN 2003; MANDERSON, SMITH-MORRIS 2010). Entrambi gli autori hanno inoltre partecipato a un progetto di implementazione di un ambulatorio per epilessia in Guinea-Bissau, conducendo anche interviste narrative con pazienti e caregiver, supportati da una neuropsicologa/psicoterapeuta, un altro neurologo del team italiano e mediatori culturali. Queste esperienze hanno permesso di osservare direttamente le dimensioni relazionali, sociali e culturali della malattia e della guarigione, fornendo un contesto empirico e etnografico solido alle riflessioni presentate. La complessità della guarigione si coglie anche attraverso il confronto con altre condizioni croniche: Helander, nel saggio *Disability as Incurable Illness: Health, Process, and Personhood in Southern Somalia* (1995), mostra come in contesti di disabilità cronica la categoria di guarigione sia culturalmente ambigua, mentre Reynolds Whyte, nel saggio *Constructing Epilepsy: Images and Contexts in East Africa* (1995) evidenzia come l'epilessia sia costruita socialmente attraverso immagini, discorsi e pratiche locali, intrecciando categorie biomediche, cosmologie locali e reti relazionali. Le crisi non sono quindi solo eventi medici, ma momenti in cui si negoziano significati morali, sociali e identitari.

Parlare di "guarigione" in questo contesto implica qualcosa di più che il controllo sintomatologico: significa un mutamento dell'orizzonte esistenziale e di conseguenza fare anche i conti col proprio progetto di mondo. Anche quando le crisi scompaiono, grazie a interventi chirurgici, terapie farmacologiche avanzate o tecniche di neuromodulazione, il cambiamento

non è necessariamente vissuto come liberazione. Talvolta, l'assenza delle crisi genera spaesamento, inquietudine, senso di vuoto (PERRY, BENATAR 2020). Dopo anni in cui la malattia ha scandito il ritmo dell'esistenza col suo... "rumore", il "silenzio" successivo può essere destabilizzante. È un silenzio denso, che chiede di essere interpretato, un silenzio che apre un nuovo capitolo della vita, ma non ne fornisce le istruzioni, un definirsi ancora sulla mancanza di qualcosa e non, o non ancora, sull'apparizione di qualcos'altro. Nell'epilessia, così come la malattia si definisce anche nell'"incontro" con ciò o chi è Altro da sé, così anche la "guarigione" finisce con il richiedere, per definizione, il cimentarsi con un lasciapassare che è rilasciato nel rapporto con il mondo. Nulla, né l'ammalarsi di epilessia né il guarirne, nessuna delle due fasi, si definisce e si esaurisce nello spazio dell'individuo. L'epilessia è una di quelle patologie che oltre al dato organico implica l'esclusione sociale: l'eventuale guarigione solo *biologica* non mette capo alla "reintegrazione nell'esistenza". Esistono infatti delle "configurazioni patologiche in cui non è possibile pensare alla guarigione nel senso tradizionale di fine e nuovo cominciamento", per cui coerentemente non è possibile «concepire il rapporto tra medico e malato come un rapporto tra un tecnico competente e un meccanismo difettoso» (CANGUILHEM 2007).

Infine, l'esperienza della guarigione deve essere letta anche in chiave sociale e politica: il reinserimento nella vita quotidiana dipende dall'accesso a risorse, dal riconoscimento sociale e dalla possibilità di esercitare diritti fondamentali. Come nota Fassin, la vita non è neutra e la biografia del paziente è modellata dalle strutture di potere e dalle disuguaglianze (FASSIN 2019, 2023).

Guarire, allora, non è un ritorno a uno stato precedente, ma una trasformazione relazionale profonda. È ancora la prosecuzione di un viaggio in un territorio in fondo sconosciuto, in cui si abbandona l'abito identitario che la malattia aveva cucito addosso e si cerca una nuova veste simbolica. È necessario reimmaginarsi, rinarrare la propria storia, riconciliarsi non solo con un corpo che non invia più segnali di allarme sebbene de-formato di memoria patologica, ma anche con il mondo. Come riorganizzare il mondo della vita quando manca ciò che per anni l'ha strutturato? Come ridefinire la relazione con il mondo, con gli altri, e anche con la medicina e i suoi sacerdoti?

La guarigione richiede immaginazione e pragmatismo. L'immaginazione consente di proiettarsi verso un futuro liberato dalla gabbia dei sintomi, di

ricostruire un progetto esistenziale. Il pragmatismo impone di fare i conti con la fragilità di questa libertà, con il rischio di recidive, con gli effetti collaterali, con i residui psicosociali della malattia. E anche con il destino del piano biologico, non facilmente assorbibile o emendabile in costrutti di significato più olistici. È nella tensione tra questi due poli che può emergere una forma autentica di guarigione: non la rimozione dell'esperienza della malattia, ma la sua trasformazione in consapevolezza, in sapere, in capacità di abitare l'incertezza costruita su un *Untergrund* biologico. La salute non è condizione garantita per sempre, ma un equilibrio fragile e in continuo mutamento. Nessun progresso scientifico o istituzione potrà mai proteggerci totalmente dalla nostra vulnerabilità. «La salute non è una costante di soddisfazione ma l'a priori del potere di affrontare situazioni pericolose» e l'incertezza sulle nostre capacità fisiche e relazionali è parte integrante dell'essere umani (CANGUILHEM 2007).

Ed è forse proprio l'incertezza la condizione strutturale dell'epilessia, sia sul piano clinico che su quello fenomenologico-esistenziale. Le crisi sono per loro natura imprevedibili, intermittenti, spesso invisibili agli altri (se lievi o se gli altri non assistono agli episodi o non li sanno guardare), ma profondamente invasive. Anche quando cessano, lasciano dietro di sé un paesaggio psichico segnato dalla ipervigilanza (nel senso dell'attesa ansiosa), dalla paura del ritorno, dalla difficoltà a fidarsi del presente. L'idea stessa di essere "guariti" resta ambigua, sospesa tra desiderio e diffidenza. Alcuni pazienti riferiscono di sentirsi paradossalmente più insicuri quando le crisi scompaiono, come se venisse meno un elemento doloroso, ma stabile, della propria identità.

Guarire, allora, significa rinegoziare il senso della propria esperienza. Non è solo un fatto clinico, ma una pratica simbolica (DI GENNARO 2025a; GIANCRISTOFARO 2025). Questo concetto trova riscontro in molte pratiche di cura tradizionali, in cui guarire non significa eliminare un sintomo, ma ricostruire un equilibrio. In molte culture arcaiche o tradizionali, la salute è concepita come armonia tra corpo, spirito, comunità e ambiente; la malattia è disarmonia, rottura, separazione, la guarigione è ricostruzione di una nuova armonia (COULEHAN 2003). La guarigione non è un evento binario, ma un processo dinamico che si sviluppa lungo un continuum fluido, che potremmo chiamare "salumorfosi". Il termine nasce dall'unione di salu-, dal latino *salus*, "salute" o "benessere", e-morfosi, dal greco *morphōsis* (μορφωσις), "formazione" o "trasformazione". Così, salumorfosi descrive un processo continuo di trasformazione dello stato di salute: la guarigione

non è uno stato fisso, ma un mutare progressivo lungo un continuum tra salute e malattia.

In questa prospettiva, il sentirsi bene o male non si definisce mai in termini assoluti, ma emerge e si ritrae continuamente nella coscienza, manifestandosi nel modo in cui ci presentiamo al mondo e intrecciandosi profondamente con i processi biologici sottostanti. Questi processi, pur spesso invisibili alla percezione immediata, costituiscono un substrato costante e imprescindibile della nostra esperienza.

In questo intreccio, esperienza soggettiva e realtà biologica non si escludono, ma si sostengono reciprocamente, dando vita a una condizione di salute-malattia che appare come un'indistinzione ontologica: una realtà fluida e perennemente in trasformazione, in cui nulla diviene in senso assoluto, ma tutto si manifesta in un ciclo continuo di apparizione e scomparsa, un entrare e uscire dal cerchio del mostrarsi suggerendo di ripensare la cronicità come una condizione fluida la cui concettualizzazione supera l'approccio esclusivamente biomedico per abbracciare quello antropologico esistenziale. Lo stato di salute raramente segue una «traiettoria media» (*average trajectory*) e ogni «condizione autolimitante spesso si verifica contemporaneamente e può interagire con altre condizioni» nell'intreccio vitale di cui fa esperienza la persona (MADERSON, SMITH-MORRIS 2010).

La dinamica della salumorfosi non nega l'esistenza concreta delle malattie, ma ne sottolinea la natura non lineare, mostrando la co-presenza di momenti di salute e di "dissalute". La condizione umana appare così sospesa tra differenze e somiglianze indistinte, mai del tutto stabile né completamente risolta, in un processo continuo di trasformazione e rinascita. Una prospettiva che si avvicina alla teoria salutogenica di Antonovsky, secondo cui salute e malattia non sono condizioni opposte ma poli dinamici di un sistema: la capacità di mantenere un senso di coerenza fatto di comprensibilità, gestibilità e significatività è ciò che consente all'individuo di affrontare le avversità, di dare senso alla propria esperienza, di riconoscersi ancora progetto vivente, nonostante tutto (ANTONOSKY 1987).

In questo scenario, la relazione terapeutica diventa uno spazio decisivo di trasformazione. Tuttavia, la medicina contemporanea – iperspecializzata, tecnologizzata, standardizzata – fatica a gestire la dimensione della salute. Essa è strutturalmente orientata alla gestione della malattia, dell'urgenza, del dato misurabile. I professionisti sanitari sono formati per agire sulla patologia, ma spesso privi di strumenti per accompagnare il paziente nella

complessità della remissione, nel vuoto che segue la guarigione clinica. Eppure, è proprio lì che si gioca una parte decisiva del percorso di cura.

Occorre recuperare un modello di medicina capace di stare dentro la quotidianità del paziente, di accompagnare nel tempo e non solo intervenire nell'evento. L'archetipo del medico di famiglia – non come figura nostalgica o peggio paternalistica, ma come paradigma relazionale – incarna questa continuità: è colui che attraversa la vita ordinaria, che costruisce alleanza, che ascolta il non detto, che vede l'insieme e non solo la parte, che può arrivare a... “mangiare insieme” al paziente, fatto che nella cultura dei meridionali del mondo è suggello di fiducia e ammissione al microcosmo di una rete di relazioni e di significato. È forse l'unica figura, oggi purtroppo molto spesso dissacrata e contaminata dai burocratici paradigmi di cura, che saprebbe abitare l'ambivalenza della salute, che può riconoscere la fragilità della guarigione e accogliere la persona più della patologia, osservata, come attraverso un grandangolo, più “da lontano”, spesso anche per l'insufficiente “accesso” ai dati biologici appannaggio degli iperspecialisti (DI GENNARO 2025b).

In un sistema sanitario frammentato, la domanda di una medicina che sappia accompagnare il paziente e non semplicemente risolvere il problema clinico, non si è affatto esaurita. Essa riemerge con forza, spesso in ambiti affini alla medicina, come la sociologia medica e in particolare l'antropologia medica, dove l'alleanza terapeutica è intesa come uno spazio relazionale e “culturale” in cui co-costruire il significato stesso della guarigione. Proprio in questo ambito, l'antropologia medica può offrire un contributo fondamentale, restituendo centralità all'esperienza soggettiva del paziente nell'agire clinico. In questo senso, la tradizionale dicotomia tra salute e malattia, che costituisce il paradigma su cui si fonda gran parte della medicina moderna, si rivela insufficiente per comprendere appieno la condizione di chi ha vissuto l'epilessia cronica e si ritrova improvvisamente libero dalle crisi. La prospettiva salutogenica di Antonovsky ci offre una chiave interpretativa più adeguata: nessuno è mai del tutto sano o completamente malato, ma ci muoviamo tutti lungo traiettorie di senso, di resilienza, di ricomposizione.

Dal punto di vista operativo, la “salumorfosi” può guidare pratiche cliniche interdisciplinari, in cui neurologia, psicologia e antropologia medica collaborano: il neurologo monitora il rischio di recidiva e gestisce farmaci o interventi, lo psicologo accompagna la rielaborazione identitaria post-crisi, mentre l'antropologia medico osserva e sostiene le relazioni sociali e

culturali della remissione. Strumenti concreti includono follow-up personalizzati, diari narrativi, gruppi di pazienti e programmi di empowerment, in cui la guarigione è vissuta come processo di trasformazione e non come semplice cessazione dei sintomi.

In questa visione, anche la morte trova spazio come parte del ciclo vitale, e non come anomalia da esorcizzare. Il rischio di SUDEP (*Sudden Unexpected Death in Epilepsy*), ad esempio, è una realtà che deve essere affrontata con lucidità e umanità, non solo con protocolli e prevenzione (DI GENNARO 2025c). Una medicina veramente ospitale deve offrire strumenti simbolici per attraversare anche la finitudine. Guarire, dunque, non significa semplicemente sopravvivere, ma vivere in modo significativo, nella consapevolezza dei limiti. Significa ricostruire una narrazione del sé che tenga insieme ferite e conquiste, relazioni e silenzi, corpo e tempo.

In ultima analisi, guarire nell'epilessia non è uscire dalla malattia, ma trovare una nuova dimora per il proprio corpo, per la propria memoria e per il proprio futuro.

Bibliografia

- ANTONOVSKY A. (1987), *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*, Jossey-Bass, San Francisco, CA.
- CANGUILHEM G. (2007), Une pédagogie de la guérison est-elle possible?, pp. 13-26, in AA.VV., *L'Idee de guérison*, Nouvelle Revue de Psychanalyse, 17, 1978.
- COULEHAN J. (2003), *Metaphor and Medicine: Narrative in Clinical Practice*, "Yale Journal of Biology and Medicine", Vol. 76 (2): 87-95.
- DI GENNARO G., TOMASINI A., ABENI D., LABATE A., BONAVENTURA C.D. (2025a), *The Concept of Healing in Epilepsy: Balancing Imagination and Pragmatism*, "Epilepsy & Behavior", Vol. 168, 110410, doi: 10.1016/j.yebeh.2025.110410.
- DI GENNARO G., TOMASINI A., ABENI D., LABATE A., DI BONAVENTURA C.D. (2025b), *Response to: The Landscape of Uncertainty: Living, Healing and Dying with Epilepsy. Anthropological Reflections*, "Epilepsy & Behavior", in corso di stampa.
- DI GENNARO G., TOMASINI A., ABENI D., LABATE A., DI BONAVENTURA C.D. (2025c), *SUDEP: The Boundary between Risk, Care, and Uncertainty in Epilepsy*, "Epilepsy & Behavior", 110621, doi: 10.1016/j.yebeh.2025.110621.
- FASSIN D. (2019), *Le vite ineguali. Quanto vale un essere umano*, Feltrinelli, Milano.
- FASSIN D. (2023), *Ripoliticizzare il mondo. Studi antropologici sulla vita, il corpo e la morale*, Ombre Corte, Verona.
- FISHER R.S., ACEVEDO C., ARZIMANOGLU A., et al. (2014), *ILAE Official Report: A Practical Clinical Definition of Epilepsy*, "Epilepsia", Vol. 55 (4): 475-482, doi: 10.1111/epi.12550.
- GIANCRISTOFARO L. (2025), *The Landscape of Uncertainty: Living, Healing and Dying with Epilepsy. Anthropological Reflections*, "Epilepsy & Behavior", 2025; Nov:172:110671, doi: 10.1016/j.yebeh.2025.110671.

HELANDER B. (1995), *Disability as Incurable Illness: Health, Process, and Personhood in Southern Somalia*, pp. 170-185, in INGSTAD B., REYNOLDS WHYTE S. (a cura di), *Disability and Culture*, University of California Press, Berkeley, CA.

MANDERSON L., SMITH-MORRIS C. (2010), *Chronicity and the Experience of Illness*, pp. 1-18, in MANDERSON L., SMITH-MORRIS C. (a cura di), *Chronic Condition, Fluid States. Chronicity and the Anthropology of Illness*, Rutgers University Press, New Brunswick, NJ, London.

PERRY M.S., BENATAR M. (2020), *The Burden of Normality After Epilepsy Surgery*, "Epilepsy & Behavior", Vol. 102, 106642, doi: 10.1016/j.yebeh.2019.106642.

REYNOLDS WHYTE S. (1995), *Constructing Epilepsy: Images and Contexts in East Africa*, pp. 226-245, in INGSTAD B., REYNOLDS WHYTE S. (a cura di), *Disability and Culture*, University of California Press, Berkeley, CA.

Schede degli Autori

Giancarlo Di Gennaro è nato a Teramo il 10 novembre 1964. Neurologo, dirige il Centro per la diagnosi e cura dell'epilessia presso l'IRCCS NEUROMED di Pozzilli (IS), uno dei principali centri italiani per il trattamento dell'epilessia farmacoresistente. La sua attività clinica e di ricerca si concentra sull'epilessia farmacoresistente, sui trattamenti farmacologici innovativi e sulla chirurgia dell'epilessia. È autore di oltre 200 articoli scientifici pubblicati su riviste internazionali indicizzate con Impact Factor, e svolge attività di peer-review per le più prestigiose riviste internazionali del settore. Il suo lavoro integra approcci clinici avanzati e una costante attenzione alla dimensione umana e sociale della malattia epilettica, con particolare interesse per le implicazioni esistenziali della libertà dalle crisi. Partecipa attivamente a studi multicentrici nazionali e internazionali, contribuendo allo sviluppo di modelli predittivi e strategie terapeutiche personalizzate.

Andrea Tomasini è nato a Roma nel 1962. Ricopre la carica di vicepresidente dell'Associazione Italiana Epilessia e componente del Community Council dell'International Bureau for Epilepsy. Giornalista, si è sempre occupato di comunicazione della salute e dello snodo tra scienza e società con particolare attenzione alle forme di azione collettiva messe in atto dalle associazioni pazienti e al trasferimento delle esperienze di malattia delle persone nell'agenda della ricerca scientifica. Si occupa di epilessia dal 1995 e di medicina narrativa dal 2007. Ha lavorato in aziende farmaceutiche e in agenzie di comunicazione. È stato consulente di Società scientifiche e Università in Italia e all'estero. Nel corso degli anni ha collaborato con numerose associazioni pazienti. Ha seguito l'epidemia di infezione da HIV sin dall'inizio potendo vedere in presa diretta, partecipando, la nascita e lo sviluppo dell'*advocacy* nel settore salute. È autore di numerosi saggi e articoli che mirano a coniugare la prospettiva biomedica con quella antropologico-esistenziale, nonché di una storia dell'*advocacy* in Italia.

Riassunto

Abitare l'incertezza: l'epilessia nel ciclo aperto tra corpo, mondo e cura

L'articolo esplora il concetto di guarigione nell'epilessia da una prospettiva fenomenologica, antropologica ed esistenziale. Superando la definizione clinica di guarigione come assenza di crisi, propone una visione complessa e relazionale del processo di cura. Viene introdotto il concetto di "salumorfosi" per descrivere il continuum tra salute e malattia, e si evidenzia la necessità di un modello medico capace di accompagnare il paziente anche nel silenzio che segue la remissione. La medicina narrativa e l'antropologia offrono strumenti per comprendere e sostenere la trasformazione identitaria implicita nella guarigione.

Parole chiave: epilessia, guarigione, fenomenologia, antropologia medica, salumorfosi

Resumen

Habitar la incertidumbre: la epilepsia en el ciclo abierto entre cuerpo, mundo y cuidado

El artículo analiza el concepto de curación en la epilepsia desde una perspectiva fenomenológica, antropológica y existencial. Más allá de la definición clínica de curación como ausencia de crisis, propone una visión compleja y relacional del proceso de cuidado. Se introduce el concepto de "salumorfosis" para describir el continuo dinámico entre salud y enfermedad. Se destaca la necesidad de un modelo médico que acompañe al paciente también en el silencio que sigue a la remisión. La medicina narrativa y la antropología médica ofrecen herramientas esenciales para comprender y apoyar la transformación identitaria que implica la curación.

Palabras clave: epilepsia, curación, fenomenología, antropología médica, salumorfosis

Résumé

Habiter l'incertitude: l'épilepsie dans le cycle ouvert entre corps, monde et soin

Cet article examine le concept de guérison dans l'épilepsie selon une approche phénoménologique, anthropologique et existentielle. Dépassant la définition clinique de l'absence de crises, il propose une vision complexe et relationnelle du processus de soin. Le concept de «salumorphose» est introduit pour décrire le continuum dynamique entre santé et maladie. L'article souligne la nécessité d'un modèle médical capable d'accompagner les patients dans le silence qui suit la rémission. La médecine narrative et l'anthropologie médicale apportent des outils précieux pour comprendre et soutenir la transformation identitaire que la guérison implique.

Mots-clés: épilepsie, guérison, phénoménologie, anthropologie médicale, salumorphose

Il Gran Tour di una psicoanalista

Francesco Scotti
Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli

MARIA LUISA ALGINI, *Viaggiare l'età tarda, sul valore della caducità*, Mimesis, Milano-Udine, 2024, 150 pp.

“Viaggiare l'età tarda” ha vinto il premio Gradiva del Comune di Lavarone, nel 2025, ed è stato scritto da una psicoterapeuta psicoanalista dell'infanzia, dell'adolescenza, della coppia.

Già nel titolo si avviano quegli slittamenti di senso che caratterizzano questo libro. Se l'età tarda è complemento di tempo allora la traduzione del titolo è “Si viaggia nell'età tarda”. Oppure è da considerarsi come un continente, o almeno un paese, in cui viaggiare? Non da meno il sottotitolo, in cui quello che comunemente ha un valore negativo, la *caducità*, assume positività proprio perché effimero. L'età tarda assume una inaspettata valorizzazione, soprattutto se ricordiamo l'opinione, ancora dominante, che la vecchiaia sia già per sé stessa una malattia. Si potrebbe continuare a giocare con le parole: tarda è anche in ritardo; ma rispetto a che cosa?

Quale exergo?

Dotati di questa riserva di interrogativi ci accingiamo a leggere il testo in cui il racconto oscilla continuamente tra lo stile del diario intimo e quello della guida turistica di qualità superiore; ma questa definizione suggerisce una indebita semplificazione. Che il libro non merita.

Ho cercato di non farmi condizionare dal disordine narrativo di questo testo, anche se riconosco che è fonte di un fascino particolare, simile a quello che l'Autrice subisce dalla visione dell'Islanda dove ghiacciai e vulcani si mescolano. Per questo ho raccolto in temi le tracce che sono sparse ovunque, con l'intenzione di identificare l'anima segreta di questo racconto.

Se fosse lecito immaginare un *exergo* per questo libro io sceglierei la parola *lutto* e riporterei il testo che troverete a p. 75: «Nel lutto non sono in campo

solo il dolore e il travaglio per un'esperienza traumatica di perdita. È che la morte dell'altro illumina un'intuizione altrimenti impossibile: noi non riusciamo a rappresentarci davvero la *nostra* morte». Se raccogliamo tutti i frammenti che si riferiscono al lutto ci troviamo davanti a una riflessione sulla morte, uno dei temi principali di questo libro.

La perdita, e l'impossibilità di elaborare il lutto, si esprimono in un tentativo di fermare il tempo, o nella caduta in uno stato inerziale con la perdita della propria identità. «Il lutto è un sisma che ti distrugge la casa che hai costruito in tanti anni e per di più sovverte tutta la geografia dei luoghi che parevano costituire rassicuranti punti di riferimento» (p. 71).

«Il lutto è un buio nell'identità, una ricerca della memoria di sé» (p. 72).

«Il lutto comporta il laborioso ricercare, discernere, riconoscere, fare qualcosa di fertile delle identificazioni e collusioni profonde che hanno intessuto la vita di coppia» (p. 74).

«Perché sono andata tanto in Oriente dopo la morte del mio compagno?... Credo perché, molto più che in Occidente e in altri continenti, lì ho respirato un'atmosfera che aiuta a sentirsi dentro il modo in cui si incontrano la vita e la morte, la natura e l'uomo, il tempo che continua e quello che finisce, il permanere della vita e il non permanere dei singoli esseri» (p. 121).

Troviamo ancora un'altra evocazione della morte e dei suoi riti: «Anche a Ladakh, quando si muore, permane il rito celebrato da monaci che hanno la funzione segreta di smembrare il corpo e di darlo agli avvoltoi perché ritorni alla natura. In mezzo alle campane rituali, vedi dei piccoli coni: sono creati con le ossa rimaste dei crani, triturate e impastate» (p. 87). E ancora: «Torna potente il ricordo di quando ho assistito al canto del *Libro dei morti* da parte di monaci tibetani di passaggio a Roma... È un canto, rivolto ai morenti, a coloro che stanno attraversando la soglia, cioè quel regno intermedio tra la vita che si sta abbandonando e la nuova nella quale ci si incarna» (*ibidem*).

Questo ci suggerisce una risposta alla domanda perché viaggi l'Autrice. «Ho viaggiato molto per il mondo, ancor più da quando il lutto ha rivoluzionato l'orizzonte della mia esistenza e la solitudine dell'estate mi ha spinto a incontrare altre terre, altri popoli, altre culture» (p. 7).

La macchina delle corrispondenze

La seconda impronta fondamentale che lascia questo testo deriva dalla possibilità di *esplorare contemporaneamente due mondi*, per i quali usiamo i termini convenzionali di mondo esterno e mondo interno, riportando ad unità l'esperienza. Infatti la narrazione di questo viaggio riguarda la geografia ma anche quel "continente ostico", diverso, mai esplorato, che è l'età avanzata. Quest'ultimo è un viaggio obbligato.

La macchina (nel senso di macchina teatrale, quella che, fin dal teatro greco, consente di avere sulla scena due rappresentazioni contemporanee) che caratterizza questo testo permette la perfetta corrispondenza tra percezione esterna (paese, paesaggio, passeggiata) e la percezione interna (ricordi, sentimenti, intuizioni su ciò che abitualmente si nasconde alla nostra coscienza).

Ciascun viaggio ha la sua evocazione. Naturalmente tutto ciò spingerebbe ad analizzare in questa chiave ogni racconto di viaggi. La questione che affiora è se ci sia uno specifico collegamento tra quel viaggio e quella determinata configurazione psichica; o se invece il viaggio sia solo l'occasione di una autoriflessione che corrisponde ai bisogni che quell'autore avverte come più impellenti. Per dirla con una formula: se viaggiamo per ritrovare noi stessi (ma potremmo inventare un'altra occasione); o se troviamo noi stessi perché viaggiamo (una migrazione di cui abbiamo bisogno per non inaridirci).

La macchina (nel detto senso di macchina teatrale) permette di presentificare contemporaneamente, sulla scena della lettura, anche le diverse istanze in gioco: la percezione, le associazioni che essa suscita, l'autocoscienza, la riflessione, la elaborazione teorica. Ci troviamo qui di fronte alla dichiarazione del senso che ha il viaggiare, forse come tentativo di riparazione ma anche come modo di riafferrare la propria vita passata.

Ho intitolato provocatoriamente questa recensione come il *grand tour*, perché mi è sorta la domanda quanto i viaggi degli intellettuali europei del Settecento rispondessero a bisogni emotivi prima che culturali, quanto nei viaggi apprendessero di sé stessi ma, soprattutto, da che cosa tentassero di allontanarsi o se riuscissero a venire a patti con qualcosa di oscuro che li perseguitava. Se si provasse questa ipotesi si potrebbe affermare che viaggiare, prima che il rimedio ad una mancanza, con l'esigenza di sperimentare e apprendere ciò che non si è mai avuto, è un celebrare il lutto, per contrastare una perdita.

Da queste riflessioni potrebbe derivare un affascinante contributo alla questione “assenza e mancanza” che tanto ha afflitto la filosofia moderna e la psicoanalisi contemporanea. Ma il merito dell’Autrice, qui come altrove, è di fermarsi sulla soglia di una elaborazione teorica che avrebbe inaridito la carica vitale di questo racconto.

Esplorazione dell’età avanzata

L’interesse per l’età avanzata ci permette di costruire un supplemento di antropologia, prima trascurata. Qui l’Autrice fa ricorso a una letteratura prevalentemente femminile per illustrare quella sessualità femminile dell’età avanzata che abitualmente non riceve molta attenzione. Cosa l’esperienza di questo periodo della vita ci dice sulla sessualità? Ci fa capire una sessualità che non è ridotta a genitalità ed è possibile parlare del desiderio e del destino delle pulsioni senza pregiudizi biologistici.

Ma non possiamo non confrontarci anche con la descrizione più impietosa del vecchio: la fragilità del corpo che viene in primo piano, ancor più durante la malattia; e poi anche il restringersi dell’orizzonte di vita. La solitudine e l’isolamento sono i vissuti di una stagione in cui si riducono le attività e gli interessi, si moltiplicano i sentimenti di perdita, si è dominati dalla noia, ci si abbandona alla rassegnazione (p. 63).

Parlare dell’età tarda comporta anche riflettere sul lamento; che è un fenomeno di ogni età ma in questa assume caratteri particolari: è legato a una nostalgia, ma somiglia molto al lutto. Qui viene in aiuto Freud, citato da *Lutto e Malinconia* (1915) «Il lamento del malinconico è un’accusa» (ivi: 109).

L’Autrice esplicita: «L’accusa verso qualcuno, oggetto di amore appassionato, che si è rivelato artefice di un tradimento o di un abbandono» (p. 102). E conclude: «Il lamento si profila come una sofferenza particolare, simile al lutto ma da esso molto diverso, non riguardando una morte reale. Denuncia un vuoto disperante, che acceca e immobilizza, sfuggendo ogni ragione» (*ibidem*).

L’unica via per uscire da questo immobilismo è raccontare, ritessere quanto vissuto nella propria vita; e utilizzare la nuova conoscenza per il proprio lavoro, come afferma l’Autrice quando pone come ideale l’atteggiamento di Freud, il quale si augurava di morire con le armi addosso (citava il Macbeth di Shakespeare), cioè continuando a lavorare (Lettera al pastore Pfister) (p. 66).

«Che cosa può cambiare a questa età?» le chiede una paziente di 60 anni. La risposta è: Se non ora, quando? Già la domanda è la dichiarazione di un bisogno e la risposta misura la preziosità del tempo, che è tale proprio perché ristretto. È una risposta che paziente e analista condividono. E qui una parabola evangelica esemplifica la condizione in cui questo passaggio avviene: attraverso una porta stretta si accede alla salvezza, nel momento in cui si apre e senza portarsi troppo appresso: rapidità e leggerezza diventano le qualità di cui bisognerà essere dotati per non perdere l'ultima occasione che ci è data al fine di riconquistare la propria vita. Perché l'età tarda è segnata dalla domanda: che ne ho fatto della mia vita? A cui bisogna dare una risposta, che è il lavoro per riconquistare la vita, che è quella attuale. «Il tentativo di focalizzare alcuni stati interiori sull'avanzare degli anni si alterna a una sensazione di sperdimento. Perché si realizza che non c'è un'età tarda. Piuttosto un'infinità di età tarde, in esse un'infinità di variabili, posizioni, climi emotivi, vicissitudini di salute e malattia». Ognuno ha la sua: non solo all'interno di una stessa vita l'età tarda assume pesi e significazioni che mutano di ora in ora, di giorno in giorno, di anno in anno. I viaggi sono esperienze che facilitano una comprensione. Qui si introduce l'esperimento che è la scrittura sul viaggio: essa è una meditazione su di esso; è ciò che, al di là delle immagini, permette di coglierne il significato, di integrarlo nella propria vita, strappandolo al limite dei suoi confini. Questo si può dire per ogni scrittura, in generale. Vale forse la pena ricordare che Leopardi dava una etimologia della parola per cui il significato primitivo di meditare sarebbe curare, medicare.

Ma una volta che si è riconosciuto dolorosamente il proprio lato oscuro questa esperienza porta a far risaltare ancora di più la parte fulgida. Conclude l'Autrice che questo è uno dei frutti più delicati e preziosi delle età tarde. Molto di tutto questo è sintetizzato nel termine giapponese *nagori*: gli ultimi frutti, quelli che restano sulle piante, dopo la raccolta, quelli che giungono a maturazione più lentamente ma possiedono forse una qualità e un sapore speciali; ma indica anche "un resto", la presenza di qualcosa che non c'è più, che appartiene a un tempo oramai tramontato. È ciò che sopravvive in noi di qualcuno che se ne è andato, per poco o per sempre (p. 16).

Il viaggio come disciplina per la vita

Come ho già accennato i viaggi geografici, le culture conosciute e le storie che vi si incontrano forniscono le categorie anche per esplorare quel continente del tutto personale, che è l'età tarda della vita: scoprire se esso è stato un continente prigioniero o un luogo di rifugio, o altro. Le tracce dei viaggi reali sono immaginari segnava nella terra incognita. Nel viaggiare il corpo e l'anima devono trovare un nuovo assestamento e così pure deve avvenire nel passaggio a questa ultima età. Viaggiare è anche viaggiare nel tempo, acquisendo il sentimento del suo trascorrere e della durata.

Ma cosa esprimono i luoghi visitati? Qui c'è il tentativo di trovare per ciascun luogo, per ciascuna civiltà, il punto centrale rispetto al quale tutto si orienta. Ad esempio per l'India è il modo ciclico di vivere il tempo, circolare non lineare, come invece noi siamo abituati a pensarlo; Buddha insegna a trasformare, o almeno a sospendere, l'angoscia, il dolore, il terrore; a Varanasi e sul Gange: la rappresentazione della fede, della morte, con i corpi che vengono affondati nella corrente, i corpi che bruciano. E anche qui non vi è estraneità ma sintonia attraverso la condivisione della cremazione, che è quella del suo compagno di vita (p. 24). L'Australia provoca "lo spaesamento perturbante" (dell'essere improvvisamente in un'altra terra, arrivati in volo), assomiglia alla percezione che si ha in certi momenti del tempo della vita. «Quando ti meravigli di come sono volati gli anni» (p. 13). L'Islanda dà l'esperienza del primordiale, dell'inizio del mondo; sa di cosa appena creata. L'esperienza dell'Islanda stimola due pensieri: cosa sarà il primordiale della nostra vita? Il secondo pensiero è: «Il bollire della terra che convive con la neve e il ghiaccio fa pensare che la vita non è ordine, calma, tranquillità ma un disordine che cerca incessantemente momenti di equilibrio» (p. 50).

Ancora una volta il risultato è la scoperta delle somiglianze tra mondo geografico e mondo mentale. «Sia per la terra che per gli umani è indecidibile il confine tra quanto viene dall'interno – per noi un corredo di fattori trasmessi nell'eredità biologica e psichica – e la trasformazione risultante dall'impatto di quanto arriva da fuori: per la terra i fattori climatici, per noi l'ambiente e le relazioni affettive» (p. 51).

Se i viaggi continuano come attuazione di una ricerca suggeriscono anche la domanda che esprime l'inesauribilità della ricerca: «Chissà quanto c'è da scoprire di quell'ecosistema particolare che è l'ultima parte della nostra vita» (p. 11). È un invito gioioso o il malinconico avvertimento che vi è troppo ancora da conoscere?

Metafore

Attraverso un'antologia di metafore l'Autrice descrive le caratteristiche del lavoro che sta portando avanti in questo libro. Io qui le ho raccolte insieme, estraendole dai vari capitoli. Una volta accostate creano una galleria di immagini che illustrano i principi di una via di elaborazione dell'esperienza. Se fosse lecito giocare sulle assonanze direi che oltre ad essere un campo metaforico è anche un campo semaforico, a indicare la varietà di operazioni che ci permettono di riconoscere le manifestazioni più preziose dell'attività mentale.

Opus incertum: la mente quando si interroga su quanto ha vissuto nello scorrere degli anni, esperienze, sentimenti, pensieri forti e frammentati, che stanno insieme in modo sconnesso e imperfetto.

Il lavoro dell'ago: c'è un bisogno di continuare a ricreare il tessuto della propria esistenza, elaborando insieme eventi esterni e interni, passati e presenti.

La funzione del rapsodo che rattoppa, cuce insieme pezzi dei racconti epici trasformando in canto il dolore che narra.

Il vasaio giapponese e la sua tecnica del *Kintsugi* che usa l'oro per mettere insieme i pezzi rotti del vaso.

Il viaggio analitico

La metafora del viaggio viene applicata anche a ciò che avviene in analisi. I pazienti sono visitati come paesi sconosciuti. Ma essi stessi raccontano la propria vita come un viaggio ed esplorano il proprio continente interno.

Ogni viaggio, anche qui, ha le sue difficoltà e le sue incertezze: «Ho cercato di procedere come in una luce incerta, mettendo a fuoco momenti di viaggi in continenti lontani, di esperienze psicoanalitiche ardue per l'intensità del dolore condiviso, flash su scrittori, poeti, artisti per una significatività» (p. 130). Ecco esemplificato un metodo di ricerca, che vale per tutti gli ambiti; anche nel lavoro analitico è possibile utilizzare le suggestioni che vengono dai viaggi e dalle letture. Non solo vale la notazione di Freud che i suoi casi somigliano a racconti di fantasia che gli scrittori hanno pubblicato, ma vale il principio che la poesia (nel senso generale di fare letterario) fornisce intuizioni che facilitano la comprensione delle vicende umane. Questa parte dell'esposizione costituisce anche una indicazione di metodo,

su come sia possibile trovare esplicitazioni del significato di aspetti particolari della vita anche in un genere che non appartiene alla scienza ma porta preziose testimonianze (p. 53). Il viaggio analitico è caratterizzato da:

- il non sapere cosa si incontrerà;
- imbattersi nel dolore e doverlo condividere;
- ricostruire un'integrità utilizzando anche le ferite dolorose;
- cercare i legami tra ciò che si incontra e le vicissitudini della propria vita.

Ma è anche una ricompensa del dolore patito, l'affermazione della necessità di passare attraverso la sofferenza per conquistare il senso degli eventi. Ed è questo un messaggio di un'analista ai propri pazienti. D'altra parte i pazienti mettono l'analista di fronte a una delle poste in gioco del lavoro analitico che si ripropone nell'età tarda, ossia il riconoscere e accettare la parte di inferno che ci portiamo dentro (p. 34).

Il valore fondamentale dell'analisi è descritto nella confessione finale. «Mi sono sentita per decenni una bambina tonta; solo attraverso l'analisi personale ho potuto riappropriarmi di angosce senza nome e di parti di me desertificate: che il continuare a elaborare questa tontaggine passava anche dall'occuparmi di bambini nella psicoterapia. Quello che si vive nella prima infanzia, quando ancora non si è formata una capacità di pensare pensieri, resta tutto lì, come un doloroso ingombro. Ma, una volta cresciuti, è anche una preziosissima fonte di conoscenza per sé e, possibilmente, per gli altri» (p. 108).

È questa l'ultima prospettiva, tra le tante che ho cercato di individuare, in cui posso leggere questo libro: un esempio di una autobiografia non convenzionale, consegnata in modo che l'età tarda diventi occasione di riassunto di tutta la vita anteriore; con la consapevolezza che questo è il momento in cui è possibile cogliere in profondità il senso della propria vita.

Bibliografia

FREUD S. (1915), *Lutto e malinconia*, in *Opere*, vol. VIII, Bollati Boringhieri, Torino.

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.

