

Speciale n.2-2020

DadA

Rivista di antropologia post-globale

**Corpo,
potere,
diritti**

Fondata e diretta da Antonio L. Palmisano

Direttore responsabile

Antonio L. Palmisano

Comitato scientifico

Luigi Alfieri, Alberto Antoniotto, Vito Antonio Aresta, Ariane Catherine Baghaï, Marco Bassi, Paolo Bellini, Brigitta Benzing, Emiliano Bevilacqua, Gianluca Bocchi, Davide Borrelli, Elena Bougleux, Patrick Boumard, Andreas Brockmann, Jan Mauritius Broekman, Mauro Ceruti, Margherita Chang Ting Fa, Domenico Coccopalmerio, Antonino Colajanni, Fabio de Nardis, Vincenzo Esposito, Adriano Fabris, Luisa Faldini, Michele Filippo Fontefrancesco, Guglielmo Forges Davanzati, Jorge Freitas Branco, Lia Giancristofaro, Vitantonio Gioia, Roberta Iannone, Michel Kail, Raoul Kirchmayr, Luigi Lombardi Satriani, Mariano Longo, Ulrich van Loyen, Sergio Estuardo Mendizábal García, Jean-Pierre Olivier de Sardan, Paolo Pagani, Maria Paola Pagnini, Cristina Papa, Leonardo Piasere, Dan Podjed, Ron Reminick, Gianluigi Rossi, Norbert Rouland, Antonio Russo, Ryuju Satomi, Maurizio Scaini, Fabrizio Sciacca, Siseraw Dinku, Bernhard Streck, Franco Trevisani, Giuseppe Vercelli, Han Vermeulen, Natascia Villani, Yoko Kumada, Martin Zillinger

Comitato di redazione

Stefan Festini Cucco, Anna Lazzarini, Katia Lotterio, Raffaella Sabra Palmisano, Simona Pisanelli

Graphic designer

Italo Belamonte

Web master

Gianluca Voglino

Direzione e redazione

Via della Geppa 4

34132 Trieste

antpalmisano@libero.it

Gli articoli pubblicati nella rivista sono sottoposti a una procedura di valutazione anonima. Gli articoli da sottoporre alla rivista vanno spediti alla sede della redazione e saranno consegnati in lettura ai referees dei relativi settori scientifico disciplinari.

Anno X, n. 2 – Speciale 2020

11 novembre 2020 – Trieste

ISSN: 2240-0192

Autorizzazione del Tribunale civile di Trieste N. 1235 del 10 marzo 2011

Editor



Antropologi in Azione

Aia, Associazione Antropologi in Azione – Trieste-Lecce

DADA permette a terzi di scaricare le sue opere fino a che riconoscono il giusto credito citando la fonte ma non possono cambiarle in alcun modo o utilizzarle commercialmente (CC BY-NC-ND).

La rivista è fruibile dal sito www.dadarivista.com gratuitamente.

The Review

Dada. Rivista di Antropologia post-globale is a digital periodical review. The access is free on www.dadarivista.com

The review intends to focus on the issues of anthropology and contemporary philosophy in order to face the classical and modern questions in the social, political and cultural context of our post-global era in which the *grands récits* are hidden but all the more present and operating.

Since we are convinced that the meaning of life coincides with intensive research intended as a joyful experimentation, even in those fields in which any kind of change and actually any kind of experimentation seem to be out of the question, and, being more than ever aware that the heritage connected to the *grands récits* should be removed from our discourses, the review selected the term *Dada* to indicate a position of structural opening toward the choice of research methods and the use of language in order to avoid the dogmatic of protocols. This long way has already been undertaken by many scholars such as Paul Feyerabend for instance, and we warmly invite you to join us and proceed with resolution and irony.

In this context, the contributions can be published in one of the languages of the European Union, according to the wish of the authors, after reviewing by native-speaking colleagues. Multilingual reading seems to be spreading in the academic circles of the Continent and this partially allows avoiding translations in *lingua franca* and their inescapable limitations. The authors are free to adopt their own style concerning footnotes and bibliographical references as far as they remain coherent with their own criteria.

The review also has the scope to publish the contributions of young scholars in order to introduce them to the national and international debate on the themes in question.

The Editor

Antonio L. Palmisano

Editorial

This issue of *Dada. Rivista di Antropologia post-globale* is the ninth special issue since the Review was born, entitled *Corpo, cittadinanza e Stato* (Body, Citizenship and State), and it is entirely dedicated to articulated reflections on the body and corporeity as socio-cultural and political processes of construction and de-construction of complex realities in our post-global era.

The related themes are also addressed to promote considerations on the experience or threat of the finiteness of the body, its limitation and vulnerability, or on the uncertainties of the human *Dasein* and, at the same time, on the relations between bodies and institutions, or on the processes of institutionalization of bodies - including “sick” bodies, thus addressing the processes of medicalisation – and on the reception of corporeity by institutions.

On this occasion I inform the Colleagues concerned that other Special issues will be published next year:

Anthropology of agriculture

(the deadline for submitting the contributions is March 30, 2020)

Anthropology of law

(the deadline for submitting the contributions is June 30, 2021)

The good and the evil

(the deadline for submitting the contributions is September 30, 2021)

The Authors are invited to inform the Editorial Board of their interest in participating in the realization of these new study and research adventures.

The Director

Antonio L. Palmisano

DADA

Rivista di Antropologia post-globale

Fondata e diretta da Antonio L. Palmisano

Numero 2 – Speciale 2020

a cura di

Antonio L. Palmisano – Ivo Quaranta – Pino Schirripa

Corpo, potere, diritti

Indice

Introduzione

Antonio L. Palmisano, Ivo Quaranta, Pino Schirripa p. 07

The politics of adherence to antiretroviral therapy: between ancestral conflicts and drug resistance

Francesca Cancelliere p. 13

Corpi ibridi nel Giappone pre-moderno: uno studio attraverso le fonti letterarie e i bestiari

Diego Cucinelli p. 41

La geometria dello stigma: HIV e biosocialità nel contesto dell'Emilia-Romagna

Alice Gattari p. 73

Genitalia out of scope. Riflessioni intorno a pratiche di cura e cittadinanza trans nelle sentenze di rettifica di attribuzione di sesso

Simonetta Grilli - Maria Carolina Vesce p. 91

***Mizuko kuyō*, o il transito della presenza**

Nicola Martellozzo p. 111

«Come farsi un corpo [...]».

Analisi dei processi di produzione dei corpi migranti

Pasquale Menditto p. 127

**Bodymodifications, performative saying and politics:
from the *veritas objectorum* to the *veritas rerum***

Raffaella Sabra Palmisano p. 157

Modificazioni genitali, diritto di asilo e pratiche di cittadinanza.

Note antropologiche su un'esperienza di mediazione nei servizi

Maya Pellicciari - Sabrina Flamini p. 175

Anticorpi di stato. Da figli di 'ndrangheta a buoni cittadini

Marta Quagliuolo p. 191

Topico del cancro

Governo dei margini e margini della storia a Nord del Marocco

Federico Reginato p. 219

Prendersi cura di sé e degli altri

Politiche della salute, migrazioni e bio-legittimità in Italia

Veronica Redini - Francesca Alice Vianello p. 243

La libertà come incapacità? Note sulla riabilitazione come esercizio spirituale

Lorenzo Urbano p. 265

Autori

p. 303

Introduzione

Antonio L. Palmisano, Ivo Quaranta, Pino Schirripa

L'antropologia, ovvero l'antropologia nelle sue innumerevoli coniugazioni, si è occupata del corpo fin dai suoi esordi. Più precisamente, si è occupata dei corpi, della corporeità. Altra, fornendo descrizioni tanto precise come pure immaginifiche dell'Altro nella sua immediata espressione corporea, e lo ha fatto con le etnografie ioniche e ellenistiche (Erodoto), proseguendo con le etnografie romano-latine (Tacito), bizantine (Procopio di Cesarea), arabe e persiane (Ibn Khaldun, Ibn Rusta), continuando con i racconti etnografici dei grandi viaggiatori, navigatori ed esploratori fino a giungere, nel XIX secolo, alle descrizioni antropometriche dei corpi secondo i dettami del positivismo.

A riflettere invece in termini di corpo e corporeità come processi socio-culturali e politici di costruzione e de-costruzione di realtà complesse, l'antropologia ha iniziato solo nel secolo scorso, con gli studi di Marcel Mauss (1934). Questi studi e queste considerazioni hanno poi aperto la strada a un nuovo e specifico campo dell'antropologia: l'antropologia del corpo. Difatti, con la *ASA Conference on the Anthropology of the Body & Blacking, John & Association of Social Anthropologists of the Commonwealth*, tenuta a Belfast nel 1975, i 56 partecipanti, con le loro 21 relazioni, divengono l'avanguardia di una, oggi, nutritissima schiera di studiosi che si occupa di corpo e corporeità. Il convegno della ASA si era occupato, come prevedibile per quegli anni, dello sviluppo delle forme sociali e culturali, focalizzando l'attenzione sul corpo umano come legame tra "la natura" e "la cultura" presente in tutte le attività umane. Ma, e in questo il convegno ha mostrato la sua apertura analitica, ha anche esplorato l'uso del corpo come mezzo espressivo non verbale, come pure l'interazione tra fattori biologici e sociali nel modificare i movimenti del corpo e le espressioni facciali, dove la dualità di costruzione e ispirazione, "culturale" e "naturale", poteva e può essere vista all'opera.

Del resto, nella sua relazione introduttiva, John Blacking aveva dichiarato quale fosse la ragione del convegno:

«As Blacking pointed out in his introductory paper, the mandate of the conference was to explore the need to study cross-culturally the biological and affective bases of social construction of reality and behavior; to distinguish body-generated patterns from those that are partly external to the body, to discover the relationships between feeling and behavior, systems of nonverbal behavior and the extensions of the body in culture; to ascertain the extent to which cultural freedom is restricted by biological and evolutionary constraints; and to examine the interdigitation of the biological and social. Blacking argued that the basic products of mental activity may be understood as reflections of the body achieved through somatic mechanisms and structures in special contexts of social interaction. He suggested four premises for an anthropology of the body: society is “a biological system of active forces” and thus we should talk of “the species man and fellowman”; “since the basic condition of human society is a general state of fellow-feeling that can be perceived through the sensations of individual organisms, the fundamental forms of interaction must necessarily be nonverbal”; humans as members of a species “possess the same specific properties of cognitive function, the same repertoire of somatic states, and the same potential for altered states of consciousness” that have been described as part of normal human behavior; and, the mind/body dichotomy is false»¹.

Il volume che ne risultò, *The Anthropology of the Body*, (A.S.A. Monographs, 15.), 1977, sempre a cura di Blacking, ebbe una ampia diffusione negli anni seguenti, tanto da poter essere considerato come una sorta di bestseller nel suo campo.

Interessante notare come Charles Hughes nel recensire il volume parlasse di “un tema ancora in cerca di paradigma”. Il paradigma arrivò attraverso la

¹ Lynne Hanna, 1975, p. 39: “Come ha sottolineato Blacking nella sua relazione introduttiva, il mandato del convegno è stato quello di esplorare la necessità di studiare in modo interculturale le basi biologiche ed affettive della costruzione sociale della realtà e del comportamento; di distinguere i modelli generati dal corpo da quelli che sono in parte esterni al corpo, di scoprire le relazioni tra sentimento e comportamento, i sistemi di comportamento non verbale e le estensioni del corpo nella cultura; di accertare in che misura la libertà culturale è limitata da vincoli biologici ed evolutivi; e di esaminare l’interdigitazione del biologico e del sociale. Blacking ha sostenuto che i prodotti di base dell’attività mentale possono essere intesi come riflessi del corpo ottenuti attraverso meccanismi e strutture somatiche in particolari contesti di interazione sociale. Ha suggerito quattro premesse per un’antropologia del corpo: la società è “un sistema biologico di forze attive” e quindi dovremmo parlare di “la specie uomo e il prossimo”; “poiché la condizione di base della società umana è uno stato generale di sentimento del prossimo che può essere percepito attraverso le sensazioni dei singoli organismi, le forme fondamentali di interazione devono necessariamente essere non verbali”; gli esseri umani come membri di una specie “possiedono le stesse proprietà specifiche della funzione cognitiva, lo stesso repertorio di stati somatici e lo stesso potenziale di stati di coscienza alterati” che sono stati descritti come parte del normale comportamento umano; e, la dicotomia mente/corpo è falsa”.

rivisitazione antropologica del concetto di incorporazione, giungendo a dominare la riflessione antropologica per quasi due decenni. Appunto un paio di decenni più tardi, in un suo articolo Steven Van Wolputte poteva scrivere:

«During the past twenty years the human body evolved from a rather marginal social fact into a notion of central concern to current social and cultural anthropology»².

Nella sua attenta disamina, Van Wolputte esplorava il dibattito antropologico evidenziando la preoccupazione crescente nella società occidentale relativamente alla corporeità e all'apparenza corporea. E, dopo aver ripreso Maurice Merleau-Ponty ("Tutti noi abbiamo un corpo e tutti noi siamo corpo"), mostrava l'altrettanto crescente messa in discussione dell'idea del corpo come di una data entità fisica: il corpo emerge, oggi, come un rapporto in transizione, un costante *in fieri*, non come un *factum*, sviluppantesi come orizzonte etico per la costruzione e/o de-costruzione del sé, dell'identità e dell'appartenenza.

Gli studi degli ultimissimi anni si sono così concentrati sull'esperienza o sulla minaccia della finitezza, della limitazione e della vulnerabilità, ovvero sulle incertezze dell'esser-ci dell'uomo e, al contempo, sulle relazioni fra corpi e istituzioni, ovvero sui processi di istituzionalizzazione dei corpi – ivi compresi i corpi "malati", ovvero i processi di medicalizzazione – e sulla recezione della corporeità da parte delle istituzioni (Palmisano, 2014).

Resoconti di studio e di ricerca si sono moltiplicati come pure conferenze e convegni su questi temi. Così, nel 2018, per esempio, si è tenuto a Perugia il secondo convegno nazionale della Società italiana di antropologia medica, dedicato alla figura di Tullio Seppilli³, fondatore della società, scomparso un anno prima. In quell'occasione è stato proposto un panel che poneva con forza il problema della relazione tra cittadinanza, corpo e Stato. Gli interventi durante il panel permisero di sviluppare feconde discussioni. Perché porre questa relazione? In che senso considerare il rapporto tra corpo, potere e diritti?

La comprensione del corpo è uno degli aspetti decisamente centrali e più rivelatori dell'esser-ci dell'uomo. La stessa comprensione del corpo, come la rappresentazione del corpo e la rappresentazione della comprensione del corpo sono strettamente legati all'identità della persona, del gruppo locale e/o di discendenza e alla società *in toto*. La corporeità si manifesta allora come un campo di studi prioritario per l'antropologia e al contempo un campo a vocazione fortemente interdisciplinare. Generando significativi strumenti teorici e permettendo l'intreccio

² Van Wolputte, S., 2004, p. 251: "Nel corso degli ultimi vent'anni il corpo umano si è evoluto da un fatto sociale piuttosto marginale a una nozione di preoccupazione centrale dell'antropologia sociale e culturale attuale".

³ "Un'antropologia per capire, per agire, per impegnarsi". La lezione di Tullio Seppilli, Perugia 14-16 giugno 2018.

di molteplici prospettive di ricerca, la corporeità promuove dunque il collegamento delle scienze umane alle scienze sociali, alle scienze naturali e alla medicina.

Negli ultimi due decenni, se vogliamo dare una scansione temporale, in seno, per esempio, alla riflessione antropologica medica – grazie anche a contributi di autori come Adriana Petryna (2002), Didier Fassin (2007), Vinh-Kim Nguyen (2010), Nikolas Rose e Carlos Novas (2005), fra gli altri – si sono consolidati approcci attenti alla dimensione bio-politica che, sviluppando il pensiero di Michel Foucault e Giorgio Agamben, hanno messo in luce come il corpo biologico venga catturato e iscritto in specifiche economie morali che vanno a definire i criteri e le soglie attraverso cui determinati diritti fondamentali, quale ad esempio l'accesso alle cure, sono fruibili per specifiche categorie di soggetti sociali.

Il corpo, che l'antropologia aveva già de-naturalizzato (Mauss, 1934), viene ora visto e analizzato come centro di importanti dinamiche sociali. Attraversato da rapporti di forza, prodotto dalla storicità di relazioni ineguali e di conflitti sociali, esso diventa elemento imprescindibile tanto nella ricerca etnografica quanto nell'analisi antropologica. Il corpo è una arena in cui i conflitti e le relazioni prendono vita e si evidenziano.

Se il paradigma dell'incorporazione (Csordas, 1990; Scheper-Hughes, 1994) aveva posto le basi per questo tipo di riflessione, il dibattito degli anni successivi, a partire dal concetto di sofferenza sociale (Kleinman, Das, Lock, 1997) ha ampliato lo sguardo analitico oltre il solo tema cruciale delle disuguaglianze socioeconomiche (Farmer, 2003), dando vita a un proficuo dibattito anche nel contesto italiano: basti pensare al volume 27-28 della rivista *AM* dedicato al rapporto tra corporeità e Stato (Pizza & Johannessen, 2009) e ai volumi curati da Fabio Dei e Caterina Di Pasquale (rispettivamente: 2014 e 2017). Il tema delle disuguaglianze, infatti, non si esaurisce certamente solo sul piano dell'accesso alle possibilità di cura, ma chiama in causa i processi di soggettivazione per come essi hanno luogo e si sviluppano entro una cornice di rapporti di forza ineguali.

Questo numero monografico di *Dada Rivista di Antropologia post-globale* mira precisamente a indagare in che modo le pratiche culturali, concentrandosi sul corpo, articolino più ampie questioni socio-politiche. Lo stesso Thomas Csordas (1999:157) pone la questione se la fenomenologia, oltre ad offrirci una possibilità di comprensione dell'incorporazione a livello della microanalisi dell'esperienza individuale, possa ugualmente aiutarci a comprendere temi globali come le politiche culturali e i processi storici.

Una prospettiva attenta alla corporeità permette infatti di vedere come i corpi prendano letteralmente forma attraverso processi che (de-)legittimano la possibilità stessa di essere riconosciuti come soggetti di diritto. In queste complesse dinamiche il corpo continua a essere “buono da pensare” per cogliere le profonde contraddizioni che oggi fondano i nostri ordinamenti giuridici e sociali, in una fitta trama in cui violenza e tutela, cura ed esclusione sembrano essere indissolubilmente intricati.

È con questo spirito che le autrici e gli autori di questo numero monografico, a partire da molteplici ambiti disciplinari, tematizzano il corpo come terreno tutto da problematizzare attraverso l'analisi delle dinamiche che partecipano della sua costruzione/costrizione, de-costruzione/de-costrizione, creando le basi per una lettura e una costruzione critica e consapevole del nostro presente.

Riferimenti bibliografici

Blacking, J. (ed.) (1977), *The Anthropology of the Body*, (A.S.A. Monographs, 15.), 1977.

Csordas, T. J. (1990), Embodiment as a paradigm for anthropology, in *ETHOS*, Vol. 18, N. 1, pp. 5-47.

Csordas, T. J. (1999), Embodiment and cultural phenomenology, in Weiss, G; Haber, H., (a cura di), *Perspectives on embodiment*, New York, Routledge.

Dei, F.; Di Pasquale, C., (a cura di) (2014), in *Grammatiche della violenza. Esplorazioni etnografiche tra guerra e pace*, Pacini Editore, Pisa.

Dei, F.; Di Pasquale, C., (a cura di) (2017), *Stato, violenza, libertà. La «critica del potere» e l'antropologia contemporanea*, Donzelli Editore, Roma.

Farmer, P., (2003), *Pathologies of Power. Health, Human Rights, and the New War on the Poor*, Berkeley: University of California Press.

Fassin, D., (2007), Humanitarianism as a politics of life, in *Public culture*, 19, 3, pp. 499-520.

Kleinman A., Das V., Lock M. (a cura di), (1997), *Social suffering*, Berkeley, University of California Press.

Lynne Hanna, J., The Anthropology of the Body, in *Dance Research Journal*, Vol. 7, n. 2, 1975, pp. 39-43.

Mauss M., (1934), *Les Techniques du Corps, Sociologie et Anthropologie*. Presses Universitaires de France, Paris. Ediz. It. (1965), *Le tecniche del corpo*, in *Teoria generale della magia e altri saggi*. Einaudi, Torino.

Merleau-Ponty, M., *Phénoménologie de la perception*. Paris, Gallimard, 1945.

Nguyen. V.-K., (2010), *The republic of therapy. Triage and Sovereignty in West Africa's Time of AIDS*, Duke University Press Durham and London.

Palmisano, A. L., (a cura di), Della medicalizzazione della vita e del rituale, in *Visione, possessione, estasi: per una antropologia delle trance*, n. 1 Speciale di *DADA Rivista di Antropologia post-globale*, www.dadarivista.com, 2014, pp. 9-14.

Petryna, A., (2002), *Life Exposed: Biological Citizenship after Chernobyl*, Princeton, Princeton University Press.

Pizza, G.; Johannessen, H., (a cura di) (2009), Embodiment and the State. Health, biopolitics and the intimate life of state powers, in *AM. Rivista della società italiana di antropologia medica*, vol. 27-28.

Rose, N.; Novas C., (2005) Biological Citizenship in Ong, A.; Collier, S., *Global assemblages. Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*, Blackwell Publishing Ltd, Oxford, pp. 439-463.

Scheper-Hughes, N., (1994), Embodied Knowledge: Thinking with the Body in Critical medical Anthropology, in *Assessing Cultural Anthropology*, Robert Borofsky (a cura di). Mc Graw Hill, New York, pp. 229-239. Trad. It., 2000, Il sapere incorporato. Pensare con il corpo in antropologia medica critica, in *Antropologia culturale oggi*, Borofsky (2000) (a cura di). Roma, Meltemi, pp. 281-295.

Van Wolputte, S., (2004), Hang on Your Self: Of Bodies, Embodiment, and selves, in *Annual Review of Anthropology*, Vol. 33, pp. 251-269.

The politics of adherence to antiretroviral therapy: between ancestral conflicts and drug resistance

Francesca Cancelliere

Abstract

This article investigates the implementation of antiretroviral therapy (ART) in Maputo, Mozambique. Firstly, the author examines the enrolment procedures of medical professionals in health centres, which are intended to “produce” adherent patients. Secondly, through the exemplary case study of Joana, a young patient and her family, the author explores the zone of social abandonment (Biehl 2007) where vulnerable subjects become trapped, leaving little hope for adherence to therapy or other survival strategies. The author argues that the shortage of infrastructure, as well as other social forces, clash with the emergence of so-called ‘therapeutic citizenships’ analyzed from other anthropological studies since the introduction of ART (Nguyen 2010). Caught between the shortcomings of the health system and a violent family context, Joana’s body became a battleground for ancestral conflicts and a stark illustration of medical failure.

Keywords: HIV/AIDS, adherence, ancestral conflicts, health facilities, Mozambique

Research setting

The design and development of Mozambique’s primary health care system began following independence from Portugal in 1975, with the new socialist government, which scaled up basic services to the country’s largely rural and impoverished population. President Samora Machel (a former nurse) and his independence party known as the Mozambique Liberation Front (FRELIMO) made the creation of a national health system a top priority¹. After the successful initial rollout of the system, however, a civil war broke out between FRELIMO and RENAMO (Mozambique National Resistance), lasting from 1977 until 1992².

From the late 1980s a structural adjustment program was imposed on the country, leading to the privatisation of public services and industries, budget cuts in the fields of health and education and the scaling down of other social safety nets (for

¹ Pfeiffer 2019.

² Cliff and Noormahomed 1988.

instance food transfers, school feeding programs)³. At the same time, a large proportion of health sector aid was redirected towards NGOs. By the early 1990s nearly 100 agencies had mushroomed to support the health sector and, by 2000, there were hundreds of health projects managed by NGOs across the country, with only superficial linkages to the national health system⁴.

The Mozambican health system still has one of the lowest health-worker-to-population ratios in the world, with only three doctors and twenty-one nurses per 100,000 people. Furthermore, AIDS remains a major cause of death in the country and the second leading cause of disability⁵.

Data from 2018 estimates that 2,200,000 people were living with HIV in Mozambique, of which 140,000 are children. The HIV incidence rose from 11.5% in 2009 to 13.2% in 2015 in the age group 15 to 49 years⁶.

My interest in HIV/AIDS studies began during the psychology training with foreign patients at the Frantz Fanon Centre in Turin. The first case I had during my training was a Nigerian woman victim of trafficking and affected by HIV. It was one of the first instances in which I realised what are the challenges in the psychological context when dealing with patients with different interpretations of care and illness. These challenges brought me closer to anthropology and, later on, as part of the master degree in psychology, I carried out research on the juvenile perception of HIV/AIDS in the city of Namaacha, Mozambique. Subsequently, I continued working in Mozambique for an Italian NGO. Not too convinced about working in the field of humanitarian aid, in 2016 I started the PhD in anthropology and between 2017 and 2018 I conducted 15 months of ethnographic fieldwork in Maputo, the capital of Mozambique.

With my PhD research project, I aim to investigate how politics of care and adherence affected young people living with HIV⁷. This article analyses how the lack of infrastructures, as well as economic and social forces, clashes with the emergence of so-called ‘therapeutic citizenships’, especially in the case of extremely vulnerable subjects. The gender issue further problematises the already difficult situation of teenagers living with HIV, and Joana’s story⁸ is exemplary in presenting how teenagers often end up trapped in zones of social abandonment⁹. As I will show, caught between the shortcomings of the health system and a violent family context,

³ Pfeiffer 2003; Cliff 1991; Fauvet 2000; Hanlon 1996.

⁴ Hanlon 1996; Pfeiffer 2019.

⁵ MISAU 2015.

⁶ PEPFAR 2018.

⁷ The research project received funding from FCT (Science and Technology Foundation of Portugal) doctoral program at the Institute of Social Sciences of the University of Lisbon (ref. SFRH/BD/115356/2016) and received the approval of the Bioethical Committee of the Ministry of Health in Mozambique (ref. 1999/ CNBS/17).

⁸ All the names in the article are pseudonyms.

⁹ Biehl 2007.

Joana's body became a battleground of ancestral conflicts and a stark illustration of medical failures¹⁰.

During fieldwork, I came across new and different categories of representation of health and illness and with my intrinsic ethnocentrism. As the Kleinmans critically examine, ethnocentrism is the main dilemma of medical anthropology, rather the inability to think of and value other people's lives in any other way than in our categories¹¹.

As an anthropology scholar, I was aware of my own ambiguous relation with this attitude. As Sjaak van der Geest pointed out, while I can feel the moral and political danger of ethnocentrism, which I thus try to criticise and fight, at the same time, I acknowledge that ethnocentrism was part of my culture and that no culture could survive without at least some degree of it¹². My own cultural practice, in this context as a biomedical-oriented approach, filtered my way of representation and discourse.

This did not imply, however, an inability in understanding local cultural practices. While firmly convinced that taking antiretroviral drugs was the only way to control the virus, over time I learned to understand and analyse other therapeutic pathways implemented by family and patients and recognise the need for the coexistence of all of them.

Theoretical and methodological framework

As Castro, Farmer and Kleinman point out, I will adopt a biological approach to adherence that relies on a dynamic analysis of the clinical and social course of the disease and the continuous interaction of biological and social processes over time¹³. Adherence differs in time and space and must be framed with respect to multifaceted causes within its larger social, economic and political contexts. Furthermore, as I will analyze in the paragraph about ancestral conflicts, in Mozambique the "social cause" is profoundly linked with the "spiritual cause" and the presence of ancestors in the everyday life of people and families.

The use of a biosocial framework grounded in the lived experiences of people diagnosed with HIV is essential for understanding adherence, how it changes over

¹⁰ Data from UNAIDS (2018) reported that women are disproportionately affected by HIV in Mozambique: of the 2 000 000 adults living with HIV, 1 200 000 (60%) were women. New HIV infections among young women aged 15–24 years were slightly less than double those among young men: 39 000 new infections among young women, compared to 20 000 among young men. (<https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/mozambique>)

¹¹ Kleinman & Kleinman 1991.

¹² Sjaak van der Geest 2002.

¹³ Castro and Farmer 2005; Farmer 1990; Kleinman et al. 1995.

time, and what are the reasons for non-adherence. Often, and particularly in resource-poor settings, the analysis of the patient's life trajectories and social contexts allows to observe these reasons as lying outside personal responsibility¹⁴.

Besides participant observation in two health centres in Maputo (*Clinica 1* and *Centro de Saúde*), interviews with health workers, psychologists, traditional healers, NGO workers, I followed the life of ten teenagers (between thirteen and nineteen years old) living with HIV, who manifested difficulties in complying with ART.

My expertise as a psychologist facilitated the collection of their stories, which was assisted by the implementation of a support group for teenagers with adherence difficulties in a daily centre led by a Catholic congregation¹⁵. The group was made by four female and six males, all coming from a poor socio-economic environment and living in *cidade de caniço* [the city of reed]. Eight of them were parentless and lived with either grandparents or older siblings. Two were fatherless, but considering the precarious situation in the maternal house, they lived with their grandmothers. Among them, six had already begun the second line of antiretroviral treatment¹⁶ and four have died due to AIDS-related complications during 2018/2019.

The creation of a support group aimed to build trust and intimacy with the participants so that they would feel confident in sharing their experiences. The group was characterised by great flexibility in regards to both schedule and space: members could arrive when they chose to, for instance after school, attending was not mandatory with the opportunity to choose different activities. The possibility of choosing without strict rules proved to be powerful in the creation of a safe space.

In this context, becoming an active participant in my research occurred naturally. Following Ruth Behar observations, anthropologists have to embrace their own emotional involvement in the fieldwork. Behar brilliantly debunked the false and conventional idea that science credibility implies a detached and neutral observer¹⁷. Although this aspect is not explored in this article, my emotions in the field became an important aspect in the analysis and interpretation of the ethnographic data as they had an essential role in building my fieldwork relations, in shaping knowledge on them, as well as in designing research approach¹⁸.

Furthermore, psychological well-being of the participants of the support group was always a priority in the collection of ethnographical data. As George Devereux observes, the double role psychologist/anthropologist is a useful tool to investigate

¹⁴ Castro 2005.

¹⁵ The centre offered various micro-credit activities, school, psychological and food support for vulnerable families with members affected with HIV.

¹⁶ When the virus becomes resistant to a particular ART drug, the patient passes from first-line treatment – which consists of one or two pills a day – to a second-line treatment – which involves more than 5 pills a day and implies a much more significant collateral effect (<http://www.aidsmap.com/Viral-load/page/1327496/>).

¹⁷ Behar 1996

¹⁸ Stodulka 2015.

the cognitive processes of incorporation and the profiles of structural violence - in this case concerning the context of HIV/AIDS¹⁹. However, the ethnographic and clinical positioning has led to some dilemmas concerning the tension and the integration between these two dimensions.

The experience of working with them and be a testimony of their lives made me aware of the privileged position I held, as a foreigner. As Simona Taliani, Paul Farmer and Nancy Sheper-Huges remind us, while working within extremely vulnerable contexts, is impossible not to feel this privilege²⁰. During the meeting with the participants, anguish and guilt were persistent in me. The proximity with their daily violence, their illness and occasionally even their deaths made me feel sometimes unable to emotionally control similar experiences.

Joana was one of the first members of the support group. I met Joana for the first time in March 2017 at the day centre. Due to severe malnutrition, her weight at the time was 31 kilos and she was unable to walk. She was born in a little village near Chibuto, in Gaza Province, southern Mozambique. Her mother had been a cleaner in a rural hospital and had died six years earlier, murdered by her stepfather, who died a few years later in jail. Her alleged biological father had been hit by a truck and killed when Joana was a baby. Joana contracted HIV through vertical transmission and started ART when she was ten years old. She lived for a while in Gaza with an aunt and then moved to Maputo to live with her grandmother in a house near the airport. At the time I met her, she was living with her uncle's wife and their daughter. Her uncle Pedro had died earlier that year in February from an AIDS-related illness. He had not been taking his treatment and had blamed Joana for his illness. Joana lived behind the garage of uncle João. João was considered by the whole family a person to fear, and a rich man too. Rumours in the family suggested that he had killed his brother with the help of witchcraft and that this was the reason for his wealth. He tried to expel Joana from the house several times, accusing her to be a sorcerer and the cause of many problems.

Politics of care and adherence

«Joana is not taking treatment. The other day
when I was at the hospital,
I found a lot of pills in her pocket.
This means that is now a body without drugs».
(Clelia, Joana's grandmother, January 2018)

Health care in Mozambique is shaped by a range of interventions constituted through diverse actors, aims, and temporalities. Care, in this framework, encapsulates all the

¹⁹ Devereux 1967.

²⁰ Taliani 2006; Farmer 2001; Sheper-Huges 1992.

material, social, epistemological, and medical work that accompanies HAART (Highly Active Antiretroviral Treatment) pharmaceuticals, affecting the everyday life of the young people I met during fieldwork.

Amid the diversity of caregiving actors in Mozambique, one can say that the various health workers, and also to an extent my own work, all pointed towards a common objective. Still, this approach to care is a matter of practice: adherence practice is produced differently in different places and modalities (hospitals, public health centres, NGO health centres, daily centres). The multiplicity and difference of care practices in the Mozambican health sector show how diverse and deeply unequal are the ways in which different actors and institutions come to be invested in the objects, actors, and practices of medical care²¹.

Obviously, the present work is by no means the first to stress the importance of care. However, as Anne-Marie Mol pointed out, there are two logics in health care, the 'logic of care' and the 'logic of choice'. The 'patient choice' and 'good care' may sometimes complement each other, but more often they clash²².

In public health centres, patients have little decision-making capacity for what concerns adherence to ART. To provide the possibility of free choice is surely a valuable ideal, but it remains an abstract one, which only applies to situations in which people are sufficiently equipped to actually make their own decision. According to the logic of choice, an actor is someone who makes decisions. In order to make decisions, the person has to consider the relevant arguments and weigh up the advantages and disadvantages of the available options²³. This component practically did not exist in the care policies within the health centre where I conducted research.

When patients like Carlos, another member of the support group, refused to take ART in the late stages of AIDS, I remember feeling particularly distressed by this choice. On the one hand, I thought and looked for possible strategies to improve their adherence but, on the other hand, I wondered if, after all, for him, this was his only way of acting his agency and consequently a choice that had to be accepted.

However, I believe that in contexts where structural violence is persistent we have to be cautious and highlight when people cannot choose in an autonomous way. The course of their illness had been dictated by a series of external factors which, following the work of authors such as Farmer and Bhiel, do not allow subjects to act and actually 'choose'²⁴. Furthermore, structural barriers are still persistent in the

²¹ McKay 2018.

²² Mol 2008.

²³ Mol 2008.

²⁴ Farmer 2001; Bihel 2007.

implementation of the exams that control the HIV trends (CD4 counts and Viral Load test)²⁵.

The implementation of viral load as a monitoring tool still faces considerable challenges in Mozambique, with national coverage reported by PEPFAR's (President's Emergency Plan for AIDS Relief - US) implementing partners at 33%. The whole process requires improvement, as clinicians rarely make requests on time, the referral system is weak, the equipment maintenance is poor and the technical assistance is scarce – this leads to frequent breakdowns, resulting in long waiting lists and turnaround times – and, finally, there is no reliable system to ensure that test results reach patients' files²⁶.

Medical consensus states that to achieve an undetectable viral load and to prevent the development of drug resistance, a person on ART needs to take at least 95% of the prescribed doses on time²⁷. In this paragraph, I do not question the veracity of this medical statement. Rather, I focus on how the politics of ART implementation in Mozambique are both complicated and contradictory.

The inability to obtain and take medications after the initiation of therapy is often labelled as “non-compliance” or “non-adherence”, and it is usually categorised by the health workers according to patient-related characteristics, often ignoring the social, medical and economic causes²⁸.

One of the main concerns for HIV positive teenagers who contract the virus through vertical transmission, like Joana, is the disclosure of their status to improve adherence. According to the guidelines of the Ministry of Health, the disclosure of the HIV diagnosis should ideally be conducted by a family member with the support of a health centre's medical staff and should take place between the ages of 9 and 11 years old, when the person can understand the disease, even if he or she is asymptomatic²⁹. Health technicians have the task of accompanying family members in this process, which becomes even more complex if started during adolescence³⁰.

Often young patients were orphans and lived in families led by grandparents or older family members. During my observations in the *Centro de Saúde*, I noticed that this complicated the disclosure process within the family, which therefore was often performed by a health worker, sometimes with a long delay.

Theoretically, as part of the disclosure process, a patient is required to attend at least three meetings with health centre workers. During my observations in *Centro*

²⁵ CD4 count is like a snapshot of how well the immune system is functioning. As an HIV infection progresses, the number of CD4 cells declines. Viral load is the term used to describe the prevalence of HIV in the blood (<https://www.aidsmap.com/about-hiv/basics/cd4-and-viral-load>).

²⁶ PEPFAR 2018.

²⁷ Paterson et al. 2000.

²⁸ Castro and Singer 2004.

²⁹ MISAU 2015.

³⁰ MISAU 2015.

de Saúde, I was able to participate in different moments of the disclosure. The following extract is drawn from one of these instances and involved a counsellor³¹ talking to an HIV positive teenager:

«You have a small bug inside your body. This small bug is attacking the body's soldiers that protect your body from disease, called CD4 cells. When you take this medication, the small bugs go to sleep and stop attacking the good soldiers. If they awake again in case of treatment interruption, they would feel well-rested and therefore attack with even more fervour. Therefore, is very important that you take the drugs every day exactly at the same hour»³².

This rigidity of rules has also been encountered by Domenik Mattes in the Tanzanian context, where technicians have often stressed “self-responsibility”, in the sense that adherence to the treatment regime is normally established through a rigid control system that favours patient disempowerment, with mechanisms of reward and punishment aimed at their full subjugation to the medical authorities³³. As I observed a nurse in the *Centro de Saúde* explaining to a patient:

«You have to take the pills twice a day. One in the morning, when you wake up at 6 am, and one in the evening at 6 pm. Cannot be 6:30, cannot be 6:15, has to be exactly 6:00! You know what happened if you are not taking the treatment right? The virus will increase and, in the end, there will be nothing to do for you. So it's up to you, do you want to live?»³⁴.

This extract highlights an interesting point: the stress on self-responsibility to keep adherence is formulated as if was being given a choice to the patient. Yet, the process of making patients ‘good adherents’ unfolds by communicating and imposing precise notions of responsibility on them. In other words, the process does not entail enabling patients to make well-informed decisions based on a biomedical understanding of the body and the therapeutic process: it is more explicitly about establishing rules and fixing routines³⁵.

In the *Centro de Saúde* the health workers treat the act of taking drugs as a moment disconnected from other contexts and life trajectories, and solely based on individual responsibility (e.g. they linked it with everyday activities such as watching

³¹ A counsellor is an HIV positive person who works at the health centre and gives support to HIV positive patients.

³² Counsellor of Centro de Saúde, fieldnotes, April 2017.

³³ Mattes 2011.

³⁴ Counsellor of Centro de Saúde, fieldnotes, April 2017.

³⁵ Hardon et al. 2009; Mattes 2011.

a *telenovela* or brushing teeth). They were much less interested in explaining how the drugs work and what the possible side effects may be³⁶.

In addition to treatment adherence, personal responsibility is a common way of framing discourses about the alleged role of women as responsible for the propagation of the virus. As in the *Centro de Saúde*, Farmer observes an evident exaggeration of the notion of personal agency, often through highlighting certain psychological or cultural attributes. Women are commonly blamed for having promiscuous attitude and multiple sexual partners, and thereby accused to be the vector of the disease³⁷. For instance, in the *Centro de Saúde* much more agency was given to women than to men in the use of condoms. However, as shown by Mozambican scholars³⁸, while in the Mozambican context gender dynamics overall play a hindering role vis-à-vis women, the axis of class plays an important role as well. This is evident in the case of working-class young women, for whom the interlocking categories of gender and class operate simultaneously. As a consequence, this group tends to be more resigned to, and accommodating towards, gender power asymmetries, generally being less assertive and more dependent on their partners for material needs, something which weakens women's bargaining power concerning safe sexual behaviour and renders them more vulnerable.

Ancestral conflicts

«You have two options when bewitched.
Either you pray a lot for it to go away, or, at the same
time as you receive it, you send it back»³⁹

Joana appeared for the first time at the daily centre in November 2015, along with her grandmother Clelia, who was very worried about her health condition. Clelia explained that Joana was too thin and had a persistent cough. As Emilia, the day centre's social assistant said:

«When Joana's grandmother came to ask for help, she told me that Joana's problem was not HIV, but she had a spiritual problem. And she refuses to give her (biomedical) treatment. I decided to do a home visit and she showed me a dozen jars of hers full of ART»⁴⁰.

³⁶ Mattes 2011.

³⁷ Farmer 2001.

³⁸ Machel 2001; Manuel 2005.

³⁹ Emilia, social assistant of the day centre, March 2017.

⁴⁰ Emilia, social assistant of the day centre, March 2017.

When I first meet Joana, she was just reappearing at the day centre after a year's absence, and she started her narrative:

«I spent the last year in Gaza (a region in the South of Mozambique), my father's family kidnapped me. One day some alleged relatives of my dead father demanded to take me to Gaza. I did not know who my father was ... I was curious. My mother died 6 years ago. My stepfather killed her. He died too, in jail. After all of this happened, I began living with my grandmother from my mother's side and my uncles. We moved to Maputo. Before we lived in Chibuto (Gaza Province). In Maputo, I started living alone with my grandmother. It was better.

Some people came here last year. They said they were my father's family. They said they have to take me to Gaza because if not, I would have gotten sicker and sicker and I would have died. They said I had a problem with my father's spirits. My grandmother did not want me to go, but then she let me go: "Take her and bring her back when she is better" she said. But I was sick, I had HIV and tuberculosis. They brought me to Gaza, they told me that I was going to do a ceremony, and I needed to stay there for the whole ceremony. If not, I would die. When I was there, I asked to go back home, but they refused.

There we did the ceremony. First, they brought me to my dead father's room. But whether he was my real father, I do not know. They told me that I had to sleep alone there. But there were 'things' inside the room... this *vovò* (grandmother) was a *Nyanga* (traditional healer). I slept there for three days, then we went to another healer. He told her to buy a goat and a chicken. They cooked it and served the food on the floor where I was sleeping, they gave me something to drink and then they went to another room. They started eating too. After a while, I noticed that I was always sick, that I was not getting better, and I asked this *vovò*, "*Vovò*, I'm not getting any better, can you bring me to the hospital?" They refused. They obliged me to put water on my father's grave... They hit me, this *vovò* and her daughter. They hit me because I was not able to bring water and flour in the house, I was too weak. This *vovò* told me that my father had been her son. He died when I was one year old, he was hit by a truck. They had told my mother that I had to stay there because it is a tradition to stay in the father's family, but my mother had taken me away»⁴¹.

Ancestors interventions were a constant presence in Joana's life. In southern Mozambique, ancestors are described as "being alive", suggesting their power of intervention in the "real" world and the affairs of living humans. The ancestors represent the dominant supernatural agency that, under the traditional system, is believed to control and condition human existence. The "visible" constitutes or

⁴¹ Joana, fieldnotes, April 2017.

represents a manifestation of the “invisible” and vice versa⁴². It is through dialogue between the living and the dead that the balance of the spiritual forces responsible for prosperity, protection (especially against acts of witchcraft), health, fertility, social prestige, production and so on is guaranteed⁴³.

As Paulo Granjo claims, there are two fundamental starting points for the system of interpretation of misfortune, health and disease predominant among the Mozambican population. On the one hand, “fate” does not exist, coincidence is not casual, and undesirable events are not limited to “natural” causes. On the other hand, the dichotomy between body and mind does not apply to this system, which does not recognise the dichotomy between individual health and social context as well⁴⁴.

In other words, Granjo continues, within this system uncertainty is “domesticated”, and even if the effect can be tangible, for instance with a disease biomedically measurable, it is assumed that the reason must be searched in the social and spiritual sphere such as the “bad” behaviour of the victim, the conflict among the living beings, or a lack of harmony with the dead – all of which are considered an integral part of society and the relationships established therein, as we have seen above. If the person manifests the symptoms of a disease, this presupposes the existence of a mental or spiritual imbalance that is affecting the patient. In turn, this imbalance presupposes the existence of social causes⁴⁵. According to this holistic perspective, to treat the disease it is necessary to restore social balance, including harmony with the ancestral spirits. If this does not take place, the health problems will continue, because their root cause has not been solved⁴⁶.

After the mother’s death, according to the predominant patriarchal structure of the Gaza province, Joana should have remained with her father’s family. The ritual conducted in Gaza by Joana’s father’s family was aimed at restoring the balance that had been broken in the past by Joana’s absence. This was a family ceremony called *mhamba*, in which, as Luis Passador describes, the whole family should participate. *Mhamba* is always mediated by a traditional healer, a *Nyanga*. It is the most important family ceremony for the relationship between the living and the ancestors and should occur at regular intervals. The non-fulfilment of the ceremony and non-participation of a family member can lead to punishments by the spirits of the ancestors against their descendants⁴⁷. Joana’s family discourse and representation of her illness and misfortune were consistent with this model.

⁴² Mahumane 2015.

⁴³ Feliciano 1998; Honwana 2002.

⁴⁴ Granjo 2009.

⁴⁵ Ibid.

⁴⁶ Granjo 2009.

⁴⁷ Passador 2011.

Due to the severity of Joana's clinical condition, the social workers at the daily centre decided to seek for a medical opinion at *Clinica 1*, a health centre specialized in resistant cases of HIV/TB and run by an international NGO.

Together with the counsellor Lara, we decided to meet Clelia, Joana's grandmother, to understand her aetiological perspective on Joana's health problems: Clelia argued that if she believes that the cause is witchcraft, we should listen to her and suggest an intervention also on the spiritual side. If we give legitimacy to the spiritual part, this is going to help her in compliance with the treatment.

The meeting took place in one of *Clinica 1*'s room. Lara was taking care of the dialogue that was mainly in *changana* (the local language). In an extract of the conversation, Clelia explained to us:

«You get HIV if you had sexual relations without condoms with someone that is infected (by HIV). During the nineties, this happened a lot because no one knew what it was. I got HIV like this. I take my pills and I'm fine. That's because I got it through sex. Joana never had sexual intercourse with anyone and her mother didn't die of AIDS but she was murdered. So Joana's status doesn't depend on HIV. Therefore, before going to Gaza, Joana's health was always bad and she was not getting better. We decided to go to the family *nyanga*, before the Gaza period. After a query with the ancestral spirits, he claimed that the cause of her illness was because Joana had to be a *nyanga* too. The spirit of her great-grandmother from the father's side was bothering her. If she doesn't want to be a *Nyanga*, we can do another ritual to calm down the spirits, but this will cost 7000 meticaïs (more than 100 euros), and we can't afford it»⁴⁸.

Clelia gave two different explanations for the same illness. In her case, treatment was effective because she had contracted the illness by having sexual intercourses without condoms. In the case of her granddaughter, however, she believed that the treatment was not working because the "real" cause of her illness was due to conflicts with ancestral spirits. Thus, as I have pointed out before, the "risk" in this case was material (e.g. being seropositive), but the cause was attributed to a social reason (Joana's neglected "call" to be a *nyanga*)⁴⁹.

In the above story, we may see that Joana, her grandmother, her father's family and the social workers, had all a different aetiology to explain what was happening. In Clelia's interpretation of illness, these symptoms would not disappear unless Joana followed her path to become a *nyanga*. Since being a *nyanga* is a matter of lineage, this made sense as the mother of Joana's dead father was also a *nyanga*. Local explanations of healing offer the advantage of transforming a medical problem

⁴⁸ Clelia, fieldnotes, May 2017.

⁴⁹ Granjo, 2009.

into a socially manageable issue. Indeed, this interpretation offers meaningful explanations of the disease by locating it within kin relations, community problems and local history, and thereby also fuelling hope for a cure. This explains much of the ontological force of healing traditions which belongs, as Brigitte Bagnol indicates, to the cosmology of local explication⁵⁰.

During my fieldwork in Mozambique, I had the opportunity to interview traditional healers in the southern region⁵¹. As other authors observed, HIV/AIDS patients are often diagnosed with a “calling disease” – i.e. sickness due to the unanswered call to become a healer⁵². As Dr Pinto, one of the traditional healers I spoke with, argued:

«Becoming a healer practitioner is not a personal choice. The spirits of your ancestors are calling you and you have to follow your path. When you have the “call” to be a healer, you start to be really sick. Sometimes it looks like HIV, sometimes it looks like you are getting crazy (*maluco*). It is normally a very prolonged disease. You have to go to a traditional healer to do the divination process, and if he tells you that you are having the “call” you have to stay with him to learn to be a healer. The symptoms will disappear only following the suggestions of the healer»⁵³.

During my fieldwork experiences in Mozambique, when searching for an explication, patients with HIV/AIDS often give multiple concurrent or sequential interpretations of their illness. Diagnosis is often associated with the transgression of taboos, the actions of bad spirits and long-lasting diseases that cannot be cured. In particular, for women, the accusation of witchcraft is a common practice⁵⁴.

The literature on medical pluralism has shown how patients, families and health workers have for a long time moved between diverse systems, epistemologies and practices of care in a search for therapeutic efficacy⁵⁵. As McKay points out, this literature has shown how health is not limited to physical wellbeing but encompasses financial, domestic, relational, spiritual and bodily experiences. These accounts make clear that the health of individuals is inseparable from the relations in which these

⁵⁰ Bagnol 2017.

⁵¹ This was realized thanks to the collaboration in the project “INTEGRA: Between biomedicine and local therapies. Crossed looks on Mental Health in Mozambique”. in partnership with the University of Turin, University Eduardo Mondlane of Maputo, and ICS – University of Lisbon.

⁵² Bagnol 2017; Wreford 2008.

⁵³ Dr Pinto, interview, June 2018.

⁵⁴ Bagnol 2017; Passador 2011; Ashforth 2002; Rödlach 2006.

⁵⁵ Feiermann and Janzen 1992; Granjo 2009; Janzen, Leslie and Arkinstall 1982; Langwick 2008; Meneses 2004.

individuals are embedded. It is important to consider this heterogeneity in representations of health and illness⁵⁶.

During the whole conversation with Clelia and Lara I was sitting next to Joana in silence when I realised that she was crying. Following Farmer, we clearly see how the fact of her being poor and a woman had robbed of her voice long before HIV appeared to complicate her life⁵⁷. This is also evident in the accusations moved against her. As the weak link in the family – young, poor, ill and woman – all the family “evils” were projected onto her.

Joana was considered and condemned by her whole family to be the cause of her own – and her family’s – misfortune, since she was not taking up the ‘call’ to become a traditional healer. She was accused of causing the death of her uncle, occurred in a car accident that her paternal grandmother was involved in. Obviously, she was also accused of her own illness. However, Joana’s explanation for her illness status was different, and afterwards, as we were having a snack in the garden of the *Clinica I*, I asked her why she had been crying during the meeting:

«I was crying because my grandmother was saying a lot of things that are not true. When my grandmother speaks, I can’t say anything. If I do, when we are home she will beat me. She told me to stay quiet before entering the room. She believes in traditional doctors and the fact that I am sick from spirits, and that’s why she let me go to Gaza! But I know it’s not like that! I realised that I got HIV through my mother. They explained it to me at *Clinica I*. My grandmother does not believe in it. She is very kind to you when she is here, she says she understands, but then when she is at home she completely changes her attitude and begins to accuse me that I am the ruin of the family»⁵⁸.

After the meeting with Clelia at *Clinica I*, I discussed some aspects of Joana’s case with Lara. Suddenly becoming more cautious when thinking about an intervention using traditional medicine, I sensed fear in Lara’s words as she spoke about medical legitimacy, considering better only to take care of the biomedical part. She demonstrates how in Mozambique the dialogue between health workers and traditional healers is problematic. I believe that biomedical discourse, rather than deconstructing “traditional” conceptions of disease, may even provide elements to ratify them when manipulated by the logic of “traditional” models, even though they work with different assumptions and aetiologies⁵⁹. Rather than “respecting” the spiritual aspect, I agree with Mariano that it would be useful to create a common sense of spaces, things, thoughts and ideas between patients, biomedical health

⁵⁶ McKay 2018.

⁵⁷ Farmer 2001.

⁵⁸ Joana, fieldnotes, May 2017.

⁵⁹ Passador 2011.

workers and traditional healers, which would allow patients to say the “unsayable” and to restore the balance needed⁶⁰.

Health facilities

Diagnostics in uncertainty: Third floor, bed 43, tuberculosis ward

Due to the worsening of her condition, in May 2017 Joana was hospitalised. As suggested by van der Geest and Finkler, biomedical institutions are reinterpreted by the local culture in which they are located, and this is significant both theoretically and practically⁶¹. This was also the case of the structure where Joana was hospitalised. As the authors argue, life in the hospital should not be regarded as being in contrast to life outside the hospital – the “real” world – but as rather being shaped by it. This was evident in the way in which everyday societal hierarchies, inequalities and conflicts were reproduced within the hospital.

My first visit in a hospital was at Machava hospital, known as the place where people in the final stages of tuberculosis (TB) are hospitalised. Joana had already been sent several times to the tuberculosis ward to recover. Life here was not easy. Usually, parents and visitors would bring the patients meals, considering that the hospital food was neither healthy nor tasty. However, goods entering inside the hospital were often noticed by other patients and workers, and as Joana pointed out, people often stole things. Furthermore, Joana was the youngest in her room, and hierarchically she was not in a position to complain. Joana’s rooms consisted of 10 beds with a large window on one side that opened onto a common terrace.

Foucault’s “gaze-thinking” can be useful to analyse the ward, considering his understanding of the gaze as a technology of power by which the object (the body) becomes visible and thus knowable to the observer. Foucault argues that the medical gaze has to do with a particular kind of seeing, which is not the “gaze of any observer” but that of a doctor endowed with the power of decision making and intervention⁶². However, this was quite absent in the TB ward and here the patients were not being under the constant surveillance of the medical gaze. In fact, we may say that the TB ward presented instances of “gaps in the gaze”, where patients became invisible to the medical observer⁶³.

As in the ethnography described by Gibson in South African hospitals, despite the apparent surveillance in the ward, there were instances of patients who appeared to had been “forgotten” or “lost” in transit while in foyers, in waiting rooms, and

⁶⁰ Mariano 2018.

⁶¹ van der Geest and Finkler 2004.

⁶² Foucault, 1973, p. 89.

⁶³ Gibson 2004.

between wards⁶⁴. In fact, also in my case surveillance was quite absent: I was able to get in and out of the ward without being questioned. Either I was feeling a total absence in the medical eye that involved action and thus a material practice that was directed at bodies⁶⁵.

The lack of economic resources sometimes led to unequal and poor treatment in the hospital, which particularly affected disadvantaged families. There was thus a continuous shifting of patients, services and staff in an attempt to provide redress and equal health services for all. Access to beds was difficult and patients such as Joana were commonly discharged before time.

When I visited Joana at Machava, her body was marked by a severe rash, common in patients in the later stages of AIDS. Doctors explain that Joana was not suffering from TB but from pneumonia. Her CD4 count was low which meant that the virus was starting to become resistant to the treatment. Meanwhile, ‘the gaps in the gaze’ were so evident that when we were leaving the hospital, no one noticed that she still had the cannula from the drip in her left hand, and we had to go back into the yard to take it out. I was baffled by the situation. How can an HIV positive immunosuppressed patient with pneumonia be sent to recover on a TB ward, where she risked being infected again? Dr. Carla, part of the *Clinica 1* team, tried to explain the situation:

«Joana is a peculiar case. She had TB so many times in her life that now she has what is called ‘sequelae of tuberculosis’. It is not a hopeful prognosis for her, because she is living with just one lung. She will always be like this: she will be fine for short periods and then have long relapse phases. When doctors do an X-ray, the result is so bad that they immediately think it is TB. It will be good for her to have an old X-ray or exam that reports that it is not TB, but this is difficult because patients are not allowed to have their exams... if she could always have a paper with the last diagnosis, she would avoid being so often in the Machava TB ward. Otherwise one day she will get TB again!»⁶⁶.

Bureaucratic difficulties, negligent health care workers, inconsistent record-keeping and imperfect diagnostic techniques all generate what is referred to as a «technology of invisibilities»⁶⁷. This technology transforms patients like Joana and their caretakers into largely absent, discarded “waste” thrown at the margins. As Biehl warned, people become “absent things” through the very processes that involve them as patients⁶⁸.

⁶⁴ Gibson 2004.

⁶⁵ Foucault 1973.

⁶⁶ Dr. Carla, fieldnotes, September 2017.

⁶⁷ Biehl 2007, p. 202.

⁶⁸ Biehl 2007.

In November 2017, the situation for Joana in her family was becoming unsustainable, as no one was taking care of her. Doctors of *Clinica 1* decided to accommodate her for four months in *Casa 1*. This structure, for people in disadvantage socio-economical situation led by the Sisters of Calcutta, was one of the very few social safety nets present in Maputo.

Similar to Blake's research in a paediatric oncology ward in South Africa, the young people in my research maintained a distinction between "real" and "temporary"⁶⁹. Joana never felt that *Casa 1* was the "real world" and she always expressed the wish to go back home and to attend the activities in the daily centre. Indeed, the rules of *Casa 1* were so strict that Joana didn't manage to stay there for a long time.

During the Christmas holidays, Joana had left *Casa 1* to be hospitalised for one week due to respiratory issues. When she was released from the hospital, the nurse called her grandmother, who came to pick her up and took her home for a couple of nights. According to the policy of *Casa 1*, however, this was against the rules: if you have a family that can provide food for you, this means you can live there and cannot stay in *Casa 1*. As a result, she was no longer able to re-enter *Casa 1*. The brutality of lack of resources in Maputo's health and social security network created scales of vulnerability in which the few social services that did exist adopt policies that could appear quite cruel and discriminatory, with the result of leaving young people in situations of extreme precariousness with no possibility of choice, as was the case of Joana and many others.

Joana received a new diagnosis at the end of January 2018, after a period of sufferance that saw her moving back and forth between hospitals:

«She has pulmonary hypertension. She is living just with one lung and this means that she will always have respiratory distress. To circulate more blood, her pulmonary artery works harder. This creates an increase in resistance and hypertension. This flow increase causes the swelling in her body. She must start taking diuretics so that this will not happen again. She has been my patient in the past and I have been asking for pulmonary advice, but it takes too long»⁷⁰.

These difficulties in the transmission of clinical information or «health bureaucracies»⁷¹, as we observe in Joana's story, are unfortunately a common situation in Mozambique, as Alfredo, the psychosocial coordinator of *Clinica 1*, illustrated during an interview:

⁶⁹ Blake 2009.

⁷⁰ Joana's doctor at Machava hospital, fieldnotes, January 2018.

⁷¹ Kleinman, 1980, p. 26.

«Each hospital has a different clinical process. I am talking about the hospitalisation regime. When you are discharged, they give you a discharge guide with a little summary of the diagnosis, which should then be presented to your health facility. With this guide in a health centre, they open a new process or update an old one. The patient should keep a copy of the clinical history given in the hospital. On the other side, if the hospitalisation reference arrives from the health centre, the health centre will transfer a transfer guide to the hospital, in which the whole clinical condition is explained. However, if you leave your house and go directly to the hospital, you will no longer have this guide. There is no electronic system at the national level, so the hospital will always open a new process with new information, and they would never know what happened before. It would be useful to take always the health card, but no great information is written on it. If you are taking ART, for example, the hospital does not know what kind of regime they have to prescribe you. So, for example, Joana stayed without medications for two weeks»⁷².

The impossibility of giving clinical records to patient deserves two levels of attention. On the one hand, their availability would permit to not reopen new record every time. On the other hand, having these files could give responsibility to the patients to know more about their health condition and make decisions.

Amid the overflow of papers, doctors and health workers, as well as other staff, struggled to balance too many patients with too little information on each patient they attended. It sometimes seemed remarkable that patients' clinical files could be found at all; although they usually were, patients were nevertheless exhorted not to rely on what was recorded in the treatment plan but to take responsibility for remembering when blood tests and other exams needed to be done⁷³.

Missing

Researcher: «*Vovò*, where is Joana? »

Clelia: «Joana ran away, she ran away tonight, she opened the door and ran».

Researcher: «How is that possible? »

Clelia: «I am teasing you! (Laughing) She is at Machava hospital. She was really bad when she came back home from the hospital. Her legs were swollen and she asked me to do a massage, but it did not work, so we went back to Mavalane. They took an XR and blood test and transferred her to Machava»⁷⁴.

⁷² Ernesto, interview, February 2018.

⁷³ McKay 2012.

⁷⁴ Conversation with Clelia, fieldnotes, January 2018.

After a few weeks where Joana had not shown up at *Clinica 1* to get her ARV, a doctor contacted me to ask if I could manage to do a home visit to find out what had happened. Due to the memory of the abduction of the previous year and the concern for her precarious health situation, I decided to go immediately, dropping my previous commitments. Yet, due to the physical and psychological atmosphere of violence prevalent in Joana's family, home visits to her house were always difficult for me. Veiled accusations about Joana's health status were commonly made to me and the medical staff of *Clinica 1*, and the presence in the back office of the 'dangerous' uncle always made me feel uncomfortable. Upon this visit, Joana's grandmother claimed:

«Joana is at the hospital. She stayed at home two days after the Central hospital, but then she was getting sicker, she could not breathe. (...) I know she is not getting ART, nobody knows that she is in the hospital. She is in the hospital because she had a cough. I left her at Mavalane, but when I went back there the day after they told me she was at Machava. You see that I'm not able to walk, I can't get there, but I think she is there»⁷⁵.

Things were confused, and after a few phone calls to hospitals, we discovered that she was still at Mavalane. Joana had gotten lost in transit from one hospital to another, receiving no treatment and taking no past clinical records with her, another example of "the invisible patient" routine⁷⁶. The working conditions at Mavalane hospital reflected the profound resource deficiencies in the health care system in general. The buildings were deteriorating (parts of the electrical and sewage systems were permanently out of order, for instance) and the equipment was faulty or lacking, making it impossible to carry out even basic hospital procedures. An extract from my diary shows the feelings that I had during one of my visits:

«I arrive at the entrance to the adult general practice unit. On the side of the main door, there is a cat with the bite of a dog that brought him back still half alive. Why is no one taking care of it?

When I enter Mozambican hospitals, I have the feeling that I need to be in apnoea. It is an apnoea for many reasons, not just because of the strong smell that surrounds the hospital. I need this apnoea to have an emotional numbness and avoid tears, anger and fear of death. When you are so near people who are dying, you can feel it. I try to avoid it, however without great results.

I begin to walk along a dark hall. The silence is broken by the chatter of the nurses, who recreate a state of normality in my mind. In a threatening tone, they tell me that

⁷⁵ Clelia, fieldnotes, January 2018.

⁷⁶ Gibson 2004.

it is not visiting time but, probably thanks to my 'whiteness', they let me pass. The day is one of the hottest since the beginning of the year, which didn't help my apnoea desire. Patients are bedridden and covered only with a synthetic blanket suitable for the winter season. People's physical nudity reminds me of another kind of nudity, dictated by deprivation of dignity and social respect, what Agamben calls bare life. This time Joana does not run to hug me as usual. She is sitting in the bedroom and she doesn't even look at me. I sit at her side and hug her. She is so full of bubbles on her body. I am not sure that I want to look around... the room has 8 beds, all full of women, they are all naked. The smell inside the room is heavy and peculiar, I'll never forget it. "I'm feeling better, sis", Joana said. Bubbles are all over her body, her hands are constantly shaking, wounds all around her mouth, candidiasis. I was sure it would be the last time I would meet her, and somehow I was relieved for the end of her sufferance»⁷⁷.

Due to her high viral load, doctors from Mavalane explained that Joana had been shifted to second-line treatment for HIV. Meanwhile, Joana was telling me about her journey from a hospital to another and the fact that she was not taking the ART for two weeks because her grandmother never brings it to the hospital. This was another crucial reason for her non-adherence, which has already been mentioned before: if you arrive at the hospital without your ARV, someone from your family will have to bring it to you. The hospital itself will not provide the drugs because there are no electronic files to confirm what you are taking them. Joana's case here exemplifies another aspect of the poor operation of the health system.

The day after I returned to Mavalane, ready to hear bad news. Joana was in the same position, seated and playing with the needle of the IV: «They are discharging me from the hospital, sis». How is that possible? I thought. She is not even able to walk. We eat together some boiled egg and I bring her home.

Final reflections: "Where should I go now?"

One day, while we were sitting on her bed in Machava hospital drinking a juice, Joana began to talk, with the lucidity and clarity that had always distinguished her:

«I am quite worried about where to go to live when I will get out from here. I am sure that I cannot go back home. When I came back from Gaza, they were not happy at all. My grandmother said, "why you did not stay there?". My uncle does not want me at home. He said that I did something wrong and they expelled me from *Casa 1*. He said that I cannot live anymore in the house, also my grandma now says that... My uncle

⁷⁷ Field diary, January 2018.

refused to come to pick me up at the hospital. He has money, he rents houses in Zimpeto neighbourhood. When my grandma was hit by the car, the owner of the car gave money to my uncle, he never gave it to my grandma. No one speaks with him, because we are all scared... When I was really ill, he told me: “If you are sick and die, then I have to pay for your funeral. You know that I had to pay for your mother’s coffin! I’ll not pay for yours too!”. I cannot go back to *Casa I* either, it is not a nice place. They bring you to the hospital, then they leave you there and they never come to visit you. Then, if you come back home, they do not want you anymore»⁷⁸.

While Joana was struggling to find a solution to stay inside the circuits that would legitimate her therapeutic citizenship, she died in Machava hospital in May 2018. In the months before she passed away, she had a vivid and troubling vision of the situation of abandonment that she was in; even the hospitals did not want to have a patient that was sure to die – in particular from AIDS-related issue – and thus continued to let her stay “in transit”. It appeared as if everyone around her was giving up. Nonetheless, she was not prepared to do the same, and kept looking for alternative solutions until the end.

Looking at Joana’s story and following the reflections of Farmer, I think that as anthropologists we must be careful to recognise the difference between what is dictated by structural violence from an alleged cultural difference⁷⁹. Having said that, however, I agree with Simona Taliani who warns us about the danger in seeing this dichotomy. While it is important to understand the differences between ‘social causes’ (violence and misery), ‘biological causes’ (the parasite, the virus) and ‘cultural causes’ (the alterity of beliefs and habits), these are not to be assumed as separated and in contract with each other, since this may prevent understanding the intersection between factors that are simultaneously at stake in stories of illness and death⁸⁰.

Writing stories like Joana’s roots ethnographic research in the critical medical anthropological paradigm, to create a more visible whole to those parts of the analysis that are often invisible to the (medical) society.

The context of violence present inside the family, accusation of witchcraft together with the shortage in medical care and social safety net did not let her have the chance (to chose) to survive.

The choice of using a single ethnographic case study, through the voice of the most involved people, allows for the understanding of the dynamics that often do not emerge from the quantitative analyses proposed by the global health actors. To better direct its interventions, global health research should increase a multi-disciplinary approach and the dialogue with fields such as anthropology and social science in

⁷⁸ Joana, fieldnotes, February 2018.

⁷⁹ Farmer 2001.

⁸⁰ Taliani 2006.

general. As ethnographers, we have to be engaged and critical about global health interventions, shining a light on the ambiguity of interventions and the tensions between theory and practice⁸¹.

After getting to know Joana's story, the narrative of individual responsibility for non-compliance with HIV treatment loses its force and meaning. The logic behind it, which states that some patients seem to be irrational and resistant to the medicalisation of their everyday life through the ART regime, becomes irrelevant when we consider the deep history of this behaviour in respect to the cultural, social and medical factors that affect the everyday life capacity for complying with the ART regime, as well as the general struggle to survive. We have to look behind and beyond self-responsibility and consider that in some contexts there are external factors marked by structural violence which do not allow people to "act their agency"⁸². In analysing treatment outcomes among teenagers, it is important to understand the broader family dynamics that influence the possibility of adherence. Indeed, the context of family violence and accusations in which Joana was living was a frame where the gaps in the health system, the failure in the dialogue between traditional medicine and biomedicine, and the absence of social safety nets all exercised their brutality.

Bibliography

Abney, Kate

At the Foot of Table Mountain: Paediatric Tuberculosis Patient Experiences in a Centralised Treatment Facility in Cape Town, South Africa, Thesis presented for the degree of doctor in philosophy. Social Anthropology School of African & Gender Studies, Anthropology and Linguistics. University of Cape Town. 2014

Ashforth, Adam

"An Epidemic of Witchcraft? Implications of AIDS for the Post-Apartheid State", *African Studies* 2002, 61 (1): 1-21

Bagnol, Brigitte

"The aetiology of diseases in central Mozambique: with a special focus on HIV/AIDS", *African studies* 2017, 76 (2): 205- 20

⁸¹ Biehl 2016.

⁸² Farmer 2001.

Behar, Ruth

The Vulnerable Observer: Anthropology That Breaks Your Heart, Boston: Beacon Press, 1996.

Biehl, João

Will to Live: AIDS Therapies and the Politics of Survival, Princeton, NJ: Princeton University Press, 2007

“Theorizing global health Medicine”. *Anthropology Theory* 2016, 3, no. 2: 127-142.

Blake, Rosemary

“Please keep these doors closed”, unpublished Honours thesis, University of Cape Town, Department of Social Anthropology, 2009

Castro, Arachu

“Adherence to antiretroviral therapy: merging the clinical and social course of AIDS”. *PloS Medicine* 2005, 2(12): e338. Chesney, MA.

Castro Arachu., Farmer Paul

“Understanding and addressing AIDS-related stigma: From anthropological theory to clinical practice in Haiti”. *Am J Public Health* 2005, 95: 53–59.

Castro Arachu, Singer Merrill, eds.

Unhealthy health policy: A critical anthropological examination, Walnut Creek (California): Altamira Press, 2004

Cliff, Julie

“Donor dependence or donor control? The case of Mozambique.” *Community Development Journal* 1993, 28 (3): 237–244.

Cliff, Julie, and Abdul Razak, Noormahomed

“Health as a target: South Africa’s destabilization of Mozambique.” *Social Science and Medicine* 198827 (7): 717–722.

Conrad, Peter

“Medicalization and social control”, *Annual Review of Sociology* 1992. 18:209–232.

Crawford, Robert

“Healthism and the medicalization of everyday life” *Journal of Health Services* 1980, 10(3):365–388.

Devereux, George

From Anxiety to Method in the Behavioral Sciences, The Hague, Paris. Mouton & Co. 1967.

Farmer, Paul

“Sending sickness: Sorcery, politics, and changing concepts of AIDS in rural Haiti” *Medical Anthropology Quarterly* 1990. 4: 6–27

Farmer, Paul

Infections and inequalities: The modern plagues. Berkeley: University of California Press, 2001

Fauvet, Paul

“Mozambique: Growth with poverty, a difficult transition from prolonged war to peace and development” *Africa Recovery*, 2000, 14(3), 12–19.

Feierman, Steven and John M., Janzen eds

The Social Basis of Health and Healing in Africa. Edited by. Berkeley: University of California Press, 1992

Feliciano, José Fialho

Antropologia económica dos thonga do Sul de Moçambique, Maputo, Arquivo Histórico de Moçambique 1998

Foucault, Michel

Discipline and Punish. London: Penguin. 1973.

“Technologies of the self. In Technologies of the Self. A Seminar with Michel Foucault” L. Martin et al., eds. 1988, Pp. 16–49. London: Tavistock.

Kalofonos, Ippolytos Andreas

“All I Eat Is ARVs”: The Paradox of AIDS Treatment Interventions in Central Mozambique”, *Medical Anthropology Quarterly*, 2010 Vol.24, Issue 3, pp. 363–380

van der Geest, Sjaak and Finkler, Kaja

“Hospital ethnography: introduction”. *Soc Sci Med*. Nov; 2004, 59(10):1995-2001.

Gibson, Diana

“The gaps in the gaze in South African hospitals”, *Social Science & Medicine*, 2004 (59) p. 2013–2024

Granjo, Paulo

“Saúde e Doença em Moçambique” *Saúde Soc.* São Paulo 2009., v.18, n.4, p.567-581

Hanlon, James

Peace without profit: How the IMF blocks rebuilding in Mozambique, Portsmouth, NH: Heinemann, 1996

Hardon, Anita et al.

“Engaging in biomedical hypes and hopes: Health activism and access to ART in Africa”. Paper presented at the workshop *The authority of science: On the relation between governance and biomedicine in Africa*, Max Planck Institute for Social Anthropology, Halle, Germany, 2009, June 15–17.

Honwana, Alcinda

Espíritos vivos, tradições modernas: possessão de espíritos e reintegração social pós-guerra no sul de Moçambique. Maputo, Promédia. 2002.

Illich, Ivan

Medical Nemesis. New York: Pantheon 1976.

John M. Janzen, Charles Leslie, William Arkinstall

The Quest for Therapy in Lower Zaire, University of California Press 1982

Junod, Henri

Usos e costumes dos Bantu, tomos I e II, Maputo: Arquivo Histórico de Moçambique, Série Documentos nº 3. 1996.

Kleinman, Arthur; Wang, Wen-Zhi, Li, Shi-Chuo, et al.

“The social course of epilepsy: Chronic illness as social experience in interior China”, *Soc Sci Med* 1995, 40: 1319–1330.

Kleinman, Arthur

Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry. Berkeley, CA: University of California Press. 1980

Kleinman, Arthur. & Kleinman Joan

“Suffering and its professional transformation. Towards an ethnography of interpersonal experience” *Cult Med Psychiatry*, 1991;15(3):275-301. doi:10.1007/BF00046540

Langwick, Stacey

Articulate(d) “Bodies: Traditional Medicine in a Tanzanian Hospital”, *American Ethnologist* 2008 35(3):428–439

Mahumane, Jonas

“*Marido Espiritual*” *Possessão e Violência Simbólica no Sul de Moçambique*, Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutor em Antropologia, ICS Universidade de Lisboa, 2015.

Manuel, Sandra

“Obstacles to condom use among secondary school students in Maputo City, Mozambique”, in *Culture, Health and Sexuality*, 7 (3), 2005: 293-302.

Mariano, Esmeralda

“The “Unsayings” of Reproductive Affliction in Mozambique Witchcraft and Local Reproductive Knowledge”, *The Oriental Anthropologist*, Vol. 16, No. 2, pp. 303-320, 2016.

Machel, Josina Zyiaia

“Unsafe sexual behaviour among schoolgirls in Mozambique: a matter of gender and class”. In *Reprod Health Matters*. 2001;9(17):82-90. doi:10.1016/s0968-8080(01)90011-4

Mattes, Dominik

“We Are Just Supposed to Be Quiet”: The Production of Adherence to Antiretroviral Treatment in Urban Tanzania”, *Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness*, 2011 30:2, 158-182

McKay, Ramah

Medicine in the Meantime: The Work of Care in Mozambique. Durham: Duke University Press. 2018.

Meneses, Maria Paula G.

“Quando não ha problemas, estamos de boa saúde, sem azar nem nada”: Para uma concepção emancipatória de saúde e das medicinas”, In *Moçambique e a reinvenção da emancipação social*, Boaventura de Sousa Santos and Teresa Cruz e Silva, eds. 2004 Pp. 77-110. Maputo: Centro de Formação Jurídica e Judiciária

MISAU

Plano estratégico do sector da saúde [Health sector strategic plan]. Maputo: MISAU, 2015

Mol, Annemarie

Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice, London: Routledge, 2008.

Nguyen, Vinh-Kim

The Republic of Therapy: Triage and Sovereignty in West Africa's Time of AIDS. Durham, NC: Duke University Press, 2010.

Passador, Luis Henrique

Guerrear, casar, pacificar, curar: o universo “tradição” e a experiência com o HIV/Aids no distrito de Homóine, Sul de Moçambique. Campinas. Tese de doutorado apresentada ao instituto de filosofia e ciências humanas da unicamp, 2011

PEPFAR

Mozambique Country Operational Plan 2018, Strategic Direction Summary, 2018

Pfeiffer, James

“Austerity in Africa”, *Focaal*, 2019 (83), 51-61

“International NGOs and primary health care in Mozambique: The need for a new model of collaboration.” *Social Science and Medicine* 2003 56 (4):725–738.

Paterson David L. et al.

“Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection” *Ann Intern Med* 2000 133: 21–30.

Rodlach, Alexander

Witches, Westerners, and HIV: AIDS and Cultures of Blame in Africa. Walnut Creek, California: Left Coast Press. 2006.

Nancy Scheper- Hughes

Death Without Weeping: The Violence of Everyday Life in Brazil., Berkley: University of California Press, 1992.

Sjaak van der Geest

Introduction: Ethnocentrism and medical anthropology Ethnocentrism, in ed. by Sjaak van der Geest & Ria Reis, *Reflections in medical anthropology* Amsterdam: Aksant 2002: 1-23.

Stodulka, Thomas

‘Emotion Work, Ethnography, and Survival Strategies on the Streets of Yogyakarta’,
Medical Anthropology, 34(1): 84-97, 2015
<https://doi.org/10.1080/01459740.2014.916706>

Wreford, Joanne

Myths, Masks and Stark Realities: Traditional African Healers, HIV/AIDS Narratives and Patterns of HIV/AIDS Avoidance, Centre for Social Science Research Working Paper 209. 2008.

Taliani, Simona

Il bambino e il suo doppio. Malattia, stregoneria e antropologia dell'infanzia in Camerun, FrancoAngeli, Milano 2006.

Corpi ibridi nel Giappone pre-moderno: uno studio attraverso le fonti letterarie e i bestiari

Diego Cucinelli

Hybrid bodies in pre-modern Japan: a study based on literary sources and bestiaries

Abstract

The hybrid body is an extremely popular theme in Japan's literature and visual arts that we can find in many genres and eras. Traces can be found in fairy tales, as well as in the early writings of the eighth century, the historiographies *Kojiki* (Records of ancient matters, 712) and *Nihon shoki* (The Chronicles of Japan, 720) and throughout all cultural history. In particular, it finds a high level of expression in the bestiary of the late Tokugawa period (1600-1867). Some hybrids derive from the cultural context of continental Asia, while others derive from the indigenous culture. There is also a huge number of typologies, from human / animal and human / vegetable hybrids to others that include non-organic elements. In this article we intend to provide an insight into this cultural heritage, focusing on the representations of hybrid bodies through the main literary and pictorial sources of pre-modern Japan.

Keywords: Japan, demonology, hybrid, pre-modern Japan, fairy tales, legends, literature, art, *yōkai*, embodiment, *tsukumogami*

Introduzione

Nel contesto europeo di ibridi si parla da lungo tempo: figure quali il Minotauro, Aracne, Medusa, la manticora e i centauri sono tra i protagonisti del mito greco, creature imperfette che rappresentano il contraltare dell'ideale classico di purezza, mostruosi agglomerati di elementi male assortiti. Il lemma "ibrido", del resto, deriva dal greco *hybris*, o tracotanza, che nella sua complessità polisemica indica azioni o atteggiamenti umani volti a trascendere i limiti imposti dalle leggi divine¹. Di queste creature troviamo rappresentazioni lungo tutta la storia culturale, con picchi di eccellenza quali le *Metamorfosi* di Ovidio (43 a.C.-18 d.C.), la *Divina Commedia* di Dante Alighieri (1265-1321) e i manoscritti illustrati dell'*Inferno* o i dipinti dell'olandese Hieronymus Bosch (1450-1516)². Grandi il fascino e l'orrore suscitati dagli ibridi poiché, come sottolinea anche Umberto Eco, queste creature sono

¹ Cfr. Cipolla (2011), p. 29.

² Riguardo ai manoscritti illustrati della *Divina Commedia*, si rimanda a Battaglia Ricci (1996).

“considerate mostruose ed estranee ai canoni della Bellezza [...], tuttavia l’atteggiamento verso queste entità non era sempre di ripugnanza”³. Nonostante vi siano cose brutte, l’arte ha il potere di rappresentarle in modo bello permettendo al Brutto di divenire accettabile o, talvolta, accattivante.

Venendo al caso giapponese, le creature ibride sono un tema estremamente popolare nella letteratura e nelle arti figurative e attraversa generi ed epoche. Se ne trovano tracce nelle fiabe, così come nei primi scritti dell’ottavo secolo, le storiografie *Kojiki* (*Kojiki – Un racconto di antichi eventi*, 712) e *Nihon shoki* (*Annali del Giappone*, 720), e lungo tutto il corso della storia culturale, trovando massima espressione nei bestiari del tardo periodo Tokugawa (1600-1867). Alcune derivano dal contesto culturale dell’Asia continentale, mentre altre da quello autoctono: anche per quanto riguarda le tipologie se ne registrano numerose, da ibridi umani/animali e umani/vegetali ad altre che comprendono elementi non-organici. All’interno del presente lavoro si intende fornire uno spaccato di tale patrimonio culturale, soffermandoci di volta in volta ad analizzare le rappresentazioni dei corpi ibridi attraverso le principali fonti letterarie e pittoriche del Giappone pre-moderno.

Le creature ibride nel Giappone antico e medievale

Le creature ibride, in giapponese *zasshu*, letteralmente “intrico di tipologie” sono presenti nella cultura Giapponese già agli albori della letteratura: in *Kojiki* e *Annali del Giappone*, in particolare, troviamo una creatura con “otto teste e otto code su un solo corpo” che la divinità Susanowo fa ubriacare e poi uccide. In una delle code, poi, rinviene la leggendaria spada *kusanagi* (lett. “falciatrice erbe”), di cui fa dono alla sorella Amaterasu in segno di riconciliazione e per sancire il passaggio del potere nelle mani di quest’ultima (*kuniyuzuri*)⁴. Nella prima raccolta di aneddoti buddhisti (*setsuwa*) scritta in Giappone, il *Nihon ryōiki* (*Nihon ryōiki - Cronache soprannaturali e straordinarie del Giappone*, prima metà IX sec.)⁵, tra le schiere di Re Enma, il terribile giudice infernale, troviamo demoni dalla testa di bue e dal corpo umano. Questi esseri simili ai minotauri sono in origine dei bovini barbaramente menomati e uccisi da un uomo e rinati come creature ibride nell’Inferno: sono descritti come creature terrifiche e possenti, desiderose di vendicarsi sul loro aguzzino⁶.

³ Cfr. Eco (2004), p. 131.

⁴ Cfr. Villani (2006), pp. 50-51.

⁵ Si tratta di un’opera in tre libri compilata dal monaco Kyōkai (?-?). Il titolo completo della raccolta è *Nihonkoku genpō zen’aku ryōiki* (Cronache soprannaturali e straordinarie del Giappone sulla retribuzione in vita per il bene o il male commessi), ma è meglio noto con l’abbreviazione *Nihon ryōiki*, quella impiegata nel presente lavoro. Dell’opera esiste una traduzione italiana commentata in Migliore (2010).

⁶ Ivi, pp. 93-94.



Fig. Illustrazione sull'Inferno (XII sec.) [dettagli]

Di tale mondo e dei suoi abitanti troviamo rappresentazioni in *Jigoku no sōshi* (Illustrazioni sull'Inferno, XII sec.) e *Gaki no sōshi* (Illustrazioni sui demoni affamati, XII sec.)⁷, finestre sull'orrore dei luoghi in cui è confinato chi accumula *karma* negativo durante la vita terrena, e in *Yamai no sōshi* (Album con illustrazioni di malattie, XII sec.), quattro dipinti raffiguranti disturbi quali piorrea, intossicazione alimentare, piattole e alitosi, e accompagnati da didascalie sulle sofferenze comportate⁸. Oltre agli uomini-bue di *Nihon ryōiki*, in *Illustrazioni sull'Inferno* troviamo a esempio un uomo-cane, ossia una creatura con corpo umano e testa canina che tortura un malcapitato infilato in un calderone fumante (Fig. 1). E ancora,

⁷ I *gaki*, la cui iconografia segue le descrizioni del testo induista *Garuda Purana*, opera in cui vengono descritti i regni dopo la morte, sono demoni della fame. Sono rappresentati con il ventre vistosamente ingrossato, il collo lungo e sottile e la bocca molto stretta. Si tratta di umani mutati in demoni e, nonostante l'aspetto grottesco, la loro espressione ispira compassione. Nel giapponese moderno il termine *gaki* è utilizzato in senso dispregiativo verso i bambini, con il significato di "pidocchio" o "monello". Cfr. Mizuki e Murakami (2005), pp. 81-82.

⁸ Gli esperti del Tokyo National Museum fanno risalire la realizzazione di *Illustrazioni sull'Inferno* e *Illustrazioni sui demoni affamati* all'imperatore Go Shirakawa (1127-1192), ma dal momento che gli originali sono andati persi e che ne rimangono solo delle copie di epoche successive, rimangono dubbi in merito. Cfr. www.tnm.jp (ultimo accesso 12/02/2019). Su *Album con illustrazioni di malattie* esiste uno studio critico in Fraccaro (1995).

abbiamo un uomo-cavallo con corpo umano e testa equina che insegue insieme a un uomo-uccello le anime dannate sospingendole verso un muro di fuoco. Il primo ha pelle vermiglia e si copre i genitali con un *fundoshi* bianco, mentre il suo “collega” è bianco e usa un *fundoshi* rosso, lo stesso colore delle fiamme⁹. I due demoni ibridi hanno aspetto terrifico e impugnano delle armi con cui tengono a bada i condannati che, rispetto ai mastodontici persecutori, sono di dimensioni minute, hanno la pelle di colore rosa pallido e non indossano indumenti (Fig. 2). Le armi che i demoni brandiscono sono delle lance (*yari*) e le pose da loro assunte ricordano quelle del *sōjutsu*, l’arte della lancia che inizia a svilupparsi propri negli anni di realizzazione di *Illustrazioni sull’Inferno* e di cui in periodo Togugawa verranno prodotti vari manuali illustrati.



Fig. 2 Illustrazione sull’Inferno (XII sec.) [dettagli]

Dal canto suo, a cominciare da *Heike monogatari* (Storia degli Heike, XIII sec.) anche il mondo dell’epica guerresca (*gunki monogatari*) porta in scena numerose creature ibride mostruose, mettendole a confronto con prodi condottieri che puntualmente le sconfiggono. È questo il caso del terribile *nue*, una creatura chimerica volante con testa di scimmia, corpo di tasso, zampe di tigre e coda di serpente affrontata da Minamoto no Yorimasa (1104-1180)¹⁰. Stesso discorso per lo

⁹ Il *fundoshi* è il tradizionale perizoma giapponese usato dagli uomini per coprirsi i genitali.

¹⁰ Tutt’oggi il termine *nue* compare all’interno del linguaggio colloquiale come metafora di libertà e assenza di vincoli. Secondo alcuni studiosi, però, la creatura uccisa da Yorimasa non sarebbe un *nue*,

heike gani, o “granchio degli Heike”, un terribile granchio gigante con tratti umani nato dalle anime dei guerrieri Taira sconfitti dai Minamoto¹¹.



Fig. 3 Yamauba e Kintarō – allattamento (Kitagawa Utamaro, 1802)

bensi un *itsumade*, un'altra bestia ibrida volante che figura anche in *Taiheiki* (Cronaca della grande pace, 1374). Cfr. Nakamura (2008), 182-185, Komatsu (2011), p. 97 e Frederic (2002), la voce “*nue*”.

¹¹ Le guerre tra Minamoto e Taira, conosciute anche come “guerre di *genpei*”, si protraggono per alcuni anni ma infine vedono la vittoria dei Minamoto e la loro ascesa al comando del paese. In *Storia degli Heike* è narrata la battaglia finale di Dan no Ura (1185) che segna la disfatta dei Taira. Cfr. McCullough (1988).

Sempre in *Storia degli Heike*, troviamo interessanti dettagli circa una creatura ibrida affrontata da Minamoto no Yorimitsu (948-1021), Kintarō, un fanciullo di nascita meravigliosa generato dall'unione di un drago (*ryū*) e un demone femminile conosciuto come *yamanba*, una strega dei monti dall'aspetto umano ma dall'appetito di demone¹². Il prodotto del loro amore, oltre a essere dotato di forza sovrumana e spiccate doti militari, è in possesso di un'inequivocabile caratteristica che lo contraddistingue: ha tratti umani ma la sua pelle è di colore vermiglio acceso, simbolo del suo legame di sangue con i draghi. Protagonista dello *ukiyo-e*, è sovente ritratto come un bambino di tre o quattro anni impegnato a succhiare avido il latte dal seno della madre, vista come una donna bellissima ma con i capelli arruffati, espressione del suo lato demoniaco¹³. Con una mano il fanciullo stringe la mammella destra da cui riceve il nutrimento, mentre con l'altra solletica il capezzolo sinistro per prepararlo all'imminente assalto delle sue labbra (Fig. 3).

Nonostante la narrativa dell'età antica e del periodo Kamakura (1185-1333) contengano già importanti elementi circa le creature ibride del folklore, è in epoca Muromachi (1336-1573) che viene posta la prima pietra miliare nelle arti figurative. Nello specifico, tale ruolo è svolto dallo *Hyakki yagyō emaki* (Rotoli illustrati della parata di cento demoni in notturna), rotoli illustrati ricchi di colori e dinamicità raffiguranti una grottesca parata di demoni e altre creature soprannaturali. Numerose versioni giungono a noi, ma la più antica risale agli inizi del sedicesimo secolo ed è attribuita al pittore Tosa Mitsunobu (1434-1525?), molto attivo alla corte degli *shōgun* Ashikaga ed esponente di spicco della scuola di pittura Tosa (*Tosa-ha*)¹⁴. Attualmente, è conservata nello Shinjuan, uno dei padiglioni del tempio Daitoku di Kyoto e finora è stata oggetto di numerosi studi sia da parte di ricercatori giapponesi sia stranieri¹⁵.

Rotoli illustrati della parata di cento demoni in notturna è la versione laica e spensierata di *Illustrazioni sull'Inferno* e *Illustrazioni sui demoni affamati*¹⁶: la sua unicità consiste nel rivelare attraverso immagini quanto avviene di notte per le vie della capitale, ossia rendere visibile ciò che non può e non deve essere visto. Demoni e fantasmi sono ora sotto gli occhi di tutti, generando al contempo terrore, disgusto, curiosità e ironia. Alcuni di questi sono ritratti nell'atto di correre o passeggiare, altri

¹² Lo *yamanba*, anche conosciuto come *yamauba* o *yamahaha* (lett. "la madre dei monti"), è un demone femminile antropofago che vive tra i monti. Compare in molte fiabe e anche in drammi del teatro del *nō*.

¹³ Lo *ukiyo-e*, o "immagini del mondo fluttuante", è un genere di stampa artistica su carta fiorita nella seconda metà del periodo Tokugawa.

¹⁴ La scuola pittorica Tosa nasce in epoca Muromachi e si distingue per l'ispirazione letteraria, che sviluppa principalmente attraverso le tecniche dello *yamato-e*. Molti dei suoi esponenti sperimentano anche il tema dello *hyakki yagyō*, realizzando dipinti dalle cromie accese e ricchi di dettagli. Per ulteriori dettagli si rimanda a Rosenfield (1993).

¹⁵ Per approfondimenti si rimanda a Nicolae (2015).

¹⁶ Cfr. Foster (2009), p. 8.

invece sono intenti a manovrare manufatti o sorreggere vessilli del tutto simili a quelli delle manifestazioni pubbliche del mondo umano. Tra le creature, poi, alcune sono goffamente coperte da capo a piedi da lunghi teli e di loro si intravedono solo le estremità degli arti, da cui spuntano lunghi artigli ricurvi. Se da un lato le creature raffigurate posseggono i medesimi segni contraddistintivi dei protagonisti di *Illustrazioni sull'Inferno* e *Illustrazioni sui demoni affamati*, quali corna, denti aguzzi e strane escrescenze sul corpo, dall'altro la vena comica di cui sono dotate consente al fruitore di superare la paura e avviare un processo di esorcizzazione attraverso l'ironia. Piuttosto che raccapriccianti demoni deformi e aggressivi, la parata descritta da Mitsunobu si compone prevalentemente di *bakemono*, ossia animali muta-forma delle fiabe in atteggiamenti antropizzati, e *tsukumogami*, artefatti di uso comune divenuti esseri animati con tanto di braccia e gambe (Fig. 4).



Fig. 4 Rotoli illustrati della parata di cento demoni in notturna (Tosa Mitsunobu, XVI sec) [dettaglio]

Per quanto riguarda i *bakemono*, molti di loro presentano al contempo elementi somatici animali e umani, come nel caso del *kitsune onna* (lett. “donna volpe”): la creatura sta correndo ed è ritratta di schiena, ma dall’orlo del *kimono* rosa che indossa spuntano arti e coda di volpe, mentre il suo capo è ricoperto da una cascata di lunghi capelli neri raccolti in una coda (Fig. 5). Un *saru onna* (lett. “donna scimmia”), invece, è ritratto di fronte mentre è impegnato a trasportare un sacco dal misterioso contenuto, forse un *futon* per dormire. Indossa un *kimono* bianco allacciato morbido in vita e calza dei sandali di paglia: ha zampe di scimmia ma il suo volto presenta tratti umani. Le sopracciglia sono modellate come è uso presso le donne dell’epoca di *Rotoli illustrati della parata di cento demoni in notturna* e anche la pettinatura, una lunga chioma sciolta e divisa al centro in due grosse losanghe, rispecchia i costumi del tempo. La faccia è schiacciata, come un grosso doblone su

cui poggiano due occhi circolari e un naso appena abbozzato: subito sotto bocca che si intuisce appena, spunta una piccola chiazza rossa, forse un richiamo al tipico volto paonazzo del *nihonzaru*, ossia la “scimmia giapponese” (Fig. 6)¹⁷.



Fig. 5 e Fig. 6 Rotoli illustrati della parata di cento demoni in notturna (Tosa Mitsunobu, XVI sec)
[dettagli]

¹⁷ La scimmia giapponese (*macaca fuscata*) raggiunge in genere il mezzo metro di altezza e ha il pelo di colore bruno cupo. Sua caratteristica è avere volto e fondoschiena privi di pelo.

In un altro punto, uno *shikome* (o *shūjo*, lett. “donna brutta”), un demone femminile abitatore della “terra delle acque ocre” (*yomi no kuni*)¹⁸, è impegnata a tingersi i denti di nero alla maniera delle donne umane¹⁹. Nonostante la cura dimostrata nel prendersi cura del proprio viso, l’unica parte con tratti umani oltre alle mani, la natura ibrida del suo corpo è tradita dagli artigli da uccello che spuntano sotto l’orlo dell’elegante *kimono* che indossa. A dispetto dei lineamenti simili a un umano, il suo cranio è visibilmente sproporzionato, così come il naso. L’espressione del volto, poi, appare ancora più grottesca poiché la creatura è impegnata a controllare il risultato del suo lavoro nello specchio sorretto dalla creatura di fronte a lei. Dietro allo *shikome*, poi, altri suoi simili ne spiano i gesti, forse incantati dalla femminilità espressa dal loro collega (Fig. 7).



¹⁸ La “terra delle acque ocre” compare in *Kojiki* e *Annali del Giappone* e, secondo il folklore autoctono, corrisponde all’angusto luogo in cui precipitano i defunti.

¹⁹ Anticamente, le donne si tingevano i denti di nero (*haguro*) nel giorno del loro matrimonio.



Fig. 7, Fig. 8 e Fig. 9 Rotoli illustrati della parata di cento demoni in notturna (Tosa Mitsunobu, XVI sec) [dettagli]

Mentre gli esempi appena trattati riguardano ibridi in cui parti umane e animali sono chiaramente distinguibili, in *Rotoli illustrati della parata di cento demoni in notturna* ne troviamo altri in cui le componenti sono totalmente fuse tra loro. È il caso dello *ari no yōkai* (lett. “mostro formica”) e *kirin no yōkai* (lett. “mostro kirin”), due mostri raffigurati uno sulle spalle dell’altro laddove il *porteur* è un demone con volto animale e struttura corporea umana. In realtà il *kirin*, l’animale fantastico cui si ispira, è di per sé una bestia chimerica originaria del folklore cinese e, secondo la leggenda, ha corpo di cervo, coda di bue, zampe di cavallo e un grande corno che spunta in mezzo alla fronte. Sulle spalle di questo mostro, troviamo una creatura più minuta, con il corpo nero corvino e che brandisce un grosso martello con cui sta per colpire il grande *nopperabō* vermiglio di fronte a lui²⁰. Si tratta di un ibrido tra una formica (*ari*), i cui tratti emergono nel volto e nel colore della pelle, e un umano, di cui possiede la struttura fisica (Fig. 8). Stesso discorso per lo *usagi yōkai* (lett. “mostro coniglio”), una creatura con il corpo bianco, capelli marroni e un tessuto verde arrotolato intorno alla vita. Delle caratteristiche dell’animale cui si ispira mantiene le lunghe orecchie, che si assottigliano quasi a divenire delle antenne, e il bianco cangiante del pelo che gli ricopre il corpo. Per il resto, il muso presenta al contempo lineamenti umani, come gli occhi rotondi enfatizzati dal marcato arco sopraccigliare, e leporini, in particolare la pronunciata mascella. Il corpo ha poi una struttura diversa dalla bestia, molto più simile a quella di una persona, ma le estremità degli arti mantengono caratteristiche da coniglio (Fig. 9).

La carica espressiva dei loro volti, nonché gli atteggiamenti marcatamente antropizzati, ne fanno specchio e parodia delle persone. Rappresentano una dimensione in cui la naturale maschera costituita dal corpo scompare e rimane l’essenza descritta negli aspetti più comici, brutali, fragili e paradossalmente reali. Già un’opera precedente a *Rotoli illustrati della parata di cento demoni in notturna*,

²⁰ Il *nopperabō* è un popolare mostro del folklore e viene rappresentato in vari bestiari: in genere, è ritratto come una testa gigante che si muove su dei piccoli piedi.

il *Chōjūjinbutsu giga* (Caricature di animali e persone, XII sec.) di Toba Sōjō (1053-1140), fornisce numerosi spunti a Mitsunobu²¹. Precursore dell'arte del *manga*, i quattro *maki* di cui si compone sono suddivisi in sezioni dedicate ad alcune specie animali. Lunghi scorci a inchiostro su conigli, buoi, cani, rane e altri animali che compiono gesti identici agli umani, come cacciare con l'arco, indossare abiti e copricapi o praticare la lotta. Rispetto a questo, però, il lavoro di Mitsunobu è ben più articolato, ricco di cromie, e per larga parte ambientato nel contesto urbano.

Per quanto riguarda l'altro gruppo di creature ritratte dall'artista, gli *tsukumogami*, va intanto detto che superstizioni sugli artefatti animati si rintracciano già alla fine del periodo Heian. Nel diciannovesimo racconto del ventisettesimo libro di *Konjaku monogatarishū* (Raccolta di storie di un tempo che fu, XII sec.), un'importante antologia aneddotica, troviamo una narrazione su un otre d'olio (*aburakame*): i suoi padroni se ne disfano perché vecchio e inutilizzabile, ma l'oggetto prende vita e si vendica. Di notte, compiendo passi di danza, si muove per la residenza del padrone e tormenta la sua giovane figlia²². Nell'immaginario popolare Heian, infatti, gli *tsukumogami* rientrano tra gli *yakubyōgami*, ossia presenze soprannaturali foriere di malattie incurabili, malasorte e possessioni²³, e la loro pericolosità è elevata poiché si sviluppano in seno al focolare domestico. Stanchi di subire torti dagli umani che li usano e poi li abbandonano in solai o ripostigli, è il risentimento (*urami*) a infondere vita agli utensili, lo stesso sentimento alla base degli spiriti-persecutori (*onryō*) che popolano numerosi la letteratura del periodo Heian, a partire dal suo caposaldo, *Genji monogatari* (Storia di Genji, ca. 1000)²⁴.

Gli *tsukumogami* rappresentano la paura collettiva verso il passato, il peso dell'eredità degli avi che le generazioni successive devono custodire con cura: da qui l'usanza del *susuharai*, il rito di "cancellazione della fuliggine", la pratica di pulire dallo sporco la casa, i *tatami* e gli oggetti, affinché avvenga la riconciliazione tra l'umano e lo spazio domestico e gli elementi di cui si compone. Chi non osserva tale tradizione e getta via gli utensili di casa, è esposto alla loro terribile vendetta²⁵.

²¹ Il titolo dell'opera letteralmente significa "uccelli e bestie ritratti come esseri umani in un disegno divertente" e solitamente viene abbreviato in *Chōjū giga* (lett. "caricature di animali"). L'attribuzione non è certa e probabilmente è stato realizzato in tempi diversi da più di un artista. È conservato presso il tempio Kōzan di Kyoto. Cfr. Tada e Kyōgoku (2009), 133-134, Novielli (2015), 17-18 e Papp (2010), il secondo capitolo.

²² Cfr. Ury (1985), 78-79.

²³ Cfr. Komatsu (2009), 326-342 e Reider (2009).

²⁴ Nel folklore giapponese, il risentimento può dare vita a due tipi di spiriti-persecutori, uno che si stacca dal corpo della persona quando questa è ancora in vita e interagisce con la realtà circostante (*ikiryō*), e uno che invece si sviluppa dopo il decesso e libera la propria carica di odio (*shiryō*). Cfr. Komatsu (2011).

²⁵ Il *susuharai* è un rituale di purificazione dell'abitazione: durante la cerimonia l'officiante e i fedeli battono il *tatami* in modo da eliminare la polvere accumulatasi nelle grandi sale, lustrano gli oggetti e fanno prendere aria agli ambienti. Cfr. Reider (2009) e Blacker (2004), p. 40.

Gli *tsukumogami* di *Rotoli illustrati della parata di cento demoni in notturna* rappresentano oggetti abbandonati dai possessori per le strade e di notte, unendosi ai demoni penetrati nella capitale attraverso il *kimon* (lett. “portale dei demoni”), formano un’allegra parata. Questa orda demoniaca prende il nome di *hyakki yagyō* (lett. “parata di cento demoni in notturna”) e, in ambito letterario a partire da *Raccolta di storie di un tempo che fu* e in quello delle arti figurative da *Rotoli illustrati della parata di cento demoni in notturna*, diviene un topos la cui popolarità è viva anche ai nostri giorni. Gli *tsukumogami* di Mitsunobu sono densi di vitalità, colori e forme: troviamo ombrelli da cui spuntano braccia e gambe e il cui volto si intravede tra le pieghe dell’oggetto, oppure grandi ciotole capovolte sorrette da corpi ossuti e callosi (Fig. 4). Tuttavia, è un’opera per lo più coeva a *Rotoli illustrati della parata di cento demoni in notturna* a dare massimo risalto agli *tsukumogami*, lo *Tsukumogamiki* (Racconti di utensili animati, metà XVI sec.), che già nell’incipit fornisce interessanti dettagli in materia: “secondo le *Storie di luce e ombra*, superati i cento anni di età gli utensili mutano forma acquisendo un’anima e si prendono beffe degli umani”²⁶.

Realizzato verso la metà del periodo Muromachi e di attribuzione non certa²⁷, *Racconti di utensili animati* contiene un elevato numero di *tsukumogami* ripartibili in quattro gruppi. Il primo tratta oggetti relativi al mondo dei guerrieri, come armi (*buki*), elmi, armature e spade divenuti creature animate. Il secondo, invece, strumenti musicali (*gakki*), quali *koto*, *biwa*, tamburi e flauti²⁸. E ancora, il terzo gruppo è costituito da utensili appartenenti al focolare domestico (*kagu*), come portacandele, specchi e comodini e così via. Il quarto, infine, è composto dai *butsugu*, manufatti adoperati nei rituali buddhisti e ritenuti in possesso di una potente carica soprannaturale. In realtà, consultando altre fonti coeve in cui compare il medesimo stilema, quali a esempio lo *Tsuchigumo zōshi* (Album del ragno della terra, fine XVI sec.), ci si rende conto di come la rosa di oggetti suscettibili a tale mutazione sia ben più ampia e comprenda anche vasi da fiori (*kabin*), set da calligrafia (*suzuribako*) e pipe (*kiseru*) divenuti *tsukumogami* (Fig. 10 e Fig. 11)²⁹.

²⁶ Oltre *Racconti di utensili animati*, l’opera è conosciuta anche come *Tsukumogami emaki* (Rotoli illustrati di utensili animati). Cfr. Tanaka e Komatsu (2007), 20 [trad. it. a cura dello scrivente].

²⁷ Cfr. Mizuki e Murakami (2005), p. 212.

²⁸ Il *koto* è uno strumento tradizionale con tredici corde e viene suonato in posizione orizzontale. Il *biwa*, invece, è una sorta di liuto.

²⁹ Cfr. Lillehoj (1995).



Fig. 10 e Fig. 11 Racconti di utensili animati (metà XVI sec) [dettagli]

Le creature ibride dei bestiari del periodo tokugawa

Se in Europa, tra il 1000 e il Rinascimento, l'uomo ritiene di vivere in un paradiso perduto gremito di bestie feroci ed esseri ibridi da conoscere e catalogare³⁰, in Giappone il picco di tale pensiero è raggiunto tra l'inizio del diciottesimo secolo e la metà del successivo. *Rotoli illustrati della parata di cento demoni in notturna* apre il sipario di un nuovo filone artistico che prende il nome di *yōkai-ga* (lett. "pittura di mostri") che, unendosi agli studi enciclopedici (*hakubutsugaku*) nati in Giappone su spinta di quelli erboristici cinesi (*honzōgaku*), nel periodo Tokugawa porta alla nascita dei bestiari (*yōkai zukan*)³¹. In particolare, la serie *Gazu hyakki yagyō* (Illustrazioni della parata di demoni in notturna, 1776) del pittore Toriyama Sekien, una raccolta di illustrazioni sui mostri il cui titolo e i contenuti dimostrano forti legami con lo *hyakki yagyō* di Mitsunobu, occupa una posizione determinante.

³⁰ Cfr. Frugoni (2018), pp. 7-10.

³¹ Ulteriori dettagli in Foster (2009) e Cucinelli (2013).

Membro della scuola di pittura Kanō (*Kanō-ha*) e in seguito maestro di altri grandi artisti³², diversamente dal predecessore, Sekien spezza il flusso della parata di creature e le ritrae come una sequenza di illustrazioni separate e indipendenti tra loro. La serie si compone di quattro sezioni, ciascuna ripartita in tre *maki*, e nel complesso racchiude 196 xilografie. In linea con le pubblicazioni con rilegatura a libro (*fukurotoji*) in voga nel periodo Tokugawa ogni xilografia in genere occupa lo spazio di una pagina, e ritrae una creatura e l'ambientazione in cui è inserita. Dal punto di vista grafico l'autore realizza un sofisticato bestiario che risulta però carente su quello contenutistico: nella prima e nella seconda sezione, infatti, le xilografie sono unicamente accompagnate dal nome dei soggetti ritratti. Dal terzo in avanti, invece, si incontrano brevi didascalie, talora di appena una o due righe, in cui vengono forniti i dati salienti relativi alla creatura e, talvolta, alle fonti letterarie che la riguardano³³.

Tra le creature ritratte da Sekien troviamo numerosi ibridi con elementi umani mischiati ad altri animali. Tra questi lo *ubume*, la cosiddetta "partorientente fantasma", una creatura in origine appartenente al folklore cinese ma che nel tempo si nipponizza. In Cina corrisponde a una donna-uccello (*kokakuchō*) che, incapace di poter avere figli, rapisce nottetempo i bambini nelle case. Giunte in Giappone queste leggende si fondono con quelle locali sullo *ubume*, una donna incinta uccisa e seppellita con il bambino ancora nel grembo. Lacerata dal dolore e dal risentimento, la giovane diviene uno spirito-persecutore destinato a vagare nel mondo³⁴. Sekien la ritrae con il corpo coperto di sangue mentre tiene stretto al petto l'infante, ma nei suoi lunghi capelli, divisi come a formare due ali, l'artista imprime il retaggio culturale della donna-uccello cinese con cui lo *ubume* condivide l'idea di base, ossia la maternità (Fig. 12)³⁵.

³² La scuola Kanō rappresenta una delle colonne portanti dell'arte pittorica giapponese, vanta una storia che attraversa quattro secoli, dal quindicesimo al diciannovesimo secolo. Rispetto alla scuola Tosa, la Kanō ha come principale riferimento la pittura cinese. Tra gli esponenti figura Sekien, la cui influenza si rileva in Tsukioka Yoshitoshi (1839-1892) e Kawanabe Kyōsai (1831-1889), entrambi celebri per le rappresentazioni di creature soprannaturali. Cfr. Fahr-Becker (2000).

³³ Tale impostazione risente dell'influenza di antichi testi enciclopedici cinesi, tra cui lo *Shanhai jing* (giapp. *Sengaikyō*; Libro dei monti e dei mari, IV-III sec. a.C.), un compendio che descrive usanze e stranezze di varie aree regionali, e per questa ragione il lavoro di Sekien è costituito dal frutto dell'incontro tra gli studi continentali e il filone d'arte autoctona legato allo *hyakki yagyō*. Sekien cita in più punti il *Libro dei monti e dei mari*, sia nelle didascalie di accompagnamento alle xilografie sia nella postfazione del primo volume, riconoscendone il valore di caposaldo nell'ambito degli studi cinesi sulle creature soprannaturali. Cfr. Toriyama Sekien (2011), p. 66.

³⁴ Secondo la tradizione buddhista, una donna morta senza sperimentare la gravidanza è condannata allo *umazume no jigoku*, l'"inferno delle donne senza figli", mentre una morta di parto al *chi no ike no jigoku*, l'"inferno dello stagno di sangue". Cfr. Stone and Namba (2008).

³⁵ Secondo la superstizione, lo *ubume* si manifesta nei pressi di incroci o ponti al crepuscolo ai passanti di sesso maschile, chiedendo loro di prendere in braccio il bambino. Quest'ultimo, dal canto suo, è dotato di poteri particolari: a seconda dei casi può far apparire immense fortune o aumentare a



Fig. 12 Illustrazione della parata di demoni in notturna (Toriyama Sekien, 1776) [*ubume*, *tesso*, *ningyo*, *kappa*]

dismisura il proprio peso diventando così un fardello insostenibile. In altri casi, poi, uccide chi lo tocca. Cfr. Mizuki e Murakami 2005, pp. 46-47.



Fig. 13 Illustrazioni della parata di demoni in notturna (Toriyama Sekien, 1776) [ubume, tesso, ningyo, kappa]



Fig. 14 Illustrazioni della parata di demoni in notturna (Toriyama Sekien, 1776) [*ubume, tessō, ningyō, kappa*]

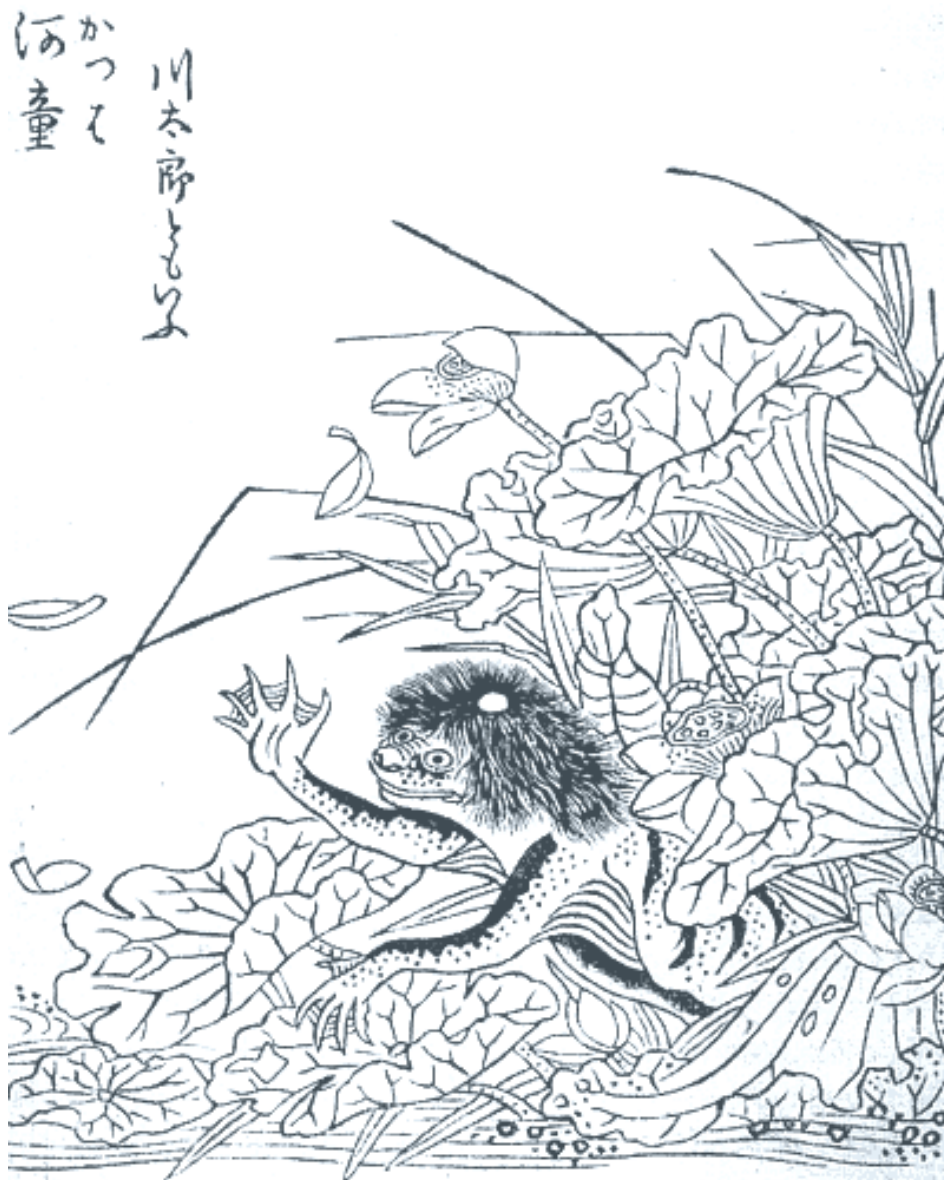


Fig. 15 Illustrazioni della parata di demoni in notturna (Toriyama Sekien, 1776) [*ubume, tesso, ningyo, kappa*]

Medesimo discorso per il *tesso* (lett. “topo di ferro”), un uomo-topo a capo di un esercito di roditori che distruggono i tesori dei templi buddhisti. L’origine della leggenda deriva da un episodio narrato nel capitolo *Raigō* (Il monaco Raigō) di *Storia degli Heike* in cui si narra della trasformazione in ratto spettrale (*tesso*) del monaco Raigō (1002-1084), un religioso del Midera, un importante tempio buddhista della

prefettura di Shiga³⁶. Sekien lo raffigura curvo a dirigere le mosse di un branco di topi, rispetto ai quali lui è decisamente più grande di stazza. Ha le estremità degli arti coperte di pelo e dotate di artigli affilati, indossa la tipica veste dei monaci (*kesa*) e la cinta che la chiude è disegnata in modo tale da essere equivocata con la coda dell'uomo-topo. Il volto conserva lineamenti umani ma è lungo e schiacciato, e anche le orecchie hanno la tipica forma di quelle dei roditori (Fig. 13).

Altra creatura ibrida di rilevante importanza è la sirena (*ningyo*), un mostro di lontane origini nell'immaginario nipponico e di cui si trovano tracce in *Annali del Giappone*. Nella storiografia, infatti, si riporta che nel ventisettesimo anno di regno dell'Imperatrice Suiko (554-628), ovvero nel 619³⁷, una sirena sia rimasta imbrigliata nella rete di un pescatore. Viene descritta come una creatura della stazza di un bambino, con tratti somatici umani e da pesce. Nell'antichità l'apparizione di una sirena rappresentava un segno fausto, ma col tempo tale immagine muta fino ad assumere valenze opposte. Esistono anche superstizioni secondo le quali la sua carne doni l'eterna giovinezza a chi se ne ciba, ma un aneddoto dello *Shokoku rijindan* (Storie dai villaggi delle province, inizi XVIII sec.) riporta di un pescatore che fa una tragica fine insieme a tutto il suo villaggio dopo avere ucciso e mangiato una sirena³⁸. Quella ritratta nella xilografia di Sekien è accompagnata da una didascalia che recita "si trova a ovest dell'albero che collega la Terra e il Cielo, ha volto umano, corpo di pesce e non ha le gambe. Dal torace in su è umana, per il resto è simile a un pesce. Si dice sia un abitatore del lago Qinghai"³⁹. Ciò che colpisce il lettore occidentale, per il quale la sirena corrisponde a una donna bella e affascinante, sta nel fatto che la creatura ritratta da Sekien non sia in possesso di lineamenti piacevoli e che in lei la componente anfibia sia assolutamente preponderante. Il volto è coperto di squame, le mani sono palmate, al posto delle orecchie ha due pinne e anche la capigliatura ricorda piuttosto un cespuglio di alghe marine (Fig. 14). L'artista la immagina infatti del tutto simile a un *kappa*, una creatura ibrida a metà tra una persona e una tartaruga

³⁶ Si tratta del sesto capitolo del terzo *maki*. L'imperatore Shirakawa (1053-1129), preoccupato per la propria successione, implora Raigō di pregare per la nascita di un erede maschio in cambio di una cospicua somma di denaro, necessaria ai monaci per la costruzione di una nuova pedana dell'ordinazione (*kaidan*). Il bimbo nasce ma, temendo il malcontento dello Enryakuji, un tempio a nord-est di Kyoto all'epoca acerrimo avversario del Midera, Shirakawa non rispetta la promessa. Accecato dal desiderio di vendetta, Raigō digiuna per cento giorni e, alla sua morte, si tramuta in un gigantesco topo. A capo di un esercito di roditori, assale lo Enryakuji distruggendo i *sūtra* lì conservati e continua a provocare danni in altre aree del paese, tra cui Shimotsuke, nella prefettura di Tochigi, dove infine viene rinchiuso con il suo seguito in un tumulo, tutt'oggi conosciuto come *raisozuka*, il "tumulo dei topi".

³⁷ Suiko è stata la trentatreesima sovrana del Giappone: il suo regno va dal 593 al 628.

³⁸ Mizuki e Murakami (2005), 244 [trad. it. a cura dello scrivente].

³⁹ Il Lago Qinghai si trova in Cina, nell'omonima provincia, e giace a un'altezza di oltre tremila metri. Cfr. Toriyama Sekien (2011), p. 140.

e che popola il greto dei fiumi (Fig. 15)⁴⁰. Nel ritrarre la sirena, probabilmente Sekien si ispira a scritti che circolano in Giappone da alcune centinaia di anni, tra cui l'antologia aneddótica *Kokon chōmonjū* (Raccolta di aneddoti antichi e moderni, 1241)⁴¹. Nell'opera si parla infatti di un pescatore della regione di Ise che trova una sirena e ne mangia le carni: la creatura è descritta come “un grande pesce con volto umano”, che però ha denti affilati e i contorni della bocca “più simili a una scimmia piuttosto che a un pesce”⁴². La differenza principale con il *kappa*, che solitamente nel folklore – a partire dalla fiaba *Il genero kappa*⁴³ – è associato all'elemento maschile, la sirena viene ricondotta alla sfera femminile e per tale ragione Sekien le traccia un leggero rigonfiamento all'altezza del torace, un seno appena accennato e privo di capezzoli.

Sempre all'interno di *Illustrazioni della parata di demoni in notturna* viene ripreso il tema delle creature ibride con componenti da rettile già trovato in *Kojiki* e *Annali del Giappone*. Nel caso di Sekien si tratta di due mostri per metà umani e per metà rettili, ossia lo *shokuin* (lett. “luce e ombra”; Fig. 16) – la divinità del monte Shōzan⁴⁴ – e il *nureonna* (lett. “donna dei rovesci”; Fig. 17).

Pur apparentemente simili, oltre al genere esiste una sostanziale differenza tra le creature e sta negli animali di cui posseggono alcuni tratti somatici. Per quanto riguarda il primo, è un mastodontico serpente con testa umana le cui possenti spire abbracciano addirittura la montagna. Le numerose e pesanti rughe che solcano la fronte dello *shokuin*, poi, sono un punto di contatto con l'iconografia di altre divinità cinesi e giapponesi sovente ritratte come persone anziane, in quanto l'idea di vecchiaia si ricollega direttamente a quella di sacralità. Il *nureonna*, invece, è un mostro del folklore con il volto di donna ricollegato ai rovesci, ma la sua bocca è deforme e vi fuoriesce una sinuosa lingua di rettile. Il corpo è quello di un drago, elemento deducibile dalle due esili braccia simili a quelle di una lucertola, un richiamo all'iconografia del drago cinese che secondo le leggende comanda le piogge e stringe nell'artiglio un gioiello rotondo (Fig. 18)⁴⁵.

⁴⁰ Il *kappa* è una delle creature del folklore più note e studiate. Per un approfondimento in lingua italiana, si rimanda a Miyake (2006).

⁴¹ È una raccolta di aneddoti compilata da Tachibana Narisue, un autore del tredicesimo secolo. Contiene ben 726 aneddoti raccolti in venti libri.

⁴² I versi citati in traduzione sono presi da Kuzumi (2011), p. 67 [trad. it. a cura dello scrivente].

⁴³ È una popolare fiaba in cui un *kappa* prova a sposare una donna umana. Cfr. Orsi (1998), *Il genero kappa*.

⁴⁴ In cinese Zhonshan. È una montagna a est di Nanjing, nella provincia di Jiangsu. È conosciuta anche come “montagna purpurea” (cin. “*zijinshan*”; giapp. “*shikinzan*”).

⁴⁵ Cfr. Lewis (2006).



Fig. 16 Illustrazione della parata di demoni in notturna (Toriyama Sekien, 1776) [*shokuin, nureonna*]



Fig. 17 Illustrazione della parata di demoni in notturna (Toriyama Sekien, 1776) [*shokuin, nureonna*]



Fig. 18 Pergamena dei nove Draghi (Chen Rong, ca. 1244)

L'altro caposaldo tra i bestiari, sicuramente il più completo dal punto di vista letterario e artistico, è lo *E-hon hyaku monogatari – Tōsanjin yawa* (Cento racconti illustrati – Racconti notturni di Tōsanjin, 1841), frutto della cooperazione tra il pittore Takehara Shunsen e un misterioso scrittore indicato con il *pen name* Tōkasanjin (lett. “uomo della montagna dei fiori di pesco”)⁴⁶. L'estro combinato dei due artisti genera un prodotto articolato e unico, la cui vitalità si trasmette limpida a distanza di secoli. A differenza di Sekien, Shunsen opta per l'uso del colore, indagando con le cromie nuovi aspetti delle creature soprannaturali, quali sgargianti abiti e fiamme vermiglie. Rispetto al lavoro di Sekien, in cui la parte testuale subentra solo in un secondo momento, in *Cento racconti illustrati - Racconti notturni di Tōsanjin* ogni immagine è accompagnata da una solida narrazione in cui compaiono in maniera distinta toponimi, antroponimi, cariche sociali e riferimenti letterari, dalle cronache cinesi ai testi prodotti in Giappone⁴⁷.

⁴⁶ Dietro al *pen name* “Tōkasanjin” riportato su una copia dell'originale e accompagnato dalla parola *haijin*, ossia poeta di *haiku*, si cela forse il letterato della seconda metà del periodo Tokugawa Tōkazono Michimaro. Cfr. Tada (2010), 184-191. Per quanto riguarda Shunsen, invece, disponiamo di notizie più approfondite: probabilmente discepolo dell'*atelier* di Matsumoto Nobushige (?-?), in arte Takehara Shunchōsai, oltre alla produzione a tema soprannaturale Shunsen possiede un talento per le vedute paesaggistiche, come testimonia il celebre *Tōkaidō meisho zue* (Guida illustrata ai luoghi famosi del Tōkaidō, 1797), da cui traspare uno spiccato gusto per la resa realistica dei soggetti. Per ulteriori dettagli sull'attività pittorica di Shunsen si rimanda a Papp (2010), p. 20.

⁴⁷ *Cento racconti illustrati* si compone di cinque *maki*, ognuno dei quali contenente nove racconti dedicati di volta in volta a un diverso mostro. Unica eccezione è costituita dal terzo *maki* che ne contiene solo otto.

Una particolarità del lavoro di Shunsen rispetto al predecessore è una maggiore attenzione alla flora e la presenza di ibridi umani e vegetali, più rari nell'altro bestiario. In Sekien, infatti, troviamo principalmente una tipologia di questi ibridi, ossia quella cui appartengono le creature chiamate *sakabashira* (lett. “colonna invertita”) e *ninmenju* (lett. “albero con volti umani”), rispettivamente un tronco le cui venature sono costituite da corpi di persone e un albero che genera fiori a forma di volti umani (Fig. 19 e Fig. 20)⁴⁸.



Fig. 19 Illustrazione della parata di demoni in notturna (Toriyama Sekien, 1776) [*sakabashira*, *ninmenju*]

⁴⁸ Cfr. Toriyama Sekien (2011), p. 43 e p. 139.

Shunsen sviluppa maggiormente il tema e, tra i tanti, realizza anche le xilografie di due ibridi ispirati al salice (*yanagi*), un albero che nel folklore è sovente ricollegato ai fantasmi (*yūrei*). Da un lato abbiamo lo *yanagi onna* (lett. “donna del

salice”), lo spettro di una donna trafitta alla gola da un ramo di salice mosso dal vento: il suo spirito penetra quindi nella pianta e appare di notte ai viandanti tenendo tra le braccia un bambino, il bene più prezioso che il destino le ha strappato. In questo caso l’ibrido non presenta alterazioni somatiche, ma il fatto che Shunsen lo ritragga accanto all’albero sta a indicare l’avvenuta fusione tra lo spirito della donna e il salice. Secondo la leggenda, infatti, l’unico modo per debellare il fantasma è tagliare di netto la pianta, ovvero il suo involucro fisico (Fig. 21). L’altra creatura ibrida è lo *yanagi baba* (lett. “vecchia del salice”), e anche in questo caso ci troviamo di fronte a una proiezione spirituale e non a un mostro in carne e ossa. Si tratta dello spirito di un salice che assume le sembianze di un’anziana la cui pelle è solcata da profonde rughe, trasfigurazione della corteccia dell’albero. È una presenza ostile e, come per lo *yanagi onna*, l’unico modo per liberarsene è tagliare il tronco della pianta da cui scaturisce (Fig. 22)⁴⁹.



Fig. 21 Cento racconti illustrati (Takehara Shunsen, 1841) [*yanagi onna*, *yanagi baba*, *futakuchi onna*]

⁴⁹ Cfr. Mizuki e Murakami (2015), p. 333.



Fig. 22 *Cento racconti illustrati* (Takehara Shunsen, 1841) [*yanagi onna*, *yanagi baba*, *futakuchi onna*]



Fig. 23 Cento racconti illustrati (Takehara Shunsen, 1841) [*yanagi onna*, *yanagi baba*, *futakuchi onna*]

Tuttavia, una delle più celebri xilografie di Shunsen, in seguito ripresa da vari artisti, riguarda un ibrido chiamato *futakuchi onna*, ossia la “donna con due bocche” (Fig. 23). I primi dati a riguardo derivano dalla didascalia che accompagna l’illustrazione, “poco sopra il collo ha una bocca che pretende sempre cibo. I capelli, muovendosi come serpenti, portano il cibo alla bocca”⁵⁰. Shunsen ritrae il *futakuchi onna* seduto sui talloni col busto eretto (*seiza*) e davanti al mostro è posta una ciotola di dolcetti di riso (*mochi*): sul piattino che regge in mano ve ne sono cinque e, dall’espressione dipinta sul suo viso, sembra che la creatura ne apprezzi il gusto. Avendo due bocche, la creatura utilizza sistemi diversi per portarvi il cibo: con le mani, aiutandosi con uno stecchino, porta uno ad uno i dolcetti alla bocca “umana”, per giungere a quella ben più grande e “mostruosa” posta dietro alla nuca, invece, si serve dei capelli usandoli come tentacoli. La creatura appare felice e soddisfatta ma non sa che il marito, un comune umano, la sta spiando inorridito: quando se ne accorge, lei si rende conto dell’impossibilità della loro unione e, quanto mai famelica, proverà a divorare anche il coniuge⁵¹.

⁵⁰ Cfr. Takehara Shunsen (2012), p. 77 [trad. it. a cura dello scrivente].

⁵¹ Una fiaba in cui compare questo mostro è contenuta in Orsi (1998), “La donna che non mangia”. Qui in realtà l’uomo si salva e il racconto termina con la morte del *futakuchi onna*.

Conclusioni

Attraverso una mescolanza che produce una molteplicità di relazioni, l'ibrido segna il passaggio per contaminazione da una forma data, esistente in natura, a un'altra. La "creatura con otto teste e otto code" uccisa da Susanowo racchiude nel suo corpo un prezioso oggetto magico, la sottomissione di Kintarō da parte di Yorimitsu e la vittoria di Yorimasa sul chimerico *nue* sono eventi che ribadiscono il valore del casato Minamoto. Al pari, i demoni dalla testa di bue, in forza del terrore che incutono, sono le creature perfette per impartire una lezione sui valori buddhisti all'assassino di bovini. Nel mondo antico, molti sono i casi in cui la letteratura fa un uso strumentale degli ibridi, intuendo da subito la potenza del messaggio prodotto dai loro imprevedibili corpi. Le mescolanze, le fusioni, le ibridazioni assumono il compito di *luoghi generativi* del nuovo, parlano della capacità di combinare le cose, metterle in relazione, farle interagire tra loro.

In tema di antropologia del corpo, poi, è frequente parlare di "incorporazione" o "embodiment"⁵², laddove oggetti e altri fattori endogeni condizionano il nostro corpo e il suo agire. Ebbene, gli *tsukumogami* giapponesi ci prospettano il caso opposto, ossia l'oggetto funge da base su cui si innestano elementi organici. In tal senso, gli artefatti buddhisti divenuti *tsukumogami* hanno un aspetto che ricorda in qualche modo i monaci, così come le armi-animate assumono pose vicine a quelle dei guerrieri. In sostanza, se lo studio degli oggetti apre la via alla conoscenza circa usi e costumi del tempo, quello degli *tsukumogami* fornisce preziosi indizi per apprendere nuovi aspetti sui caratteri delle persone che li maneggiavano.

Il periodo Tokugawa poi segna un incremento di interesse verso le creature ibride, che divengono uno dei temi centrali dei bestiari. Poste in tal modo sotto una lente di ingrandimento, le creature vengono studiate e fatte proliferare: dallo studio diacronico dei bestiari, infatti, emerge chiaro il percorso da loro compiuto. Alle creature ibride dell'Inferno buddhista e agli *tsukumogami* dell'età medievale, si aggiungono man mano ulteriori ibridi animali, primi fra tutti quelli ispirati ai rettili, per poi approdare anche al mondo di piante e fiori, nuova dimostrazione dell'enorme fascino che i loro complessi corpi esercitano sia su chi produce arte sia su chi ne fruisce.

⁵² A tale proposito si rimanda a Pizza (2005).

Bibliografia

- Battagli Ricci Lucia (1996), *Testo e immagini in alcuni manoscritti illustrati della Commedia: le pagine d'apertura*, in L. Lugnani et al. (ed.) *Studi offerti a Luigi Blasucci dai colleghi e dagli allievi pisani*, Lucca, Mpf, 23-49.
- Blacker Carmen (2004), *The catalpa bow: a study of shamanistic practices in Japan*, Londra, Routledge.
- Cipolla Paolo B. (2011), *La hybris di Serse nei Persiani di Eschilo fra destino e responsabilità*, in A. Rotondo (ed.), *Humanitas e cristianesimo. Studi in onore di Roberto Osculati*, Roma, Viella, 29- 39.
- Cucinelli Diego (2013), *Il profilo storico della yōkaigaku, la “demonologia” giapponese, e la classificazione delle creature sovrannaturali nel Sol Levante*, in A. Palmisano (ed.), *DADA – Rivista di Antropologia Post-globale*, 2, 29-58 [On-line article: www.dadarivista.com].
- Eco Umberto (a cura di) (2004), *Storia della Bellezza*, Milano, Bompiani.
- Fahr-Becker Gabriele (a cura di) (2000), *Arte dell'Estremo Oriente*, Milano, Könemann.
- Foster Michael D. (2009), *Pandemonium and parade*, Los Angeles, University of California Press.
- Frederic Louis (2002), *Japan Encyclopedia*, Boston, Harvard University Press.
- Fraccaro Francesca (1995), *La diffusione dei rotoli illustrati*, in P. Calvetti et al. (ed.), *Il Giappone prima dell'Occidente*, Roma, Edizioni De Luca, 233-248.
- Frugoni Chiara (2018), *Uomini e animali nel medioevo – Storie fantastiche e feroci*, Bologna, Il Mulino.
- Komatsu Kazuhiko (2009), *Hyōi shinkōron*, Tokyo, Kōdansha.
- Komatsu Kazuhiko (2011), *Yōkai no kiso chishiki*, Tokyo, Kawade Sensho.
- Kuzumi Kazuo (2011), *Nihon no ningyo densetsu – Happyakubikuni densetsu o chūshin toshite*, in *Fukuoka Daigaku Ningen Hattatsu Bunkagakurui Ronshū*, 13 (6), 65-73.
- Kyōto Kokuritsu Hakubutsukan (a cura di) (2016), *Chōjū jinbutsu giga – shuri kara miete kita sekai*, Tokyo, Benjō Shuppan.
- Lewis Mark Edwards (2006), *The flood myths of early China*, New York, State University of New York.
- Lillehoj Elizabeth (1995), *Trasfiguration: Man-made Objects as Demons in Japanese Scrolls*, in *Asian Folklore Studies*, 54 (1), 7-34.
- McCullough Helen Craig (1988), *The Tale of the Heike*, Stanford, Stanford University Press.
- Migliore Maria Chiara (a cura di) (2010), *Nihon ryōiki - Cronache soprannaturali e straordinarie del Giappone*, Roma, Carocci.
- Miyake Toshio, (2006), *Il kappa, caleidoscopio dell'immaginario nipponico*, in Takashi, Yoichi, *Storia di un kappa*, Padova, CasadeiLibri, 41-69.

- Mizuki Shigeru e Murakami Kenji (2005), *Nihon yōkai daijiten*, Tokyo, Kadokawa.
- Nakamura Teiri (2008), *Dōbutsutachi no Nihonshi*, Tokyo, Kaimeisha.
- Nanba Miwako (1993), *Irui kon'intan no "irui no tsuma" to "irui no otto"*, in *Tsukuba studies in literature*, 10, 117-129.
- Nicolae Raluca (2015), *Shaping darkness in hyakki yagyō emaki*, in *Asian Studies*, 3 (1), 9-27.
- Novielli Roberta (2015), *Animerama. Storia del cinema d'animazione giapponese*, Venezia, Marsilio.
- Orsi Maria Teresa (a cura di) (1998), *Fiabe giapponesi*, Torino, Einaudi.
- Papp Zilia (2010), *Anime and its roots in early Japanese monster art*, Folkestone, Global Oriental LTD.
- Pizza Giovanni (2005), *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Roma, Carocci.
- Reider Noriko (2009), *Animating Objects – Tsukumogamiki and the Medieval Illustrations of the Shingon Truth*, in *Japanese Journal of Religious Studies*, 36, 231-257.
- Rosenfield John M. (1993), *Japanese Studio Practice: The Tosa Family and the Imperial Painting Office in the Seventeenth Century*, in *Studies in the History of Art*, 38, 78-102.
- Stone I. Jaqueline e Nanba Mariko Walter (2008), *Death and afterlife in Japanese buddhism*, Princeton, Princeton University Press.
- Takehara Shunsen (2012), *Ehon hyaku monogatari – Tōsanjin yawa* (edizione critica a cura di T. Tada e N. Kyōgoku), Tokyo, Kokusho Kankōkai.
- Tanaka Takako (2002), *Hyakki yagyō no mieru toshi*, Tokyo, Chikuma Gakugei Bunko.
- Tanaka Takako e Komatsu Kazuhiko (a cura di) (2007), *Hyakki yagyō emaki o yomu*, Tokyo, Kawade.
- Toriyama Sekien (2011), *Gazu hyakki yagyō zengashū* (edizione critica a cura di K. Tada), Tokyo, Kadokawa Sofia Bunko.
- Ujitani Tsutomu (a cura di) (1988), *Nihon shoki – jō*, Tokyo, Kōdansha gakujutsu bunko.
- Ury Marian (a cura di) (1985), *Tales of times now past: sixty-two stories from a medieval Japanese collection*, Berkley, California University Press.
- Villani Paolo (a cura di) (2006), *Kojiki - Un racconto di antichi eventi*, Venezia, Marsilio.

La geometria dello stigma: HIV e biosocialità nel contesto dell'Emilia-Romagna

Alice Gattari

The Geometry of Stigma: HIV and biosociality in Emilia-Romagna

Abstract

The article retraces the evidence in an ethnographic piece of research carried out in Emilia-Romagna in 2017. In particular, it explores and analyzes critically the phenomenon of HIV-related stigma. The experience of seropositivity brings out the complex biomedical, political and social stratifications which undermine and mould the collective representations and narratives of the disease. Stigma emerges as the gravitational center of the stories of many seropositive persons. Its geometry is a non-Euclidean one: the figures of stigma – explicit/implicit, real/perceived – recall the action of a dispositive, which can be both narrative – from the institutional perspective – and socializing – from the subjective experience perspective. As a result, the embodiment of these dynamics generates the need for a visible seropositive identity, which is strongly bound to a new and contradictory form of relationality that evokes the concept of biosociality. The outcome follows a path which is similar to a Möbius strip, where stigma remains constantly entangled as a dominant category.

Keywords: HIV, stigma, biosociality, biopolitics, identity

Introduzione

Quando cominciai a interessarmi del virus dell'HIV e del vissuto delle persone sieropositive, fui colpita in particolar modo dagli aspetti sociali e culturali che – forse in modo più marcato rispetto ad altre patologie – plasmavano il significato e le rappresentazioni della malattia e dei soggetti sieropositivi. In effetti, il gap fra le attuali dinamiche biomediche, nonché terapeutiche, e la rappresentazione collettiva dell'HIV, legata soprattutto all'immaginario estetico e retorico degli anni Ottanta, ha prodotto nel contesto odierno nuove forme di marginalità e limitazione nei confronti della persona sieropositiva, la quale si trova così costretta ad affrontare un'esperienza di malattia multi-stratificata di estrema complessità.

Volendo comprendere il fitto intreccio di ragioni che orienta il significato di tale esperienza, nella primavera del 2017 ho intrapreso una ricerca etnografica in Emilia-Romagna – regione nella quale ero domiciliata per motivi di studio. L'obiettivo iniziale era quello di indagare in modo trasversale l'esperienza di malattia delle persone sieropositive, per provare a capire come il virus avesse influenzato – o influenzasse ancora oggi – la loro quotidianità. Mi occupai di numerose problematiche, legate alle relazioni sociali, ai farmaci, all'attività lavorativa, alla *routine*, fino alle relazioni affettive. In particolare, il silenzio, inteso come modalità

strategica di reazione al cambiamento, e lo stigma emersero spontaneamente come tematiche centrali della mia attività di ricerca. Durante i sei mesi di spostamenti sul campo ho potuto incontrare pazienti in cura, attivisti e operatori di centri specializzati, i quali, grazie alle loro preziose testimonianze mi hanno permesso di affinare il focus dell'etnografia: fatta eccezione per le numerose chiacchierate informali, ho potuto raccogliere 11 interviste formalmente registrate e trascritte¹. Non ho mai approcciato i miei informatori attraverso protocolli di intervista rigidi e schematizzati; al contrario, la modalità semi-strutturata mi ha permesso di valorizzare al meglio il loro vissuto, lasciando che fossero loro stessi a guidarmi attraverso le esperienze più significative della loro vita: a partire quindi da tematiche più generali, gli intervistati mi hanno raccontato la loro storia, le loro sensazioni, le loro idee.

L'HIV rappresenta, in un certo senso, l'esempio paradigmatico di come l'azione di specifiche forze socio-culturali venga perpetrata attraverso fenomeni di soggettivazione e replicazione, la cui continuità è resa possibile dalle politiche del corpo e della biologia umana². In questo senso, l'analisi antropologica permette di indagare le dinamiche messe in atto dal corpo politico per controllare e classificare, secondo schemi e categorie contingenti, i fenomeni inerenti alla salute e alla malattia³; attraverso la produzione di particolari narrazioni, lo Stato e la biomedicina stabiliscono dei confini che permettono di definire chi può avere accesso a diritti e risorse, e chi invece è da considerarsi al pari di una minaccia. L'*habitus* dei malati è costretto a riconfigurarsi secondo limitazioni inattese che minano la capacità dei soggetti di relazionarsi col mondo⁴. L'incorporazione⁵ delle rappresentazioni e delle narrazioni egemoniche, attraversando la geometria dello stigma, può avere esiti diversi: da un lato si assiste alla frammentazione della presenza⁶, intesa come possibilità di esistere nella società secondo lo status identitario precedente alla diagnosi; dall'altro la riappropriazione dell'esperienza e del discorso sullo stigma si tramuta nella possibilità di ricostruire un mondo denso di significati vitali⁷. La formazione dei gruppi di supporto o di auto-aiuto risponde all'esigenza di rivendicare un'"autenticità" di vita che la condizione di sieropositività, sul piano individuale, sembra negare. Nel contesto del gruppo prendono forma nuovi tipi di relazionalità che, a partire da una condizione biologica condivisa, mirano all'affermazione di un'identità peculiare, caratterizzata dalla marginalità e dal pregiudizio. Chiarendo le dinamiche della biosocialità⁸, si cercherà di mostrare come il concetto di nuda vita sia

¹ A tutela della privacy degli informatori alcuni nomi sono stati cambiati.

² Farmer 1999.

³ Lock & Scheper-Hughes 1987.

⁴ Bourdieu 1972.

⁵ Csordas 1990.

⁶ De Martino 1995.

⁷ Kleinman A. & Kleinman J. 1991; Quaranta 2006b.

⁸ Rabinow 1992; Nguyen 2006.

diventato una componente essenziale del paradigma di governo biopolitico⁹: la soglia di accesso alla condizione di piena cittadinanza è, in effetti, stabilita sulla base di criteri biologici al centro di continue negoziazioni – la cosiddetta cittadinanza biologica¹⁰; tali criteri sono anche alla base delle rivendicazioni identitarie di numerosi soggetti sieropositivi, le cui strategie, tuttavia, sembrano riattualizzare costantemente le stesse narrazioni egemoniche che rendono possibile l'esistenza delle soglie di discriminazione biologica e patologica.

Lo stigma tra dimensione esplicita ed implicita

La condizione di sieropositività, nonostante sia divenuta uno stato patologico cronico dal punto di vista biomedico, comporta importanti cambiamenti nella vita delle persone con HIV, tanto sul piano individuale che su quello relazionale. Se alcuni riescono a rielaborare la propria sieropositività, altri invece cedono al silenzio, alla vergogna e all'isolamento, alimentando, di fatto, ulteriori pregiudizi e atteggiamenti stigmatizzanti – fenomeni che, ancora oggi, hanno un impatto devastante sul vissuto delle persone sieropositive.

A tal proposito, prima di procedere oltre, sarà utile indagare le origini semantiche del concetto di "stigma". Il sociologo Erving Goffman risale fino all'etimologia greca del termine, secondo cui la parola indicava l'atto del pungere o del marcare; allo stesso modo, in effetti, il termine latino *stigma* significava "marchio" o "sfregio". L'espressione, sottolinea Goffman, venne usata per la prima volta dai greci per indicare quei segni fisici che venivano associati ad aspetti morali ritenuti insoliti o criticabili¹¹. Tali segni venivano incisi – con un coltello o col fuoco – sul corpo di schiavi, criminali e traditori, per rendere nota a tutti la loro condizione. Successivamente, con l'affermazione del Cristianesimo, la parola acquisì dei significati metaforici: identificava, infatti, sia «i segni corporei della Grazia [le stigmate cristiane], che prendevano la forma di sfoghi della pelle, [sia] [...] i segni corporei del disordine fisico. Era quest'ultimo un'allusione medica alla allusione religiosa»¹².

In questo senso, la scrittrice Susan Sontag, in riferimento ai giudizi morali basati solo sull'estetica del corpo – si pensi alle dualità brutto/bello, sporco/pulito, familiare/sconosciuto – svela la meccanica implicita che vi sta dietro: il giudizio, infatti, a partire dalla dimensione estetica segnante ha la capacità di evocare la dissoluzione totale della persona¹³; nel caso dell'HIV, il segno discriminante è di

⁹ Foucault 2004; Agamben 1995.

¹⁰ Petryna 2004; Rose & Novas 2005.

¹¹ Goffman 2003, p. 11.

¹² *Ibidem*.

¹³ Sontag 1989.

natura biomedica e non è immediatamente visibile. Ma questo segno, associato all'immaginario estetico che ha dominato la storia della malattia, per certi versi ha esasperato i fenomeni legati allo stigma e al pregiudizio – forse proprio in virtù dell'inquietante dualismo invisibile/visibile. È chiaro, in ogni caso, che lo stigma si configura come un fenomeno strettamente vincolato al contesto socio-culturale cui ciascun individuo appartiene – ed è dunque soggetto a una costante evoluzione e negoziazione¹⁴. Ogni società, pertanto, può fissare secondo categorie più o meno rigide¹⁵, i concetti di normalità e devianza, stabilendo chi si muove entro il dominio della norma e chi invece si trova al di fuori di esso¹⁶. Marco, un impiegato di 35 anni sieropositivo, residente a Bologna, mi spiegò così il suo punto di vista:

«È la risposta preconfezionata per tutta la categoria, indipendentemente da come, quando e perché. Quello è lo stigma, secondo me. Ovviamente di carattere negativo e poi è escludente, cioè lo stigma serve per mettere distanza fra noi e loro, fra me e te, è escludente. Non è un giudizio che riconosce anche la diversità ma accogliente, è escludente» (Intervista a Marco, 8/02/2017).

Si tratta di una logica “motoria” in un certo senso, che produce un movimento di separazione e unione, di accettazione e rifiuto. La continuità di tale movimento non fa altro che rinforzare, scavando un solco sempre più profondo, l'identità marginalizzata delle persone sieropositive: identità che da individuale può così diventare collettiva, dal momento che la separazione sempre più netta rende possibile l'identificazione reciproca dei soggetti sieropositivi. Questa dinamica ricorda il meccanismo del razzismo «de-biologizzato»¹⁷, in cui la divisione non è più dettata da una peculiarità etnica eletta a differenza – e quindi resa visibile –, ma da un complesso di comportamenti ritenuti “immorali” o anormali. Tuttavia, nel caso dell'HIV, è importante notare una cosa: è la stessa condizione biomedica di sieropositività a fornire il nesso pregiudiziale con cui procedere alla condanna di specifiche pratiche individuali o relazionali. È un circolo vizioso che oscilla tra il visibile biomedico e l'invisibile morale, a ben vedere. Abbiamo cioè a che fare con un processo di attribuzione di senso che prescinde da una reale comprensione del vissuto soggettivo dell'esperienza di malattia.

Questo tipo di dialettica è la stessa proposta dalle antropologhe Margaret Lock e Nancy Scheper-Hughes, le quali sostengono che l'immagine dominante all'interno della nostra società sia quella del «corpo politicamente corretto», dove una salute precaria viene considerata il risultato dell'incapacità del soggetto di vivere in modo

¹⁴ Fife & Wright 2000.

¹⁵ Goffman 2003.

¹⁶ Canguilhem 1966.

¹⁷ Fabietti 1998, p. 19.

idoneo¹⁸. La definizione di categorie, dunque, può essere vista proprio come risposta all'eventuale minaccia nei confronti del corpo politico stesso.

Il fenomeno dello stigma è comune a tutte le persone che vivono con l'HIV. Esso rimane, infatti, l'elemento centrale e di maggiore preoccupazione. Di fatto, ha caratterizzato l'intera storia del virus, a partire dalle campagne di informazione del Ministero della Salute¹⁹, fino alle molteplici rappresentazioni cinematografiche che hanno più o meno volontariamente insistito sulla figura della persona sieropositiva magra e morente. Negli anni, dunque, lo stigma si è mosso – e si muove tuttora – seguendo due diverse traiettorie, non sempre chiaramente identificabili: una esplicita, e quindi ben visibile, e una implicita, legata al dispiegarsi nella storia delle narrazioni che plasmano la percezione della patologia. Con azione esplicita dello stigma, si intendono tutti quegli atteggiamenti o comportamenti stigmatizzanti e dunque diretti. Durante il lavoro di ricerca, molti degli intervistati raccontarono di eventi spiacevoli vissuti negli ambienti ospedalieri o negli studi dentistici: alcuni medici si rifiutarono di visitare i pazienti sieropositivi, altri furono visitati per ultimi così da poter sterilizzare la stanza – procedura che, in ogni caso, dovrebbe comunque essere svolta dopo ogni paziente. Nelle esperienze raccolte durante l'etnografia la conflittualità con la dimensione biomedica, incarnata dai medici curanti, emerse più di una volta, evidenziando le dinamiche che contribuivano a rafforzare le disuguaglianze prodotte dallo stigma. Federico raccontò così il suo intervento al naso:

«In ospedale mi è capitato sì. Mi è stato rifiutato un intervento perché ero... perché sono sieropositivo. In un ospedale privato, accreditato, l'anestesista si è rifiutato di mettermi le mani addosso, addirittura. L'otorino non aveva problemi – perché ho il

¹⁸ Lock & Scheper-Hughes 1987, p. 25.

¹⁹ Nel 1988, il Ministero decise di informare la popolazione attraverso una serie di campagne pubblicitarie e volantini volti a descrivere le modalità di trasmissione del virus dell'HIV, e a indicare quali comportamenti bisognasse adottare per evitare di essere contagiati. Il primo spot, che mostrava un uomo e una donna nudi, ribadiva l'assenza di terapie e informava sulle possibili modalità di contagio. La nudità dei soggetti, d'altro canto, rinvigoriva l'idea che la sessualità fosse una dimensione caratterizzata primariamente dal pericolo; inoltre, la pubblicità esortava le persone a vivere una "normale" vita di coppia, attribuendo un giudizio negativo a qualsiasi pratica – ritenuta promiscua – ricadesse al di fuori di essa. Lo slogan recitava: «Se lo conosci, lo eviti. Se lo conosci, non ti uccide» e sembrava invitare le persone non solo a evitare il virus, ma anche gli stessi sieropositivi. Nello stesso anno, venne mandata in onda un'altra campagna, ancora più aggressiva, nota successivamente come "lo spot dell'alone viola". Lo storytelling, in questo caso, mostrava alcuni ragazzi che, attraverso rapporti sessuali e uso di droghe, si trasmettevano un alone viola che non si sarebbe più staccato dal soggetto: erano diventati diversi, non erano più "normali". La voce narrante affermava: «Più partner si cambiano, più rischio si corre» ed esprimeva un chiaro giudizio di natura morale rispetto alle abitudini sessuali delle persone. Nel corso degli anni, le strategie comunicative del Ministero della Salute, pur adottando un tono di voce e uno storytelling più moderato, non hanno cambiato registro e purtroppo, contrariamente alla finalità informativa che si prefiggono, insistono nell'esprimere giudizi di valore etico e morale in merito alla sessualità.

setto deviato, come puoi sentire dalla voce – e dovevo operarmi, finché arrivo lì la mattina con la mia borsa e tutto quanto, io ho portato i risultati dei test dove ero sieropositivo – inizialmente non lo dissi all’otorino –, e mi disse: “Ah, ma dovevi dire che eri sieropositivo perché questo cambia le cose”, io faccio: “Cosa cambia? Io non sono obbligato a dirlo a nessuno”, “ah guarda io ho le mani legate. L’anestesista non vuole metterti le mani addosso, quindi torna a casa e ciao”. Questo l’anno scorso» (Intervista a Federico, 11/11/2017).

L’anestesista, in questo caso, non fa altro che riprodurre, all’interno di un luogo che dovrebbe essere “sicuro” per il malato, ovvero l’ospedale, le stesse dinamiche di marginalizzazione e categorizzazione. Mara, operatrice presso un centro di auto-aiuto bolognese, raccontò di un suo utente uscito dall’ospedale – dopo diversi mesi di ricovero – con una grossa piaga da decubito poiché nessuno del personale medico voleva toccarlo. Luoghi che di fatto dovrebbero essere “neutrali” appaiono invece intrisi di pregiudizi.

L’azione dello stigma, tuttavia, oltre a essere esplicita e manifesta, talvolta si presenta sotto forme più complesse e diafane. Adottando una prospettiva più attenta alla sfera storica e sociale, la dinamica del pregiudizio può ripresentarsi in maniera implicita nei più svariati contesti quotidiani delle persone sieropositive. Alcuni dei miei informatori mi raccontarono del disagio provato quando presso l’Ospedale Sant’Orsola di Bologna fu deciso di accorpare la sezione di Malattie Infettive riguardante l’HIV – allora legata al reparto di Dermatologia – ad un nuovo reparto unificato. Presso Dermatologia, i pazienti sieropositivi si sentivano al sicuro, in quanto nessuno poteva sospettare che la loro presenza lì fosse dovuta alla sieropositività. Angelo, per esempio, mi disse:

«[Il distaccamento interno a Dermatologia] però l’hanno chiuso, cioè non l’hanno chiuso, l’hanno inglobato dentro al reparto, per cui hanno riaperto il problema dello stigma, perché comunque mentre prima era un pezzo staccato dal reparto infettivo, uno poteva andar lì, era in dermatologia, per cui uno poteva andar lì e dire: “Mi vedono in dermatologia e al limite pensano ad una psoriasi”. Adesso l’hanno rimesso nel reparto di malattie infettive per cui, il problema che dici tu, se uno ti vede lì...» (Intervista ad Angelo, 3/10/2017).

Il timore di essere visti equivale al timore di essere identificati come “anormali”. Evidentemente, in questo caso, non si assiste ad alcuna meccanica esplicita di comportamenti stigmatizzanti. Il malato è catturato in un gioco di sguardi in cui l’implicito la fa da padrone: egli intravede infatti negli occhi delle altre persone un complesso di rappresentazioni e significati che riconosce come dominanti. È

interessante notare come, sul piano dell'incorporazione dell'esperienza di malattia²⁰, nel dominio della percezione emergano tutti i complessi e contraddittori piani semantici, simbolici ed esperienziali che orientano la geometria “non euclidea” dello stigma. Angelo riproduce nel suo *habitus* le attribuzioni di senso egemoniche che, pur non trovando effettivo riscontro nella realtà contingente del momento, rinsaldano in lui l'idea di un'identità marginale.

Altrettanto rilevante è il fatto che questa meccanica implicita agisce non solo sui soggetti sieropositivi, ma – come d'altronde è lecito supporre, trattandosi di una dinamica che scaturisce da trame sociali e relazionali – anche sugli stessi attori sociali appartenenti all'ambito biomedico e istituzionale. L'aneddoto di Lucia ci è utile ad approfondire questo tema:

«Io invece ero terrorizzata per una mala informazione anche da parte dei medici perché in casa... un medico mi disse di non utilizzare neanche la spazzola che si utilizza in casa perché con la punta potevo tagliarmi la cute e quindi poi usciva il sangue... [...] L'unica cosa che mi scoccia è stata l'ignoranza... non l'ignoranza, io non so perché il medico mi abbia detto quelle cose. Sì, forse era ignoranza da parte sua, non lo so però quello mi ha scocciato molto perché da parte dei medici in sé, mi hanno detto cose che poi frequentando il gruppo [di auto-aiuto], l'infermiera che a mano a mano approfondiva il discorso, “Ma allora che cosa mi hanno detto? Solo delle gran cavolate”. Lì era essere super mega attenti a un'eventualità che forse su un milione, perché lì poi sì, la goccina ma poi deve essere anche l'altro ad usare la spazzola praticamente quasi subito, deve avere anche lui un taglio...oh minchia, cioè voglio dire... inverosimile!» (Intervista a Lucia, 24/10/2017).

Aldilà delle gravi lacune conoscitive che hanno determinato una sensazione di disagio in Lucia, è importante sottolineare che il medico in questo caso ha adottato un atteggiamento le cui conseguenze si espandono ben oltre il dettaglio dell'uso della spazzola: egli riattualizza implicitamente un set di giudizi “dominanti”, legati a specifici comportamenti e responsabilità, che di fatto è utile solo a produrre limiti morali di azione. Negandole la possibilità di esperire normalmente la sua quotidianità, egli sta riaffermando la netta separazione identitaria delle persone sieropositive, la quale – come abbiamo notato – pur originando da una condizione biomedica si concretizza sul piano esperienziale sociale.

L'azione dello stigma fin qui descritta, sia sul piano esplicito che su quello implicito, in ottica diacronica assume infine la configurazione di un dispositivo narrativo. Da un lato, infatti, le istituzioni e la biomedicina hanno plasmato tutta una serie di narrazioni e rappresentazioni che, nel corso del tempo, sono divenute

²⁰ Pizza 2005.

dominanti²¹: specialmente nei primi anni dell'HIV, le immagini e i significati prodotti erano fortemente distorsivi ed escludenti; dall'altro lato, l'incorporazione collettiva delle narrazioni egemoniche – con la complice assenza delle istituzioni politiche e biomediche – ha garantito la continua riproduzione degli stereotipi e delle manipolazioni di senso che implicitamente permettono di perpetrare le categorizzazioni identitarie su cui si fonda lo stigma stesso.

Rispetto a questo punto, richiamando nuovamente il concetto di *habitus*, è bene però tenere in considerazione il potenziale creativo e strutturante che ogni individuo possiede, nei limiti del contesto in cui è inserito²². Nel corso dell'etnografia ho avuto modo di esplorare e conoscere le strategie di contro-rappresentazione dei miei informatori e, più in generale, delle persone sieropositive, le quali, a partire dall'azione narrativa del dispositivo stigmatizzante, si ritrovano ad adoperare le stesse categorie egemoniche che descrivono la condizione sieropositiva per rivendicare il diritto a un'identità piena e inclusiva. Prima di indagare questo aspetto, occorre tuttavia problematizzare ulteriormente il tema dello stigma, secondo un asse analitico di diversa portata.

Lo stigma come dispositivo socializzante

Dopo aver analizzato la relazione tra dimensione esplicita ed implicita dello stigma, ci sposteremo su un piano diverso, ancor più attento ai processi di soggettivazione, che di fatto espande quanto osservato, calandolo nella sfera della percezione. L'esperienzialità non è infatti l'unica dimensione in cui si manifesta lo stigma. La ricerca ha portato alla luce una figura alternativa del pregiudizio, che qui chiameremo “stigma simmetrico” – vale a dire: una forma di stigma riflessivo che può originare da uno stato percettivo non esperito concretamente. Durante le interviste, alcuni dei miei informatori mi confessarono, ad esempio, di non aver mai voluto intraprendere una relazione affettiva con una persona sieronegativa, temendo un probabile atteggiamento di chiusura. Questa paura, in alcuni casi, ha condotto a forme di isolamento e rifiuto molto negative. Sonia, operatrice di un gruppo di supporto a Bologna, a proposito dello stigma nei luoghi di lavoro mi raccontò quanto segue:

²¹ Pizza 2005, p. 14: «La biomedicina stabilisce i confini tra la vita e la morte, la salute e la malattia, il normale e il patologico, fornendo simboli, schemi, nozioni per pensare il corpo, l'individuo, il sé, la persona, la sessualità. In altri termini, la biomedicina *costruisce* i corpi e ricalibra costantemente la propria azione su quella dei corpi stessi, in una dialettica continua, attraverso il modellamento dello sguardo scientifico, orientato dai saperi e messo in opera nelle pratiche dei medici anche con l'aiuto di oggetti, strumenti, macchine e tecnologie».

²² Bourdieu 1972; Pizza 2005.

«Sul luogo di lavoro c'è la questione dello stigma reale e dello stigma percepito. Una persona che viene qua ogni tanto, ha assistito a delle conversazioni fra colleghi – lui lavora in ambiente sanitario – che parlavano delle persone sieropositive in malo modo e lui alla fine si è licenziato. Quello lì era uno stigma reale, poi è anche vero che è difficile se sei da solo al mondo combatterlo e non arroccarsi dietro allo stigma. Cioè se sei senza famiglia, senza famiglia d'origine e solo al mondo, cioè chi te lo fa fare di... cioè ti arrocchi lì dietro e meno soffri, meglio è, quindi manco ci provano, cioè la paura delle relazioni, cioè si fermano prima e quello è uno stigma percepito perché magari chi lo sa come potrebbero reagire?» (Intervista a Sonia, 28/09/2017).

Sonia spiega molto chiaramente la distinzione tra stigma reale e percepito. Talvolta, come da lei sottolineato, è lo stesso sieropositivo a produrre una forma riflessiva dello stigma che, una volta incorporata e resa operativa, può risultare fortemente limitante rispetto alle proprie capacità di agire nel mondo. Questa azione incorporata e simmetrica, stando ad alcuni racconti dei miei interlocutori, ha anche un ulteriore esito: quello del rafforzamento identitario di gruppo, che a sua volta stimola poi l'attivismo della comunità sieropositiva. È evidente, rispetto a quanto detto, che il legame tra le diverse geometrie dello stigma – implicito/esplicito, reale/percepito – è assai profondo e, in un certo senso, la configurazione dimensionale dell'uno dipende da quella dell'altro; per questa ragione si insiste sull'idea di una geometria contraddittoria e non orientabile, di cui lo stigma simmetrico è l'esempio più chiaro. Lucia, a tal proposito, mi raccontò di un episodio che le causò non poco disagio. La sua ginecologa le aveva infatti fornito la prescrizione per la pillola anticoncezionale sullo stesso foglio in cui era stata esplicitamente scritta la sua condizione sierologica. Quanto avvenuto la lasciò perplessa, così Lucia decise di recarsi dal suo medico di base per ottenere una ricetta “pulita”:

«[Lucia riporta il suo dialogo con il medico] “Fra due mesi vengo a far la ricetta perché io con questo dal farmacista non ci vado”, mi fa “Ah, sì perché” – la porta era chiusa mentre parlavamo – “molte persone HIV positive, se uno ha l'HIV non ha piacere che gli venga segnato... di andare dal farmacista con il foglio”, e me lo ha detto a cavallo della porta insomma e ho avuto il timore che da fuori, chi era lì seduto – c'è una saletta, è un ambulatorio piccolino – ho avuto il timore che si sentisse, infatti quando sono uscita non ho guardato in faccia nessuno, sono uscita e basta. Questa cosa qua mi dà fastidio. Del fatto che io mi devo vergognare, devo comunque avere il timore perché... non si sa. Il timore, sì» (Intervista a Lucia, 24/10/2017).

Goffman sostiene che i criteri che la persona stigmatizzata riceve dalla società, interiorizzandoli, possono fornirgli la consapevolezza di quelle che gli altri giudicano come mancanze, facendogli così credere di non poter essere “come

dovrebbe”²³. L’episodio di Lucia, tuttavia, chiarisce in maniera esemplare la dinamica dello stigma simmetrico, il quale non è un semplice pregiudizio sociale interiorizzato; la tappa intermedia è fondamentale ed esclusiva: la persona sieropositiva, infatti, può incorporare e riprodurre nel suo *habitus* un fenomeno che in certi casi è radicato nella sola dimensione della percezione – ciò non toglie, in ogni caso, che possa anche trattarsi di una strategia di tutela del sé, preso atto della capillarità con cui il pregiudizio nei confronti delle persone sieropositive si è diffuso nel tempo. L’esperienza di sieropositività è unica proprio per questo motivo: la condizione sierologica, una volta accertata la presenza dell’HIV, plasma le rappresentazioni stesse dei soggetti prima ancora che si dispieghi una vera e propria esperienza di malattia, per così dire, “agita”.

Lo stigma simmetrico, oltre a rinforzare le strategie di gruppo legate all’attivismo, ha un altro risvolto molto interessante. Incanalato nel *continuum* narrativo dell’esperienza di malattia, questa figura dello stigma plasma nuove rappresentazioni collettive il cui senso diventa socialmente negoziabile. L’atto del narrare, tuttavia, non si esaurisce nella rappresentazione dell’esperienza, ma può concretizzarsi nella funzione di un dispositivo costruttore di senso: il racconto si trasforma cioè in un discorso, il cui potenziale creativo può cambiare lo scenario “sovvertito” della malattia²⁴. Il malato si ritrova ad adoperare lo stigma come un dispositivo che, oltre a ricalibrare il senso della propria condizione vissuta, conduce a una forma di vita relazionale e sociale del tutto inedita. La dimensionalità dello stigma, in quest’ottica, si ritrova catturata in un’apparente circolarità: la condizione sierologica, la quale si fonda su categorie biomediche, attraverso le possibili configurazioni dell’esperienza-percezione dello stigma, produce marginalità e isolamento; le stesse categorie biomediche che impongono quest’esperienza di malattia, tuttavia, fanno germogliare pratiche inedite di socializzazione della propria condizione, grazie alle quali le persone sieropositive «non vedono mai esaurirsi la propria capacità di azione, certamente radiata nelle forme del potere ma in una continua tensione che possono essi sfruttare»²⁵.

Dalla biosocialità al nastro di Möbius

Per esistere nella società, come individui, è necessario “indossare” un’identità riconoscibile, prevista e categorizzabile. L’esperienza di sieropositività, tuttavia, è caratterizzata da una certa ambiguità: inquadrandola come alterità biomedica e sociale, vengono certamente circoscritte e isolate alcune peculiarità utili a riconoscerla e, dunque, categorizzarla. Tale processo, tuttavia, non implica la

²³ Goffman 2003.

²⁴ Kleinman A. & Kleinman J. 1991.

²⁵ Quaranta 2006c, p. 11.

definizione di uno statuto identitario semplicemente alternativo a quello della normalità. Al sieropositivo è infatti preclusa la possibilità di esistere “nella” società secondo il principio dell’equità nell’accesso a diritti, risorse e riconoscimenti; la persona sieropositiva si ritrova cioè nella condizione di esistere su un piano alternativo a quello dell’ordine sociale istituzionale: si tratta di un piano spaziale in cui è necessario fare i conti con le limitazioni imposte dall’”essere a metà”, tra coloro che si riconoscono reciprocamente come diversi e coloro che invece vorrebbero negare tale diversità. Sonia mi spiegò il suo punto di vista sul gruppo di auto-aiuto bolognese presso il quale prestava servizio:

«Secondo me [i membri del gruppo] non lo dicono da nessuna parte [che sono sieropositivi]. Qua dentro, questo è un servizio specifico e quindi è frequentato da persone che, loro lo dicono anche, magari hanno delle vite abbastanza normali fuori, un lavoretto, una pensione, la casa... non è che hanno situazioni disastrose e continuano a venire qua – magari vengono qua a giocare a carte e non fanno altro – però qua sanno che sono libere, sanno che non stanno omettendo niente, sanno che non stanno mentendo, che comunque sono in un ambiente in cui tutti sanno, perché se no nessuno sarebbe qua, e quindi si sentono accolti e protetti da questo punto di vista. Secondo me fuori da questo tipo di luoghi non si trovano, a meno che non siano proprio relazioni specifiche, capita che incontri la persona a cui lo dici che non reagisce male però è un caso» (Intervista a Sonia, 28/09/2017).

Come sottolineato da Sonia, il ruolo ricoperto dai gruppi di auto-aiuto e, più in generale, dalle forme di attivismo organizzato si rivela fondamentale: essi rappresentano i luoghi dell’accettazione, dell’astensione dal giudizio e della sicurezza. Ma più ancora: sono questi i luoghi in cui il processo di rielaborazione identitaria delle persone sieropositive si manifesta più intensamente, risultando nella definizione di forme di socialità collettive inedite²⁶ – un “noi” del tutto nuovo, caratterizzato dalla solidarietà, dal conforto e dalla assicurazione²⁷. L’atto dell’identificazione reciproca, parimenti agli esiti marginalizzanti dello stigma,

²⁶ Si può intravedere nel percorso di sieroconversione certe affinità con le fasi tipiche del rito di passaggio. Il test, in effetti, può rappresentare la fase preliminare nella quale il soggetto comincia a distaccarsi dalla vita che conosceva; la diagnosi, quindi, si colloca nella fase della liminalità, durante la quale l’individuo è privato del suo status precedente e si prepara a riceverne uno nuovo. È proprio in questo momento, tuttavia, che si perde la linearità del rito classico, così come è descritto da Arnold Van Gennep e Victor Turner. Nel caso della sieropositività, il gruppo sociale di appartenenza non sembra aver predisposto il compimento del percorso di sieroconversione: la persona sieropositiva rischia così di rimanere intrappolata in un limbo contraddistinto dall’incertezza. Attraverso i gruppi che condividono tale condizione è possibile accedere a una fase di riaggregazione che però, evidentemente, culmina nella definizione di un’identità che prescinde totalmente dalle caratteristiche della comunità sociale di partenza. Cfr. Van Gennep 1909 e Turner 1969.

²⁷ Goffman 2003.

produce un movimento di ulteriore demarcazione della nuova identità di gruppo: il confine pre-esistente tra l'interno e l'esterno viene scavato ancora più a fondo, producendo nuove norme, nuove forme di organizzazione sociale e nuove rappresentazioni²⁸.

Lo stigma gioca un ruolo chiave: è attorno a tale fenomeno che il gruppo, nella maggior parte dei casi, va costituendosi. Dunque, il tessuto connettivo si basa certamente sulla condizione di sieropositività; ma ancor di più, il gruppo si rispecchia nella combinazione di individui che si riconoscono nell'esperienza dello stigma. L'incorporazione delle dinamiche complesse che plasmano la geometria dello stigma, all'interno dei gruppi, sta alla base di nuovi processi di significazione e negoziazione sociale della malattia. Queste nuove forme di relazionalità, cercando di sfuggire alle logiche di potere e alle egemonie narrative istituzionali, permettono quindi alle persone sieropositive di creare nuove strategie di narrazione²⁹ – o contro-narrazione, a ben vedere.

Paul Rabinow, a tal proposito, introdusse il concetto di biosocialità, cioè una forma di accordo relazionale basato su uno stato biologico condiviso³⁰. Oltre alle finalità legate al conforto e al supporto individuale, la biosocialità, declinata nella forma del gruppo di auto-aiuto su cui molti dei miei interlocutori facevano affidamento, si concretizza anche nel tentativo di ricostruire una “normalità” esperienziale che però si realizza, per l'appunto, solo all'interno del gruppo. Alla base della biosocialità vi è dunque il vissuto individuale e collettivo che origina dalla condivisione di una stessa patologia. L'obiettivo prioritario dei gruppi, sostiene Vinh-Kim Nguyen, è infatti «la legittimazione di un'esperienza condivisa attraverso il suo riconoscimento nei termini di malattia»³¹. Per quanto riguarda il caso dell'HIV abbiamo assistito a due fasi distinte: la prima, tra gli anni Ottanta e gli anni Novanta, in cui l'attivismo organizzato agiva per rivendicare sostanzialmente l'accesso a trattamenti terapeutici inclusivi e accessibili a tutti³². Ad oggi, invece, il tema della rivendicazione sembra agire in direzione del riconoscimento di una specifica

²⁸ Si potrebbero paragonare questi gruppi alle *communitas* di cui parla Turner, le quali emergono laddove la struttura sociale viene meno e prevale una condizione di liminalità. I membri di queste *communitas* non ricoprono uno status vero e proprio ma sono legati da un adattamento empatico al gruppo, che si basa su un sistema di norme ridefinito dalla *communitas* stessa. Cfr. Turner 1969.

²⁹ Pizza 2005.

³⁰ Rabinow 1992, p. 244: «Certain formation of new group and individual identities and practices arising out of these new truths. There will be, for example, neurofibromatosis groups who will meet to share their experiences, lobby for their disease, educate their children, redo their home environment, and so on – and that is what I mean by “biosociality”».

³¹ Nguyen 2006, p. 76.

³² Nel film *120 battements par minute* di Robin Campillo, uscito nel 2017, è raccontata in maniera esemplare questa fase: Act-Up Paris, nei primi anni Novanta, lottava strenuamente per scalfire l'indifferenza generale della società francese; la loro missione, tuttavia, era finalizzata anche all'ottenimento e al rilascio sul mercato dei farmaci di nuova generazione che le case farmaceutiche stavano sviluppando in quegli anni, le quali tuttavia perseguivano obiettivi di puro profitto.

“autenticità”³³ identitaria che accomuna l’esperienza, più che la condizione biomedica, delle persone sieropositive. In questo, la biosocialità cui abbiamo accennato in precedenza trova una peculiarità unica: le rivendicazioni attuali non mirano più esclusivamente all’ottenimento di risorse da parte delle istituzioni, ma cercano piuttosto di riconfigurare il discorso sull’HIV spostando l’attenzione sul vissuto soggettivo delle persone sieropositive. Si tenta, in sostanza, di rendere visibile la propria identità negata, mostrandone le idiosincrasie che, di fatto – e paradossalmente –, rendono unica tale identità.

L’elemento idiosincratico, in effetti, è alla base di molti gruppi di supporto frequentati dalle persone sieropositive: in questi luoghi lo stigma è, di fatto, relegato all’esterno. È questo il motivo per cui gli individui che si rivolgono a tali gruppi, una volta che vi sono entrati, si sentono più tranquilli e rassicurati. Allo stesso tempo, tuttavia, la dimensione collettiva della socialità di gruppo, presentandosi come alternativa a quanto non è più accessibile a causa dell’HIV, attualizza un’identità che è fortemente vincolata al fenomeno stesso dello stigma. Per assolvere alle proprie funzioni il gruppo deve necessariamente tracciare, come abbiamo detto in precedenza, un ulteriore solco tra l’esterno e l’interno; questo solco trova nel discorso sullo stigma la sua caratteristica fondante³⁴. L’interazione tra le due figure dello stigma inteso come dispositivo – narrativo e socializzante –, da un punto di vista analitico, riesce così ad attenuare la geometria caotica del fenomeno. Ai nostri occhi si presenta qualcosa di simile al nastro di Möbius, che avendo una superficie non orientabile permette, dopo un giro completo, di ritrovarsi dal lato opposto e solo dopo due giri di tornare al punto di partenza. L’esperienza della sieropositività, a quanto pare, è catturata entro questo percorso vincolato: la marginalità prodotta dal fenomeno dello stigma crea e rende invisibile un’identità negata; l’incorporazione, la soggettivazione³⁵ e la rielaborazione di tale identità, attraverso la biosocialità di gruppo, la riproduce in forme certamente nuove, ma in ogni caso dipendenti dalle narrazioni e dalle rappresentazioni egemoniche che l’hanno plasmata³⁶.

Prima di concludere, credo sia opportuno fare una riflessione sul più ampio tema della biopolitica, intesa come modalità di ordinamento e controllo della cittadinanza sulla base di parametri riconducibili ai paradigmi della biologia e della biomedicina. Una caratteristica fondamentale del biopotere consiste nella sua capacità di ridefinire in continuazione le soglie che articolano il dentro e il fuori da una vita

³³ Fabietti 1998.

³⁴ Durante il periodo di ricerca, nonostante la grande disponibilità e gentilezza di alcuni membri di un noto gruppo di auto-aiuto di Bologna, ricordo che mi fu precluso l’accesso a qualsiasi tipo di attività organizzata per i membri. Il motivo era semplice: ero sieronegativa, dunque non mi era possibile inserirmi in quei momenti di riunione.

³⁵ Agamben 1995.

³⁶ *Ibidem*.

«socialmente significativa»³⁷. Le istituzioni moderne e contemporanee hanno trovato nel criterio biologico e nella possibilità di ridurre l'individuo alla “nuda vita” un validissimo strumento di controllo e demarcazione, di divisione e di unione³⁸, attraverso il quale imporre le modalità della cittadinanza biologica³⁹. Tuttavia, l'aspetto più problematico di tali politiche del corpo, come evidenziato dal caso qui presentato, riguarda le distorsioni collaterali – ma talvolta pianificate – che vengono prodotte sul piano socio-culturale. Si vengono cioè a creare, in maniera del tutto arbitraria, nessi causali che, a partire da un parametro biologico, sarebbero in grado di svelare fatti sociali e comportamentali sui quali le istituzioni stesse esprimono giudizi di valore etico e morale. Volendo sciogliere la geometria intrecciata dello stigma, non è più sufficiente valorizzare il vissuto soggettivo dell'esperienza di malattia delle persone sieropositive, insomma. Occorre rimettere profondamente in discussione la prassi politica e biomedica, nonché il paradigma che le orienta. Solo così credo sia possibile ri-orientare l'esperienza della sieropositività in direzione di un approccio realmente inclusivo, che prescinda da trame di significazione altamente distorsive e marginalizzanti.

Conclusioni

La ricerca etnografica condotta nel contesto dell'Emilia-Romagna ha permesso di approfondire e, per quanto possibile, disvelare, attraverso le testimonianze tratte dal vissuto degli informatori, la complessità del fenomeno dello stigma. La vita di una persona sieropositiva è caratterizzata da una serie di fatti biomedici e socio-culturali che sono spesso fonte di disagio e sofferenza. L'accertamento dello stato sierologico e la verifica diagnostica provocano uno smarrimento esistenziale che evoca le contraddizioni politiche e sociali insite nell'esperienza di malattia di una persona con HIV. La sieropositività, infatti, oltre a significare un'alterazione biologica, implica la negazione dell'identità personale e il confronto con attribuzioni di senso e di valore che, paradossalmente, non dipendono affatto dal parametro biologico misurato in ambito biomedico.

Lo stigma, come forma di esclusione della diversità, collocandosi al centro di tale conflittualità, assume un ruolo centrale nella vita delle persone sieropositive. Manifestandosi nelle forme che abbiamo definito esplicite ed implicite, esso plasma le rappresentazioni e le narrazioni collettive, ed esaspera le condizioni di marginalità che nel dispiegarsi della storia è riuscito a creare. La sua azione richiama quella di un

³⁷ Quaranta 2018.

³⁸ Rose & Novas 2005.

³⁹ L'antropologa Adriana Petryna (2004, p. 261) definisce così la cittadinanza biologica: «A demand for, but limited access to, a form of social welfare based on medical, scientific, and legal criteria that recognize injury and compensate for it».

dispositivo narrativo che, grazie a rapporti di forze – e di assenze – preesistenti, riesce a riprodurre, attraverso l’incorporazione e la soggettivazione, le narrazioni dominanti, rendendole egemoniche a tutti gli effetti. Quanto descritto ha reso possibile l’identificazione di un’ulteriore manifestazione della figura dello stigma – la quale, come abbiamo visto, presenta una geometria intricata, sovrapposta, caotica. Oltre ai casi in cui l’esperienza del pregiudizio “agito” si è concretizzata realmente, è stata riscontrata una dimensione del fenomeno che appartiene unicamente alla sfera della percezione. Questo aspetto è riconducibile alla meccanica riproduttiva del dispositivo narrativo, la quale esercita una funzione di manipolazione sulle rappresentazioni collettive della malattia. Lo stigma slitta così dal piano esperienziale dell’“essere marginalizzati” a quello percettivo del “timore di essere marginalizzati” – dinamica che abbiamo descritto come stigma simmetrico.

La circolarità dello stigma, come pratica di esclusione da un lato e come processo di soggettivazione che dall’esperienza giunge alla percezione, risulta nel riconoscimento reciproco da parte delle persone sieropositive di una nuova forma di identità collettiva. Trasfigurato in un dispositivo socializzante, lo stigma dà origine a una forma di socialità inedita – la biosocialità – che, a partire da una condizione biologica condivisa, fa emergere una collettività nuova, organizzatasi intorno alle peculiarità dell’esperienza di sieropositività. La rivendicazione di “autenticità” identitaria dei gruppi di supporto e di auto-aiuto, tuttavia, è soggetta al processo di replicazione delle idiosincrasie dello stigma e, paradossalmente, contribuisce involontariamente a rendere ancora più profondo il solco scavato dal paradigma della biopolitica. Imponendo reti di significazione i cui nessi causali sono stabiliti arbitrariamente, le politiche del corpo producono distorsioni di natura socio-culturale il cui impatto non si manifesta unicamente nelle contingenze dirette, ma anche nelle più complesse dinamiche indirette legate all’incorporazione e alla replicazione delle rappresentazioni e delle narrazioni egemoniche.

Riferimenti bibliografici

Agamben, Giorgio

- *Homo sacer. Il poter sovrano e la nuda vita*. Torino: Einaudi, 1995

Bourdieu, Pierre

- *Esquisse d'une théorie de la pratique précédé de Trois études d'ethnologie kabyle*. Paris: Editions de Seuil, 1972; trad. it *Per una teoria della pratica con Tre studi di etnologia cabila*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2003

Canguilhem, Georges

- *Le normal et le pathologique*. Paris: Universitaires de France, 1966; trad. it. *Il normale e il patologico*. Torino: Biblioteca Einaudi, 1998

Csordas, Thomas

- "Embodiment as a paradigm for anthropology", *Ethos*, vol. 18, n. 1, 1990, pp. 5-47

De Martino, Ernesto

- *Sud e magia*. Milano: Feltrinelli, 1982

- *Storia e metastoria. I fondamenti di una teoria del sacro*. Lecce: Argo, 1995

Fabietti, Ugo

- *L'identità etnica*. Roma: Carrocci Editore, 1998

Farmer, Paul

- *AIDS and Accusation: Haiti and the geography of blame*. Berkeley: University of California Press, 1992

- *Infections and Inequalities: The Modern Plagues*. Berkeley: University of California Press, 1999

- "Un'antropologia della violenza strutturale", *Antropologia*, n. 8, 2006, pp. 17-49

Fife, Besty L.; Wright, Eric R.

- "The Dimensionality of Stigma: A Comparison of Its Impact on the Self of Persons with HIV/AIDS and Cancer", *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 41, 2000, pp. 50-67

Foucault, Michel

- *Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France 1978-1979*. Paris: Seuil / Gallimard, 2004; trad. it. *Nascita della biopolitica. Corso al Collège de France (1978-1979)*. Milano: Feltrinelli Editore, 2005

Goffman, Erving

- *Stigma. Notes on The Management of Spoiled Identity*. New York: Simon & Schuster, Inc., 1963; trad.it. *Stigma. L'identità negata*. Verona: Ombre Corte, 2003

Kleinman, Arthur; Good, Byron; Yang, Lawrence H.; Link, Bruce G.; Phelan, Jo C.; Lee, Sing

- "Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory", *Social Science & Medicine*, vol. 64, 2006, pp. 1524-1535

Kleinman, Arthur; Hall-Clifford, Rachel

- "Stigma: a social, cultural and moral process", *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 63, 2009, pp. 418-419

Kleinman, Arthur; Kleinman, Joan

- "Suffering and its professional transformation", *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 15, n. 3, 1991, pp. 275-301

Nguyen, Vinh-Kim

- *Il corpo critico e la critica della razionalità. L'Aids e la produzione di esperienza in un ospedale universitario nordamericano*, in Pandolfi, Mariella (a cura di), *Perché il corpo: utopia, sofferenza, desiderio*. Roma: Meltemi, 1996, pp. 57-74

- "Attivismo, farmaci antri-retrovirali e ri-plasmazione del sé come forma di cittadinanza biopolitica", *Antropologia*, vol. 8, 2006, pp. 71-92

Pizza, Giovanni

- *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*. Roma: Carocci, 2005

Petryna, Adriana

- "Biological Citizenship: The Science and Politics of Chernobyl-Exposed Populations", *Osiris*, vol. 19 n.1, 2004, pp. 250-265

Quaranta, Ivo

- "Politiche del silenzio e della violenza: AIDS e nuove soggettività giovanili a Nso' (Camerun)", *La Ricerca Folklorica*, vol. 50, 2004, pp. 5-21

- (a cura di), *Antropologia Medica. I testi fondamentali*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2006a.

- *Corpo, potere e malattia. Antropologia e AIDS nei Grassfields del Camerun*. Roma: Meltemi, 2006b

- "Introduzione. Sofferenza sociale", *Antropologia*, n.8, 2006c, pp. 5-15

- “La trasformazione dell’esperienza. Antropologia e processi di cura”, *Rivista di studi*, n. 3, 2012, pp. 264-290
- “Le traiettorie teoriche del corpo fra ordine e disordine sociale”, *DADA Rivista di Antropologia post-globale*, www.dadarivista.com, n. 2 Dicembre 2018, pp. 7-22

Rabinow, Paul

- *Artificiality and Enlightenment: From Sociobiology to Biosociality*, in Crary, Jonathan, Kwniter, Sanford (eds.), *Incorporations*. New York: Zone Books, 1992, pp. 234-252

Rose, Nikolas; Novas, Carlos

- *Biological Citizenship*, in Ong, Aihwa, Collier, Stephen J. (eds.), *Global Assemblages. Technology, Politics and Ethics as Anthropological Problems*. Oxford, Malden: Blackwell, 2005, pp. 439-463

Scheper-Hughes, Nancy; Lock, Margaret

- “The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology”, *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 1, n. 1, 1987, pp. 6-41

Schirripa, Pino

- “Ineguaglianze in salute e forme di cittadinanza”, *Rivista della Società italiana di antropologia medica*, n. 37, 2014, pp. 59-80

Sontag, Susan

- *AIDS and Its Metaphors*. New York: Farrar, Straus and Giroux, 1989

Turner, Victor

- *The Ritual Process. Structure and Anti-Structure*. Chicago: Aldine Publishing Company, 1969; trad. it. *Il processo rituale*. Brescia: Morcelliana, 1972

Van Gennep, Arnold

- *Le rites de passage*. Paris: Édition Picard, 1909; trad. it. *I riti di passaggio*. Torino: Bollati Boringhieri, 2012

Whelehan, Patricia

- *The Anthropology of AIDS: A Global Perspective*. Gainesville: University Press of Florida, 2009

Genitalia out of scope

Riflessioni intorno a pratiche di cura e cittadinanza trans nelle sentenze di rettifica di attribuzione di sesso

Simonetta Grilli - Maria Carolina Vesce

Genitalia out of scope. First notes on care practices and trans citizenship in Italian court judgements

Abstract

Court verdicts asked to deal with several aspects of trans experiences, are key objects through which we can frame the relationships between gender and the law (between heterosexuality and citizenship), showing how the hegemonic forms of heteronormativity underpin the constructions of citizenship. Looking closely at the proceedings, we will see that, until recently, the enduring trend was to consider the genitalia as the legitimate manifestation of gender identity: they were entrusted with the symbolic function of representing and certifying gender. Furthermore, such asseverating function was legitimated by the adaptation of their form or appearance (aesthetics), rather than their usefulness (functionality), which remains often partial (if not problematic). The law (and medical practices), in fact, tend to enlist or conform the trans condition to the binary gender order, conveying the belief that gender originates from sex, namely from paramount sexual characteristics.

Keywords: transgender citizenship, hormones, genitals, body, sex and gender, Court verdicts

1. Introduzione¹

La condizione trans si presta bene a ragionare sulla relazione tra eterosessualità e cittadinanza², lasciando emergere come “hegemonic forms of heterosexuality underpin constructions of citizenship”³. Si tratta infatti, nel caso oggetto di analisi, di istituire una possibilità di *essere umani* non ammessa a priori dal diritto positivo degli Stati Nazionali, che individua nella non coincidenza del sesso anagrafico con il genere la condizione da rettificare e ricondurre alla norma.

¹ Questo articolo è il frutto di scrittura e riflessione congiunta ed è da attribuirsi alle due autrici secondo le seguenti modalità: il paragrafo 2 a Simonetta Grilli, il paragrafo 3 a Maria Carolina Vesce, i paragrafi 1 e 4 ad entrambe.

² Le autrici scelgono qui di usare l'espressione “condizione trans” per riferirsi esclusivamente al processo di medicalizzazione delle esperienze di quanti non si riconoscono nel genere assegnato alla nascita o non si riconoscono in modo esclusivo in uno dei due generi canonici. Più che di “fenomeno” o di “condizione”, crediamo sia importante parlare di esperienza (esperienze) trans e restituire centralità al vissuto di queste persone (cfr. Arietti et al. 2010; Marcasciano 2018).

³ Richardson 2015, p. 212; si veda anche Richardson 2000.

Nel contesto italiano, come in altri contesti euro-americani le persone trans vivono inevitabilmente in un confronto complesso, non privo di contraddizioni, non solo con la realtà sociale e relazionale, ma anche con il potere di definizione e di costituzione della propria legittimità individuale smaterializzato nei vincoli legali e nei protocolli medici che hanno imposto un *percorso di transito* fortemente medicalizzato e ricalcato su un rigoroso binarismo di genere⁴. In Italia, le disposizioni di legge (L.164/1982) prevedono che il riconoscimento dell'esperienza trans si collochi in subordine, dal punto di vista giuridico, rispetto all'obbligo a una re-inscrizione nella logica binaria del sesso (cui è necessario conformarsi e che deve essere riprodotta dal/nel percorso di transizione). Di fatto, il soggetto deve sottoporsi ad un "trattamento sanitario obbligatorio" che prevede l'assunzione di sostanze farmacologiche ed eventualmente il ricorso a interventi chirurgici volti a produrre una trasformazione essenzialmente estetica dei caratteri sessuali primari e/o secondari.

In un recente saggio, Stefania Voli evidenziava come le "prove mediche" costituiscano sempre per una persona trans la certificazione del suo essere qualcuno (un soggetto con una identità riconosciuta) e del suo avere diritto a qualcosa (in quanto cittadino). Il diritto a disporre di *documenti* (carte di identità, patente, tessera sanitaria, bancomat, libretto universitario ecc.) che certifichino la sua identità e la sua condizione di cittadinanza, è legata pertanto alle prove che il soggetto deve produrre di essere "under institutional medical care"⁵. La patologizzazione della propria condizione (a partire dal riconoscimento della disforia e poi l'essere sotto controllo medico) è l'unica garanzia di accesso a determinati diritti, a partire da quello di essere "curato"⁶. Provando ad analizzare la legge, la sua applicazione e gli sviluppi successivi della giurisprudenza, la studiosa critica i "processes of protecting/normalising/controlling trans people which determine their access to citizenship in Italy"⁷, nella convinzione che questi, spingendo verso un approccio patologico alla legge, costituiscano una "minaccia allo sviluppo di una piena cittadinanza trans"⁸.

Vale la pena domandarsi se gli sviluppi giuridici recenti, con i vari pronunciamenti di Tribunali ordinari e della Corte costituzionale che hanno messo "fuori scena" il sesso e la genitalità eliminino questa minaccia, considerando che il processo di depatologizzazione avviato con la pubblicazione dell'ICD-11, entro il quale l'OMS ha inteso derubricare la transessualità dalla categoria dei disturbi

⁴ Busi, Fiorilli 2014; Plemons 2017, Plemons, Straayer 2018; Stryker, Whittle 2006; Stryker, Aizura 2013; Stryker 2008; Voli 2018a, 2018b.

⁵ Voli 2018a, p. 201.

⁶ Significativamente per lungo tempo, prima della depatologizzazione da parte dell'O.M.S., i manuali diagnostici delle principali associazioni specialistiche americane si riferivano alla transessualità (variamente definita come disturbo dell'identità di genere o come disforia) come una condizione non patologica per la quale era necessario un intervento medico-chirurgico.

⁷ Voli 2018a, p. 202.

⁸ Ibid.

psichiatrici, sembrerebbe voler finalmente invertire questa traiettoria. Se è vero che «the heteronormative character of traditional citizenship exclude the heterogeneity of gender expression and sexual orientation»⁹, inferire che la depatologizzazione possa di per sé produrre processi di autodeterminazione delle persone trans, ci sembra una visione estremamente incoraggiante, certamente auspicabile, ma che non tiene in dovuta considerazione il campo delle forze e dei poteri in gioco nella definizione del percorso di transizione.

Una vera e propria “alleanza” tra sapere/pratica bio-medica e disciplina giuridica è riconoscibile nel percorso di istituzionalizzazione dell’esperienza trans, come meccanismo atto a certificare non solo la veridicità delle affermazioni del soggetto, ma la “verità” “del suo corpo e del suo stesso sesso”¹⁰. Si tratta di forze interdipendenti, che hanno bisogno l’una dell’altra per funzionare: il giudice ha bisogno del medico cui delegare la formulazione della diagnosi e la definizione della terapia, il chirurgo ha bisogno del giudice che lo autorizzi ad intervenire sui genitali, trattandosi di manipolazioni fortemente invasive. Il soggetto è attore passivo, non può rifiutare la medicalizzazione¹¹. Le riflessioni che qui proponiamo a ridosso di un corpus di venticinque sentenze di rettifica di attribuzione di sesso consentono di avvicinare proprio la dimensione *agentiva* dei soggetti i quali impegnandosi nella richiesta/riconoscimento di diritti mostrano quanto il “pluralismo giuridico” prenda forma dalle relazioni che si attivano per così dire dal basso, le quali in modo creativo propongono l’accoglimento di moralità innovative¹². Questo studio, che si inserisce in una attività di ricerca di lungo corso sulle esperienze trans¹³, ha previsto una lettura combinata dei testi giuridici con le narrazioni di alcuni interlocutori privilegiati destinatari di sentenza di rettifica di attribuzione di sesso. In particolare, sono state considerate ventidue sentenze dei tribunali di giurisdizione ordinaria e tre sentenze della Corte costituzionale emesse per lo più in un periodo compreso tra il 2014 e il 2017, o risaltanti a periodi precedenti, come nel caso delle due sentenze della Suprema Corte del 1979 e del 1985 frequentemente citate dalle corti. Salvo poche eccezioni in cui abbiamo ottenuto le sentenze grazie alla frequentazione diretta di persone in transizione che hanno acconsentito a renderle disponibili¹⁴, i testi analizzati sono stati reperiti attraverso canali di informazione web e scelti perché hanno fatto giurisprudenza o perché argomentano in modo particolarmente dettagliato le decisioni dei giudici.

⁹ Richardson 1998; Monro 2000.

¹⁰ Foucault 2001.

¹¹ In un solo caso (Tribunale di Vercelli, dicembre 2018) il giudice ha autorizzato la rettifica anagrafica, nonostante il richiedente non avesse mai fatto ricorso alla terapia ormonale.

¹² Resta 2018.

¹³ Vesce 2016, 2017; Vesce, Grilli 2019.

¹⁴ Tutti i pronunciamenti sono stati preventivamente anonimizzati e, quando è stato possibile, gli interessati sono stati messi al corrente delle finalità della ricerca.

La pratica giuridica recente racconta infatti il ruolo attivo dei soggetti nella legittimazione delle proprie scelte, nell'ottenimento di certi diritti, non di rado quest'ultimi oggetto di una costante negoziazione. Come ricorda Patrizia Resta, nella prassi giurisprudenziale, la cosiddetta *Law in action*, l'opposizione tra legalità/illegalità è costantemente destinata a sfumare in virtù di processi di negoziazione che spingono verso una sua reinterpretazione e ridefinizione¹⁵. Le sentenze aprono talvolta scenari nuovi colmando vuoti giuridici o producendo nuove interpretazioni delle leggi esistenti: si legittimano pratiche prima non ammesse; si ammettono nuove possibilità, superando i "limiti" delle leggi; si crea lo spazio per il riconoscimento di nuovi diritti. È successo più volte nella giurisprudenza che ha smantellato la legge 40; si sta verificando nel riconoscimento della genitorialità omosessuale; lo si può vedere nelle sentenze che autorizzano il transito. I più recenti pronunciamenti che approvano la rettifica del genere anche in assenza di riassegnazione chirurgica del sesso (di seguito RCS) si muovono infatti in risposta alle richieste dei soggetti, i quali dunque contribuiscono a spostare il limite verso un altro modo di intendere il rapporto sesso-genere e il ruolo del corpo sessuato, in particolare dei genitali.

2. Leggi, classificazioni, procedure

Prima dell'entrata in vigore della L. 164/1982, l'ordinamento giuridico italiano prevedeva, in base all'art. 454 del Codice civile, che la rettifica del sesso e del nome fosse possibile solo nei casi di smarrimento dei documenti o in caso di errore di trascrizione. In almeno due occasioni, prima dell'aprile del 1982¹⁶, la Suprema Corte era intervenuta a sancire l'inammissibilità della richiesta di rettifica "in conseguenza di una diversa realtà sessuale venutasi a creare per fatto volontario dell'uomo"¹⁷. D'altra parte, la necessità di legiferare in merito al cambio di sesso era sostenuta sia dalle richieste di coloro che aspiravano a una regolarizzazione della loro posizione, avendo effettuata la chirurgia genitale in quei paesi che già allora ammettevano l'utilizzo di tecniche demolitive e ricostruttive su soggetti che aspiravano a vivere nelle sembianze dell'altro sesso (a Casablanca, in Svizzera o nel Regno Unito), sia dal rispetto del principio di certezza dei rapporti giuridici. Vale la pena notare che nella presentazione in parlamento della prima bozza della proposta di legge sulla rettifica dell'attribuzione di sesso, nel febbraio del 1980, il parlamentare radicale Franco De Cataldo fece esplicitamente riferimento al "problema dei transessuali",

¹⁵ Ivi, p. 13.

¹⁶ Si veda la sentenza della Corte costituzionale, n. 98, 26 luglio 1979.

¹⁷ La trascrizione stenografica della presentazione della proposta di legge sulla rettifica dell'art. 454 nel corso della seduta della Camera del 27 febbraio 1980 è reperibile on-line all'indirizzo: https://www.camera.it/_dati/leg08/lavori/stampati/pdf/14420001.pdf.

riferendosi con ciò esclusivamente a coloro che erano giunti alla modifica dei loro genitali esterni “da maschili a femminili” Anche se il mondo trans a cui guardavano De Cataldo e i suoi colleghi era un mondo “esclusivamente” MtF, e nonostante la finalità esplicitamente sanatoria della proposta, in quel discorso egli fece un significativo richiamo ad alcuni pionieristici pronunciamenti delle Corti di merito che sembravano andare in direzione di una qualche forma di riconoscimento dell’esperienza trans: “Il sesso primario o ufficiale non può essere considerato una caratteristica immutabile, ma una realtà giuridica assistita soltanto da supposizione relativa”; o ancora: il sesso “è un complesso di fattori biologici e psicologici o meglio psicosessuali (sesso di assegnazione e di educazione, sesso di elezione, ruolo sessuale)”¹⁸. Del resto, come mostra Stefania Voli, la legge stessa fu il risultato di negoziazioni e aggiustamenti da parte dei principali protagonisti della scena politica del tempo, dalla DC al PCI¹⁹. Comunemente considerata una legge a maglie larghe, essa ha di fatto lasciato ampi spazi di manipolazione ermeneutica alle Corti di merito e a quelle di legittimità, che hanno assunto orientamenti differenti e altalenanti di cui sarebbe impossibile, qui, rendere conto in maniera esaustiva. Basti accennare al fatto che la legge non è esplicita rispetto alla necessità indefettibile dell’intervento del chirurgo e nemmeno chiarisce (si veda, in particolare, l’articolo 3)²⁰ cosa si debba intendere per caratteri sessuali, se cioè sia necessario un intervento sui genitali o se sia sufficiente la modifica dei caratteri sessuali secondari. Non deve stupire pertanto che la giurisprudenza, sia quella di merito che quella di legittimità, abbia finito per produrre interpretazioni assai divergenti della L. 164/1982. Nonostante la Corte costituzionale si fosse espressa già nel 1985²¹ a favore di una concezione del sesso come dato complesso della personalità, fino alle così dette “sentenze gemelle” del 2015²² era invalsa la prassi per cui i tribunali territoriali dovevano esprimersi in due tempi, autorizzando in un primo momento l’intervento chirurgico e ordinando, poi, la rettifica del sesso e del nome sui registri di Stato civile. Non che prima di questi due importanti pronunciamenti i giudici non avessero già consentito la rettifica anagrafica

¹⁸ Ivi.

¹⁹ Voli 2018b.

²⁰ L’articolo 3 prevede che “Il tribunale, quando risulta necessario un adeguamento dei caratteri sessuali da realizzare mediante trattamento medico-chirurgico, lo autorizza con sentenza”. Originariamente, inoltre, lo stesso articolo indicava come procedere specificando che “in tal caso il tribunale, accertata la effettuazione del trattamento autorizzato, dispone la rettificazione in camera di consiglio”. Questa seconda parte dell’articolo, tuttavia, è stata abrogata dal D.L. 1 settembre 2011 n. 150.

²¹ La sentenza della Corte costituzionale n.161 del 6 maggio 1985 stabilisce che la L. 164/1982 «si colloca nell’alveo di una civiltà giuridica in evoluzione, sempre più attenta ai valori, di libertà e dignità, della persona umana, che ricerca e tutela anche nelle situazioni minoritarie ed anomale» (p.12).

²² Si tratta della sentenza della I sezione civile della Corte di Cassazione n. 15138/2015 del 20/7/2015 e della sentenza della Corte costituzionale n. 121 del 21/10/2015.

in assenza dell'intervento di demolizione/ricostruzione dell'organo genitale²³ e, d'altra parte, ci sono state sentenze che hanno mantenuto l'obbligo del doppio iter procedurale anche dopo i pronunciamenti della Cassazione e della Corte costituzionale.

Se ci siamo soffermate sulla genesi della legge e la successiva evoluzione della pratica giurisprudenziale è perché le sentenze ci appaiono come testi "significativi" suscettibili di riflettere alcune delle rappresentazioni sociali del sesso, del genere e dell'esperienza trans. Nonostante manifestino un persistente orientamento alla patologizzazione di questi soggetti, tali testi consentono di apprezzare una certa flessibilità nell'interpretazione e l'apertura alla riformulazione delle categorie di sesso e genere, come del percorso che definisce e contraddistingue l'esperienza trans. Le sentenze infatti offrono l'opportunità di cogliere di riflesso l'evolversi delle concezioni e delle prassi bio-mediche che orientano il percorso di transizione: c'è una "storia della cura" che si riversa in questi testi, in cui trovano spazio pratiche terapeutiche, indicazioni di sostanze farmacologiche, codici diagnostici e tecniche chirurgiche. È una storia di istituzionalizzazione, oltre che di medicalizzazione, scritta dal punto di vista dei giudici, che tuttavia, rende leggibili i cambiamenti che hanno condotto gradualmente a una diversa concettualizzazione non solo del sesso e del genere (con un progressivo decentramento del ruolo dei genitali esterni, come avremo modo di precisare in seguito) ma della stessa condizione trans.

Dalle sentenze si evincono inoltre le diverse definizioni e i ricollocamenti della transessualità nel quadro delle classificazioni mediche presenti nei manuali diagnostici che regolamentano la salute trans orientando le modalità di presa in carico dal punto di vista medico sanitario. È sufficiente qui richiamare che fino alla pubblicazione dell'ICD-11, nel giugno del 2018, la transessualità – identificata come Disforia di genere – era considerata una malattia mentale e come tale classificata. L'OMS, infatti, ha ufficialmente rimosso la transessualità dalla rubrica "Disturbi mentali e del comportamento", inserendola in un nuovo capitolo inerente specificamente la "Salute sessuale" in cui è classificata come Incongruenza di genere²⁴ solo di recente ed è auspicabile che si continui a riflettere sulle inevitabili ripercussioni della piena applicazione a livello internazionale e nazionale di questa nuova classificazione. Non possiamo esimerci dal riconoscere che si tratta di un processo destinato inevitabilmente a ripercuotersi nelle modalità di gestione del percorso di presa in carico (nella pratica clinica come nella redazioni di nuovi

²³ Tribunale di Roma, sentenza del 18/10/1997; Tribunale di Siena, sentenza del 12/6/2013, Tribunale di Messina sentenza del 4/11/2014.

²⁴ Non solo le categorie diagnostiche, ma anche le pratiche chirurgiche vengono rinominate: da "operazione di conversione del sesso" a "riassegnazione chirurgica del sesso" e, più di recente, "chirurgia di affermazione di genere". Tali slittamenti linguistici non trovano corrispondenza nell'adozione di nuove tecniche chirurgiche, ma in una diversa concettualizzazione dei problemi che le tecniche chirurgiche intendono risolvere (Plemons 2015, p. 437).

protocolli di accesso alla salute); tale cambiamento dovrà pertanto essere seguito tenendo conto degli altri manuali diagnostici e terapeutici (DSM) che ripropongono una visione patologizzante della persona trans²⁵ come delle effettive applicazioni espresse nelle linee guida nazionali e territoriali. Se la piena applicazione della nuova classificazione (che derubrica la condizione trans da malattia mentale a fatto che riguarda la salute sessuale) prelude a inevitabili cambiamenti, resta aperta, tuttavia, la questione di come continuare a garantire a coloro che effettuano il percorso di transizione un'assistenza sanitaria gratuita²⁶. Ciò che abbiamo constatato è che proprio nelle sentenze si può dunque ragionevolmente seguire, almeno in parte, l'evoluzione delle modalità attraverso cui è stato pensato e organizzato il percorso di transizione sul piano propriamente medico. Esse, dall'altro canto, possono essere intese come sintesi di momenti narrativi diversi, in cui accanto allo sguardo dei giudici, si incontra quello dei vari specialisti titolati a intervenire (psicologo, endocrinologo, eventuali specialisti incaricati di redigere la CTU). In alcuni casi inoltre, se il giudice ne facesse richiesta, il soggetto medesimo potrebbe essere chiamato a testimoniare in prima persona della propria esperienza.

Colpisce, come vedremo, in questi testi la scomposizione micro-fisica dell'esperienza corporea e sociale del soggetto. Diversi momenti narrativi sono successivamente articolati a comporre un racconto corale: l'atto di citazione, i referti degli esperti, eventuali testimonianze (moglie/marito e figli), talvolta addirittura i

²⁵ Si ricorda che nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disordini Mentali (DSM-V) pubblicato nel 2013 dalla American Psychiatric Association si parla ancora di disforia di genere per indicare il disagio esperito dall'individuo a causa della non congruenza tra il sesso assegnato alla nascita e il genere a cui si sente di appartenere. Lo stesso vale per il manuale della World Professional Association for Transgender Health (WPATH), associazione internazionale di medici professionisti in cui sono indicati standard di cura e le linee guida per l'assistenza alla salute delle persone transessuali, transgender e di genere non-conforme. Non può mancare inoltre il riferimento all'Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere (ONIG), che in Italia definisce le linee guida di intervento medico e psicologico-per l'assistenza alle persone che vogliono intraprendere il percorso di adeguamento di genere. Si tratta in quest'ultimo caso di un'associazione di promozione sociale che continua a usare la definizione, estremamente patologizzante, di "disturbo dell'identità di genere" (presente nella versione del DSM-IV) in cui l'incongruenza tra il corpo e il sé interiore rende "inevitabile" la trasformazione chirurgica dei caratteri sessuali primari. Pur dichiarando di fare riferimento agli *standards of care* del WPATH, l'ONIG considera tanto la psicoterapia, quanto il "test di vita reale" come tappe fondamentali della presa in carico dei soggetti trans. Per queste ragioni, all'inizio del 2020, le due vicepresidenti dell'ONIG, elette in quanto rappresentanti delle principali realtà trans presenti sul territorio nazionale, hanno rassegnato le proprie dimissioni dall'organizzazione, che pure avevano fortemente contribuito a creare.

²⁶ Si precisa che in Italia, la legge garantisce la gratuità di alcuni interventi chirurgici, nello specifico quelli sugli organi sessuali primari e secondari (mastoplastica additiva e riduttiva, vaginoplastica e falloplastica), mentre restano a carico del richiedente gli interventi chirurgici considerati di natura estetica (epilazione definitiva, rinoplastica, malaroplastica, interventi di femminilizzazione della voce ecc). Per quanto riguarda invece l'accesso ai trattamenti farmacologici le persone trans vanno incontro a diritti differenti in base alla regione cui si rivolgono.

diari, versati in atti a suffragare le tesi della parte, rappresentano per i giudici elementi probanti cui attribuire più o meno credibilità e che entrano nella sentenza divenendo parte integrante della relazione sul soggetto. Né le narrazioni dei soggetti si discostano da questo modello, anzi, le persone che si rivolgono ai tribunali italiani per chiedere la rettifica dell'attribuzione di sesso si mostrano ben coscienti della necessità di adattarsi ad una storia narrabile, riproducendo temi e motivi di una success story²⁷. Quasi sempre, infatti, le persone trans che hanno ottenuto la modifica dello stato civile mostrano profonda consapevolezza del fatto che quanto più la loro storia si uniformerà al modello egemone tanto più elevate saranno le possibilità di successo. In questa direzione si muove la storia di Roberta, 30 anni, toscana, laureata in giurisprudenza che ha ottenuto la sentenza a novembre 2017 e a marzo 2018 ha eseguito in una clinica convenzionata con il servizio sanitario nazionale la mastoplastica additiva. Nel corso dei nostri scambi insiste spesso sulla necessità di retrodatare la consapevolezza della propria condizione, facendo riferimento ai ricordi di infanzia, alla predilezione per i giochi e gli indumenti dell'altro sesso e al totale rigetto di tutto ciò che è connesso con il proprio. Per quanto la sua storia indichi una diversa esperienza (durante i nostri incontri Roberta dice esplicitamente “per me non è stato così”), nell'atto con cui adisce il tribunale riproduce quegli elementi caratteristici delle storie trans che la giudice si aspetta di leggere²⁸. Come è stato notato da più parti, per essere credibile la persona trans deve modulare la propria storia intorno ad alcuni elementi essenziali (testimoniare un sentimento di disforia nei confronti dei genitali, ammettere un precoce e costante desiderio di essere riconosciuto come altro ecc). Deve insomma conformarsi a un modello egemonico di transessualità²⁹. Le sentenze riproducono, in buona parte, queste “storie ideali”, le raccontano da più punti di vista: dal punto di vista del soggetto, con le sue relazioni sociali, le sue abitudini quotidiane, le sue aspirazioni e desideri, degli specialisti chiamati a certificarne la condizione e, non da ultimo, del giudice. In un certo senso, si può dire che i testi delle sentenze mostrino di riflesso quella che Michel Foucault

²⁷ La storia degli studi Trans riflette la centralità che la narrazione di sé assume nella costruzione (diacronica e sincronica) dell'esperienza soggettiva (Billingsley 2015, Blackwood 1999, Hausman 1995, Meyerowitz 2002; Valentine 2007). Già Garfinkel (2000), nel restituirci la storia di Agnes, aveva messo in luce l'importanza della proposizione di una narrazione adeguata al proprio genere, sottolineando come al soggetto fosse richiesto di avere una storia e dei ricordi femminili. Più di recente, Elisa Arfini (2007) ha riconosciuto nell'autobiografia il genere prediletto dalle persone transessuali e transgender individuando in questa particolare forma di testimonianza un piano privilegiato per leggere gli aspetti di soggettivazione, non solo di assoggettamento, dell'esperienza trans (Bonanno, Astuni 1981; Cecconi 1976; Jorgensen 1967; Romano 2013). In Italia il progetto di ricostruzione di senso in cui è impegnato il movimento trans ha potuto trovare una sistemazione organica nei libri di Porpora Marcasciano (2002, 2007, 2008, 2018). Si vedano anche Voli, 2017; Pieraccini, 2013).

²⁸ Intervista del 30 aprile 2018 raccolta a Siena.

²⁹ Cfr. Pieraccini 2013.

ha definito la pratica confessionale, evidenziando la costruzione interrelata tra “verità del sesso” e “verità del soggetto”, che trova collocazione, oltre che nelle aule di tribunale, sui lettini di medici e psicologi.

3. *Genitalia out of scope*: quello che le sentenze dicono sul sesso, il genere e la salute trans

Seguire la vicenda giurisprudenziale della L. 164/1982 permette di apprezzare la molteplicità e complessità delle problematiche che l’esperienza trans rende evidenti³⁰. Non solo le questioni relative alla cittadinanza e alla salute, che qui ci proponiamo di approfondire, ma lo scioglimento forzato del vincolo matrimoniale in caso di rettifica dell’attribuzione di sesso, le questioni relative all’integrità del corpo e ai diritti riproduttivi, fino ad una concezione della transizione come percorso di affermazione, più che di rettifica o trasformazione di genere, che in questa sede potranno solo essere accennate. Se la L.164/1982 non menziona mai, esplicitamente, il diritto alla salute, già nel 1985 la Corte costituzionale era intervenuta ad affermare la natura terapeutica dell’intervento chirurgico di riassegnazione del sesso, consentendo una deroga al principio della non disponibilità del corpo. L’istituzionalizzazione del percorso di transizione intorno a cui prende forma il riconoscimento della cittadinanza trans si produce, infatti, a partire dal tacito consenso dei soggetti a “essere ammalati” dallo Stato, pur in assenza di condizioni patologiche³¹. Le sentenze rendono conto di una scomposizione del soggetto, indagato nella sua vicenda biografica, osservato e sezionato nella sua configurazione anatomica, letto attraverso l’evolversi della propria storia farmacologica. Il tribunale di Avezzano, ad esempio, dopo attenta analisi della giurisprudenza, riporta estensivamente citazioni dei referti medici e delle relazioni degli psicologi presentati dal richiedente:

«L’aspetto esteriore è tipicamente femminile, con assenza della caratteristica distribuzione pilifera maschile (la cute è depilata e liscia, anche grazie ai ripetuti trattamenti estetici). Presenza di ginecomastia, modificazione della distribuzione dell’adipe con caratteristiche ginoidi, testicoli in sede e con ridotto trofismo, non varicocele, pene normale (...) Nel tempo si sono osservate sensibili modificazioni in senso ginoide dei caratteri sessuali secondari (mammella, peli, adipe, testicoli, ecc.)»³².

³⁰ Butler 2004, 2014; Stryker, Whittle 2006; Stryker Aizura 2013.

³¹ È evidente il richiamo a quell’ambito di ricerche che si sono preoccupate di tematizzare la relazione tra stato di malattia e cittadinanza. Si vedano i lavori di Petryna 2002; Nguyen 2007; Rose 2008.

³² Tribunale di Avezzano, Ordinanza n. 58 del 12 gennaio 2017 reperibile on line su: <https://www.gazzettaufficiale.it/atto/vediMenuHTML?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2017-04->

Una volta osservata minuziosamente l'apparenza del soggetto, la sentenza riporta una serie di valutazioni riguardo l'efficacia dell'azione terapeutica (ha mostrato ottima compliance alla terapia), in relazione allo stato di benessere e alla vita di relazione (ha subito un chiaro miglioramento del tono dell'umore e delle relazioni sociali), non mancando di sottolineare che il soggetto risponde alle aspettative del test di vita reale³³. In particolare, citando la relazione del c.t.u., la sentenza riferisce dell'assunzione di sostanze farmacologiche con effetti antiandrogeni e femminilizzanti, dando peso alla collocazione del soggetto nella scala MF:

«Riporta, inoltre, che “nel periodo di osservazione il paziente assume farmaci: Androcur (ciproterone acetato), Progynova (estradiolo valerato), Spirolang (spironolattone), tutti con effetti antiandrogeni e/o femminilizzanti” e che “il punteggio della scala Mf che si riferisce alle differenze tra gli uomini e le donne risulta essere abbastanza elevato (mf 73), tipicamente alti punteggi vengono riscontrati in soggetti transgender come nel caso in questione”»³⁴.

Il giudice è attento nella valutazione del rimodellamento che il corpo trans ha subito e il suo sguardo è minuzioso: la cute, la presenza o l'assenza del seno, dei peli, la distribuzione dell'adipe, la posizione e la qualità dei testicoli, l'alterazione dei tratti della voce sono caratteristiche estetiche visibili di cui sovente i giudici delle corti di merito sentono la necessità di dare conto.

Laddove il magistrato disponga l'audizione della parte le sentenze possono riportare testualmente le dichiarazioni del soggetto richiedente, che testimonia del disagio provato rispetto al proprio corpo (“ho vissuto con disagio i miei caratteri maschili fin dalla tenera età, e costantemente”) della predilezione per il nome che si è assunto per sé (“mi faccio chiamare XXX”), della vita sentimentale, del proprio orientamento sessuale e, in maniera ben più rilevante, dell'orientamento sessuale del proprio partner (“ho un compagno da quattro anni, è uomo, e prima di incontrare me era eterosessuale”) e, non da ultimo alle abitudini della vita sociale (“al mare, da

26&atto.codiceRedazionale=17C00099&tipoSerie=corte_costituzionale&tipoVigenza=originario_ (ultima consultazione 29/9/2019).

³³ Il real life test è “l'imposizione” di vivere per un periodo di tempo, generalmente un anno, alla maniera del genere elettivo. Alla persona è richiesto di presentarsi “nei panni” dell'altro sesso (abbigliamento, gestualità, modi di fare, ecc.) pur trovandosi in una fase della trasformazione corporea che non rispecchia il sentire del soggetto medesimo.

³⁴ Tribunale di Avezzano, Ordinanza n. 58 del 12 gennaio 2017 reperibile on line su: https://www.gazzettaufficiale.it/atto/vediMenuHTML?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2017-04-26&atto.codiceRedazionale=17C00099&tipoSerie=corte_costituzionale&tipoVigenza=originario (ultima consultazione 29/9/2019).

quando assumo la terapia, vesto costumi da donna”)³⁵. Di nuovo il giudice non manca di riferire delle cure e modificazioni intraprese sotto costante monitoraggio medico.

La sentenza lascia parlare il soggetto, ci fa ascoltare la sua voce, ci fa vedere il suo corpo, quasi ce lo figuriamo in udienza. La storia personale è narrata a partire da un doppio posizionamento temporale, c'è un t0 e un t1 dell'esperienza trans. Le sentenze confermano questa tendenza delle corti a richiedere alla persona transessuale di testimoniare un doppio posizionamento temporale: retrodatando, da un lato, il sentimento di appartenenza di genere attraverso il riferimento ai ricordi di infanzia, alla predilezione per giochi e compagnie dell'altro sesso ecc., e dall'altro immaginandosi in un tempo desiderato e possibile di piena affermazione della femminilità. Da un lato una storia che è già memoria, dall'altro il presente futuribile.

In alcuni casi il giudice racconta l'ingresso del soggetto in aula, quasi a suggerire che siamo in presenza di una testimonianza incarnata: l'atto testimoniale per la persona transessuale si fa, per così dire, con il gesto e con la parola, con il corpo e con la voce³⁶.

«Presentatasi davanti al Collegio in abbigliamento ed acconciatura femminile, infatti, parte attrice ha dichiarato, tra l'altro: “io mi sento donna da sempre; mi faccio chiamare XXX; lavoro in un CAF e mi firmo XXX nel documento del lavoro, per scelta della mia responsabile; in un precedente lavoro, in cui mi obbligavano ad indossare un badge con il nome maschile, mi sono rifiutata; (...) vorrei nel frattempo adeguare i miei dati anagrafici, *anche prima dell'intervento*, per poter superare il disagio continuo, per ogni incombenza della vita quotidiana, per un'analisi del sangue, per un controllo dei vigili: tutto mi costringe a dover rendere conto della differenza tra il mio nome ed il mio aspetto, e mi pone a continuo disagio”»³⁷.

L'impiego del nome, quanto le negoziazioni sul posto di lavoro provano agli occhi del giudice la solidità della scelta del soggetto, cui si riconosce un vissuto sociale complesso e pieno di ostacoli. In particolare, il giudice sente la necessità di rimarcare il disagio che questi può provare non potendo contare sulla coerenza tra dato anagrafico e immagine esteriore, anche in considerazione dei principi di certezza dei rapporti giuridici e di trasparenza delle relazioni interpersonali.

In un'altra sentenza, questa volta del Tribunale di Livorno, viene significativamente riportata la testimonianza del richiedente (un ragazzo FtM), il quale afferma in modo lucido e lineare la precoce considerazione di sé in senso maschile. Il giudice apprezza l'uso del genere maschile nel racconto del soggetto in

³⁵ Le citazioni riportate fanno riferimento alla sentenza del Tribunale di Siena n.1676 del 28 aprile 2017.

³⁶ Per un'interessante analisi della produzione di testimonianze di donne vittime di violenza nelle aule di tribunale si veda Gribaldo 2014.

³⁷ Tribunale di Siena n.1676 del 28 aprile 2017.

quanto marcatore di una retrodatazione della percezione di sé: «Io già da piccolo (...), sin dalle elementari ho sentito l'esigenza di mutare il sesso e ne ho sempre parlato con i miei genitori. Poi al momento della adolescenza e della pubertà ho avuto problemi anche sociali in ragione della mia condizione»³⁸. La testimonianza continua ribadendo con esplicita e voluta trasparenza il percorso di socializzazione della propria condizione (il racconto ai genitori), cui fa seguito la scelta di affidarsi agli esperti (inizio del percorso psicologico e ricorso alla farmacologia sotto stretto controllo medico).

«Poi seguendo una procedura psicologica ho iniziato il percorso presso il Consultorio Transgenere di (omissis) capendo la possibilità di risolvere il mio problema. Poi ebbi altri problemi rendendomi conto che non riuscivo immediatamente a risolvere la mia condizione dato che ero minorenne. Ho poi scoperto che a Roma vi era una dott.ssa che, con l'accordo dei genitori e fatti tutti i test, poteva farmi iniziare la terapia ormonale anche da minorenne. Quindi ho sostenuto i colloqui e compilato i test e poi ho iniziato, nonostante che fossi minorenne, la terapia ormonale. Avendo iniziato il percorso mi sono tranquillizzato ed ho iniziato a rivivere una vita sociale, che prima mi precludevo da solo, in quanto provavo un senso di vergogna per la mia condizione»³⁹.

Il soggetto sembra essere profondamente consapevole dell'importanza di ricalcare i motivi di una storia di successo, organizzata a partire dai criteri imposti dal genere e dal "genere narrativo": bisogna conformarsi ad un modello, seguire un preciso protocollo, affidarsi agli esperti, a coloro che sanno trattare e "curare" la condizione trans. Nella costruzione della propria storia la persona trans ripropone un percorso ideale nel quale la terapia ormonale assume un ruolo decisivo per il raggiungimento di un equilibrio psicologico e sociale.

«Poi con l'inizio della terapia ormonale ho avuto maggiori soddisfazioni, vedendo che il corpo andava ad assumere le fattezze che ho sempre percepito dal punto di vista psicologico. Intendo, pertanto, ottenere anche al livello amministrativo l'accertamento della mia condizione e procedere poi alla modificazione chirurgica del corpo»⁴⁰.

La persona trans dichiara apertamente l'intenzione di procedere alla trasformazione chirurgica del proprio corpo, intenzione che è di per sé sufficiente per il giudice, al quale non interessa che il soggetto specifichi se si sta riferendo agli organi sessuali primari o secondari. Vale la pena notare che, in questo caso, il giudice

³⁸ Tribunale di Livorno n. 1554 del 24 dicembre 2016, pp. 3-4.

³⁹ Ivi, p. 4.

⁴⁰ Ibid.

ha sentito il bisogno di commentare la condizione in cui si presenta il soggetto: “ha assunto le sembianze di un adolescente di sesso maschile, come chiaramente accertabile incontrandola”⁴¹. Ci pare di poter cogliere in questo passaggio l’importanza che la performance assume nella riconoscibilità (oltre che nella riproducibilità) del genere⁴².

Se una consolidata prassi giurisprudenziale richiedeva che l’atto con cui la persona trans adisce il tribunale facesse esplicito riferimento all’autorizzazione all’intervento chirurgico, nel caso della sentenza del Tribunale di Messina n. 2649 la parte chiede esclusivamente la rettifica anagrafica. Chiarito che il soggetto si è sottoposto con successo alla sola terapia ormonale femminilizzante e ritenendo che un intervento demolitorio-ricostruttivo degli organi genitali sarebbe risultato inopportuno e rischioso rispetto al raggiungimento dell’equilibrio nella sua vita sessuo-affettiva, il giudice sente il bisogno di esprimersi in merito alla definizione di transessualità, alla distinzione tra sesso e genere, tra sesso biologico e sesso anagrafico, tra vissuto psicologico e sociale e identità esteriore. Definisce, inoltre, cosa debba intendersi per identità di genere «la quale è costituita da tre componenti: il corpo, l’autopercezione e il ruolo sociale»⁴³. Spiega, infine, come l’argomentazione circa l’eventuale reversibilità della scelta in permanenza degli organi riproduttivi non sia convincente poiché si rischia di mettere sullo stesso piano l’interesse collettivo alla corrispondenza tra il corpo e il sesso anagrafico e il diritto all’identità personale.

In questo passaggio ci pare di cogliere una svolta decisiva. Il corpo non viene più “smontato”, s-qualificato e successivamente “rimontato” e ri-qualificato, per dirla con Laurence Haurault⁴⁴. I genitali non sono più i protagonisti della scena del genere, sono di fatto collocati fuori luogo. Agli ormoni è affidato il compito primario di fare il genere, femminilizzare o mascolinizzare la persona⁴⁵. Il genere si dà a partire dalla collocazione del soggetto in un punto preciso (ma non statico) della scala MF. D’altra parte, le sostanze farmacologiche sembrano garantire la sospensione se non la definitiva perdita della capacità riproduttiva, dando luogo a una sterilità di fatto. Nell’ottica del giudice, è pertanto inutile eliminare l’apparato riproduttivo. In questo quadro, i genitali non assumono più la funzione simbolica di rappresentare il sesso: la rettificazione della identità anagrafica non dipende più dall’adeguamento della loro forma (estetica), né in termini di funzione (funzionalità) che è comunque parziale e spesso problematica (come si desume dalle testimonianze), né di piacere sessuale⁴⁶.

⁴¹ Ibid.

⁴² Butler 2004.

⁴³ Tribunale di Messina n. 2649 del 28 aprile 2014, p. 5.

⁴⁴ Haurault 2004.

⁴⁵ Per una riflessione sull’importanza degli ormoni nel percorso di transizione si vedano almeno Eyre *et alii* 2004; O’ Brain 2013; Preciado 2015. Per una riflessione più generale sul valore sociale del farmaco come oggetto di cultura materiale si faccia riferimento a Schirripa 2015.

⁴⁶ Crocetti 2013.

La legittimità di istanze di riconoscimento di un corpo composto da elementi, per così dire, “dissonanti”, in quanto non in linea con la rappresentazione binaria dei corpi sessuati, è affermata in controtendenza rispetto ad una consolidata prassi giuridica, che fino al 2015 ha ritenuto indefettibile la manipolazione dei genitali⁴⁷.

La concezione del transito che emerge dalla lettura di questi testi veicola un’immagine del corpo e del rapporto tra sesso e genere che viene recepita da due importanti pronunciamenti della Corte di Cassazione 15138/2015 e della Suprema Corte n. 221/2015. Quest’ultima, infatti, nell’affermare la defettibilità dell’intervento chirurgico ai fini della rettifica anagrafica, precisa che «il ricorso alla modificazione chirurgica dei caratteri sessuali risulta autorizzabile in funzione di garanzia del diritto alla salute, ossia laddove lo stesso sia volto a consentire alla persona di raggiungere uno stabile equilibrio psicofisico»⁴⁸, ribaltando – di fatto – la prospettiva dominante nella giurisprudenza e affermando il diritto all’autodeterminazione delle persone trans. Come sottolinea la Consulta:

«La prevalenza della tutela della salute dell’individuo sulla corrispondenza fra sesso anatomico e sesso anagrafico, porta a ritenere il trattamento chirurgico non quale prerequisite per accedere al procedimento di rettificazione – come prospettato dal rimettente –, ma come possibile mezzo, funzionale al conseguimento di un pieno benessere psicofisico»⁴⁹.

Il dibattito intorno all’interpretazione da attribuire all’avverbio “quando”, che aveva tenuto impegnati i giudici italiani per tre decenni, viene così definitivamente superato in nome del diritto all’identità personale e del diritto alla salute. Inoltre, come osservato, anche dalle sentenze della Corte costituzionale e di Cassazione emerge il progressivo decentramento della dimensione genitale per la definizione del genere. Sancendo definitivamente la possibilità di procedere alla rettifica anagrafica anche in assenza della trasformazione chirurgica dei genitali, la Corte costituzionale afferma che “il ricorso alla chirurgia costituisce uno dei possibili percorsi volti all’adeguamento dell’immagine esteriore alla propria identità personale, come percepita dal soggetto”. Già la Corte di Cassazione, con la sentenza 15138/2015 aveva messo in luce come gli sviluppi della scienza medica, unitamente ad una «cultura dei diritti (...) sempre più sensibile alle libertà individuali e relazionali che compongono la vita privata e familiare»,⁵⁰ avessero messo le persone transessuali in condizione di «scegliere il percorso medico-psicologico più coerente con il personale

⁴⁷ Per lungo un prerequisite per la diagnosi di Disforia di genere (e, prima ancora, di disturbo dell’identità di genere) era costituito dal sentimento di disgusto dei propri genitali precocemente avvertito dal soggetto.

⁴⁸ Corte costituzionale n. 221 del 21 ottobre 2015 p. 5.

⁴⁹ Ivi, p. 9.

⁵⁰ Corte di Cassazione n. 15138 del 25 maggio 2015, p. 31.

processo di mutamento dell'identità di genere». Per tali ragioni, come sottolineano i giudici di Cassazione:

«Il momento conclusivo di tale percorso non può che essere profondamente influenzato dalle caratteristiche individuali. Non può in conclusione che essere il frutto di un processo di autodeterminazione verso l'obiettivo del mutamento di sesso, realizzato mediante i trattamenti medici e psicologici necessari, ancorché da sottoporsi a rigoroso controllo giudiziale»⁵¹.

Nonostante questo significativo spostamento di paradigma nella definizione giuridica del corpo sessuato, del rapporto tra sesso e genere e del percorso di transizione, i pronunciamenti ribadiscono la centralità della presa in carico da parte degli specialisti e della necessità di sottoporsi a rigoroso controllo giudiziale. Senza dubbio nello spostamento di paradigma che ha condotto ad una diversa definizione giuridica del corpo sessuato, del rapporto tra sesso e genere e del percorso di transizione sono riconoscibili alcune delle istanze dell'attivismo trans, del resto recepito, come s'è detto, a livello medico-psichiatrico attraverso le revisioni dei manuali diagnostici degli psichiatri americani (D.S.M.) e delle classificazioni internazionali delle malattie stilate dall'O.M.S. (I.C.D.). Resta il fatto che i vari pronunciamenti ribadiscono la centralità della presa in carico da parte degli specialisti e della necessità di sottoporsi a rigoroso controllo giudiziale. Come sottolinea Alexander Schuster, avvocato del foro di Trento che ha patrocinato numerose cause per i diritti delle persone LGBT: «La dimensione patologica e il supporto terapeutico non è in re ipsa, ma è un portato del contesto sociale stigmatizzante. La patologia è esogena, indotta, non endogena all'essere trans»⁵².

4. Riflessioni conclusive

Se la ridefinizione del nesso sesso-genere nelle sentenze di rettifica di attribuzione di sesso sembra andare in direzione di un progressivo spostamento “fuori campo” dei genitali esterni, ciò avviene ancora, nella maggior parte dei casi, a condizione della patologizzazione del soggetto. I pronunciamenti, pur riconoscendo una qualche forma di cittadinanza a quei corpi che non rispecchiano l'allineamento di sesso-genere e ammettendo, quindi, l'esistenza e la vivibilità di corpi “ambigui”, si limitano a ricevere il giudizio del medico, meglio se inquadrato in strutture pubbliche e specificamente dedicate, ferma restando la facoltà del giudice di richiedere un ulteriore parere d'ufficio. Ancora Schuster ci viene in aiuto sottolineando: «Il diritto e

⁵¹ Ivi, p. 32.

⁵² Schuster 2017, p. 8.

la medicina s'intrecciano indissolubilmente e lo iudex peritus peritorum di fatto si vincola al giudizio medico»⁵³. La posta in gioco, evidentemente, è alta e la questione è ben più complessa di quanto possa apparire a un primo sguardo, quel che è certo è che, al momento, le forme e le traiettorie del percorso e quindi l'eventuale depatologizzazione dipendono dalla valutazione e dal giudizio esclusivo del magistrato. Come abbiamo detto, i protocolli medici che regolano l'accesso ai centri, laddove presenti, per la transizione di genere sono modulati sulle esigenze di linee guida nazionali, oltre che sui manuali diagnostici delle principali organizzazioni sanitarie internazionali (nel caso in analisi, OMS e WPATH). Sarà importante mantenere uno sguardo attento sulla riformulazione dei percorsi successivi alla ricezione dell'ICD 11, allorquando si dovrà procedere alla riconsiderazione delle modalità della presa in carico. È difficile in questo momento pensare anche solo ad un ridimensionamento della centralità della valutazione psico-attitudinale che tanta parte ha avuto e continua ad avere nella strutturazione del percorso di transizione. La questione del diritto alla salute per le persone transessuali non si esaurisce nella gratuità di alcune cure, ma implica uno sguardo complesso sul concetto di salute, inteso nella sua più ampia accezione di benessere della persona⁵⁴. Nelle interlocuzioni con i soggetti direttamente coinvolti nelle azioni di presa in carico, infatti, non di rado si evince l'incapacità dei sanitari a interagire in maniera adeguata con le persone trans, utilizzando pronomi giusti, in linea con il genere elettivo, oltre a varie espressioni di violenza simbolica insita nelle forme strutturali della presa in carico, ad esempio nell'uso di cartelle cliniche che danno per scontato il genere dell'utenza. Dalle testimonianze emerge come l'utilizzo di formule linguistiche giuste non sia solo una questione di riconoscimento sul piano del politicamente corretto, ma consenta di porre le basi per una più efficace interazione con gli operatori sanitari e una consapevole e libera adesione del soggetto al percorso terapeutico proposto. In questo senso sarà inoltre importante che i nuovi protocolli garantiscano un pieno accesso (attualmente già molto problematico e carente) ai reparti di andrologia (per le persone MtF) e ginecologia (per le persone FtM) anche nelle fasi successive alla rettifica anagrafica. Il timore è che possano essere seriamente ridimensionati, se non addirittura negati, quei servizi di cura già precari, ad accesso geografico variabile in ragione dell'autonomia regionale (d. lgs. 30 dicembre 1992, n.502).

A conclusione di questo breve excursus nelle sentenze possiamo dire che se fino ad una certa data l'intervento manipolatorio era obbligatorio per coloro che facevano richiesta della rettifica anagrafica, a seguito delle sentenze del 2015 la persona trans ha diritto di scegliere se, come e quando intervenire chirurgicamente sul proprio corpo. Il fatto certo è che dalla approvazione della legge a oggi tanti/e si sono sottoposti (per scelta volontaria, o a causa delle disposizioni di legge) alla chirurgia

⁵³ Ivi, p. 12.

⁵⁴ Pizza 2005; Quaranta 2005.

genitale spinti dal “bisogno” (o dal desiderio) di disfarsi del proprio sesso per ricostruirsi uno nuovo, ritenuto più adeguato alla propria identità di genere. Il desiderio di riconoscimento passa primariamente dal nome proprio: “mi sono operato perché non ce la facevo più a sentirmi chiamare Laura”. Tanti altri, invece, soprattutto negli ultimi anni non perseguono più l’obiettivo del riallineamento proprio in ragione della possibilità di “vedersi”, come si evince dalle sentenze esaminate: una consapevolezza che valorizza proprio l’esperienza della transizione, un’esperienza contaminata dal vissuto personale, in molti casi maturata proprio “nell’essere in transito”, inteso appunto come un modo di essere, di vivere *del corpo e nel corpo*. Bisogna approfondire, sul piano delle prassi sociali la questione del dove si collocano le “vite” di coloro che hanno sperimentato e sperimentano percorsi alternativi che possono prevedere la simultanea incorporazione di entrambi i generi “canonici”, l’identificazione con esperienze “locali” di genere, l’esclusivo ricorso alle cure estetiche e numerosissime altre esperienze etero-dissidenti. Tali corpi, che vivono una vita in qualche modo (stra)ordinaria, un’esperienza umana significativa, sono lì nella loro fisicità a dirci che è possibile vivere diversamente, che si deve rendere possibile, simbolicamente e materialmente, la vita di chi disattende tutte le aspettative di genere eteronormate. Da questo punto di vista la necessità di garantire anche i diritti riproduttivi delle persone trans, che in alcuni paesi è già stata affermata sul piano legislativo come nell’offerta terapeutica⁵⁵, resta una questione sulla quale sarà importante ascoltare le istanze e i bisogni delle persone in transizione, della comunità trans e della galassia delle realtà non-binarie.

Bibliografia

- Arfini E.A.G., *Scrivere il sesso. Retoriche e narrative della transessualità*, Roma, Meltemi, 2007.
- Arieti L., Ballarin C., Cuccio G., Marcasciano P. (2010), *Elementi di critica trans*, Roma, Manifestolibri.
- Blackwood E. (1999), *Female Desires: Same sex relationship and Transgender Practices among Cultures*, New York, Columbia University Press.
- Billingsley A. (2015), *Technologies and Narratives of Continuity in Transgender Experiences*, *Feminist Philosophy Quarterly*, 1, 1.
- Bonanno P., Astuni P. (1981), *Donna come donna (storie di amori e lotte dei transessuali italiani)*, Milano, Lanfranchi.
- Busi B. Fiorilli O., 2014, “Introduzione. Per una prospettiva (trans)femminista sulla salute ai tempi del neoliberismo”, *DWF*, 3-4, pp. 5-14.

⁵⁵ Interessante il caso svedese trattato in un recente saggio. Cfr. Payne, Erbenius, 2018.

- Butler J., *Scambi di genere*, Milano, Sansoni, 2004.
- Butler J., *Fare e disfare il genere*, Milano, Mimesis, 2014.
- Cecconi R. (1976), *Io, la "Romanina" perché sono diventato donna*, Roma, Vallecchi.
- Crocetti D. (2013) *Queering the genitals: an operation useful for all About Gender*, 1, 3, pp. 114-144.
- Eyre S., Guzman R., Donovan A., Boissiere C. (2004), "Hormones is not a magic wonds". *Ethnography of a transgender scene in Oakland, California*, *Ethnography*, 5(2), 2004: 147-172
- Fiorilli O., S. Voli, 2016, "De-patologizzazione trans, tra riconoscimento e redistribuzione", in Zappino F. (a cura di), *Il genere tra neoliberalismo e neofondamentalismo*, Verona, Ombrecorte, pp. 97-109.
- Foucault M., *La volontà di Sapere. Storia della sessualità 1*, Milano, Feltrinelli 2001.
- Garfinkel (2000), Agnese, Roma, Armando
- Gribaldo A., "The paradoxical victim. Intimate violence narrative on trial in Italy", *American Etnologist*, 41, 4, 2014, pp. 743-756.
- Grilli S. (a cura di), *Per-Formare corpi. Esperienze e rappresentazioni*, Milano, Unicopli, 2013.
- Hausman B.L. (1995), *Changing Sex. Transsexualism, Technology and the Idea of Gender*, Durham, Duke University Press
- Hérault L. (2004), "Constituer des hommes et des femmes: la procédure de transsexualisation", *Terrain*, 42, pp. 95-108.
- Hérault L. (2014), *dir, La parenté transgenre*, Aix-Marseille, Presses universitaires de Provence.
- Hérault L. (2015), "Transparentalités contemporaines", *Mouvements*, 82, 2, pp. 106-115.
- Jorgensen C. 1967, *Christine Jorgensen: a personal autobiography*, New York, Bentam Books.
- Marcasciano P. (2002), *Tra le rose e le viole. La storia e le storie di transessuali e travestiti*, Roma, Manifestolibri.
- Marcasciano P. (2007), *Antologaia. Sesso, genere e cultura negli anni '70*, Milano, Il dito e la luna.
- Marcasciano P. (2008), *Le tracce del transito. Tratti e ritratti di un percorso*, in Ruspini E., Inghilleri M. (a cura di), *Transessualità e scienze sociali*, Napoli, Liguori, 2008.
- Marcasciano P. (2018), *L'aurora delle trans cattive. Storie, sguardi e vissuti della mia generazione transgender*, Roma, Edizioni Alegre.
- Meyerowitz J. (2022), *How Sex Changed: a History of Transsexuality in the United States*, Cambridge (MA), Harvard University Press.
- Monro S. (2000) "Theorising Transgender Diveristy: Towards a Social Model of Health", *Sexual and Relational Therapy*, 15, 1, pp. 33-45.

- Monro S, Warren L. (2004), "Transgendering Citizenship", *Sexualities*, 7, 3, pp. 345-362.
- M. O' Brien (2013) *Tracing this body: Transsexuality, Pharmaceutics & Capitalism*, in Stryker S., Aizura A., a cura di, *The Transgender Studies Reader 2*, New York, Routledge.
- Nguyen V-K (2007), Attivismo, farmaci antiretrovirali e riplasmazione del sé come forme di cittadinanza, *Antropologia Annuario*, pp. 71-92.
- Payne J.G., Erbenius T., (2018) Conceptions of transgender parenthood in fertility care and family planning in Sweden: from reproductive rights to concrete practices, *Anthropology & Medicine*, 25:3, 329-343.
- Petryna A. (2002) *Life exposed: biological citizen after Chernobyl*, Princeton University Press.
- Pieraccini G., *Corpi egemonici. Riflessioni sulle biopolitiche della (trans)sessualità in Italia*, in Grilli S. (a cura di), *Per-formare corpi. Esperienze e rappresentazioni*, Milano, Unicopli, pp. 27-65.
- Pizza G. (2005), *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Roma, Carocci
- Plemons E. (2015), "Anatomical Authorities: On the epistemological exclusion of trans-surgical patients", *Medical Anthropology*, 34, 5, pp. 425-441.
- Plemons E. (2017), "Formation of Femininity: Science and Aesthetics in Facial Feminization Surgery", *Medical Anthropology*, 36, 7, pp. 629-641.
- Plemons E., Straayer C. (2018), "Reframing the surgical", *TSQ: Transgender Studies Quarterly*, 5(2): 164-173.
- Preciado P.B. (2015), *Testo Tossico. Sesso, droghe e biopolitiche nell'era farmacopornografica*, Roma, Fandango
- Quaranta I. (2005), *Antropologia Medica. I testi fondamentali*, Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Richardson D. (1998), "Sexuality and Citizenship", *Sociology*, 32, 1, pp. 83-100.
- Richardson D. (2000), 'Claiming Citizenship? Sexuality, Citizenship and Lesbian/Feminist Theory', *Sexualities* 3, 2, pp. 255-272.
- Richardson D. (2017), "Rethinking Sexual citizenship", *Sociology*, 51, 2, pp. 208-224
- Resta P., (2018), *Diritti negoziati. Trasformazioni sociali e pratiche giuridiche*. *EtnoAntropologia*, 5, 2, pp. 9 – 22.
- Romano G. (2013), a cura di, *La Tarantina e la sua dolce vita. Racconto autobiografico di un femminiello napoletano*, Verona, Ombrecorte.
- Rose N., (2008), *La politica della vita. Biomedicina, potere e soggettività nel XXI secolo*, Torino, Einaudi.
- Schirripa P. (2015), *La vita sociale dei farmaci. Produzione, circolazione, consumo degli oggetti materiali della cura*, Lecce, Argo.

- Schuster A. (2007), La rettificazione di sesso: criticità presenti, *Forum di Quaderni Costituzionali*, 7/2017, <http://www.forumcostituzionale.it/wordpress/wp-content/uploads/2017/05/schuster.pdf>.
- Stryker S. (2008), *Transgender History*, New York, Basic Books.
- Stryker S., Whittle S. (2006), *The Transgender Studies Reader*, New York, Routledge.
- Stryker S., Aizura A. (2013), *The Transgender Studies Reader 2*, New York, Routledge.
- Valentine D. (2007), *Imagining Transgender. An ethnography of a category*, Durham, Duke University Press.
- Vesce M.C. (2016), "Fa'afafine. Genere, corpo, persona in Samoa", *L'Uomo. Società, tradizione, sviluppo*, 2/2016, pp. 105-122.
- Vesce M.C. (2017), *Altri Transiti. Corpi, pratiche, rappresentazioni di femminelle e transessuali*, Milano, Mimesis.
- Vesce M. C., Grilli S. (2019), *Etnografia della presa in carico di richiedenti e rifugiate trans a Bologna. Note preliminari*, in Ferrari D., Mugnaini F. (a cura di), *Europa come rifugio?*, Siena, Detti Editrice. (in corso di stampa).
- Voli S., 2018b, "Il parlamento può fare tutto, tranne che trasformare una donna in un uomo e un uomo in una donna" (Trans)sessualità, genere e politica nel dibattito parlamentare sulla legge 164/1982, *"Italia Contemporanea"*, 287/2918, pp. 75-103.
- Voli S., (2017), *Le parole per dire e per dirsi. Intervista a Porpora Marcasciano intorno ad una storia trans da costruire*, in Grassi U., Lagioia V., Romagnani G. (a cura di), *Tribiadi, sodomiti, invertite e invertiti, pederasti, femminelle, ermafroditi... per una storia dell'omosessualità, della bisessualità e delle trasgressioni di genere in Italia*, Pisa, ETS, pp.17-41.
- Voli, S. (2018a) "(Trans)gender citizenship in Italy: A contradiction in terms? From the parliamentary debate about Law 164/1982 to the present". *Modern Italy*, 23(2), 201-214.

Mizuko kuyō, o il transito della presenza

Nicola Martellozzo

Mizuko kuyō, or the transit of the presence

Abstract

Since the 80s, the *Mizuko kuyō* has become one of the most widespread rituals in Japan. Performed by women who, after abortion, seek to relate their-self with the vengeful spirit of the fetus, this ritual is a very recent phenomenon, nevertheless historically rooted and integrated into Japanese Buddhism. The concept of *presence*, developed by Ernesto de Martino, and the paradigm of embodiment allow us to reflect on *Mizuko kuyō* as a critical moment for motherhood and the cultural construction of the person. The first part of the article describes an overview of Japanese ritual, highlighting the relations between biopolitics and gender dynamics, along with the principal historical and religious coordinates of the Japanese society. The second part analyzes the structural and transformative link between abortion, embodied suffering, and the ritual, in which the presence of *Mizuko* is re-oriented. The marginal and violent *presence* of the fetus is addressed to a physical and symbolic simulacrum, where the mother can find a new place to rebuild the relation previously destroyed by the abortion.

Keywords: *Mizuko kuyō*, abortion, crisis of presence, embodied suffering, gender agency

1. Introduzione

Nascita e morte, nella loro drammaticità, sono da sempre eventi particolarmente investiti dalla creatività culturale. Lungi dall'avere una definizione univoca, o perfino dei limiti condivisi, l'inizio e la fine della vita si presentano come campi dell'esistenza instabili, imprevedibili, scandalosi¹; proprio questo giustifica lo sforzo degli uomini che nei secoli hanno provato a controllarli, orientarli, significarli in *forme di senso* meno destabilizzanti. Negli anni '50-60 l'antropologo Ernesto de Martino ha indagato a fondo questi momenti, che insieme alla malattia ha definito come momenti di *crisi della presenza*². Avvenimenti che rompono la quotidianità, infrangendone ogni senso e lasciando l'uomo pericolosamente in balia della Storia, privo di strumenti culturali.

In quegli stessi anni, in Giappone si assiste all'espansione di una pratica inedita, in cui alcune donne si recavano presso santuari buddhisti per officiare dei riti in memoria del proprio figlio abortito; rituale necessario anche per far cessare la persecuzione dello "spirito" del feto, rancoroso verso la madre e i familiari che gli hanno negato la nascita. Il *mizuko kuyō* si attesta come una *performance* pubblica fortemente subordinata alle dinamiche di genere e ai meccanismi bio-politici del

¹ Kaufman & Morgan 2005.

² De Martino 1975.

Giappone, ma anche come un momento critico e riflessivo verso un evento che congiunge nascita e morte.

Questo fenomeno rituale non è una pratica solamente buddhista. Con “*kuyō*” s’intende ogni tipo di offerta in memoria di qualcuno o qualcosa. “*Mizuko*” significa invece “bambino d’acqua”, riferendosi alla forma spirituale – ma forse sarebbe meglio dire “sottile” – che assumono i feti dei bambini morti da neonati o abortiti. Il rituale contemporaneo, pienamente integrato nel buddhismo, è costituito da preghiere (eseguite dai sacerdoti) e offerte di vario genere (fatte dalla madre) per il *mizuko* vagabondo, onde evitare che si accanisca contro la sua famiglia.

Considerando lo spazio a disposizione e l’assenza di una vera e propria ricerca di campo, all’approccio narrativo basato su interviste e biografie è stata preferita una prospettiva storico-teorica. L’ampio accesso a fonti audiovisive, testimonianze e articoli è stato favorito dalla simbiosi tra istituzioni religiose e spazio virtuale, come le decine di siti web in cui i templi offrono agli utenti le proprie pratiche rituali³. Fondamentale è stato il lavoro di Marianna Zanetta⁴, il più recente e aggiornato contributo sul *mizuko kuyō* nel contesto culturale giapponese. Nella prima parte dell’articolo sono fornite alcune coordinate storiche indispensabili per contestualizzare questa pratica religiosa. Per marcare le nuove sensibilità e concezioni sull’aborto, è stato inserito un breve *excursus* sulle pratiche contraccettive nell’epoca Tokugawa (1603-1868) e Meiji (1868-1912). Tale riferimento tornerà utile passando alle relazioni tra *mizuko kuyō* e buddhismo. La seconda parte si concentra su una prospettiva più “interna”. La pratica rituale è posta in maniera dialettica alla pratica medica dell’aborto, evidenziando gli attori in gioco e soprattutto lo spazio di articolazione che si apre tra i due momenti. È proprio qui, in questa fase liminale e di transizione, che la nozione demartiniana di *crisi della presenza* può trovare corpo: proprio laddove il corpo (del feto) viene a mancare, ma ne permane la traccia.

2. L’eredità culturale di spiriti senza storia

Quando si parla di aborto o infanticidio c’è spesso la tendenza a riconoscerli una pratica d’emergenza, legata a stupri, guerre e carestie, cioè quando esiste una giustificazione morale “sufficiente”. Invece sono moltissime le circostanze storiche e culturali in cui l’aborto non è una misura disperata, bensì una pratica consapevole e finalizzata. Il Giappone è uno di questi casi. Aborto e infanticidio rientrano nelle strategie per il controllo demografico fin dall’era Tokugawa come pratiche popolari diffuse⁵. In quell’epoca, lo status ontologico del neonato era piuttosto ambiguo, al punto che fino ai sette anni si riteneva «appartenesse ai *kami*», cioè al mondo degli

³ Yamada & Shupe 2013.

⁴ Zanetta 2018.

⁵ Harrison 1999; Picone 1998, pp. 37-42; LaFleur 1992, p. 94.

spiriti e delle divinità. L'aborto poteva perciò venire concepito come un «ritorno (ai *kami*)»⁶, di cui si occupavano delle figure esperte prevalentemente femminili. Quelle stesse donne assistevano la madre durante la gravidanza, una delle caratteristiche che rendeva la maternità un momento fortemente sociale⁷.

La preservazione delle linee di sangue (nelle classi aristocratiche) o dello standard di vita (nelle classi popolari) sono motivi che hanno giustificato a lungo l'aborto fino all'era Meiji. La riflessione culturale non si è per questo arrestata, e nel corso del tempo sono cambiate sia la concezione del feto, sia il suo immaginario post-mortem, se così si può dire. Prima di proseguire è imprescindibile considerare la nozione di "persona", sostanzialmente diversa rispetto a quella occidentale. In Giappone la nascita biologica non implica automaticamente la piena appartenenza all'umanità, bensì una tappa di un processo continuo che comincia prima del concepimento e prosegue dopo la morte. LaFleur lo definisce una "densificazione" progressiva⁸, in cui l'esperienza e gli eventi danno consistenza alla persona. In altre parole, l'uomo è concepito come un'entità storicamente disomogenea, che solo un processo culturale continuo può rendere "concreto" al punto giusto. Non si tratta di una visione unicamente giapponese, anzi: sono molti i contesti culturali in cui il feto ha una connotazione ambigua e dove esiste una processualità sociale del "diventare persona"⁹. Cina e Taiwan sono sicuramente due macro-contesti che condividono parzialmente l'idea di densificazione del feto. Dopo la morte, al contrario, la persona diventa sempre più "rarefatta". Le sue relazioni sociali scompaiono, il suo corpo si disgrega, i suoi ricordi pian piano svaniscono fino a entrare nella schiera degli antenati.

Questa condizione evanescente e collettiva ha il suo corrispettivo speculare nei feti. I *mizuko*, bambini d'acqua, sono esseri fluidi ed evanescenti; durante il periodo Tokugawa li si immaginava come una schiera anonima¹⁰, ma già nell'era Meiji e agli inizi dell'era Shōwa (1926-1989) lo sfondo cambia. I feti sono immersi in una condizione esistenziale di solitudine e tristezza, da cui non possono uscire se non rinascendo. Come vedremo, il buddhismo intercetterà proprio questo immaginario, proponendo una figura di guida e salvezza. Nel frattempo, gli eventi storici portano nuovamente il *mizuko* a cambiare condizione, questa volta più inquietante e pericolosa.

Nel secondo dopoguerra il Giappone si ricostituì come un nuovo stato, e la politica demografica fu uno dei campi dove la cesura fu più forte. Durante il primo ventennio dell'era Shōwa, la retorica della famiglia come valore fondatore della patria si accompagnò al paternalismo dello Stato, nella figura dell'Imperatore. Una

⁶ Harrison 1999, p. 779.

⁷ Hardacre 2006.

⁸ LaFleur 1992, p. 33.

⁹ James 2000.

¹⁰ Rufino 2010, p. 57.

crescente militarizzazione caratterizzò l'etnocentrismo nipponico, manifestatosi durante la Seconda guerra mondiale come vero e proprio «furore antropo-poietico»¹¹. Come in Italia e Germania, la maternità fu idealizzata, proposta e imposta come valore fondante della donna. Il controllo statale della riproduzione fu solo uno dei meccanismi bio-politici attraverso cui il genere venne naturalizzato, in un'ottica di espansione territoriale e razziale. L'aborto fu di conseguenza vietato per legge, e perseguito penalmente come un crimine verso lo Stato e l'Imperatore.

Tutto questo cambiò radicalmente dopo la guerra. Il bilancio demografico presentava una popolazione stremata dall'espansione coloniale e dalle perdite militari e civili. Subentrò allora una nuova strategia: la preservazione dell'etnia. L'*Eugenetics Protection Law* del 1948 segue questa logica, permettendo alle donne di abortire in caso di gravi malattie genetiche o malformazioni del feto, e successivamente qualora la gravidanza minacciasse fisicamente o economicamente la madre¹². In realtà, anche questo servizio sanitario continuava a reiterare la naturalizzazione della maternità, facendo dell'aborto una questione prettamente femminile. Questo non significa che l'aborto fosse una pratica riservata alle donne, come accadeva in passato¹³, ma che esisteva (ed esiste) una precisa concezione culturale della femminilità che viene reificata nel corpo delle donne attraverso certe pratiche terapeutiche. Le dinamiche di genere in Giappone sono a questo punto delle coordinate fondamentali, tanto che una studiosa come Helen Hardacre ne fa la chiave interpretativa per il *mizuko kuyō*¹⁴.

Prima di parlarne, occorre dire che nella società giapponese le posizioni sull'aborto sono tutt'altro che concordi¹⁵. In particolare, tra gli anni '60 e '70 sono nati una serie di movimenti religiosi che, ovviamente, propongono una visione ben precisa della società e dei suoi mali. La lotta contro l'aborto è al centro dell'organizzazione *Shiunzō*¹⁶. Nonostante raggiunga il successo negli anni '60, la sua origine è degli anni '30, e il suo programma sociale risente molto di quelle influenze. Il suo fondatore, Hashimoto Tetsuma, ha una parte importante nelle origini del *mizuko kuyō* nella ricostruzione proposta da Elizabeth Harrison. Infatti, nel 1971 Hashimoto apre lo *Shiunzan Jizōji*, uno dei più grandi templi non-buddhisti dedicato al rito dei *mizuko*.

La connessione tra *mizuko* e aborto non è immediata, bensì il frutto di un lungo processo che ha coinvolto ospedali, templi buddhisti, testate giornalistiche e il carisma di Hashimoto. Nel 1967 il giornale *Shūkan Sankei* pubblica un articolo su una compagnia di smaltimento dei rifiuti sanitari, legata al reparto di ostetricia di un ospedale di Tokyo. La materia organica del feto era incenerita insieme con altro

¹¹ Remotti 2013.

¹² Burch 1955.

¹³ Hardacre 2006.

¹⁴ Hardacre 1997.

¹⁵ Wilson 2009; Green 1999; LaFleur 1990.

¹⁶ Kisala 2006.

materiale inorganico, ma alcuni lavoratori cominciano a chiedere ai sacerdoti buddhisti di seppellire le ceneri nel terreno sacro del tempio. La stampa nazionale da risonanza alla notizia, con una lunga serie di articoli su giornali e riviste, specie quelle femminili. Non solo: i reportage cominciano a occuparsi di pratiche ed esperienze d'aborto, dando un'ampia eco ai toni più compassionevoli e toccanti¹⁷. Se agli inizi i termini utilizzati per riferirsi ai resti organici sono vari e generici, come "feto", "bambino", "buddha", nel tempo s'impose la definizione di *mizuko*. L'azione sociale di Hashimoto e la grande risonanza mediatica fecero sì che dal 1975 il termine diventasse di uso comune per riferirsi nello specifico ai feti abortiti.

Siamo nel pieno di quello che LaFleur definisce, sulla scorta di Lévi-Strauss, un *bricolage morale*¹⁸, che utilizza gli eterogenei strumenti della tradizione per produrre un risultato inedito. Qui possiamo solo limitarci a indicare l'intenso fenomeno creativo che ha avuto come esito il *mizuko kuyō*. Ancora negli anni '70, l'idea di *mizuko* era vicina alla fisicità del feto, e i servizi rituali proposti si occupavano della manipolazione e del trattamento funerario del corpo. È solo negli anni '80 che il concetto di *mizuko* comincia a declinarsi nel senso contemporaneo, come un'entità sottile ed evanescente, inquietante e vendicativa. Le dinamiche di genere, insieme a quelle economiche, spostano di nuovo la sensibilità dell'arena pubblica. Giornali e riviste non sono più interessate all'atto pietoso del seppellimento, alla gestione della corporeità del feto, bensì alla condizione post-aborto della donna.

Le storie sono diverse, ma condividono numerosi elementi in comune. L'aborto è vissuto come un «male necessario», un atto giustificato dalle circostanze ma moralmente riprovevole¹⁹. Le donne, uniche protagoniste dello spazio narrativo, provano un misto di sensazioni spiacevoli: dispiacere, ansia, depressione, colpa, *bad feelings*²⁰. Le organizzazioni come *Shiunsō* condannano l'aborto come una corruzione dei costumi, un sintomo malato della modernità²¹. In questa visione, l'emancipazione femminile (in particolare il lavoro) è incompatibile con la *paideia* materna; i figli, abbandonati a se stessi, diventano criminali. Simmetricamente anche i bambini mai nati, i *mizuko*, cominciano ad assumere dei tratti negativi, sempre in virtù di questa maternità mutilata.

Le narrazioni assumono le tinte fosche della paura, un campo semantico dove troviamo termini come *urami* (rimorso), *sawari* (vendetta), *osore* (paura) e soprattutto *tatari*, per indicare l'attaccamento rancoroso del feto²². Le donne diventano a loro volta vittime come contro-reazione dell'aborto, ma coinvolgendo tutta una serie di attori che finora erano rimasti in ombra. Primo fra tutti il compagno maschile, che

¹⁷ Harrison 1998.

¹⁸ LaFleur 1992, p. 12.

¹⁹ Green, 1999; Csordas 1996, p. 237.

²⁰ Brooks 1981, p. 133.

²¹ Komatsu 2003, p. 260.

²² Smith 2013, pp. 109-111; Rufino 2010, p. 62; Komatsu 2003, p. 261.

Harrison (1999: 793) indica come il grande assente in tutto questo fenomeno. Malattie, litigi, incidenti e tradimenti diventano *segni* dell'azione vendicativa sui due coniugi, estendendosi spesso a parenti e amici.

Il *mizuko kuyō* ha ormai tutti i caratteri del fenomeno contemporaneo, presentandosi come un rituale religioso per placare il feto e rispondere alle sensazioni spiacevoli della donna. È un vero e proprio servizio - non importa se offerto da buddhisti o organizzazioni apposite - e come tale è inserito in un'ottica di mercato. *Brochure*, pacchetti omaggio, statuine in plastica, sono solo alcuni degli elementi commerciali di questa pratica. Hardacre è probabilmente la più critica nei confronti di questi tratti economici, che per lei e Rosaria Rufino²³ sono uno sfruttamento indotto del trauma dell'aborto, lungo dinamiche di genere oppressive che reiterano costantemente il dolore e il senso di colpa.

Non si può negare che gli aspetti commerciali siano ormai imprescindibili. Curiosamente, il dibattito contemporaneo sull'aborto si è spostato dalla questione morale in sé per concentrarsi sulla moralità del rituale, sugli introiti dei templi, ecc.²⁴. Tuttavia, Harrison ci mette in guardia da una visione troppo subordinata della donna, che al contrario in questa pratica riesce a trovare spazio per sé e la sua agentività. Come vedremo più avanti, la forte personalizzazione del *mizuko kuyō* lascia dei margini entro cui controllare e orientare la propria esperienza, che può essere letta come un rituale per ri-produrre la propria maternità²⁵. In quest'ottica l'aborto non rompe del tutto il legame con il feto, ma ne mantiene intatto un canale, per quanto problematico e pericoloso. Il *mizuko kuyō* diventa una pratica per avvicinare il feto in maniera controllata, instaurando un nuovo rapporto materno. Il trauma è superato o alleggerito per mezzo di una relazione sostitutiva che vale come pratica di cura (*healing practice*).

Prima di passare alla parte centrale, qualche parola sul buddhismo va spesa. La sua introduzione ha colmato, secondo Fosco Maraini²⁶, una lacuna fondamentale in Giappone: l'inquietudine verso la morte. In ogni caso, è indubbio che i rituali funebri sono una specialità del clero buddhista; il caso del *senzo kuyō*, rito memoriale per gli antenati, ne è un esempio.

La devozione popolare ha trovato nel buddhismo giapponese una figura di riferimento: Jizō. Specie dall'epoca Meiji, questo *bodhisattva* si trova ad avere la funzione di psicopompo e guardiano dei bambini morti. I *bodhisattva* sono figure mitiche del buddhismo caratterizzate dalla compassione e dalla pietà verso il mondo. Hanno scelto di non entrare nel *nirvāṇa* per aiutare tutti gli uomini a liberarsi dalla sofferenza della rinascita. Spesso hanno funzioni soteriologiche, e sono al centro di culti devozionali di gruppi sociali specifici. La trasformazione del canone statuario di

²³ Rufino 2010, p. 63; Hardacre 1997.

²⁴ Wilson 2009; Green 1999.

²⁵ Picone 1998, pp. 48-50; Harrison 1996; 1998

²⁶ Maraini 1966, p. 620.

Jizō è sintomatica di come pian piano la funzione di protettore dei feti diventi predominante, fino alle forme commercializzate odierne. Rufino²⁷ e Dykstra²⁸ ricostruiscono le varie tappe di questo percorso. Durante l'epoca Heian (794-1185) il bodhisattva era raffigurato come un sacerdote con un bastone e un gioiello in mano. Fin dall'epoca Tokugawa, le madri affidavano a Jizō la sorte dei *mizuko*, perché li proteggesse. La sua connessione con i giovani e i bambini lo rende un guardiano, un protettore di coloro che sono morti prima di ascoltare la dottrina buddhista. Successivamente, l'epoca Meiji porta alla sua fusione con il *kami* delle strade e dei crocicchi, Dōsojin. Le sue caratteristiche di divinità della fortuna e della fertilità sono assorbite da Jizō, che adesso viene simbolicamente qualificato come psicopompo. Le raffigurazioni statuarie, sorte lungo i sentieri o agli incroci, sono indice di come inizialmente questa sintesi rafforzi le capacità del bodhisattva di guidare e sorvegliare i feti, lenendo la solitudine della loro condizione.

Le cose cambiano nel periodo militare, quando gli aspetti della fertilità diventano strumentali alla condanna dell'aborto. Jizō diventa il protettore della maternità e dei bambini in attesa di nascere²⁹, indice di un discorso religioso che condanna l'aborto. La statuaria odierna mostra un nuovo cambiamento: il bodhisattva ha il volto di un bambino. Il salvatore e il salvato si sono identificati, il protettore buddhista ricopre simbolicamente e visivamente il feto³⁰. La schiera dei *mizuko* esce in questo modo dall'anonimato, assumendo un'identità riconoscibile che permette di superare l'evanescenza dei feti, relazionandosi tramite preghiere e rituali buddhisti. Di fatto, Jizō è un'interfaccia che permette il rito di memoria³¹, un operatore simbolico necessario alla rete di relazioni del *mizuko kuyō*.

3. Plasmare il disordine

Definito - seppur a grandi linee - il quadro d'insieme, affronteremo ora il *mizuko kuyō* con un *focus* più interno. Il carattere liminale del rito è forse il tratto più evidente. Il saggio di Hertz sulla rappresentazione collettiva della morte fornisce delle coordinate indispensabili per il nostro argomento³². Hertz sottolinea in particolare come la morte del corpo fisico non si traduca automaticamente nella scomparsa della persona³³. Una parte sottile, spirito o fantasma, permane nel piano dei viventi, visitandoli e a volte tormentandoli. Occorrono precise pratiche rituali per garantire il suo passaggio

²⁷ Rufino 2010, pp. 59-63.

²⁸ Dykstra 1978, pp. 180-86.

²⁹ Rufino 2010, p. 59.

³⁰ LaFleur 1992, p. 6.

³¹ Per un esempio di preghiera rituale: Smith 2013, pp. 283-286.

³² Hertz 1960, pp. 27-86.

³³ Ivi, pp. 34-35.

nell'aldilà, occorre una seconda morte culturale. Bisogna essere «procuratori di morte nel seno stesso del biologico morire»³⁴. Si tratta di una fase delicata, critica e perfino violenta, che Agamben chiama «zona di non-distinzione»³⁵. È in questa faglia tra politiche della vita e della morte che il defunto si manifesta nel modo più violento e terrifico. Egli è marginale all'ordine sociale, in uno stato permanente di *communitas*³⁶. Si potrebbero portare decine di esempi - lo stesso Hertz ne fornisce diversi - ma basta sottolineare come l'azione violenta e incontrollata del defunto sia presente in diversi contesti³⁷. Quello giapponese, anche per la stretta connessione tra morte, vita e maternità, ha elaborato un dispositivo rituale interessante sotto molti aspetti.

La donna³⁸ è, insieme al feto, il fulcro di dinamiche processuali che legano strutturalmente il *mizuko kuyō* alla pratica abortiva. Con uno sguardo retrospettivo, possiamo articolare il vissuto della donna in tre fasi distinte: l'esperienza dell'aborto, l'esperienza di disagio e *tatari*, ed infine l'esperienza del *mizuko kuyō*. Ognuna di esse coinvolge una diversa rete di attori, che esplica modalità e relazioni differenti.

La prima di queste reti è quella tra la donna, il feto e i medici. L'aborto consiste in una trasformazione della corporeità della donna, del feto e della loro relazione, da parte di operatori sanitari che intervengono attivamente su dei soggetti passivi. L'intervento terapeutico consiste nell'interruzione della gravidanza o, su un piano più ampio, un blocco della maternità. Il feto perde ovviamente il suo corpo che, come abbiamo visto, in questo contesto corrisponde ad un'interruzione della densificazione personale. Sia questa sia la maternità sono *processi*, mentre l'unione tra madre e figlio è una *modalità* relazionale. Con l'intervento medico questa relazione viene rotta, separando le due corporeità. Non è l'aborto in sé che produce questi effetti, ma sono i processi culturali sottotraccia che finiscono con l'abbinare la pratica al trauma. Detto in altre parole, l'esperienza dell'aborto è immaginata, vissuta e controllata in modo che questi traumi siano incorporati dalla donna³⁹, secondo quelle dinamiche storiche e sociali che ho illustrato nella parte precedente. Per riassumere (*figura 1*), l'aborto si configura come un intervento su due corporeità vincolate, soggetti passivi di operatori sanitari attivi. Il risultato sono tre distinte interruzioni, tre *traumi* secondo l'etimo greco di “ferita”, non in senso peggiorativo.

³⁴ De Martino 1975, p. 19.

³⁵ Agamben 1998.

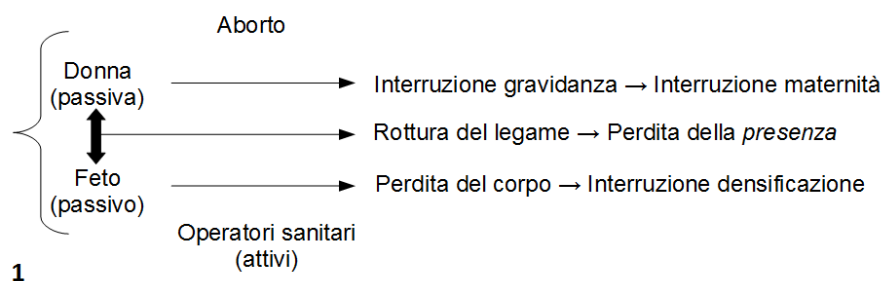
³⁶ Vd. Turner 1974.

³⁷ Klass 2015; Dean 2004.

³⁸ In questa parte impiego il termine “donna” per riferirmi genericamente a tutte coloro che accedono al servizio medico dell'aborto e alla pratica rituale del *kuyō*. Si tratta di una scelta consapevole delle implicazioni culturali e di genere, coerente con il contesto giapponese ma che, ovviamente, non significa un'adesione a tale prospettiva. Nel corso dell'articolo, la questione delle dinamiche di genere è stata sollevata più volte.

³⁹ Cfr. Picone 1998.

Propongo di interpretare tutto ciò come una perdita della *presenza*, a partire dalla nozione demartiniana.



La *presenza* è un tema costante delle riflessioni intorno al lutto e al pianto rituale di de Martino, intesa come la volontà di agire storicamente nel mondo. Entra in crisi al momento della morte o della malattia, ma non è solo l'essere-presente del corpo che dà problema: anche la sua *scomparsa* lo fa. Il cadavere è la testimonianza di una presenza passata, traccia di una volontà altrui che ormai rimane solo come epifenomeno passivo. La morte è probabilmente l'evento più drammatico, dove il problema maggiore è che «invece di far passare ciò che passa, noi rischiamo di passare con ciò che passa»⁴⁰, ossia di uscire dal tempo storico e dalle forme culturali che ci determinano come uomini. Il cadavere allora esemplifica per eccellenza ciò che passa senza e *contro* di noi, e il cordoglio può assumere espressioni violente. Occorre tuttavia ri-articolare questo discorso per il contesto giapponese, in cui la densificazione (o l'assottigliamento) della persona è una costruzione sociale della corporeità che esclude cesure nette. La maternità è un momento critico di questo processo, in cui la madre contribuisce a formare l'individuo prima dentro e poi fuori di sé, un esempio perfetto e quasi letterale di esperienza incorporata⁴¹. La scomparsa del corpo non implica necessariamente la scomparsa totale della presenza, anzi. In un contesto dove le dinamiche di genere e i meccanismi bio-politici tendono a negare quella perdita⁴², il *mizuko* si muove in una dimensione sottile e sfuggente. Subentra una nuova modalità di percezione del reale, in cui la stessa presenza del feto è ri-significata in un nuovo modo di essere-persona.

Lo stato di disagio che segue all'aborto è focalizzato lungo l'asse del trauma relazionale; le interruzioni processuali definiscono solamente l'impossibilità di un rapporto "corretto", un'incompatibilità tra una non-madre viva e un figlio non-vivo. Questa simmetria diventa contrastiva quando la perdita del feto lascia dietro di sé

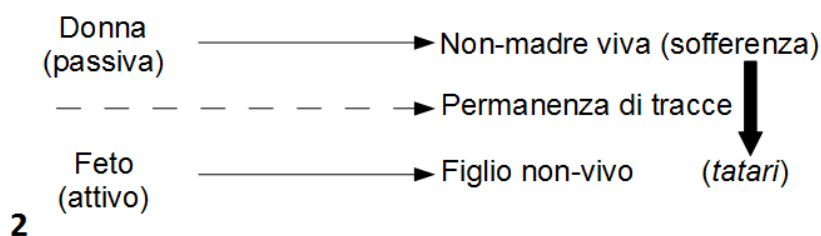
⁴⁰ De Martino 1975, p. 19.

⁴¹ Csordas 1990.

⁴² Komatsu 2003.

delle tracce. Sono queste che, venendo incorporate sotto forma di emozioni, rappresentazioni e immaginari, pongono sottili legami tra la donna e il feto. La nuova sensibilità al reale deve fare i conti con l'incompatibilità tra i due soggetti, aprendo una crisi: ciò che de Martino chiama il «ritorno irrelato del morto»⁴³. Tali legami irrelati, cioè incontrollati, disordinati, magari perfino inconsapevoli, permettono al *mizuko* di “aderire” ancora alla donna. Non già come corpo, giacché l'ha perso, ma come entità evanescente, come appunto una *presenza sottile* che rimane bloccata nel suo transito verso la vita.

L'esperienza dell'aborto viene reiterata nella vita quotidiana, che viene risignificata. Il *mizuko* agisce sulla vita della donna, muovendosi lungo le reti sociali di quella per colpire parenti, familiari, amici. Gli avvenimenti spiacevoli trovano un senso, per quanto indiretto, come contropartita per l'azione moralmente scorretta. Malattie e litigi perdono la loro autonomia evenemenziale per diventare *segna* del *mizuko*, secondo una logica vendicativa che, colpendo la fertilità, la sessualità e la salute della donna, implica una trasformazione disordinata e pericolosa della corporeità, di nuovo secondo dinamiche passive, di nuovo lungo quei traumi legati all'aborto.



In questa fase (*figura 2*) avviene un'inversione molto importante: la sofferenza della donna, il disagio per la sua maternità interrotta, viene traslata sul *mizuko* e tradotta come *tatari*. Solo che adesso è il feto che passa al ruolo attivo, togliendo anche quel poco di agentività che la donna conservava nell'aborto, almeno come soggetto decisionale. Nella persecuzione del *mizuko* la passività è accresciuta da quest'aspetto incontrollabile e ingestibile, come se si tentasse di accostare due poli magnetici di segno uguale. Il rischio di questa crisi è che «invece di far passare ciò che passa, noi rischiamo di passare con ciò che passa»⁴⁴.

Il *mizuko kuyō* acquista adesso un valore e un ruolo che prima non era emerso. La nozione di presenza è il termine su cui si fonda la relazione tra aborto, disagio e rito. Proprio la modalità rituale del fenomeno illumina alcuni suoi aspetti funzionali.

⁴³ De Martino 1975, p. 97.

⁴⁴ Ivi, p. 21.

Per Lévi-Strauss la differenza tra gioco e rito sta proprio nel valore *coniuntivo* di quest'ultimo⁴⁵. Il rituale ha la funzione di compensare gli scarti differenziali tra due parti, tramite una «partita privilegiata» con regole fisse. Il *mizuko kuyō* è un vero e proprio servizio rituale, prima che religioso, in cui i sacerdoti o gli specialisti del rito non sono degli operatori veri e propri, ma dei *mediatori*. La loro funzione è per l'appunto mediare - sulla scorta di un preciso immaginario simbolico e valoriale - la condizione disgiuntiva della donna, per introdurre una nuova relazionalità. Tale immaginario attinge non solo al buddhismo, ma anche allo shintoismo e al cristianesimo⁴⁶. Non è un caso che ciò avvenga quasi sempre in un contesto religioso: lo scopo principale di ogni religione è proprio mettere in contatto livelli diversi del reale, stabilendo delle connessioni privilegiate⁴⁷. In questo modo la disomogeneità esistenziale tra madre e feto può essere momentaneamente superata.

Nella costruzione della relazione, a dispetto delle critiche sull'anonimato del rituale, l'*agency* individuale ha una parte fondamentale. Se le preghiere e i *sūtra* vengono recitati dai sacerdoti, la donna ha il controllo su diversi oggetti rituali. Molti tra questi sono presi in prestito dal culto degli antenati, per esempio le tavolette *ihai* e *kaimyō*; si tratta di supporti lignei in cui normalmente vengono scritti i nomi degli antenati, ma che nel caso dei *mizuko* hanno nomi fittizi ben auguranti o in relazione con i disagi del *tatari*⁴⁸. Anche il *tōba*, barra di legno intagliata a forma di *stūpa*, è abbastanza diffuso come modo per favorire la condizione spirituale del feto. Ricordiamo inoltre gli *ema*, messaggi che le donne dedicano al *mizuko*, appesi in bacheche pubbliche. Il loro contenuto esprime rimorso, colpa o pentimento, espresso sotto forma di suppliche e promesse⁴⁹. Le stesse statue di Jizō, modelli standard prefabbricati in plastica o pietra, sono personalizzati con indumenti e accessori per bambini.

Tutti questi gesti, tutte queste pratiche, concorrono a personalizzare la sofferenza e ricostituire almeno una parte di quei processi interrotti. Come ha sostenuto Harrison, la maternità viene recuperata in una nuova forma, prendendosi cura del feto. Non più una ricettività dolorosa, ma un'azione materna che pone la donna su un piano attivo, seppur in stretta collaborazione con i mediatori religiosi. Il *mizuko*, d'altra parte, diventa oggetto di cure, ricevendo tramite esse un nome, un'identità formale, una fissazione minima che continua la densificazione della sua persona⁵⁰. La nuova relazione congiunge madre e figlio attraverso un forte controllo della presenza evanescente, che passa da irrelata a riferita. Possiamo dire che il *mizuko kuyō* è, nella sua funzione trasformativa (*figura 3*), simmetrico all'aborto,

⁴⁵ Lévi-Strauss 1998, p. 45.

⁴⁶ LaFleur 1992, p. 149.

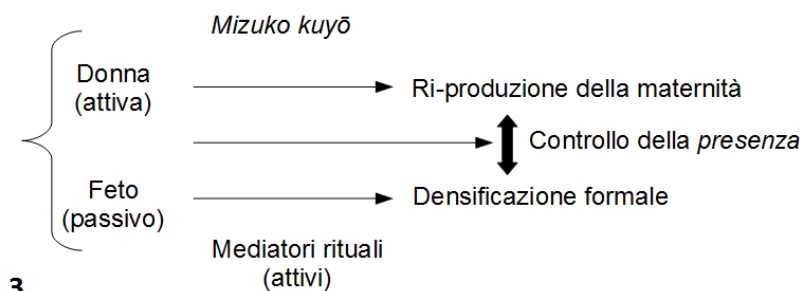
⁴⁷ Csordas 1990, p. 16.

⁴⁸ Brooks 1981, p. 125.

⁴⁹ Rufino 2010, p. 62; LaFleur 1992, p. 153; Brooks 1981, p. 122.

⁵⁰ Oaks 1994.

dando una *forma* alle tracce di una presenza evanescente. In questo senso la *presenza* è anzitutto una «volontà di forma»⁵¹ che si innesta nel morire biologico.



In Giappone si è ormai stabilito uno stretto legame tra il servizio medico statale e il servizio religioso buddhista, al punto che in alcuni ospedali lo si presenta come una terapia “extra” per le pazienti⁵². In tutto questo, il marito e i parenti rientrano marginalmente, come figure “assistenti” e mai pienamente partecipanti. Eppure possiamo notare che anche in questo caso, laddove l’ospedalizzazione dell’aborto esclude il marito dalla sala operatoria e il *tatari* lo rende una vittima, il rituale buddhista lascia uno spazio per manifestarsi. Alcuni *ema* riportano dediche maschili, scuse e preghiere di padri mancati⁵³. La loro rimane però una presenza contingente, mentre quella delle donne è imprescindibile.

Lo schema che abbiamo tracciato finora non è mai un copione fisso, ma presenta grossi margini di variazione. Per esempio, la presenza degli uomini (che non siano medici o sacerdoti) è un elemento in controtendenza alla marginalità riservata al ruolo paterno. Anche la passività della donna nell’esperienza dell’aborto non è così scontata: la decisione di sottoporsi all’intervento, come altre scelte simili riguardo alla gestione della maternità, indica una forte consapevolezza, legata anche ai movimenti sociali⁵⁴ e femministi giapponesi⁵⁵. Viceversa, la commercializzazione e il discorso pubblico del *mizuko kuyō* continuano a riprodurre forti squilibri di genere, plasmando l’esperienza di disagio e sofferenza della donna in modo che venga reiterata costantemente nel tempo. Se l’aborto è un evento puntuale, il rito per il *mizuko* non completa la disgiunzione tra donna e feto, ma avvicina i due termini in maniera controllata.

Per concludere, il *mizuko kuyō* è una pratica rituale che permette alle donne giapponesi di gestire la crisi della presenza causata dall’aborto. La dimensione irrelata e pericolosa del *tatari*, prodotta e vissuta nella corporeità della donna, è

⁵¹ De Martino 1975, p. 20.

⁵² Brooks 1981, p. 121.

⁵³ Ivi, pp. 122-124.

⁵⁴ Wilson 2009, p. 17.

⁵⁵ Harrison 1999, p. 790; Hardacre 1997, p. 76.

ridefinita sulla scorta di un immaginario pubblico fortemente orientato secondo il genere. L'esperienza di disagio e sofferenza viene plasmata tramite operatori simbolici e atti che permettono d'interfacciarsi con la dimensione sottile del *mizuko*, con il quale si instaura una relazione che è al tempo stesso riproduzione della maternità mancata e densificazione formale del feto.

Riferimenti bibliografici

Agamben, Giorgio

- *Homo sacer: Sovereign Power and Bare Life*. Stanford: Stanford University Press, 1998.

Anderson, Richard W. and Martin, Elaine

- "Rethinking the Practice of Mizuko Kuyō in Contemporary Japan: Interviews with Practitioners at a Buddhist Temple in Tokyo", *Japanese Journal of Religious Studies*, XXIV, 1997, pp. 121-143.

Brooks, Anne P.

- "Mizuko Kuyō and Japanese Buddhism", *Japanese Journal of Religious Studies*, VIII, 1981, pp. 119-147.

Burch, Thomas K.

- "Induced Abortion in Japan under Eugenic Protection Law of 1948", *Eugenics Quarterly*, II, 1955, pp. 140-151.

Csordas, Thomas J.

- "Embodiment as a Paradigm for Anthropology", *Ethos*, XVIII, 1990, pp. 5-47.

- "A Handmaid's Tale: The Rhetoric of Personhood in American and Japanese Healing of Abortions", in C.F. Sargent and C.B. Brettell (eds.), *Gender and Health. An Internal Perspective*. Upper Saddle River: Prentice Hall, 1996, pp. 227-241.

Dean, Mitchell

- "Four Theses on the Powers of Life and Death", *Contretemps*, V, 2004, pp. 1-14.

de Martino, Ernesto

- *Morte e pianto rituale nel mondo antico*. Torino: Bollati Boringhieri, 1975.

Dykstra, Yoshiko K.

- "Jizo, the Most Merciful: Tales from 'Jizō Bosatsu Reigenki'", *Monumenta Nipponica*, XXXIII, 1978, pp. 179-200.

Green, Ronald M.

- "The Mizuko Kuyō Debate: An Ethical Assessment", *Journal of the American Academy of Religion*, LXVII, 1999, pp. 809-823.

Hardacre, Helen

- *Marketing the Menacing Fetus in Japan*. Berkeley: University of California Press, 1997.
- "Le donne nella storia religiosa del Giappone", in P. Villani (a cura di), *Grandi religioni e culture nell'estremo oriente: Giappone*. Milano: Jaca Book, 2006, pp. 71-84.

Harrison, Elizabeth G.

- "Mizuko Kuyō: The Reproduction of the Dead in Contemporary Japan", in P.F. Kornicki and I.J. McMullen (eds.) *Religion in Japan: Arrows to Heaven and Earth*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996, pp. 250-266.
- "I can only move my feet towards mizuko kuyō: Memorial Services for Dead Children in Japan", in D. Keown (ed.), *Buddhism and Abortion*. London: MacMillan Press, 1998, pp. 93-120.
- "Strands of Complexity: The Emergence of Mizuko Kuyō in Postwar Japan", *Journal of the American Academy of Religion*, LXVII, 1999, pp. 769-796.

Hertz, Robert

- *Death and the Right Hand*. London/New York: Routledge Library Edition, 1960.

James, Wendy R.

- "Placing the unborn: On the social recognition of new life", *Anthropology & Medicine*, VII, 2000, pp. 169-89.

Kaufman, Sharon R. and Morgan, Lynn M.

- "The Anthropology of the Beginnings and Ends of Life", *Annual Review of Anthropology*, XXXIV, 2005, pp. 317-341.

Kisala, Robert

- "Ricomposizione del sacro: le nuove religioni giapponesi", in P. Villani (a cura di), *Grandi religioni e culture nell'estremo oriente: Giappone*. Milano: Jaca Book, 2006, pp. 85-98.

Klass, Dennis

- "Continuing Bonds, Society, and Human Experience: Family Dead, Hostile Dead, Political Dead", *Omega-Journal of Death and Dying*, LXX, 2015, pp. 99-117.

Komatsu, Kayoko

- "Mizuko Kuyō and New Age Concepts of Reincarnation", *Japanese Journal of Religious Studies*, XXX, 2003, pp. 259-278.

LaFleur, William R.

- "Contestation and Consensus: The Morality of Abortion in Japan", *Philosophy East and West*, XL, 1990, pp. 529-542.
- *Liquid Life: Abortion and Buddhism in Japan*. Princeton: Princeton University Press, 1992.

Lévi-Strauss, Claude

- *Il pensiero selvaggio*. Milano: Il Saggiatore, 1998.

Maraini, Fosco

- "Lo shinto", in G. Filoramo (a cura di), *Storia delle religioni (vol. IV): Le religioni dell'India e dell'Estremo Oriente*. Bari: Laterza, 1966, pp. 613-663.

Oaks, Laury

- "Fetal Spirithood and Fetal Personhood: The Cultural Construction of Abortion in Japan", *Women's Studies International Forum*, XVII, 1994, pp. 511-523.

Picone, Mary

- "Infanticide, the Spirits of Aborted Fetus, and the Making of Motherhood in Japan", in N. Scheper-Hughes and C.F. Sargent (eds.), *Small Wars: The Cultural Politics of Childhood*. Berkeley: University of California Press, 1998, pp. 37-57.

Remotti, Francesco

- *Fare umanità: i drammi dell'antropo-poiesi*. Bari: Laterza, 2013.

Rufino, Rosalia

- "Il rito del 'Mizuko Kuyō' e le statuine del 'bodhisattva Jizō'", *La Ricerca Folklorica*, LXII, 2010, pp. 57-67.

Smith, Bardwell

- *Narratives of Sorrow and Dignity: Japanese Women, Pregnancy Loss, and Modern Rituals of Grieving*. Oxford: Oxford University Press, 2013.

Turner, Victor

- *Dramas, Fields, and Metaphors: Symbolic Action in Human Society*. Ithaca: Cornell University Press, 1974.

Underwood, Meredith

- "Strategies of Survival: Women, Abortion, and Popular Religion in Contemporary Japan", *Journal of the American Academy of Religion*, LXVII, 1999, pp. 739-768.

Wilson, Jeff

- "Mizuko Kuyō in the abortion cultural wars: The rhetorical appropriation of Japanese Buddhism by non-Buddhist Americans", *Religion*, XXXIX, 2009, pp. 11-21.

Yamada, Mieko and Shupe, Anson

- "Internet Accessibility of the Mizuko Kuyo (Water-Child Ritual) in Modern Japan: A Case Study in Weberian Rationality", *Sociological Forum*, XLVI, 2013, pp. 229-240.

Zanetta, Marianna

- *Bambini d'acqua. I rituali Mizuko Kuyō nel Giappone contemporaneo*. Milano: Franco Angeli editore, 2018.

«Come farsi un corpo [...]» Analisi dei processi di produzione dei corpi migranti

Pasquale Menditto

«How do you make yourself a body [...]». Analysis of the process of production of migrant bodies

Abstract

The Paris-Nord Humanitarian Centre was inaugurated by the Mayor of Paris, Anne Hidalgo in November 2016 with the aim of addressing the emergency of asylum seekers stuck in the streets of the French capital. The facility was functioning until March 2018, with approximately 66,000 people passing through its premises in almost two years of operation. In its first conception, the structure should have been limited to providing initial material assistance to people waiting for the *rendez-vous* for one of the registries for the application for asylum. However, few months after its opening, the system progressively shifted towards the function of selecting migrant subjectivities, considered legitimate within the practices of government articulated by the French institutions. In particular, the concept of vulnerability has come to be seen as discriminatory within the process of recognition of individuals in need of care, freeing them from the precariousness of the street life. In particular, vulnerability has ended up imposing itself as a discriminatory factor within the processes of recognition of individuals in need of assistance. As a consequence, this constituted the single biopolitical index capable of ensuring any form of visibility. Beyond the alleged naturalisation of vulnerability, this paper will outline the mechanisms that produce vulnerability as a condition characterizing the body of migrants, starting from the analysis of the codification of the latter through biometric technologies, employed in the contemporary regime of mobility. For these reasons, ethnographic reports on the experience of some asylum seekers in the Parisian context shall be used to trace the effects of subjectification and de-subjectification caused by the relation with devices of power, such as the Paris-Nord Humanitarian Centre.

Keywords: bio-politics, Government, body, migrants, vulnerability

Il vigilante si è spacciato per uno schizofrenico in modo da ottenere una condanna più mite:

«Ero fuori di me e cercavo di fermare impiccagioni con dita di fantasma... Io sono un fantasma e voglio quello che vogliono tutti i fantasmi – un corpo – dopo che il lungo Tempo si è mosso in vicoli inodori di spazio dove non c'è vita solo il non-odore incolore della morte... Nessuno può inalarlo né annusarlo con rosee spire di cartilagine adorna di muco cristallino, merda temporale e neri filtri sanguinolenti».

William Burroughs, *Il pasto nudo*, Milano: Adelphi, 2006

Introduzione

«Come farsi un corpo [...]» è una citazione incompleta: ciò che manca è la famosa locuzione Deleuziana di Corpo senza organi (CsO)¹. Del resto questa espressione – «Come farsi un corpo senza organi?» – è il titolo di uno dei capitoli più importanti di “Mille Piani”, quello in cui il binomio filosofico Deleuze-Guattari cerca di fare una sintesi del concetto di CsO passando attraverso un tono letterario più vicino a quello di un manuale d’istruzioni che a un testo di filosofia². Ma allora perché omettere il concetto di CsO? L’obiettivo in effetti è quello di risalire la corrente teorica innescata dai due pensatori francesi nel tentativo di riafferrare il lavoro d’analisi filosofica che ne sta alla fonte e che ha reso necessario l’innesto del dispositivo CsO per praticare l’ennesimo tentativo di liberazione/creazione di un concetto nuovo, capace di fondare una filosofia basata sul movimento, i concatenamenti e le grandezze intensive³. L’invito di Deleuze-Guattari è quello di svuotare il proprio corpo, di farla finita con gli organi nel senso di organizzazioni, vere e proprie disposizioni prodotte dal *socius* storico, e costantemente istituzionalizzate. Non a caso il testo è pieno di descrizioni di nuove tipologie di corpi, quello drogato, paranoico, masochista, ipocondriaco. Un lungo corteo di nuove composizioni, nuove modalità di legame delle componenti tirate fuori dalla materia vivente.

«Ci rendiamo conto, a poco a poco, che il CsO non è per nulla il contrario degli organi. I suoi nemici non sono gli organi. Il nemico è l’organismo. Il CsO non si oppone agli organi, ma a questa organizzazione degli organi che si chiama organismo. [...] L’organismo non è assolutamente il corpo, il CsO, ma uno strato sul CsO cioè un fenomeno di accumulazione e coagulazione, di sedimentazione, che gli impone forme, funzioni, collegamenti, organizzazioni dominanti e gerarchizzate, trascendenze organizzate per estrarne lavoro utile»⁴.

Lo strato non è altro che una certa solidificazione contingente delle relazioni di potere che in un dato momento storico catturano la vita, articolando l’esperienza di una certa condizione umana. Produrre un corpo diventa allora una pratica individuale e collettiva, che passa attraverso un processo riflessivo a cui l’individuo immerso nelle maglie del potere non può sottrarsi se vuole prendere parte al gioco sociale.

¹ Il concetto di CsO è presente nel pensiero di Deleuze sin dalla sua ricerca su Michel Proust, tuttavia in “Mille Piani”, insieme a Guattari, esplicitano la sua genealogia facendo riferimento al lavoro di Antonine Artaud sul corpo dell’attore. Cfr. Deleuze, Guattari 2017, pp.225-245

² Ibid.

³ Cfr. Deleuze 2010.

⁴ Deleuze, Guattari 2017, p. 237.

In questa sede dunque il mio obiettivo è descrivere una certa pratica di composizione del corpo, quella che ha coinvolto migliaia di richiedenti asilo/migranti⁵ che attraverso diverse traiettorie si sono ritrovate a Porte de la Chapelle, dinanzi al viale d'accesso del Centro Umanitario Paris-Nord. La riflessione nasce da un'esperienza di campo durata sei mesi – dal luglio al dicembre 2017 – e che mi ha visto collaborare con un'associazione di cittadini, Utopia 56, che in una prima fase svolgeva le proprie mansioni all'interno del Centro in collaborazione con Emmaus solidarité, la ONG incaricata dal comune di Parigi e dalle istituzioni francesi di gestire la struttura. Il Centro era composto dalla *Bulle*, un tendone gonfiabile di circa 900 m², dall'edificio preposto all'alloggio dei migranti adulti di sesso maschile, e dal presidio medico riservato ai residenti della struttura. Utopia56 era a sua volta strutturata in tre squadre: l'*equipe-extérieur* che si occupava di fare da raccordo tra i migranti in strada e il Centro; l'*equipe-famille*, che lavorava all'interno della *Bulle*, dove compiva uno screening dei migranti presenti al suo interno, fornendo loro dei kit sanitari e qualche vestito; infine l'*equipe-mineurs* che, appunto, si occupava dei minori isolati accolti durante il giorno⁶. Durante la mia permanenza a Parigi, Utopia56 ha deciso di lasciare l'incarico all'interno del Centro per divergenze di visione sul ruolo e gli obiettivi del dispositivo d'accoglienza rispetto alla strategia delle istituzioni francesi per la gestione dei flussi migratori, che in quel momento interessavano tanto la capitale quanto diverse aree del territorio francese.

Analizzare le pratiche di fabbricazione del corpo all'interno del piano descritto tra l'azione di una serie di dispositivi, le pinze su uno strato, e le individualità che compongono una molteplicità di vite significa fare del corpo un aggregato intessuto da tutta una serie di enunciazioni che ne individuano delle singolarità, degli organi, in modo da produrre una postura, una certa composizione. La corporeità in questo senso diventa immediatamente un fatto sociale e culturale o, meglio, un artefatto storico. In effetti, non si tratta di spostare la riflessione su una possibile ricerca dell'origine del corpo come oggetto politico e culturale, quanto piuttosto di partire dalla sua invenzione, dalla sua apparizione all'interno di una formazione storica. Sono state le indagini di Michel Foucault a focalizzare l'attenzione sulla fabbricazione dei termini e delle posizioni a partire dalle quali una società descrive se stessa. Il filosofo francese del resto parte dalla idea Nietzscheana

⁵ L'azione del dispositivo era rivolta ai migranti appena arrivati in territorio francese, ossia non ancora beneficiari né dello statuto d'asilo, né tanto meno di alcuna forma di assistenza materiale, erogati da altri dispositivi come, ad esempio, il Samu Social.

⁶ Durante la mia collaborazione con l'associazione, ho fatto parte per i primi tre mesi dell'*equipe-famille*, poi successivamente sono passato a quella *extérieur* per la rimanente parte del mio periodo parigino.

di *Erfindung*, per arrivare a evidenziare l'aleatorietà delle forme di sapere che, appunto, agiscono sul potere stabilizzando l'insieme delle sue relazioni⁷.

In questo testo, dunque, cercherò di mostrare come le pratiche di governo articolate attraverso i vari dispositivi dell'accoglienza francese, arrivino a configurare un corpo migrante capace di entrare nel gioco del riconoscimento istituzionale. In questo senso, esso diventa il mezzo attraverso cui una specifica individualità tenta di prodursi come soggetto, accedendo di conseguenza alle forme di organizzazione sociale definite dalle politiche della mobilità. Per far questo, ripercorrerò alcuni eventi etnografici, cercando di intersecarli con il piano teorico tracciato dalle ricerche di diversi autori, accomunati dalla riflessione sull'organizzazione del potere e sui suoi effetti di sapere e di soggettivizzazione.

Porte de la Chapelle

Fin dal gennaio 2015 *Emmaüs solidarité* aveva ricevuto il mandato dallo Stato francese e dal Comune di Parigi, di occuparsi dei migranti che avevano formato accampamenti più o meno organizzati in diverse aree della città. Allora il servizio svolto dalla ONG consisteva principalmente in ronde nei luoghi di raccolta dei migranti per occuparsi dei vulnerabili⁸, orientandoli all'interno del sistema d'accoglienza francese e sistemandoli in alloggi d'urgenza, così da toglierli dalla strada. Tuttavia, come la stessa *Emmaüs* ha evidenziato in un comunicato ufficiale, il sistema delle ronde negli accampamenti coadiuvato dall'evacuazioni di massa organizzate dalla Prefettura, non riusciva a fornire «un traitement humain digne»⁹, spingendo l'ONG, insieme alle altre organizzazioni impegnate sul terreno a fare appello al comune di Parigi, e allo Stato francese, per un maggiore impegno verso i richiedenti asilo bloccati nelle strade della capitale. Il 16 settembre 2016 le tre parti – Stato, comune, e *Emmaüs* – arrivano ad un'intesa sotto forma di un accordo «sur un protocole d'accord, définissant le rôle et l'implication de chacun [...]»¹⁰. Circa tre mesi dopo il Centro umanitario di Parigi-Nord prende forma, in parallelo all'inizio dei lavori di costruzione del Centro d'Ivry¹¹, sempre gestito da *Emmaüs*, destinato all'alloggio di soggetti vulnerabili¹² (famiglie, donne incinte, donne sole).

⁷ Foucault 2017a, p. 89.

⁸ Stando al rapporto pubblicato dalla ONG stessa e dall'intervista rilasciatami da uno dei responsabili della *Bulle*, la vulnerabilità rappresenta un'area concettuale che comprende: la possibilità di essere esposti a violenze per via del proprio orientamento sessuale, la salute, i soggetti considerati a rischio (donne sole, incinta, o minori non accompagnati).

⁹ Cfr. <https://www.emmaus-solidarite.org/la-situation-des-migrants-a-paris-appelle-en-urgence-un-traitement-humain-digne/>.

¹⁰ Cfr. <http://emmaus-france.org/ouverture-a-paris-dun-centre-humanitaire-pour-migrants/>.

¹¹ Il Centro d'Ivry è stato ultimato nel gennaio 2017. Nonostante sia una struttura molto ben organizzata, dotata di vari servizi come l'accompagnamento legale, l'assistenza medica, e corsi di

La *Bulle* rappresentava il vero cuore del dispositivo, sebbene il suo rapporto con l'esterno sia cambiato nel corso del mio periodo di ricerca, tanto che, sebbene nel progetto iniziale fosse stata esplicitamente pensata per essere un luogo di orientamento e di ascolto, col passare del tempo questa funzione è stata limitata ai soli soggetti vulnerabili. Questo cambiamento non ha avuto una motivazione ufficiale e non se ne è fatta menzione all'interno di nessun comunicato da parte di Emmaüs. Quando mi è capitato di discuterne con dei dipendenti della ONG, molti l'hanno trovata una scelta "naturale" a causa sia dell'esigenza di occuparsi dei più vulnerabili, sia dell'alto numero di migranti adulti di sesso maschile presenti nell'area di Porte de la Chapelle. In particolare, il numero di posti disponibili all'interno del Centro – dai 400 ai 450 – non riusciva a coprire l'esigenza delle persone in strada, anche a causa delle tempistiche per il trasferimento dei richiedenti asilo alloggiati nella Halle, che in teoria andava dai 5 ai 10 giorni, ma che di fatto poteva arrivare fino a un mese. Lo spazio all'interno della *Bulle* era organizzato su due livelli: il piano terra della struttura corrispondeva alla vera e propria area d'accoglienza ed era divisa in due parti, una per le famiglie, donne sole o incinte e minori, mentre l'altra era destinata agli uomini; al primo piano, invece, erano posizionati gli uffici dei responsabili di Emmaüs, una sala per il personale, ed un ufficio occupato da Utopia56 prima della sua fuoriuscita dalla struttura.

La *Bulle* restava aperta durante la mattinata, chiudendo gli ingressi verso le 14:00, ed ammettendo eccezioni solo in casi d'estrema urgenza. Quando dei soggetti che rientrano nelle categorie di ammissibilità della *Bulle* si presentano all'ingresso del Centro, dovevano innanzitutto chiedere di poter entrare alla security, che prima li faceva accedere al viale d'ingresso e poi chiamava sulla linea interna un dipendente della struttura affinché venisse a scortare i nuovi arrivati. Il secondo controllo di sicurezza era posto all'altezza della recinzione che circoscriveva il perimetro del Centro. Consisteva in una casupola dove un membro della security controllava gli ingressi attivando i tornelli elettronici. Quando un ospite della struttura voleva rientrare nel proprio alloggio, prima doveva mostrare la carta di riconoscimento (*la carte*) ai membri della sicurezza posti all'ingresso, poi si fermava al secondo livello per un ulteriore controllo, che il membro della security inserendo il codice del documento all'interno del database della struttura, assicurandosi poi che le informazioni biometriche del documento combaciassero con la persona che si ritrovava davanti. Famiglie, donne sole, o minori, invece, passavano attraverso un percorso parallelo che portava direttamente all'interno della *Bulle*, dove venivano ricevuti al front office per la registrazione e successivamente accompagnati nell'area

lingua per i richiedenti asilo non francofoni, è sprovvista di un Centro di valutazione e orientamento, dipendendo per questa funzione dalla *Bulle* del Centro umanitario di Parigi-Nord.

¹² I minori non accompagnati non sono alloggiati da Emmaüs, ma soltanto valutati preliminarmente all'interno della *Bulle* prima di essere affidati al DEMIE (*Dispositif d'Évaluation des Mineurs Isolés Étrangers*).

loro riservata. Finita questa prima fase, non restava loro che attendere di essere convocati in uno degli uffici posti al piano terra per l'intervista dichiarativa con uno dei dipendenti di *Emmaüs* preposti a questa funzione e, qualora necessario, con un mediatore linguistico-culturale¹³. L'intervista aveva come scopo quello di accertare la volontà da parte del migrante di divenire un richiedente asilo (scelta in realtà vincolante per ottenere l'assistenza materiale della ONG) e di verificare le informazioni biometriche e biografiche del soggetto per comprendere se effettivamente potesse accedere all'assistenza materiale della struttura. Mi sembra opportuno rimarcare che la struttura di valutazione restava dunque accessibile solo ai soggetti considerati prioritari: Minori, famiglie, donne sole o incinta, potevano entrare all'interno della struttura perché considerati soggetti a rischio, caratterizzati da quella che si potrebbe definire una specie di vulnerabilità sociale rispetto alle forze e ai pericoli a cui erano potenzialmente esposti restando in strada.

9/11/2017 – *Mattina*

Verso la fine del turno con Utopia56 incontro Abdul. In realtà, è lui a venire verso di me e a consegnarmi il suo dossier chiedendomi di essere ammesso all'interno del Centro. Mi avvicino all'ingresso del viale che porta al dispositivo e chiedo alla sicurezza di parlare con qualcuno di Emmaüs. Abdul è stato in diversi ospedali, e tra i certificati presenti nel suo fascicolo c'è addirittura una diagnosi di *Post-traumatic stress disorder* (PTSD). Sfogliando la sua documentazione mi rendo conto che ha già presentato la domanda d'asilo alla commissione dell'*Office français de protection des réfugiés et apatrides* (OFPRA) e in allegato c'è una sorta di commento redatto da un ufficiale dell'OFII dove viene menzionato che il soggetto-Abdul presenta un livello intellettuale basso. Tra le motivazioni del giudizio viene menzionata la sua scarsa propensione a parlare durante l'intervista alla Prefettura, il cui verbale dopo essersi dilungato sulle incongruenze del suo racconto, non prende minimamente in considerazione gli allegati medici tra cui la certificazione di PTSD.

Dopo una ventina di minuti il responsabile della sicurezza mi dice che nessun membro di Emmaüs è disponibile per uscire perché tutto il personale è in pausa

¹³ Durante la mia ricerca ho chiesto di poter prendere parte a queste interviste, tuttavia, nonostante non abbia ricevuto un diniego formale, la settimana in cui avrei dovuto compiere questa attività è stata sempre rinviata da uno dei responsabili della struttura. Il problema principale consisteva nell'informare della mia presenza i dipendenti che svolgevano questa funzione, e spingerli dunque ad accettarmi come osservatore. Nel tempo avevo stretto rapporti confidenziali con molti di questi, che a loro volta non avevano omesso di manifestarmi le loro perplessità rispetto alla mia iniziativa, per quanto non si fossero mai apertamente detti contrari. Con il passare dei mesi, aumentando la divergenza di vedute tra Emmaüs e Utopia56, mi sono reso conto che l'osservazione di questa pratica amministrativa diventava sempre più difficoltosa, mi hanno spinto a desistere, per cui mi sono limitato a raccogliere informazioni direttamente dai migranti e dal personale della ONG.

pranzo, sono circa le 14.00, e quando insisto dicendo di poter aspettare mi viene fatto notare che potrebbe volerci parecchio tempo...

Abdul sembra distrutto, i suoi occhi sono scavati dalla stanchezza, mentre aspettiamo non riesce a stare in piedi e si siede contro una transenna, solo che poco dopo al passaggio della ronda della polizia uno degli agenti gli fa cenno di alzarsi, perché quello spazio non può essere occupato in quel modo. Abdul non parla. Quando mi ha dato il suo dossier si è limitato a dirmi che non ce la fa più a restare in strada, che se non trova un modo per uscirne ha deciso di ammazzarsi. Dopo quasi un'ora decido di portarlo alla clinica mobile di Medici Senza Frontiere (MSF). Rimettendo in ordine il suo dossier Céline trova il foglio d'accettazione del Centro umanitario: a quanto pare dopo essere entrato nella struttura è stato inviato in un *Centre d'accueil de demandeurs d'asile* (CADA), da cui è stato espulso dopo che la sua domanda d'asilo è stata rigettata. Come responsabile della clinica mobile Céline inizia tutto un giro di telefonate per cercare una struttura che possa fornire un minimo di assistenza ad Abdul, solo che quando riesce a trovare un posto in un Centro specializzato poco fuori Parigi, Abdul rigetta la sua proposta. Con l'aiuto di uno dei mediatori di MSF capiamo che lui degli ospedali ne ha abbastanza. Ne ha visti troppi... Da quando è in Europa non fanno altro che rinchiuderlo e sbatterlo fuori. Double Bind dell'accoglienza.

Lo vediamo andare via, rassegnato. Céline cerca il mio sguardo, forse intuendo il mio stato d'animo attraverso l'espressione spezzata del mio volto, poi, quasi a rassicurarmi, mi dice che abbiamo fatto il possibile.

Esporsi

Il mio posizionamento sul campo durante la ricerca ha fortemente condizionato il mio modo di vedere e parlare del fenomeno con cui cercavo di entrare in contatto: la mia esperienza etnografica si è costituita a partire da quelle relazioni di potere e giochi di verità che cercavo di descrivere, di catturare all'interno del dispositivo della mia scrittura. Il sentimento di inadeguatezza che attanagliava le mie note di campo, così come le pagine della mia tesi magistrale mi ha spinto a riflettere sul mio posizionamento con gli stessi strumenti analitici che rivolgevo verso quel particolare sistema di potere produttore delle soggettività del richiedente asilo o del migrante. Io ero un volontario di Utopia56, avevo dei ruoli specifici all'interno di quella particolare macchina sociale e politica che era il Centro, e dunque ero dotato di una mia riconoscibilità, di un mio potenziale sociale agli occhi dei migranti che affollavano quelle strade. Il mio problema allora era cercare di destituire, di limitare questa asimmetria relazionale, cercando di mantenere il rapporto con i miei interlocutori il più fluido possibile, in modo da non scivolare nel ruolo del salvatore

su cui era importante fare colpo per avere qualche chance in più di ottenere un posto dentro la struttura.

In questo senso ho trovato estremamente importanti le riflessioni condotte da Giorgio Agamben in “L’uso dei corpi”, ultimo tassello della sua ricerca intorno alla figura dell’*Homo Sacer*. Il libro rappresenta un sentiero intricato attraverso il tema del potere nella sua doppia articolazione all’interno della macchina antropologica occidentale tra potenza e atto, Regno e Gloria, *nomos* e anomia fino a delineare nel capitolo conclusivo un orizzonte di ricerca ulteriore tanto filosofico quanto politico, ossia «una teoria della potenza destituente»¹⁴. Si tratta di concepire una potenza capace di agire attraverso il principio dell’inoperosità, ossia il meccanismo che secondo il filosofo porta le funzioni sociali inscritte all’interno della potenza stessa a girare a vuoto, così da consegnarle alla parodia che dissolve ogni valore preteso da esse attraverso l’invocazione della legge o dell’ordine costituito¹⁵. L’atto della destituzione allora passa necessariamente attraverso l’esposizione del binomio potenza/impotenza che anima una particolare configurazione del potere. Esporre significa manifestare, rendere palese il non-rapporto tra potenza e atto, la loro totale contingenza, in modo da rimettere in circolazione i termini storici che costituiscono le forme sociali, che altrimenti resterebbero legate a precisi meccanismi di produzione e riproduzione.

Il mio nome così come quello degli altri volontari che lavoravano nelle varie *equipe* di Utopia56 circolavano liberamente tra le strade de la Chapelle, spesso mi capitava di venire fermato da persone che non avevo mai visto che tuttavia erano al corrente che facendo leva su certificati medici o problemi di salute, avrebbero attirato la mia attenzione e con un po’ di fortuna mi avrebbero visto partire alla volta della Bulle, per portare il loro caso davanti ai responsabili della struttura. Tuttavia espormi, esporre la mia funzione significava renderne noti i limiti, non sottrarsi alle domande incessanti dei miei interlocutori, ma al contrario cercare di renderne noti i meccanismi, le procedure, in modo da far circolare il più possibile informazioni sul Centro.

Questa operazione richiedeva l’occupazione di uno spazio di prossimità con coloro che ricorrevano all’aiuto di Utopia56 e in questo le metodologie d’intervento dell’associazione sono state estremamente efficaci nel tentativo di “sabotaggio” o sovvertimento del sistema che regolava la prima accoglienza a Parigi. Agire in strada, tanto per cominciare, non limitandosi agli spazi normati della struttura esponeva inevitabilmente a interazioni difficilmente controllabili: non si trattava di formare una fila ordinata di persone in attesa di un colloquio, ma piuttosto di essere in uno scambio costante di informazioni e consigli. L’informalità della strada spingeva le persone a raccontare la loro storia senza omettere quei particolari, come l’aver

¹⁴ Agamben 2014, pp. 333-351.

¹⁵ Ivi, pp. 344-345.

effettuato la domanda d'asilo in un altro paese europeo o l'intenzione di voler continuare il proprio viaggio, che altrimenti sarebbero stati assolutamente deleteri per la riuscita del colloquio ufficiale con un funzionario del Centro o della Prefettura francese.

Tuttavia questo tentativo di destituzione attraverso l'esposizione delle pratiche discorsive che animavano la catena di dispositivi che governavano la popolazione migrante nell'area parigini, finiva per scontrarsi in un gioco asimmetrico con la pervasività della formazione discorsiva stessa¹⁶. La storia di Abdul mostra bene la penetrazione del discorso all'interno delle azioni quotidiani tanto dei volontari di Utopia56 quanto delle altre organizzazioni che subivano la forza di cattura da parte dei dispositivi di potere istituzionali.

Effetto spettrale

Berry

Ho conosciuto Berry verso i primi di ottobre del 2017. È stato lui a fermarmi in strada dalle parti di Max Dormoy mentre stavo rientrando a casa alla fine del turno della mattina al Centro. Stavo chiacchierando al telefono con un amico, quando mi rendo conto che mi stava seguendo ormai da qualche metro, così decido di voltarmi per capire chi fosse e se ci fossimo già visti da qualche parte. Lui si presenta e si scusa per il pedinamento improvvisato – parliamo in francese – e mi dice che può tranquillamente aspettare che io finisca la mia telefonata, tuttavia mi basta guardarlo in faccia per capire che è piuttosto preoccupato e stanco, così riattacco e gli propongo di sederci su un muretto che circonda un parcheggio privato di una stazione di servizio lungo il boulevard. Senza troppi preamboli, mi dice di essere un richiedente asilo, che da più di una settimana vive a Porte de la Chapelle, solo che ora è in difficoltà perché si è ritrovato solo. I suoi amici sono riusciti ad entrare qualche giorno prima, durante un'operazione condotta dal personale di Emmaüs e da *France Terre d'Asile* (FTDA) che aveva deciso di registrare all'interno della struttura più di 50 persone in una sola mattinata. Lui era stato sfortunato. Da mesi, infatti, si portava dietro un problema agli occhi: spesso gli bruciavano provocandogli dolore e prurito e, ovviamente, più se li stropicciava più la situazione peggiorava. Quella mattina si trovava all'ospedale *Hotel Dieu* in pieno *Île de la Cité*, perché un altro volontario di Utopia56 gli aveva detto che quella è la struttura specializzata per i problemi alla vista. Quando era arrivato davanti al Centro, un dipendente di Emmaüs gli aveva fatto capire che con un certificato medico sarebbe stato più facile ottenere la presa in

¹⁶ Con questa nozione faccio riferimento alle ricerche di Michel Foucault, rilette da Gilles Deleuze, per cui un discorso rappresenta l'insieme delle regole che distribuiscono le visibilità e dicibilità, tematizzando storicamente una serie di fenomeni. Deleuze 2018, pp. 63-85.

carico da parte del dispositivo, solo che alla fine non solo si era perso la mattinata degli ingressi, ma una volta tornato davanti la struttura, il responsabile di Emmaüs per gli accessi alla *Bulle* gli aveva detto che la diagnosi medica che aveva ottenuto non era sufficiente, e che doveva procurarsi pure un'attestazione ufficiale da parte del medico che lo aveva visitato, in cui si chiedeva esplicitamente alla ONG di fornirgli una sistemazione d'urgenza per "gravi motivi" di salute. Ovviamente aveva provato a ritornare all'ospedale solo che gli avevano detto che doveva aspettare almeno una settimana per ottenere un nuovo appuntamento.

È stanco. È stanco perché dorme alla Gare du Nord (GdN) visto che da solo non se la sente di restare a Porte de la Chapelle perché teme che qualcuno possa derubarlo di quel poco di valore che si porta dietro. In più in strada ormai comincia a fare troppo freddo e lui non possiede né una tenda né delle coperte, che del resto sarebbero inutili dal momento che la polizia impedisce sistematicamente ai migranti di rifondare degli accampamenti a ridosso del Centro. Alla GdN non si dorme bene, però almeno di notte c'è sempre qualcuno e anche se spesso il personale della stazione lo sveglia per dirgli che non può dormire sulle panchine nelle zone d'attesa dei viaggiatori, lui fa finta di farsi un giro per poi riposizionarsi nel primo posto dove trova riparo. Il cappotto che indossa è troppo leggero, del resto sono gli stessi vestiti che indossava durante l'estate. Sono sporchi e malconci ma sono i soli che possiede. Ci scambiamo i numeri di telefono, anche se gli spiego che al momento senza un'emergenza medica seria non posso inserirlo nelle liste di vulnerabilità. Berry ascolta silenzioso: lo sa, capisce, un suo amico gli aveva già spiegato la situazione. Lui del resto era stato "fortunato": una volta in Francia infatti si era ammalato gravemente e lo avevano dovuto portare d'urgenza all'ospedale, dove era saltato fuori che aveva l'epatite B, così una volta dimesso lo avevo subito alloggiato nel Centro umanitario in modo da consentirgli di seguire il trattamento per il suo problema. Grazie all'epatite era persino riuscito a evitare il trasferimento verso strutture d'accoglienza di lungo periodo fuori dalla capitale. Il sogno di Berry. Ci salutiamo, non vuole togliermi altro tempo, sa che sono a fine turno e gli dispiace avermi bloccato in mezzo alla strada.

Nei giorni successivi gli telefono spesso per sapere come stesse. Anche se era chiaro che se la passasse male, lui stesso aveva descritto lo stare in strada come un'esperienza allucinate, il tempo non passa mai e senza un euro in tasca ci si ritrova tagliati fuori, costretti a vagare nella speranza di trovare un posto libero dove riposare in attesa di qualche novità dal 115, o dell'inizio di una distribuzione di cibo. Dopo quasi una settimana ci rivediamo in un bistrot poco distante dal Centro. Il giorno prima mi aveva detto che sarebbe venuto la mattina presto a Porte de la Chapelle nella speranza di capitare durante un ingresso di massa, come quella mattina che si è ritrovato separato dai suoi amici. Ci incontriamo per ora di pranzo. Il suo tentativo si è rivelato vano, e la fila che si era formata davanti al viale d'accesso alla struttura, era stata dispersa quasi subito dalla polizia. Non mangia nulla dalla mattina precedente

perché durante il giorno non ci sono distribuzione di cibo e la sera è arrivato troppo tardi alla Gare de l'Est dove alcune associazioni distribuiscono pasti caldi. Non è ancora riuscito ad avere un appuntamento con il dottore all'ospedale, però da qualche giorno ha cominciato a chiamare sistematicamente il 115 due volte al giorno, alle 14:30 e poi alle 20:30, nella speranza che gli diano una sistemazione temporanea almeno per una notte. Due sere prima ci era riuscito solo che era finito in una camerata con gente chiassosa e ubriaca e quindi era stato difficile addormentarsi. Durante le nostre telefonate avevo cercato di aggiornarlo sulle trasformazioni delle procedure d'ammissioni del Centro: ormai il rilascio dei *rendez-vous* (Rdv) era diventato sempre più sporadico, perché il comune di Parigi in accordo con FTDA era tornato al sistema delle ronde, ossia all'individuazione dei grossi assembramenti di migranti in strada con la loro successiva evacuazione durante la notte, con operazioni portate avanti dalla polizia e dal personale di FTDA stesso. Questo cambiamento aveva innescato la continua circolazione tra i migranti di notizie di avvistamenti durante il giorno di potenziali funzionari incaricati di segnalare nuovi siti per le future operazioni. Bastava il palesarsi di una macchina con gli stemmi del comune, o una visita da parte di operatori di FTDA per innescare la migrazione di centinaia di migranti verso il luogo dell'avvistamento. Nel frattempo, aveva cominciato a chiamare il 115 perché gli avevano detto che facendo pressione, giorno dopo giorno, il dispositivo d'emergenza finiva per assegnare qualche alloggio temporaneo, che per chi vive in strada come lui significa soprattutto riuscire a racimolare un po' di energie per affrontare quella lotta quotidiana. Alla fine avrebbero dato a tutti loro un posto dove stare per l'inverno, altrimenti la gente sarebbe cominciata a morire... Il freddo diventava sempre più insopportabile e procurarsi del cibo era diventata una sfida che finiva per risucchiare quel poco di forze che lo tenevano in piedi durante il giorno. Ha un cappotto nuovo che si è procurato alla distribuzione di vesti usati organizzata da una parrocchia della zona, che gli avevo suggerito al telefono. Il problema è che ora avverte un prurito su tutto il corpo, soprattutto quando sta disteso, e un medico dell'unità mobile di Medecins du Monde gli ha detto che si tratta di un principio di scabbia e che dovrebbe trovare dei vestiti puliti e spalmarsi nelle aree irritate una pomata che gli hanno dato. Dovrebbe farlo due volte al giorno ma non ha idea di come fare, visto che l'unico bagno in cui potrebbe darsi una sciacquata si trova a Créteil, all'interno di un Centro d'accoglienza di giorno gestito sempre da Emmaüs nei pressi dell'ospedale Henri-Mondor. Solo che anche lì bisogna fare la fila, perché la struttura ha un numero di posti limitati, raggiunto il quale gli ingressi vengono sospesi. È stanco e avvilito. Il giorno prima è andato all'ospedale per chiedere se ci fossero novità per incontrare il dottore, sapeva benissimo che avrebbe potuto telefonare, però sperava che andando personalmente di risultare più convincente... Inoltre ha chiesto all'accettazione la possibilità di incontrare uno psicologo perché si sente inquieto, stare in strada fa riaffiorare tutto quello che si è lasciato alle spalle per arrivare in Francia. La cosa peggiore, però, sono le distribuzioni di cibo. Alle volte ci

si ritrova in fila con persone ridotte ancora peggio, gente che sta in strada da mesi, che ha già girato più di un paese europeo e ora si trova in Francia magari con un foglio di via, oppure senza neppure l'idea o la forza di riprovare ancora. Tutto questo ti rende matto, ti fa perdere la testa. La notte è la parte peggiore della giornata. Te ne stai sdraiato da qualche parte, magari in un riparo di fortuna sotto un ponte e pensi che il giorno dopo si ricomincia, di nuovo in giro, alla Chapelle oppure ficcato in qualche biblioteca pubblica a far ricaricare la batteria del telefono o semplicemente a cercare un po' di calore. Per questo fa male vedere i disperati alle distribuzioni. Fa paura, perché più va avanti quella situazione più pensi di finire allo stesso modo. A trascinarci in giro con gli occhi spenti e il volto scavato, evitato da tutti perché ricordi un futuro che sembra inarrestabile. Prima di salutarci gli chiedo se gli va di incontrarci ancora, magari di sera alla Gare du Nord dove va a dormire. Lui acconsente ma mi chiede di risentirci dopo l'appuntamento alla Prefettura. Sì, sa già il tipo di domande che fanno, ma tanto si è già preparato tutto, del resto non ha altro a cui pensare.

Circa una settimana dopo ci vediamo davanti alla Gare de l'Est verso le 20:30. Ha appena finito di cenare ed è in compagnia di una sua conoscente. Lei si chiama Fatima ed è guineana come lui. Mi chiede subito di darle una mano, perché ha ricevuto una risposta positiva per un alloggio d'urgenza dal 115, solo che non è riuscita a trovare l'indirizzo della struttura dove dovrebbe essere alloggiata, perché a quanto pare a Parigi non esiste nessun albergo Romain Rolland. Iniziamo subito a telefonare perché manca poco tempo all'orario in cui lei si dovrebbe presentare presso la struttura. Dopo qualche tentativo un operatore risponde alla chiamata, allora lei si presenta e spiega la sua situazione per poi passarmi il telefono, chiedendomi di parlare con il dipendente del *Samu Social*. L'uomo dall'altro lato mi chiede chi io sia, così gli spiego che sono un volontario di un'associazione e che sto dando una mano alla donna. L'operatore è un po' restio perché in teoria il servizio è personale, solo che alla fine vince le sue resistenze e mi spiega che Romain Rolland è il nome della via, chiarendo il malinteso e dicendo che avrebbe inviato l'indirizzo preciso con un sms. Quando spiego l'equivoco a Fatima, lei si tranquillizza e mi ringrazia. Così, una volta arrivato il messaggio, io e Berry l'accompagniamo alla fermata della metro più vicina. Lui di cose del genere ne ha viste parecchie, solo che se non ti presenti per tempo alla struttura indicata, quelli cancellano la prenotazione e quel posto torna libero per qualcun altro... ma la cosa peggiore è che ci si ritrova segnalati come inaffidabili e allora si perde la priorità nel servizio di alloggio guadagnata con decine di telefonate.

Ci siamo spostati alla Gare du Nord, tuttavia Berry si scusa dicendo che non ha molto tempo per parlare perché sta aspettando una telefonata da un suo amico, un senegalese che ha conosciuto durante l'appuntamento alla Prefettura. In realtà si erano già visti di sfuggita al Centro di Créteil, solo che allora lui era in gruppo e non avevano avuto modo di parlare. Vive insieme a dei compagni sotto i viadotti nei

pressi dell'ospedale Henri-Mondor, e da qualche notte ci va pure Berry perché si è liberato un posto al coperto. Sono circa una cinquantina e si sono costruiti delle baracche con materiali di fortuna. Lì sta in compagnia e poi si vocifera che presto faranno un'evacuazione da quelle parti, visto che nella zona vivono molti migranti sparsi in piccoli gruppi. Gli chiedo se posso seguirlo per andare a vedere la situazione laggiù e lui acconsente a condizione che gli altri siano d'accordo, così si alza per telefonare a uno dei suoi nuovi compagni, per proporgli la cosa. Dopo poco ritorna verso di me, a quanto pare è tutto a posto e posso accompagnarlo, così ce ne andiamo a prendere la linea 8 della metro per raggiungere il posto. Quando arriviamo, vengo accolto da una decina di persone provenienti principalmente da Guinea, Mali, e Senegal, tutti a Parigi da qualche mese, tutti bloccati sotto quei viadotti. Ci mettiamo intorno a un barile scoperchiato nel quale hanno acceso un fuoco per scaldarsi, visto che il freddo è intenso e lì sotto tira un vento gelido e spietato. Mi passano a turno le proprie attestazioni di domanda d'asilo: quasi tutti sono in procedura Dublino perché ovviamente sono passati dall'Italia prima di arrivare in Francia. Parlo loro del *Cimade* un Centro attivo nella capitale francese che dà assistenza legale a richiedenti asilo la cui domanda è stata respinta in prima istanza dalla commissione giudicante o più in generale li aiuta a compilare la documentazione necessaria per portare a termine la domanda d'asilo. Loro si scambiano il contatto e mi chiedono quante possibilità hanno di essere spostati in procedura normale: ovviamente dipende da se hanno o meno effettuato la domanda d'asilo in Italia, in quel caso la procedura Dublino scatta in automatico attraverso il rilascio del foglio di via, e da quanto tempo sono in Europa. Quasi tutti però, mi dicono che in Italia hanno lasciato solo le impronte e prima di allontanarsi dai loro Centri d'accoglienza. Resto con loro per un'oretta, in cui parliamo delle difficoltà di tirare avanti in strada, sgomitando ogni mattina in fila per le accoglienze di giorno, oppure attaccati al telefono nel tentativo di ottenere un alloggio dal 115. Prima di andare, però, mi fermo a parlare da solo con Berry. Lui è stato messo in procedura Dublino come gli altri, però tanto se lo aspettava quindi confida che all'appuntamento successivo lo mettano in quella normale così da potersela giocare davanti alla commissione dell'OFPPA senza lo spettro di essere respinto in Italia.

Passa una settimana prima del nostro nuovo incontro. Siamo in un bistrot dalle parti della fermata della metro *Republique*. L'ultima volta che ci siamo visti gli avevo proposto di fare un'intervista per inserirla nella mia ricerca. Ce ne stavamo seduti uno di fronte all'altro nel vagone della metro diretti a Créteil. Lui era titubante, chiedendomi alla fine del tempo per riflettere sulla mia proposta, ma dandomi l'impressione di non essere interessato. Per questo sono stato molto sorpreso di ricevere un suo messaggio, in cui mi proponeva di vederci per discutere della cosa. Lo trovo più riposato: da qualche giorno ha ottenuto un alloggio valido fino a marzo del 2018, si tratta di una stanza singola e ne è piuttosto soddisfatto, l'unico problema è che non ha nessuno aiuto per il cibo e quindi fa ancora affidamento sulle

distribuzioni in strada. Senza perdere tempo, mi chiede di parlargli della mia ricerca così da farsi un'idea precisa dei miei interessi. Gliene avevo già parlato quando gli aveva spiegato perché fossi a Parigi a fare volontariato invece di trovarmi un vero lavoro, tuttavia effettivamente non ero mai entrato nel dettaglio della cosa. In pratica, si tratta di comprendere che tipologia di governo della migrazione passa attraverso il Centro umanitario e, soprattutto, che forma di soggetto produce. Gli parlo di soggettività, ossia del modo in cui un individuo si costituisce come attore in un campo sociale attraverso l'azione di regole specifiche, che organizzano le condizioni della sua apparizione. Che effetti produce su un gruppo specifico di persone, i richiedenti asilo/migranti, una certa politica dell'accoglienza? Secondo quale logica essa distribuisce visibilità e dicibilità di un certo fenomeno? Lui dice di aver capito il punto, ma che non gli è ben chiaro il discorso alla base della mia ricerca, tuttavia lo trova interessante e molto importante considerata l'attualità del fenomeno migratorio. Tuttavia mi chiede ancora del tempo per prepararsi all'idea di farsi intervistare, infatti da poco ha incontrato, anzi rincontrato una sua vecchia conoscenza, un giornalista molto famoso in Guinea che come lui si è ritrovato a dover lasciare il Paese a causa di minacce da parte del partito politico al potere. È felice di averlo incontrato a Parigi, perché lui l'ha subito coinvolto nel progetto di stesura di un libro sulla migrazione clandestina proveniente dall'Africa e gli ha chiesto di raccontargli la sua storia come esempio delle sofferenze e dei rischi che comporta un viaggio del genere. Certo, recuperare il passato è doloroso, tuttavia vuole farlo per aiutare molti giovani africani a capire che cosa voglia dire una scelta del genere, riuscendo magari dissuadere molti di loro dall'intraprenderla per le ragioni sbagliate. Quindi è tutto concentrato su questa cosa al momento... Inoltre, teme che visto che la mia ricerca potrebbe circolare in Italia, le autorità italiane possano intraprendere delle azioni contro di lui. Io lo ascolto attentamente e poi gli spiego che si tratta di una semplice tesi magistrale e che comunque non pubblicherei mai la trascrizione dell'intervista senza il suo consenso, ma che tuttavia la sua storia, il nostro incontro, di fatto fa già parte del mio diario di campo e mi ha aiutato molto a comprendere certe dinamiche della situazione a Parigi. Non importa, in fondo lui è preoccupato solo che le sue parole possano arrivare alle autorità italiane o francesi, il fatto che io parli di lui nella ricerca non costituisce un problema. Chiacchieriamo un po'. A quanto pare quasi tutti i ragazzi che ho conosciuto alla fine hanno ottenuto un alloggio dal 115 e ora aspettano di capire come evolverà la loro situazione dal punto di vista legale. Prima di salutarci, mi dice che gli va bene, che è d'accordo nel concedermi l'intervista, purché non venga pubblicata e che la sua storia non passi direttamente attraverso le sue parole, tuttavia vorrebbe rimandarla ad un altro giorno, quando si sentirà meno stanco.

Ci rivediamo verso la fine di ottobre, sempre nel solito bistrot. Al piano terra, l'impianto stereo del locale manda musica a tutto volume, per cui decidiamo di spostarci al piano superiore sperando che l'audio della registrazione non sia troppo disturbato. Berry sta bene, meglio di quando viveva in strada ovviamente. Il lavoro

con il suo amico giornalista procede senza problemi, quindi è soddisfatto di come stiano andando le cose... sebbene ci sia comunque il problema del cibo, che lo costringe a muoversi in giro frequentando gli stessi posti di quando dormiva alla Gare du Nord o a Créteil, ma tanto si tratta di una condizione temporanea che si sbloccherà non appena riceverà la proposta di presa in carico ufficiale da parte dell'OFII. Intanto abbiamo cominciato l'intervista. Il problema agli occhi continua, del resto ce l'ha fin dall'Italia a fasi alterne... Si tratta di una brutta congiuntivite che senza trattamento rischia di trasformarsi in infezione, però ora è sotto controllo. La pelle invece è guarita non appena ha potuto lavarsi regolarmente e servirsi della pomata che gli aveva dato il dottore di MDM. Del resto ha scelto Parigi, proprio nella speranza che nella capitale ci fossero più associazioni in grado di aiutare persone nella sua condizione... e poi anche in Guinea abitava nella capitale, Konakry. Lì si occupava di organizzare eventi di vario genere ed è proprio per questa attività che ha finito per mettersi nei guai con il governo. È una storia complicata, comunque il succo è che ha contribuito all'organizzazione di una manifestazione del partito d'opposizione che è finita male per l'intervento della polizia. Da quel momento in poi si è sentito perseguito e ha cominciato a temere per la sua vita, finché un giorno mentre si trovava in una regione interna poco distante dal confine con il Mali, un suo collaboratore è misteriosamente scomparso e visto che la polizia prendeva tempo invece di intervenire si è spaventato e, d'accordo con la sua famiglia e il suo datore di lavoro, ha passato il confine del Mali diretto a Bamako. Laggiù è sopravvissuto di espedienti facendo vari lavoretti, finché una sua vecchia conoscenza che lavorava in Algeria non gli ha suggerito di raggiungerlo a Ghardaia, dove lavorava per un'azienda chimica gestita da un libico.

Tramite il suo amico è riuscito a mettersi in contatto con un trafficante che da Goa in Mali gli ha organizzato il viaggio fino a Bordj cittadina algerina di confine. Da lì, tramite il trafficante maliano, ha conosciuto un algerino disposto a portarlo a Ghardaia. Il suo amico lo ha ospitato a casa sua presentandolo al suo datore di lavoro, Samir, che subito gli ha offerto un impiego da contabile visto che Berry è andato all'università e se ne intende di gestione aziendale. Poi dopo circa una settimana dal suo arrivo in Algeria, Samir gli propone di accompagnarlo in un viaggio d'affari a Sirte la sua città d'origine dove in quel momento viveva la sua famiglia. Ci vanno in macchina senza incontrare problemi, perché Samir fa parte di un clan libico importante, i *Gadadfa* in passato strettamente legati a Gheddafi. A quel punto la situazione peggiora: dopo qualche giorno dal loro arrivo, Berry viene sorpreso a casa di Samir da un gruppo di uomini armati che cercano il suo padrone di casa. Sono convinti che lui sia una sorta di guardia del corpo, quindi lo minacciano di ucciderlo se non rivela loro la posizione del suo capo. Berry è terrorizzato, ma cerca in tutti i modi di spiegare loro la sua storia, che non può aiutarli a trovare Samir perché il tipo di certo non lo metteva al corrente dei suoi affari. Alla fine, i miliziani se ne convincono anche perché vengono informati che il libico è morto in un agguato

quello stesso giorno. Tuttavia decidono di portarsi dietro Berry per guadagnare dei soldi dal suo riscatto. Lo tengono in un capannone-prigione per due settimane. Ogni giorno lo minacciano di morte se non accetta di contattare la sua famiglia per farsi mandare dei soldi, ma lui tutti i giorni dice loro che non può perché non saprebbe a chi chiederli. Alla fine lo vendono ad un altro gruppo armato e così si ritrova in una prigione ancora più grande, dove però incontra altri guineani che come lui sono finiti vittima della tratta dei migranti. Attraverso di loro, fa la conoscenza di un guineano che vive in Libia e collabora con le milizie facendo da intermediario tra i prigionieri e le famiglie, in modo da gestire il pagamento dei riscatti. È quest'uomo che lo convince a contattare il suo amico in Algeria per farsi mandare dei soldi, anche se Berry non vuole partire, non vuole prendere il mare. Vorrebbe provare a rientrare in Algeria e poi, magari, da lì passare in Tunisia perché quando era a Ghardaia aveva saputo che a Tunisi c'è la Croce Rossa che gestisce dei corridoi umanitari verso l'Europa. Il guineano-intermediario non è d'accordo, se Berry viene rilasciato senza essere messo su un gommone verso l'Italia, non resisterebbe un giorno in quella Libia... finirebbe per essere catturato di nuovo, o ammazzato. I soldi alla fine arrivano, il suo amico paga per la sua libertà, però invece di essere rilasciato si ritrova intrappolato in una casupola vicino al mare, di cui percepisce il suono attraverso le pareti della sua nuova prigione. Dopo una settimana, vengono svegliati di colpo e fatti uscire in direzione della spiaggia. È mattina presto, il sole sta sorgendo. Degli uomini armati li forzano a salire sopra uno Zodiac, un gommone monomotore, insieme ad altre decine di persone. Prova a fare resistenza solo che uno dei suoi carcerieri gli punta il fucile addosso dicendogli di scegliere tra il morire lì, o tentarsela in mare.

Si sistema a bordo, ma lì non ci vuole stare, sta male, comincia ad avere le vertigini poco dopo la partenza e sente di dover vomitare. Gli altri passeggeri se ne accorgono. A bordo c'è un gruppo nigeriani piuttosto grosso, rappresentano il gruppo maggioritario e cominciano a innervosirsi perché Berry si è fatto prendere dal panico. Deve smetterla, se non la finisce di agitarsi quelli lo buttano in mare, sul gommone c'è poco spazio e lui deve stare buono. Ma lui non ci riesce, sta sempre peggio e alla fine vomita. Allora alcuni di loro lo afferrano e lo gettano fuori bordo. Va sotto, sprofonda, ma non si lascia morire, anzi comincia a nuotare verso la lancia dei trafficanti che segue il gommone a distanza per assicurarsi che la guardia costiera libica non cerchi di fermare il viaggio, mentre sono ancora in acque territoriali della Libia. Qualcuno lo tira su, lo aiuta a salire a bordo. Lui fa fatica a parlare, ma comincia comunque a spiegare perché lo hanno buttato di sotto. Intanto un altro gommone carico di migranti sta passando vicino alla lancia. I trafficanti lo affiancano e dicono a Berry di saltare su. Lui esegue l'ordine senza pensare e si tranquillizza quando scopre che a bordo ci sono altri guineani come lui, che invece di essere ostili decidono di aiutarlo. Dopo un giorno di viaggio arrivano a ridosso di una piattaforma petrolifera. Il motore li ha abbandonati e il gommone ha cominciato a imbarcare acqua. Gridano disperati cercando di attirare l'attenzione delle persone della

piattaforma. Questi sulle prime si rifiutano di aiutarli, dicendo che non sono lì per questo, poi visto che la barca aveva cominciato ad affondare davvero, li raggiungono con una piccola lancia iniziando i primi soccorsi. Dopo qualche ora arriva la nave di *SOS Mediterranée*. A bordo gli danno delle coperte e del cibo, permettendo loro di riposarsi. La nave attracca al porto di Pozzallo. Lì le autorità italiane li fanno sbarcare e prendono le loro impronte prima di trasferirli in un Centro d'accoglienza d'urgenza. Ci resta cinque giorni prima di essere trasferito al Cara di Mineo. Durante questo periodo aveva cominciato a frequentare dei corsi d'italiano e aveva fatto amicizia con degli operatori sociali. Tutto sommato era stato fortunato. Poi però, arrivato al Cara si era trovato in una situazione completamente diversa. Lì lo avevano alloggiato in un'area comune perché tutti i dormitori erano pieni. All'inizio gli avevano detto che era temporanea solo che dopo una settimana in quelle condizioni gli sembrava di impazzire. Non ce la faceva, aveva bisogno di riposare, di riprendersi, ma lì era impossibile. Tanto valeva andare via. In più al Centro non facevano corsi di lingua e lui cominciava a sentirsi inutile, come sospeso. Alla fine aveva fatto amicizia con un ragazzo maliano che viveva in un appartamento di un'associazione a Catania. È stato lui a proporgli di andare in Francia, perché lì le cose andavano meglio che in Italia e poi entrambi conoscevano il francese, anche se il ragazzo maliano gli confessa subito di non essere troppo pratico con quella lingua. Tuttavia conosce un tipo a Milano che con duecento euro ti fa arrivare a Antibes, in Francia. Berry vuole partire, meglio che restare al Cara e poi conosce la lingua ed è sicuro che sarà più facile integrarsi e trovare un lavoro, una volta ottenuti i documenti. Poi la sua storia è vera, lui è un vero rifugiato non come quelli che vengono in Europa per i soldi. Lui ci è finito in quella situazione, non aveva altra scelta.

Rivende la scheda telefonica che gli hanno dato al Centro, il telefono che si era procurato e i buoni alimentari. Con quello che è riuscito a mettere da parte arriva a Catania, dove becca il suo amico, così da cominciare il viaggio verso Roma. Ci arrivano in Flixbus, perché in genere non ci sono controlli e costa meno del treno. Dopo quasi un giorno si ritrovano a Roma Tiburtina. A quel punto decidono di riposarsi in attesa di prendere il bus successivo per Milano. Lì cominciano ad avere i primi problemi perché senza telefono non riescono a contattare il contatto per il passaggio fino in Francia. Alla fine, risolvono chiedendo in giro ai passanti la possibilità di fare una chiamata. Il tipo non si fa attendere e con un po' di difficoltà riesce a trovarli. L'accordo è semplice: loro devono arrivare a Ventimiglia e poi contattare l'uomo che gestisce gli spostamenti verso la Francia, che a sua volta li metterà in contatto con l'autista che gli indicherà il punto di ritrovo. Per raggiungere la cittadina italiana di confine, prendono un treno anche se rischioso perché potrebbero essere fermati dalla polizia e rinchiusi chissà dove, prima di essere rispediti in Sicilia. Tuttavia non hanno scelta se vogliono provare ad entrare in Francia in giornata. Alla stazione di Ventimiglia riescono a chiamare il contatto, che procura loro due posti in uno dei trasferimenti del pomeriggio. In macchina sono in

cinque, Berry, il suo amico, più altri tre passeggeri. L'autista li fa entrare dopo averli chiamati per nome, poi una volta in macchina chiede loro i soldi prima di partire. L'uomo sa il fatto suo, visto che il tragitto procede senza intoppi, anche se a furia di prendere strade secondarie finiscono per arrivare a Antibes verso sera. Lì vengono scaricati in tutta fretta ai margini della città, prima che la macchina faccia inversione per tornare in Italia. Il loro obiettivo è Parigi, ma per arrivarci devono per forza passare per Marsiglia, così senza perdere tempo vanno a prendere il primo treno per la città.

Quando arrivano ormai ha fatto buio. Hanno fame, non fanno un pasto decente da quando hanno lasciato la Sicilia, ma soprattutto non hanno un euro in tasca né tanto meno la minima idea di dove andare. Cominciano a vagare per la città, immersi nel flusso di persone che la popola quotidianamente e alla fine si convincono ad entrare in un pub che capiscono essere frequentato da altri africani. Il posto è stracolmo perché quella sera danno *Lione-Paris Saint Germain* alla tv. Loro si guardano intorno per trovare qualche volto amichevole da importunare e alla fine scelgono un tavolo dove sono seduti dei ragazzi, che dall'accento capiscono essere guineani. Questi ascoltano la loro storia e poi li invitano a sedere con loro. Non possono ospitarli per quella notte perché sono tutti studenti e vivono in un dormitorio, però si offrono di fare una colletta per pagargli un pasto caldo e dei biglietti del Bus. Finita la partita, li accompagnano all'autostazione dove li salutano e augurano loro buona fortuna. Una volta a Parigi, il suo amico contatta un suo cugino alla lontana che è arrivato in città per chiedere asilo qualche mese prima. Lui consiglia loro di spostarsi a *Porte de la Chapelle*, perché lì c'è il Centro umanitario e tante associazioni che lavorano con i rifugiati... il resto della storia la conosco.

C'è un ricordo, una metafora che ha usato una volta un suo professore all'università durante la prima lezione del suo corso. Aveva aspettato di avere l'attenzione di tutti, poi si era girato verso la lavagna e aveva cominciato a disegnare. C'erano due uomini stilizzati. Il primo aveva la pancia enorme e la testa piccolissima. Erano loro, gli studenti del primo anno, appena usciti dalla casa dei genitori, ingenui, senza esperienza. Il secondo aveva le parti del corpo equilibrate. Si trattava della vita. La fatica, il dolore, lo studio li avevano reso più saggi, più esperti. Per questo vuole aiutare quel giornalista a scrivere quel libro sulla migrazione clandestina. Lui ha sofferto, ha visto tante cose orribili, inumane, che vanno raccontate. Quello che sta succedendo in Libia, la vendita degli esseri umani, i morti nel deserto, nelle prigioni, nel mediterraneo. Bisogna dire tutto. Mi mostra delle foto che altri migranti come lui hanno condiviso su un gruppo Facebook di cui fa parte. Ci sono uomini incatenati, pestati a sangue, con volti lividi e gonfi, imbrattati di sangue. Stipati in spazi angusti come animali, appesi per i polsi a dei ganci attaccati al soffitto. Adagiati gli uni sugli altri, fino a formare una pila di morte.

Corpi vulnerabili, corpi spettrali

Berry ha impiegato quasi un mese per ottenere una forma di assistenza materiale, mentre cercava di portare avanti la procedura per la domanda d'asilo. A differenza del parente del suo amico che lo aveva indirizzato verso il Centro di Porte de la Chapelle, lì lui non è riuscito a trovare nessuna forma di aiuto diretto da parte della struttura, che nel mese di ottobre 2017 aveva completamente cambiato le sue modalità di accesso per i migranti maschi adulti, e irrigidito i criteri di eleggibilità per i soggetti definiti a rischio. La trasformazione della struttura di fatto è stata la principale motivazione che ha spinto Utopia56 ad abbandonare la collaborazione con Emmaüs, terminata ufficialmente poi nel novembre dello stesso anno. La vulnerabilità medica, un tempo sufficiente per essere almeno inseriti nelle liste d'accesso d'urgenza, stilate dai membri dell'équipe extérieur di Utopia56 di concerto con i dipendenti di Emmaüs, aveva smesso di essere determinante per ottenere un alloggio nel Centro, subordinando di fatto l'ingresso alle operazioni di sgombero degli accampamenti dei migranti tra le strade della capitale. Il corpo rappresentava certamente la superficie d'iscrizione delle relazioni di potere, che intersecavano i migranti e i vari dispositivi preposti alla gestione della popolazione migrante presente a Parigi, tuttavia in gioco non c'era la semplice materia vivente. Insistendo infatti sulla vulnerabilità e l'emergenza, il Centro dispiegava pratiche di governo che agivano sui corpi dei migranti in modo polarizzante, poiché assicuravano all'accesso all'assistenza unicamente mediante l'individuazione di singolarità, come una patologia medica, che costituivano veri e propri indici di riconoscibilità.

Berry si trascinava dietro una infezione agli occhi che di fatto era diventata la leva attraverso cui tentava di innescare un processo di soggettivizzazione capace di dotarlo del profilo richiesto dai dispositivi d'accoglienza. Nel campo politico in cui cercava di far valere il suo riconoscimento, la sua corporeità passava tutta attraverso quel fuoco di potere costituito dai suoi occhi. Tuttavia, tutto ciò non è bastato e il Centro come spazio di riconoscimento, sorta di punto luminoso che buca il piano silenzioso della strada, restava per lui inaccessibile. È a quel punto che comincia a rivolgersi al numero verde del Samu Social, che si occupa di fornire alloggi d'urgenza a persone in situazione di grave vulnerabilità economico-sociale. Con la prima chiamata in genere si apre un dossier all'interno del database del servizio, che a quel punto inserisce il richiedente in delle liste d'attesa, posizionandovi il soggetto in base a criteri di vulnerabilità che si fondano sulla sua condizione medica e sul suo profilo sociale. Per Berry era fondamentale chiamare tutti i giorni il 115, sia per provare ad ottenere un posto per la notte, sia per tenere in vita il suo dossier, così da rimarcare il suo costante bisogno d'assistenza nella speranza che questo fosse sufficiente a fargli scalare la graduatoria per un alloggio d'urgenza. Questo meccanismo era talmente pervasivo che anche quando parlava di consultare uno psicologo per essere aiutato a gestire gli strascichi del suo passato recente, sperava

che il terapeuta potesse in un qualche modo facilitare la sua ricerca di un alloggio, togliendolo dalla precarietà della strada.

Analizzando gli effetti di un governo bio-politico della migrazione sulle pratiche di riconoscimento dello statuto di rifugiato da parte delle istituzioni francesi, Didier Fassin evidenzia come il permesso di soggiorno per ragioni umanitarie sia il prodotto di una politicizzazione della medicina, che di fatto lega la legittimazione giuridica a quella medica¹⁷. L'emergere del concetto di bio-legittimità sarebbe dunque il risultato di due processi storici interconnessi: da un lato la costante diminuzione dei permessi di soggiorno per motivi lavorativi a partire dalla crisi economica degli anni '70; dall'altro la costruzione di un clima di sospetto nei confronti dei potenziali richiedenti asilo, la cui biografie sono diventate oggetto di indagini volte all'ottenimento di prove oggettive in grado di convalidarle¹⁸. L'individuazione della bio-legittimità costituisce certamente un tassello importante per comprendere le politiche di controllo della migrazione e di selezione degli individui in un campo politico, tuttavia restano da analizzare la serie di pratiche che portano alla configurazione di un certo tipo di corporeità come superficie d'indagine privilegiata dei processi di riconoscimento.

Una società, ad esempio, non viene definita dalle forze produttive e dall'ideologia, quanto piuttosto dai suoi "aggregati" e dai suoi "verdetti". Gli aggregati sono le mescolanze dei corpi praticate, conosciute, permesse (ci sono mescolanze di corpi proibite, quale l'incesto). I verdetti sono gli enunciati collettivi, ossia le trasformazioni incorporee, istantanee, che hanno luogo nella società (ad esempio, "a partire da questo istante, tu non sei più un bambino").¹⁹

Forse a questo punto posso provare a completare la citazione da cui siamo partiti aggiungendo un concetto che è ritornato costantemente in questa trattazione, quello di vulnerabilità. L'indicazione da manuale delle istituzioni preposte all'accoglienza nel contesto francese diventerebbe allora: "Come farsi un corpo vulnerabile". Il processo è reso possibile dalla serie di tecnologie di governo impiegate per la gestione dei flussi migratori e dunque in prima istanza da una disseminazione dei confini. In questo senso la bio-legittimità rappresenta un verdetto emanato da un assemblaggio di dispositivi di potere, che sanciscono una trasformazione repentina: "da questo momento in poi, tu sei un rifugiato per ragioni politiche, umanitarie...". L'emissione di questo verdetto, corrisponde alla configurazione di una certa superficie politico-sociale, il corpo, entro cui il verdetto raccoglie il mormorio di un discorso impersonale, la cui assunzione da parte di un io – quello migrante, in questo caso – rappresenta un mero evento contingente. – Io sono

¹⁷ Fassin 2012, pp.112-115.

¹⁸ Fassin, Rechtman 2009, pp. 226-228.

¹⁹ Deleuze 2010, p. 42.

un vero rifugiato, ripeteva Berry in continuazione. “Io non sono come quelli che vengono qui per i motivi sbagliati, perché magari pensano di fare soldi facili”. La sua odissea urbana in attesa di un semplice accesso ad una prima forma di assistenza materiale (alloggio, pasti caldi) si configurava come un errore necessario da parte del sistema d'accoglienza. Spesso, infatti, definiva pigri o ottusi i migranti/richiedenti asilo provenienti da Afghanistan o da Paesi africani non francofoni, poiché a detta sua non si impegnavano a sufficienza per ottenere un'aiuto da parte delle istituzioni francesi. Loro non studiavano, non cercavano di capire i meccanismi del posto in cui si trovavano. La loro passività rappresentava per lui una prova della loro “falsa coscienza” da rifugiati. A differenza loro, Berry cercava di innescare il processo di riconoscimento del Glidispositivo di accoglienza, facendo ricorso alla materia a sua disposizione, ossia agli organi di cui si compone l'aggregato tenuto insieme dai verdetti del sistema di accoglienza francese e. più in generale, europeo. Gli organi in questo senso rappresentano un ibrido di sostanza biologica – un paio di occhi malati, le ferite del corpo offeso dalla prigionia libica, le tracce traumatiche che lo infestano – e supporti sociali, come i certificati medici, o la serie di documentazioni in cui veniva racchiusa la sua storia. L'incorporazione allora diventa un processo di assemblaggio, di concatenamento, di protesi che organizzano una soggettività in un campo politico-sociale. Farsi un corpo, dunque, è l'imperativo che anima tutta una serie di dispositivi di potere, che dispiegano meccanismi di produzione sociale che avvilluppano l'insieme dei tratti che costituiscono un individuo. Per un migrante/richiedente asilo si tratta di un processo complesso, spesso infruttuoso, perché la macchina politica europea spesso consuma la loro forza vitale nel tentativo di affermare il suo diritto sovrano di emanare verdetti e produrre aggregati legittimi. Coloro che non riescono a prodursi un corpo, vengono rilegati nella «notte» infame, ossia priva di fama, della gloria del riconoscimento collettivo, poiché «il fascio di luce» emanato dai dispositivi di potere non li ha mai avvolti, ed essi si consegnano alle istituzioni che dovrebbero accoglierli unicamente sotto forma di cadaveri anonimi, ripescati dal fondo del mare; o sottratti al ghiaccio di un valico di montagna dall'arrivo della primavera²⁰.

Come dimostra la storia di Berry, i flussi migratori illegali si configurano seguendo itinerari che forano la maglia dei controlli istituiti da autorità nazionali e sovranazionali. Berry è riuscito a valicare il confine fisico tra Italia e Francia, pagando cento euro, allo stesso risultato, sebbene con strategie diverse, sono arrivate decine di persone che ho conosciuto tra le strade di Porte de la Chapelle. Fin dal 2016, lo stato francese ha provato a prendere delle contromisure a questo fenomeno, attraverso la reintroduzione dei controlli ai valichi frontalieri e all'utilizzo di ronde della polizia nei dipartimenti di confine in modo da individuare e arrestare gruppi di

²⁰ Cfr. Foucault, 2017b.

migranti intenti ad entrare in territorio francese²¹. Tutto questo finisce per spingere i migranti a trovare le soluzioni più disparate per celare la propria presenza materiale, le tracce del proprio percorso migratorio all'interno dello spazio europeo, così da non venire catturati all'interno dell'azioni dei dispositivi, come quello poliziesco, incaricati di rendere efficace un certo regime di mobilità escludendo sistematicamente da questa possibilità sociale la moltitudine di individui che ne viola il codice²²:

“L'esistenza di un migrante è improntata alla precarietà, all'imprevedibilità e all'erranza. La sua vita è costellata di interruzioni drastiche e improvvise: l'arresto, la deportazione, o anche un'opportunità imprevista di proseguire il viaggio. I migranti spariscono senza lasciare traccia.”²³

Le parole di Shahram Khosravi mostrano chiaramente come il rapporto tra il migrante irregolare e i dispositivi di controllo della migrazione sia caratterizzato da un corpo a corpo costante, in cui il primo cerca di sottrarsi a tutte le pratiche di cattura messe in campo da istituzioni nazionali e sovranazionali con l'obiettivo di disseminare i confini. L'anomalia costituita dalla migrazione illegale, infatti, mette in discussione uno delle aree d'intervento principale dello Stato moderno: il controllo della circolazione. Sebbene Michel Foucault non abbia mai affrontato direttamente l'analisi dei processi migratori, nelle sue ricerche intorno ai processi di «statizzazione» ha evidenziato come tra il XVII e il XVIII secolo in Europa il controllo della circolazione attraverso la creazione di dispositivi di sicurezza abbia costituito uno dei primi fuochi d'interesse della nascente scienza dello Stato²⁴. Questa infatti aveva come obiettivo quello di comprendere in che modo incrementare le forze produttive all'interno della popolazione in modo da accrescere il potenziale politico dello Stato stesso, tanto internamente, quanto nel rapporto con altri Stati. Le analisi statistiche sulla natalità, le politiche economiche, l'impiego della medicina come tecnologia sociale diventano allora tecnologie di governo improntate alla comprensione e alla selezione degli aggregati ammissibili all'interno di una certa griglia di conoscenza. Bisognava dunque controllare la circolazione delle merci, dei fluidi e delle persone, in modo da governare gli scambi possibili orientandoli attraverso un governo che avesse come fine la salvezza della società per il tramite del potenziamento delle istituzioni statali. Questa razionalità di governo però non agisce unicamente in modo repressivo, ossia escludendo coloro che vengono considerati

²¹ Amnesty international 2017.

²² Per regime di mobilità faccio riferimento a ciò che Nina Glick Shiller e Noel Salazar definiscono come la combinazione delle politiche migratorie di singoli stati e assemblaggi sovranazionali con la governamentalità incorporata nelle categorie culturali incorporate. Cfr. Shiller, Salazar 2013.

²³ Khosravi 2019, p. 125.

²⁴ Foucault 2017c, pp. 24-29.

delle minacce per l'ordine sociale, al contrario si regge sul costante impiego di metodi positivi di controllo e produzione di soggettività integrabili.

I migranti, i folli, i criminali, costituiscono delle anomalie per un sistema politico, che tuttavia fonda la propria razionalità di governo proprio sulla loro gestione e ri-codifica. In questo senso la creatività di ogni sistema di potere passa proprio attraverso queste eccezioni, che mettono in crisi un certo ordine di governo innescando la sua trasformazione. La rapida diffusione e implementazione delle tecnologie biometriche all'interno delle pratiche di governo alla base dei regimi di mobilità contemporanei rappresenta in effetti una risposta di ordine sistemico all'aggravarsi di quello che le istituzioni tematizzano come problema politico e sociale, il controllo della popolazione. Le pratiche biometriche sono nate all'interno del campo del sapere della criminologia, che a partire dal XIX secolo cerca di rispondere alla necessità sociale di fornire una mappatura accurata degli individui considerati pericoli per la società²⁵. Si trattava di raccogliere delle tracce, dei segni, capaci di permettere l'identificazione di criminali riconosciuti o potenziali in modo da permettere alle forze dell'ordine una sorveglianza costante delle loro condotte sociali. In sostanza la biometria consentiva la riconoscibilità dei soggetti attraverso la raccolta e l'archiviazione di impronte digitali e foto segnaletiche, che costituivano i significanti a cui ancorare delle identità personali. Marc Maguire ha inoltre evidenziato come l'implementazione dei sistemi biometrici sia stato accelerato dallo sviluppo delle tecnologie informatiche, rendendo la biometria uno strumento particolarmente efficace nel controllo della migrazione cosiddetta illegale, che a partire dagli anni '80 del novecento ha costituito il campo di applicazione privilegiato di questa tecnologia di potere²⁶. In questo modo, la potenzialità selettiva dei confini fisici, veniva preservata attraverso una smaterializzazione dell'esclusione attraverso le pratiche di identificazione. Un database come l'Eurodac, ad esempio, permette alle autorità dei singoli Stati europei di risalire all'identità dei migranti presenti sui loro territori nel momento del rilevamento della loro presenza, rendendo di fatto il doppio elettronico degli individui codificati un oggetto di sapere ubiquo, la cui mobilità è garantita dall'istantanea reperibilità dei dossier personali attraverso i server di stoccaggio dati. Il paradosso dunque del regime di mobilità europeo è che se da un lato cerca di limitare quanto più possibile gli spostamenti degli individui considerati irregolari, allo stesso tempo garantisce la piena circolazione della loro controparte informatica attraverso l'integrazione dei database. La ricerca di Giuseppe Campese sull'agenzia Frontex dimostra in effetti come al centro del processo di costituzione dello spazio europeo fosse inclusa, sin da subito, la relazione tra libertà di circolazione e sicurezza, che nei fatti ha prodotto il proliferare di norme e regolamenti sovranazionali tesi all'individuazione attraverso un processo di esclusione di quei

²⁵ Maguire 2009, pp. 10-11.

²⁶ Ivi, pp. 13-14.

soggetti la cui possibilità di movimento andava sorvegliata, per consentire la libera circolazione della popolazione legittima²⁷.

Il corpo reale può dunque anche scomparire, diventare invisibile durante gli spostamenti all'interno dello spazio europeo, tuttavia la sua visibilità resterà comunque garantita dal sistema di sorveglianza informatico, così quando il primo riapparirà all'interno di un dispositivo di accoglienza in un paese diverso da quello d'arrivo, sarà immediatamente identificabile e dunque ri-localizzabile altrove. La presa infinita delle istituzioni statali si esercita quindi sulle identità biometriche espropriate agli individui che in questo modo vengono catalogati e posizionati secondo le regole alla base del regime di mobilità. Berry si offre allo sguardo dei dispositivi d'accoglienza perché non può fare altrimenti se vuole arrivare ad esercitare una presenza reale all'interno di quel campo politico. Per farlo deve passare attraverso alla tematizzazione imposta a al suo corpo vissuto²⁸. Avere fame, avere freddo, provare dolore per una malattia che segna il proprio corpo giorno dopo giorno, rappresentano quei dati naturali, biologici, su cui il potere politico fa leva per esercitare il proprio controllo. Sono le intensità che adopera come emblemi della sua forza, della sua capacità di modellare la corporeità come superficie d'iscrizione del gioco sociale, teso alla costruzione di soggetti legittimi. Si tratta di un crudele circolo vizioso poiché proprio la governamentalità al cuore del regime di mobilità europeo che produce la precarizzazione dell'esistenza dei migranti come forma di disciplinamento e di punizione, poi li affranca da tale condizione riconoscendo il marchio della sofferenza che essa stessa ha imposto.

L'elaborazione del corpo vulnerabile passa dunque attraverso l'esercizio di potere da parte dei dispositivi di potere presenti nella capitale francese, che codificano la presenza dei migranti irregolari. Questo processo permette alla loro presenza di acquisire gradienti di visibilità e di articolarsi attraverso i discorsi che riproducono le categorie della malattia e del dolore. Tuttavia questo processo di soggettivazione opera attraverso la costante traduzione del corpo vissuto in un insieme di dati biometrici che formano il vero referente delle pratiche di gestione e controllo della migrazione. Sui dossier, sulle loro regole di composizione i migranti hanno poca se non alcuna voce in capitolo. Nell'esempio riportato nel frammento di diario di campo del 9/11/2017, Abdul portava con sé una versione cartacea del suo fascicolo: scritta in francese, lingua che non conosce, per lui resta un artefatto estraneo che consegna nelle mie mani sperando di ottenere un qualche aiuto. Tuttavia

²⁷ Campesi 2015, pp. 95

²⁸ La nozione di corpo vissuto è stata introdotta da Merleau-Ponty nella "fenomenologia della percezione" per rendere conto delle invarianti trans-culturali che condizionano il campo percettivo umano. Tuttavia in questa sede mi concentro sulla rilettura di questo concetto fatta da Michel Foucault, che, secondo Dreyfus e Rabinow, ha cercato di avviare all'eccessiva generalità di questa nozione attraverso lo studio delle specificità storiche che modellano il corpo fisico. Dreyfus, Rabinow 1989, pp. 136-137.

al suo interno il suo caso è già deciso, la sua domanda d'asilo è stata respinta e lui non può ricevere nessuna forma d'assistenza da parte del Centro, né tanto meno dai medici di MSF che per lui riescono solo a trovare un posto in una clinica per qualche giorno.

Interrogandosi sulla nozione di dispositivo introdotta da Michel Foucault, Giorgio Agamben definisce come «dispositivo letteralmente qualunque cosa abbia in qualche modo la capacità di catturare, orientare, determinare, intercettare, modellare, controllare e assicurare i gesti, le condotte, le opinioni e i discorsi degli esseri viventi»²⁹. Per il filosofo italiano, i dispositivi assolvono ad una funzione economica ossia governano gli individui in modo da guidarli verso ciò che in una società è tematizzato come bene. Da qui l'effetto di soggettivizzazione innescato dalla relazione tra individui e dispositivi. Tuttavia, Agamben ritiene che la caratteristica dei dispositivi prodotti nell'attuale fase del capitalismo sia quella di innescare processi di de-soggettivizzazione, ossia meccanismi che anziché portare ad una trasformazione dell'individuo verso un nuovo stato, lo catturano e lo confinano all'interno del dispositivo stesso, lasciandolo in «una forma larvata e, per così dire, spettrale»³⁰.

Con il concetto di de-soggettivazione posso aggiungere il tassello conclusivo di questa trattazione, cercando di tirare le file dell'analisi delle relazioni di potere che avviluppano il corpo dei migranti. La forma spettrale delineata da Agamben, infatti, incrocia quella sviluppata da Jacques Derrida in "Spettri di Marx". Il filosofo francese parte dall'invocazione presente all'inizio del "Manifesto" di Marx e Engels – «Uno spettro si aggira per l'Europa – lo spettro del comunismo»³¹ – per spiegare come il concetto hegeliano di spirito del tempo sia stato di fatto espropriato della sua attualizzazione storica, ritornando sotto le vesti del fantasma che infesta la politica contemporanea³². Il momento spettrale del resto parte proprio da una disarticolazione del tempo, dallo scarto che spinge le forze sociali a intraprendere un percorso di redenzione per riassetare ciò che è *out of joint*³³. Di fatto il fallimento del *telos* rivoluzionario apre ad una crisi del futuro, percepito come fenomenologicamente come protensione contenuta nel presente storico, per questo il Marx di Derrida parla attraverso l'Amleto di Shakespeare e dichiara che il tempo è dissestato. Ora secondo Derrida(-Marx) è il capitalismo a produrre gli spettri, poiché attraverso di essi riesce a riprodurre e a preservare lo stato di dominio che lo caratterizza: la rivoluzione, non a caso, rappresentava un momento di rottura preparato dalla critica demistificante marxista. Tuttavia questo dubbio materialista non è tanto rivolto contro le ideologie: il Marx che ha in mente Derrida è quello della parte finale del I capitolo del Capitale, dove il filosofo tedesco affronta il tema del feticismo della merce. Derrida compie

²⁹ Agamben 2006, pp. 21-21.

³⁰ Ivi, pp. 30-31.

³¹ Marx, Engels 1980, p.53.

³² Derrida 2015, p. 159.

³³ Ivi, pp. 27-28.

una rilettura fenomenologica del testo di Marx, concentrandosi in particolare sull'effetto sensibile insensibile della merce, ossia sull'*escamotage* sociale che sostituisce al valore d'uso di un oggetto, il suo valore di scambio³⁴. Per cui il famoso tavolo marxista risulta ammantato da una fantasmagoria che lo riveste di rapporti sociali e culturali.

Ora il momento spettrale del corpo del migrante si verifica nel momento stesso in cui viene codificato all'interno di dispositivi di potere elaborati per la sua organizzazione. Il corpo si traduce in una protesi informatica, la cui comparsa innesca la sparizione del primo: questa carne spettrale ossessiona l'individuo espropriato della sua presenza, della sua forza sociale, costringendolo ad adoperarsi per riallinearsi con essa, per compiere una sorta di incorporazione paradossale.

Conclusioni

15/10/17 – Creneaux

Me ne sto sul marciapiede che costeggia il Centro. Davanti al viale c'è solo qualche sparuto gruppo di persone a chiacchierare sotto gli occhi della polizia, che ha una camionetta parcheggiata proprio davanti la struttura, con due militari armati di fucile fermi all'incrocio tra boulevard Ney e Rue de la Chapelle. Sto aspettando Giuly, una volontaria di Utopia56 che come me fa parte dell'*equipe extérieure*. Quando arriva mi chiede di aggiornarla sulla situazione, visto che sono lì dall'orario di apertura. Non è successo praticamente niente: verso le 8:00 si è formato un gruppetto di migranti davanti le transenne poste all'imbocco del viale di accesso al Centro, nella speranza di fermare qualcuno di Emmaus per sapere se quel giorno avessero intenzione di distribuire dei Rendez-vous. Tuttavia la polizia era arrivata poco dopo per disperderli. Le propongo di fare un giro dalla parte di *creneux*, ossia dei mezzanini costituiti dall'intersezione tra i pilastri di sostegno del viadotto della *periferique* e il piano rialzato della strada. Lei acconsente e quindi risaliamo avenue Wilson verso la Banlieu di Saint Denis. In corrispondenza del grande spiazzo coperto dalla strada sopraelevata dove un tempo sorgevano gli accampamenti sgomberati durante l'ultima evacuazione, risaliamo la superficie di cemento che forma la base dei pilastri della *periferique*. Incontriamo subito le tracce della presenza di persone accampate in quella zona. Ci sono materassi logori, vestiti consumati, resti degli imballaggi di plastica e carta in cui vengono distribuiti i pasti la sera. Sul punto più vicino alla struttura del viadotto troviamo delle persone stese su dei giacigli di fortuna. Qualcuno dorme, mentre altri fumano e parlano a bassa voce tra di loro.

³⁴ Ivi, pp. 119-204.

Riconosco Akhmed, un ragazzo somalo che avevo incrociato più di una volta durante i turni di notte. Lui e i suoi pochi compagni si sono spostati lì perché il parcheggio lungo avenue Wilson dove vivevano con altre centinaia di migranti come loro è diventato inaccessibile dopo l'evacuazione di qualche settimana fa. I bus allora si erano limitati a prendere un centinaio di migranti, quelli tagliati fuori erano stati dispersi dalla polizia che non voleva che occupassero quella zona. Allora lui e qualche altro amico si sono spostati lì, perché è l'unico posto dove possono stare tranquilli e cercare di riposare, anche se l'ambiente fa schifo perché è sporco e l'aria è cattiva per via dei gas delle macchine. Tanto non saprebbero dove andare comunque, quelli che hanno cominciato a dormire dalle parti del canale di Saint Martin o a Jaurès hanno delle tende e delle coperte: loro invece hanno perso tutto il giorno dell'evacuazione perché la polizia li ha obbligati a lasciare tutto nel parcheggio in modo che la nettezza urbana se ne liberasse.

Mentre cominciamo a fare la conoscenza dei suoi compagni, un uomo cerca di attirare la nostra attenzione gridando mentre si arrampica verso di noi. Cammina lentamente, trascinandosi la gamba sinistra. Una volta salito si rivolge ad uno dei compagni di Akhmed chiedendogli una sigaretta. È magrissimo, con il volto emaciato e gli occhi scavati dalla stanchezza. Quando comincia a fumare mi fa cenno di fargli posto sul materasso così da permettergli di sedersi a fianco a me. Ali non ricorda più da quanto tempo è in Francia, sa solo che è un posto di merda, che non ha fatto altro che perdere tempo, che i francesi sono dei bastardi. Gli serve un avvocato, gli hanno detto di parlare con un legale perché ha ricevuto il documento che obbliga gli stranieri presenti sul territorio francese a lasciare il Paese. Gli dico di rivolgersi al *Cimade*, che posso fornirgli i contatti dello sportello legale, ma che deve fare presto perché nel migliore dei casi ha 30 giorni per depositare la contestazione. Lui mi fissa sbarrando gli occhi. Non importa, ormai è fatta. Il documento l'ha ricevuto più di un mese fa. Si tiene il capo nella mano destra, che mi rendo conto essere coperta da una fasciatura annerita. Quando gli chiedo se ha bisogno di un medico, lui senza rispondere comincia a sciogliere la garza, perché devo assolutamente vedere quello che gli hanno fatto. La mano è gonfia e gli manca la falange del dito indice. La ferita è incrostata di sangue rappreso, come se avesse cercato di riaprire i punti di sutura tanto che c'è ancora del pus. Gli fa male ma non gli importa: lui in ospedale non vuole tornare, perché sono stati loro a fargliela e poi a buttarlo fuori. Non sa di quale struttura si trattasse, lui non parla francese e lì non c'era nessuno che parlasse la sua lingua. Ce lo hanno portato in ospedale, dopo che era svenuto per via della febbre alta mentre dormiva in strada. Una sera si era addormentato con un taglio al dito e durante la notte si era svegliato di colpo dopo che qualcosa lo aveva morso... molto probabilmente un ratto. Mentre provo a convincerlo a farsi vedere di nuovo da un medico, finisce di fumare e si alza in piedi per andare via, così lo guardo discendere verso la strada scomparendo lungo avenue Wilson. Quando chiedo ad Akhmed se lo

conosca, lui mi dice di non farci caso, che Ali è andato, ha perso la testa. Del resto succede a molti a fare quella vita.

«Io sono un fantasma»

Ali non l'ho più rivisto. Di lui non saputo più nulla. Il nostro incontro è durato meno di un quarto d'ora eppure non ho fatto altro che rileggere quel frammento di diario di campo, cercando di ricostruire l'intensità di quella sequenza. Abdul invece l'ho incrociato altre volte tra quelle strade, prima di vederlo sparire. Si aggirava sempre silenzioso e solitario, con quel plico di documenti che raccoglievano tutti quei verdetti sulla sua vita, sulla sua esperienza come richiedente asilo. La vulnerabilità costituiva quel dispositivo performativo attraverso cui il sistema di governo che agiva sulla popolazione migrante presente tra le strade della capitale francese, esercitava una cattura costante. In quanto dispositivo costituiva uno snodo delle linee di forza attualizzate da quel particolare sistema di potere alla base del regime di controllo della mobilità. Il corpo allora diveniva quella superficie politica sociale, costantemente attraversata da dei processi di fabbricazione, di configurazione, che consentivano ad un individuo di emergere come soggetto legittimo, capace dunque di entrare nel gioco del riconoscimento.

La storia di Berry è costituita da un continuo movimento di esposizione, dal tentativo di incrocio dei meccanismi di potere attraverso i quali accedere alla manifestazione dell'evento della sua presenza. Michel Foucault ha definito l'intensità delle vite degli uomini infami, da lui scovate negli archivi della *Bibliothèque Nationale*, come il frutto dell'incontro tra individuo e potere. Che in questo senso, diveniva una sorta di luce, popolata dal mormorio dei suoi enunciati, dei suoi verdetti³⁵. Un dispositivo di potere spinge gli individui a palesarsi attraverso gradienti di luce e parole che trovano disseminati nel loro mondo fenomenico, che in questo modo può dirsi storico. L'intensità di una vita allora si rivela come frammento del discorso che ne permette l'espressione, secondo regole e stratagemmi, che in fin dei conti stimolano i sistemi di potere a mutare, a riconfigurarsi.

C'era un silenzio lancinante alla fine dei turni di notte. Le strade a Porte de la Chapelle sono larghe e le schiere di palazzi finiscono per creare dei canali attraverso cui il vento inonda coloro che le frequentano. Alla fine del turno di notte, verso le 2:00 o le 4:00 del mattino, regnava una quiete rumorosa, fatta di macchine distanti, e del vociare delle persone sdraiate nelle airole spartite traffico, o sotto i viadotti tutt'intorno. Anche le pattuglie della polizia si ritiravano nelle loro camionette. Quel silenzio componeva l'anonimato della strada, del margine costituito da un certo rapporto tra potere e sapere. Giorgio Agamben ha giustamente evidenziato come un

³⁵ Foucault 2017b, p. 249.

processo di soggettivizzazione contenga sempre un momento preliminare di de-soggettivizzazione, in cui l'individuo passa in un puro divenire delle forze che lo costituiscono³⁶. Questo momento negativo, però, sembra essere divenuto il fine di una funzione di governo che spinge le sue pratiche e i suoi discorsi all'estremo per disinnescare le crisi diffuse che investono l'ordine storico capitalista. L'evanescenza degli individui, il loro profilo spettrale diventa dunque uno stratagemma necessario per costituire quegli spazi-tempi marginali e privati, in cui accumulare l'umanità che non può essere immediatamente codificata, costituendo l'anomalia, l'eccezione da governare e con cui legittimare la funzione di governo stesso. Il costo sugli individui di questa stratificazione del potere sta tutto in quel silenzio, nel desiderio viscerale di ottenere finalmente un corpo, come nel discorso schizofrenico riportato nell'esergo di questo testo.

Riferimenti bibliografici

Agamben, Giorgio

- *Che cos'è un dispositivo?* Milano: Nottetempo, 2006

- *L'uso dei corpi*. Vicenza: Neri Pozza Editore, 2014

Agier, Michel,

- "Epistemological decentring: at the root of contemporary and situational anthropology". *Anthropological Theory*, Vo. 16(1), 2016, pp. 22-47

Amnesty International

- *Des contrôles aux confins du droit. Violations des droits humaine à la frontière avec l'Italie*, febbraio 2017, [<https://www.amnesty.fr/refugies-et-migrants/actualites/frontiere-franco-italienne-des-contrôles-aux-frontieres>]

Campesi, Maurizio

- *La polizia di Frontiera. Frontex e la produzione dello spazio europeo*, Roma: Derive e Approdi, 2015

Dreyfus, Hubert L.; Rabinow, Paul

- *La ricerca di Michel Foucault. Analitica della verità e storia del presente*. Firenze: Ponte alle Grazie, 1989

³⁶ Cfr. Agamben 2006.

Fassin, Didier

- *Humanitarian Reason: a moral history of the present*. Berkeley: University of California Press, 2012

Fassin, Didier; Rechtman, Richard

- *The empire of trauma: an inquiry into the condition of victimhood*. Princeton-Oxford: Princeton University Press, 2009

Foucault, Michel

- “La verità e forme giuridiche”, *Il filosofo militante – Archivio Foucault 2. Interventi, colloqui interviste. 1971-1997*, Milano: Feltrinelli, 2017°, pp. 83-165

- “La vita degli uomini infami”. *Il filosofo militante – Archivio Foucault 2. Interventi, colloqui interviste. 1971-1997*, Milano: Feltrinelli, 2017b, pp. 245-261

- *Sicurezza, territorio, popolazione. Corso al College de France (1977-1978)*. Milano: Feltrinelli, 2017c

Deleuze, Gilles

- “Colloquio 1980”, *Immanenza*, Milano: Mimesis, 2010, pp. 40-45

- *Foucault*, Napoli: Orthotes, 2018

Deleuze, Gilles; Guattari, Felix

- *Mille Piani: capitalismo e schizofrenia 2*. Napoli-Salerno: Orthotes, 2017.

Derrida, Jacques

- *Spettri di Marx*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2015

Koshravi, Shahram

- *Io sono confine*. Milano: Elèuthera, 2019

Maguire, Mark

- “The Birth of Biometric Security”, *Anthropology Today*, Vol. 25, No. 2, April 2009, pp. 9-14

Marx, Karl; Engels, Friedrich

- *Manifesto del Partito comunista*. Roma: Editori Riuniti, 1980

Shiller, Nina Glick; Salazar, Noel B.,

- “Regimes of Mobility across the Globe”, *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 39:2 2013, pp.183-200

Bodymodifications, performative saying and politics: from the *veritas obsectorum* to the *veritas rerum*

Raffaella Sabra Palmisano

Abstract

We are bodies, and we live constantly involved in the representation of corporeity. In contemporary society, this involvement is amplified by television, social networks, social media, representations of all kinds that remind us of corporeity. These representations of bodies testify to a continuous change of the bodies and of the conception of corporeity: a change that develops with socio-political (therefore cultural, economic, etc.) changes. But how “political” is the body of Man? How “political” is the language of the body? These are just some of the questions that arise from the very presence of countless images of the human body in every form and context. A body, influencing and influenced by the complex network of relationships built through what the author has termed “performative saying”, that is “the discourse of a knowledge, expression of the *Weltanschauung* of a certain society”. The body is therefore today more than ever itself a “political saying”, expression of the imaginary and therefore the field of experimentation and continuous changes. These practices of modification – implemented not only for medical, legal, religious and above all political purposes, practices that range from haircutting to amputation of limbs, through tattoos and scarification, etc. – can often be experienced by those who practice them as an approach to the reality of themselves in an attempt to “show what manifests itself from itself, as it manifests itself”. These practices also always characterize status transitions as well as manifest the will to be there and the very mode of this being there. Being inseparable from the historicity of those who practice them, these modifications have a political meaning in which the role of science cannot be ignored. The relationship between science, politics and body modifications is thus expressed, assuredly, in the corporeity of the cyborg and the mutant and in all the political imagery related to and as a result of them.

Keywords: body modifications, politics, ethics, performative saying, science

The becoming of the body and the *performative saying*

A strictly objectivist conception of the body which intends it as something that manifests itself and is manifest (and which therefore has no alternative but to be or not be there) presupposes truth as the immediate presence of a fact. Yet the fact as such is a negation of the present and therefore of immediacy:

“Posta come realtà soltanto l’insieme dei fatti presenti... e limitato l’essere a questa realtà... il reale stesso ci si dissolve tutto come reale, perché quello stesso presente che dovrebbe costituirlo svanirebbe anch’esso... Le cose ci si presentano proprio come e in quanto fatti e i fatti, per natura loro, sono già passati, quando sono fatti. Non il fatto storico soltanto è passato, ma il fatto per sé, il fatto storico è passato, non perché storico, ma perché fatto”¹.

The manifestation of something is then precisely in its becoming, but it is only by abstracting from this becoming that this something can appear present as a “fact”; here lies the contradiction of empiricism, in affirming the being of the fact as an immediate presence, an immediate presence that cannot, however, be contained in the fact, precisely because it is a “fact”:

“L’essenza della presenzialità immediata – che dovrebbe essere l’essenza della svelatezza empiristica – non è dunque ciò che è *diventato* e che si è cristallizzato come *fatto*, oggetto, bensì il divenire, il *manifestarsi*”².

The concept of body is affecting and affected by the complex network of relations expressed in the manifestation, these relations being constructed in what is defined here as *performative saying*.

The “performativity”, however, is not to be understood as deriving from the English “to perform”³, nor in Austinian⁴ or Turnerian⁵ terms.

“Perform” is here understood as deriving from the late Latin “performs, as”, where: “*Per* [...] comme préverbe, a en latin le sens de ‘à travers, pendant’ (local et

¹ P. Carabellese, “La storia”, in AA.VV., *Scritti per B. Varisco*, pp. 24-60, p. 29, Firenze: Vallecchi, 1926: “Given as reality only the set of present facts... and limited to this reality... the real itself dissolves everything as real, because that same present that should constitute it would also vanish... Things present themselves to us just as and in so far as facts; and facts, by their nature, have already passed, when they are facts. Not only is the historical fact past, but the fact for itself, the historical fact is past, not because it is historical, but because it is fact”. (Own translation). It should be kept in mind that in Italian the word “fatto” has the meaning both of “fact” as such, and of “done”: it is a very subtle play on words.

² E. Grassi, “Il Problema del Logo”, in *Archivio di Filosofia*, Anno VI, n. 2, pp. 151-183, p. 154, 1936: “The essence of immediate presence – which should be the essence of empirical unveiling – is not therefore what it has become and that has crystallized as fact, object, but rather the becoming, the manifesting”. (Own translation)

³ As transitive verb: “1. to adhere to the terms of: fulfill; 2. Carry out, do; 3. a: to do in a formal manner or according to prescribed ritual; b: to give a rendition of: present”, as intransitive verb “1. to carry out an action or pattern of behavior: act, function; 2. to give a performance: play”; Merriam-Webster Dictionary.

⁴ Cfr. J. L. Austin, *How to do things with words* (1955), Cambridge: Harvard University Press, 1962.

⁵ Cfr. V. W. Turner, *From ritual to Theatre. The Human Seriousness of Play*, New York: Performing Arts Journal Publications, 1982.

temporel), ‘de bout en bout’ [...]”⁶ and “*Formo -as*: proprement ‘mettre en forme’ [...], ‘former, façonner’”⁷. *Performative*, might, then, be understood as the “shaping, forming during (the time in which the saying takes place)”. That is, a saying is performative when the saying shapes itself in the moment in which it is said, shapes (and in this sense constructs) reality every time it is expressed.

The performative saying is to be understood as every discourse of a knowledge, expression of the *Weltanschauung* of a given society; therefore *mythos*, *logos* and discourse are understood as typologies of the performative saying.

These typologies, constituent and constituted constructors of the imaginary and co-constructed by the imaginary – understood as an imaginative dimension capable of producing real effects – contribute to enhance the definition of reality as a social construction. The body is therefore analyzed not in terms of something that is only present and evident (*verum et factum*), but as an expression of the constructive capacity of the performative saying (*verum et fieri*), and as being, in turn, a performative saying with undeniable political meaning, since it is a fundamental element of the “relating to...”, and because it is tied to the modalities of the Being-in-the-world and the imaginary.

Body techniques and body modifications

In “Natural Symbols: Explorations in Cosmology”⁸, Mary Douglas points out that society as a system of relationships influences the way in which the body is perceived and the perception of the body influences the perception of society, and thus social behavior. This brings us back to Marcel Mauss’s article “Les techniques du corps”⁹ in which he shows how even the most basic techniques of the body, from walking to eating, from swimming to having sex, are culturally shaped. But what does he mean by body techniques?

Mauss considers the body as the first means, the technical object of man, and defines the technique as an effective traditional act:

“J’appelle technique un acte *traditionnel et efficace* (et vous voyez qu’en ceci il n’est pas différent de l’acte magique, religieux, symbolique). Il faut qu’il soit *traditionnel et efficace*. Il n’y a pas de technique et pas de transmission, s’il n’y a pas de tradition.

⁶ A. Ernout – A. Meillet, *Dictionnaire etymologique de la langue latine. Histoire des mots*, Paris: Librairie C. Klincksieck, 1951: “Thought, during (place and time)”. (Own translation)

⁷ *Ivi*: “shaping, forming” (Own translation)

⁸ M. Douglas, *Natural Symbols: Explorations in Cosmology*, London: Barrie&Rockliff, 1970.

⁹ M. Mauss, “Techniques du Corps” (1935), in *Sociologie et anthropologie*, a c. di C. Levi-Strauss, Paris: PUF, 1985, pp. 363-386.

C'est en quoi l'homme se distingue avant tout des animaux: par la transmission de ses techniques et très probablement par leur transmission orale"¹⁰.

The body techniques are therefore those techniques, or ways in which man uses his body, transmitted and elaborated through the saying. These techniques change from society to society because they depend on the education of the social group to which one belongs:

“L'enfant, l'adulte, imite des actes qui ont réussi et qu'il a vu réussir par des personnes en qui il a confiance et qui ont autorité sur lui [...] L'individu emprunte la série des mouvements dont il est composé à l'acte exécuté devant lui ou avec lui par les autres”¹¹.

Among the body techniques and the body modifications performed not only for medical, legal or religious purposes, ethnology detects an incredible variety of body modifications, from hair cutting to hair removal to amputation of body parts. What may appear to an eye external to the social group in which such modifications are performed as a disfiguration, appears instead in the emic perspective specific to the social group in which they are performed as an artistic expression of beauty, of the morally correct, of a political identity, or of the perfect human being, etc.

As Bernhard Streck¹² points out, body modifications often have the same function or meaning as jewellery: demarcation, accentuation, prestige or pure aesthetic game. However, the fundamental difference remains the duration of the body modification compared to that of a jewel. Even if today it is possible to remedy some body modifications (e.g. tattoos) or to implant subcutaneous jewels permanently, the difference remains: it is not possible to remedy a scarification or an amputation.

There are, therefore, many reasons to perform body modifications, which can only be understood in the context in which they are practiced, from initiatory processes, to sacrifices and cosmetic surgery, etc.

¹⁰ M. Mauss, *Techniques du Corps*, op. cit., p. 371: “I call technical act a *traditional and effective* act (and you see that in this it does not differ from the magical, religious, symbolic act). It must be *traditional and effective*. There is no technique and there is no transmission, if there is no tradition. This is how man mainly differs from animals: for the transmission of his techniques and most probably for their oral transmission”. (Own translation)

¹¹ M. Mauss, “Techniques du Corps” (1935), op. cit., p. 369: “The child, the adult, imitates acts which have been successful and which he has seen to be successful in people he trusts and who have authority over him [...] The individual borrows the series of movements of which he is composed by the act performed in front of him or with him by others”. (Own translation)

¹² B. Streck, “Körperveränderung”, in AA.VV., *Wörterbuch der Ethnologie*, B. Streck ed., Köln: DuMont Buchverlag, 1987, p. 104.

As remarked by Van Wolputte, “Mauss (1950, p. 379) formulated the idea that people are identified and distinguished by the way they “use” their bodies”¹³. We might add that people are identified and distinguished by the way they modify their bodies too.

Simple body modifications include representations on the skin of images, signs and ornaments, carried out through needle-sticks (e.g. tattoos), cuts (scarifications) or even carving (scalpelling), or obtained through burns (branding of various types: e. g. solar branding, fire-heated branding, electric branding, etc.).

Techniques and representations vary not only from society to society, but also depending on the reason for the modification, the type of effect desired, the pigmentation and the type of skin. Moreover, we could say, techniques and representations depend also from the conception of the skin a society has, as for example among the Kayapo “the skin marks the boundary not only of the individual (as a biological and psychological entity) but also of the social self. Hence a social skin fashions the boundary not only between individual and other social actors, between the individual’s presocial, individual drives and energies and its “internalized others,” its social values, and norms, but also between groups of people, between social classes”¹⁴.

In social groups with dark-coloured skin, the design on the skin¹⁵ is often done by repeated incisions of the same parts of the body, the healing of which is further delayed by the desired or unwanted contamination with substances of various types, a process that leads to the formation of keloids. Decorations or incisions common among social groups of light skin often involve the subcutaneous application of colour by means of a needle, a technique known since the Palaeolithic and widespread throughout the world with infinite variations in the elaboration of the technique, the process, the motif and the social groups that use it¹⁶.

As Streck points out, body modifications can also be interpreted as means of memorizing the central truths of traditions. But it is necessary to consider that the increasingly conspicuous spread of these practices in the West does not always allow a direct connection to the truths of traditions understood or felt by the subject who submits to a practice, but finds the most diverse anchorages in aesthetic, playful, philosophical, religious aspects, etc. but these practices nevertheless always maintain an undeniable political meaning as an act of social communication, as we will see.

¹³ S. Van Wolputte, “Hang on to Your Self: of Bodies Embodiment and Selves, in *Annual review of Anthropology*, vol. 33, 2004, pp. 251-263, p. 253.

¹⁴ S. Van Wolputte, *ibidem*.

¹⁵ Cfr. B. Streck, “Körperveränderung”, op. cit., p. 104.

¹⁶ Cfr. B. Streck, *ibidem*.

Body modifications and the ritual

Currently, in Europe and abroad, there are a large number of social groups (even “non-tribal”) that practice body modifications, whether in traditional-neo tribal, recreational-experimental, bodyart, political, aesthetic or cultural context.

What unites the practices of body modification is always the concept of passage, even in apparently less “ritual” or “spiritual” (in the broadest sense) environments.

But what exactly is meant by rite of passage? How is it experienced in the perspective of those groups that practice body modifications? A definition of rite of passage can then allow us to continue the analysis of the perception of the body and corporeity in social groups that are dedicated to practices of bodily modification, and the political significance of their *Weltanschauung*.

The life of the individual of every society consists, according to Arnold Van Gennep¹⁷, in passing successively from one age to another.

The main ceremony to celebrate this passage is the initiation-rite of passage, whose task is to make the individual pass from a determined situation to another determined one¹⁸. Every change of status of a subject, being inseparable from the society in which he lives, involves precisely the social group to which he belongs and for this reason requires public recognition of the new status. Van Gennep divides the dynamics of the rites of passage into three stages that have a precise symbolic meaning: separation (preliminary rites), margin (liminaries), and aggregation (postliminaries).

For Meyer Fortes, in many tribal societies, the initiatory rite “does not reveal the unknown; it sanctions the open exercise of knowledge and capacities that were previously unauthorized”¹⁹. In fact, reporting the example of the Tallensi rite of passage, in which the first-born takes the place of the deceased father who becomes part of the group of ancestors, Fortes underlines how the knowledge to which the first-born finally has access, is nothing more than a “fictitious secret”.

In its liminal phase, this very elaborate ritual consists in allowing the firstborn to enter his father’s granary, a place which he was previously not allowed to enter: the granary is in fact considered an extension of the personality of its owner. The soul of the owner is linked to the granary and his objects, his weapons, his clothes are imbued with his physical existence. The firstborn, wearing his father’s clothes and entering the barn, takes over the body and soul of his father in the legal sense:

¹⁷ A. Van Gennep, *Les rites de passage* (1909), Paris: Ed. A. et J. Picard, 1981, p. 13.

¹⁸ A. Van Gennep, *ibidem*.

¹⁹ M. Fortes, “The first born”, *J. Child Psychol. Psychiat.*, Vol. 15, 1974, pp. 81-104, Pergamon Press, GB, p. 86.

“Their relative positions are now reversed, the son being clothed with tangible and real paternal power and authority, the father, transposed to ancestorhood, being now dependent on the son for commemoration, offerings and service”²⁰.

It is for this reason that the expression of (or saying of) the rite of passage builds bodies with a different political meaning.

Although fictitious, the secret of the barn has its own political function, which is necessary for the functioning and organization of the whole life of the community. Once the rite of passage has been carried out, the secret is “reconstructed” for the future first-born and so on. This saying of the secret modifies and permeates the daily life of every social actor related to the issue, and also determines its body techniques and corporeity itself, not only through food taboos, for example, but also through ways of sitting, walking and so on.

Even if at first glance the example of the Tallensi does not seem to be a rite of passage linked to a body modification, the link is made precisely because of the transformation of the first-born’s body which takes place during the liminal phase of the rite.

An example of political-identitary body modification among the Nuer is the one carried out during the *gar*, a male rite of passage from youth to adulthood. The *gar* shows how the saying of ritual body modification builds the body of the social actor. It primarily concerns the relationship of the initiate as well as of society with the body of the initiate.

According to the classical work of Edward Evan Evans-Pritchard, *The Nuer* (1940), when the Nuer boys reach an age between 14 and 16 years (an age that can vary depending on the availability of milk and millet that year), they ask their father for permission to be initiated. Having obtained permission, the boy asks for a blessing from a member of his father’s age-set. The future-initiated then negotiates with those who will practice the rite of passage and gives them a fishing spear that will be used to carry out the ritual scarification consisting of six horizontal cuts, from one temple to another, deep to the bone of the skull (the skulls of Nuer are easily recognizable by the marks left by this body modification). The *gar* usually occurs at the end of the rainy season, both because the food resources are more conspicuous, and the many sacrifices and banquets that are offered during the ritual would not otherwise be possible, and because in that period the dry northern wind allows the cuts to heal faster.

The scarification makes it possible to distinguish between Nuer and their neighbours, who operate other forms of scarification.

²⁰ M. Fortes, *ibidem*.

Therefore, in addition to demarcating the passage of transformation of the body of the initiate from a boy's body to an adult's body and to determining his new socio-political status, the scarifications irremediably sanction his belonging to the social group. In fact, even children adopted from other societies are incorporated in Nuer lineages once they have done the *gar*. With the new acquired status, taboos and body techniques also change accordingly.

The body was a performative saying and, through the rite of passage and body modification, which are a performative saying themselves, it becomes a further/other performative saying.

The body, with its body techniques and modifications, is also then the embodiment of the performative saying of society to the individual and of the individual to society.

The body between technique and religion

If the examples given so far refer to tribal societies, in which the performative saying of body modifications is more easily recognizable than in Western society, one wonders what the performative saying of body modification is like in the society of the image and of the saying of the virtual, in other words in the society where bodies are perhaps often reduced to their image, de-historicized from the world of life (thus *Körper* instead of *Leib*) and/or projected on screens.

It is necessary to consider science and technology (and therefore the performative saying of science) as "dominant paradigms [...] on which stands an imagopoietic dimension (creator of images and symbols) that contributes to structuring the collective imagination and the socially dominant values"²¹ of contemporary society.

Gilbert Simondon distinguishes²² three phases of humanity: a primitive magical phase (pre-technical and pre-religious) and a religious phase followed by the technical phase, while:

"Au point neutre entre technique et religion, apparait, au moment du dédoublement de l'unité magique primitive, la pensée esthétique"²³.

Gillo Dorfles points out that aesthetic thought which accompanies all three phases can also identify with them:

²¹ P. Bellini, *Mitopie tecnopolitiche. Stato-nazione, impero e globalizzazione*, Milano: Mimesis, 2011, p. 58, (Own translation).

²² G. Simondon, *Du mode d'existence des objets techniques*, Paris: Aubier, 1958.

²³ G. Simondon, *Du mode d'existence des objets techniques*, op. cit., p. 160: "At the neutral point between technique and religion, at the moment of the doubling of the primitive magic unit, the aesthetic thought appears". (Own translation)

“Se la presenza dell’oggetto tecnico (e sarebbe meglio dire tecnologico) costituisce una delle particolarità più curiose e dense di significato della nostra età (lo prova tutto quanto il territorio del disegno industriale) non sarà possibile, peraltro, identificare tale presenza con quella di elementi tecnici nelle fasi “pre-tecnologiche” dell’umanità. Intese dunque nel senso che ho cercato di chiarire le tecniche (che potranno essere tecniche lavorative e speculative, operative e razionali, ludiche e sportive, linguistiche e iniziatiche) verranno a costruire una fitta e ricca intelaiatura entro la quale l’uomo articola il suo *Dasein* e diventa padrone di possibilità creative e fruttive che sono ben al di là di quelle di cui sarebbe partecipe senza il loro intervento”²⁴.

The phases identified by Simondon are therefore not necessarily distinct from each other.

So these creative and fruttive possibilities concern not only the techniques of the body and of the body modification, but also the body modifications themselves.

In the West, the performative saying of body modifications can be found in some social groups involved in body-art, which is closely related to the concept of cyborg²⁵.

In this context, the cyborg and mutant are combined. Cyborg is understood as a form of human life “composed of natural and artificial parts, as the result of a more or less invasive technological manipulation”²⁶, while mutant is understood in relation to the science fiction figure whose human body, as a result of atomic bomb radiation, has undergone a series of genetic mutations “such as to transform man into a subhuman being and at the same time superhuman: the mutant”²⁷.

The rapid and continuous change of economics, ideologies and society during the most recent history of the western world has kept scientific and technological progress as a constant element:

²⁴ G. Dorflès, *Nuovi riti, nuovi miti*, Torino: Einaudi, 1965, p. 28: “If the presence of the technical object (and it would be better to say technological) constitutes one of the most curious and meaningful peculiarities of our age (the whole territory of industrial design proves it), it will not be possible, however, to identify this presence with that of technical elements in the “pre-technological” phases of humanity. So understood in the sense that I have tried to clarify the techniques (which may be working and speculative techniques, operational and rational, playful and sporting, linguistic and initiatory) will build a dense and rich framework within which man articulates his *Dasein* and becomes the master of creative and usable possibilities that are far beyond those in which he would participate without their intervention”. (Own translation)

²⁵ On the figure of the cyborg in contemporary political philosophy see: P. Bellini, *Cyberfilosofia del potere. Immaginari, ideologie e conflitti della civiltà tecnologica; Tra mito e logos: Il concetto di mitopia e la civiltà tecnologica post-moderna, Mitopie tecnologiche...*

²⁶ P. Bellini, *Mitopie tecnologiche*, op. cit., p. 58. (Own translation)

²⁷ G. Dorflès, *Nuovi riti, nuovi miti*, op. cit., p. 218. (Own translation)

“Tutto ciò che è stato fatto sembra aver avuto come unico scopo, se si volesse analizzare la questione da un punto di vista teleologico desacralizzato, l'accrescimento della potenza del soggetto umano in relazione a se stesso e all'ambiente che lo circonda”²⁸.

Here is the *technoperformative* impulse of which Paolo Bellini speaks, an impulse aimed at a radical transformation of man and his environment, that has at its core a vision of reality as unquestionably divided into subject and object:

“Tale visione del mondo conduce all'ordine reticolare *in fieri* della globalizzazione [...] Inoltre questa globalizzazione può essere interpretata alla luce della pulsione *technoperformativa* che anima l'ordine reticolare, che tende a una trasformazione radicale del soggetto stesso e che asservisce al potenziamento e alla riproduzione di se stessa la totalità delle civiltà umane nei loro vari aspetti economici, ideologici e culturali. Tale ordine sistemico sta evidentemente sconvolgendo i sistemi politici, provocando un mutamento senza precedenti nella storia dell'umanità. [...] Se, infatti, l'ibridazione uomo-macchina in senso materiale, cioè come colonizzazione tecnologica del corpo umano è solo agli albori, la trasformazione della sua *forma mentis* si trova invece in uno stadio assai avanzato, di cui è già possibile misurare gli effetti”²⁹.

There is therefore an embodiment of technoperformativity, in the light of which we can state, once again, that body modifications are inseparable from the political.

What the cyborg, the mutant, the world of contemporary Western body-art and body modifications have in common today is, on the one hand, a certain type of performative saying which, in the case of the cyborg and the mutant, is linked to an imaginary that often intersects with that of the body-art and body modifications.

²⁸ P. Bellini, “Cyborg, potere e ordine reticolare”, *Metabasis*, n.3, pp.1-13, p.4, 2007: “Everything that has been done seems to have had as its only purpose, if one wanted to analyze the matter from a desacralized teleological point of view, the increase of the power of the human subject in relation to himself and the environment around him”. (Own translation)

²⁹ P. Bellini, *ivi*, p. 4-5: “This vision of the world leads to the *in fieri* reticular order of globalization [...] Moreover, this globalization can be interpreted in the light of the *technoperformative* drive that animates the reticular order, which tends towards a radical transformation of the subject itself and which enslaves to the strengthening and reproduction of itself the totality of human civilizations in their various economic, ideological and cultural aspects. This systemic order is evidently upsetting political systems, causing an unprecedented change in the history of humanity. [...] If, in fact, man-machine hybridization in the material sense, i.e. as a technological colonization of the human body is only in its beginnings, the transformation of its *forma mentis* is instead in a very advanced stage, whose effects can already be measured”. (Own translation)

These, in turn, intersect with others imaginaries (e. g. neo-tribalism). On the other hand – but not necessarily in a distinct or exclusive way – they both involve a relationship with science.

The colonization of the body

Unlike in societies where scientific performative sayings have less space than, for example, mythical performative sayings, the construction of contemporary Western corporeity is strongly characterized by the relationship with performative sayings of science:

“In Zusammenwirken von exakter Wissenschaft, Technik und industrieller Auswertung ist ‘die Menschheit vom Gang der Maschinen vollständig abhängig geworden [...], so dass die Apparate, die wir einst frei handhabten, anfangen, so zu unserem biologischen Leben zu gehören, wie das Schneckenhaus zur Schnecke’. Die Autorität des Physikers Werner Heisenberg wird von Gehlen angerufen, um zu beweisen, dass ‘die Technik fast nicht als das Produkt bewusster, menschlicher Bemühung um die Ausbreitung der materiellen Macht, sondern eher als ein biologischer Vorgang im Grossen, bei dem die im menschlichen Organismus angelegten Strukturen in immer weiterem Masse auf die Umwelt des Menschen übertragen werden, ein biologischer Vorgang also, der eben als solcher der Kontrolle durch den Menschen entzogen ist’”³⁰.

Body techniques and body modifications are a characteristic that pervades every context of the life of human life since time immemorial: first as an enhancement of material strength and then as a biological process. The being of this biological process “removed from the control of men” becomes even more explicit, almost paradoxically, with the *Aufstand* – and one understands how:

³⁰ J. Taubes, *Apokalypse und Politik: Aufsätze, Kritiken und kleinere Schriften*, Wilhelm Fink, 2017, p. 226: “In the cooperation between exact science, technique and industrial exploitation ‘humanity has become completely dependent on the performance of the machines [...] so that [...] the apparatus that one day we handled freely, begin to be part of our biological life as the shell of the snail is part of the snail’. The authority of the physicist Werner Heisenberg is called into question: ‘It seems that the technique is no longer almost the product of a conscious human effort aimed at strengthening the material force, but rather a biological process, in the measure in which the structures applied to the human organism are increasingly transported to the surrounding human environment, a biological process, in other words, which, precisely as such, is taken away from the control of men’”. (Own translation)

“El hombre no es nunca un primer hombre: comienza desde luego a existir sobre cierta altitud de preterito amontonado [...] Por eso Nietzsche define el hombre superior como el ser ‘de la mas larga memoria’”³¹.

Bodies are a surface of inscription³² of events, built through the saying in which memory is also at stake. The modifications and techniques of the body are an expression of memory, of the historicity of the *Dasein*. As Van Wolputte underlines:

“[...] power and control are embodied as well. This is the body politic: the human body as tool or weapon of domestication and disciplination and of identification, subjection, and resistance”³³.

Techniques and modifications are co-constructed with the historicity of saying, and changing one changes the other and *vice versa*, in an almost autoctisic relationship.

A concrete example of this is what happened in Australia during the “period of assimilation” (from 1937 to 1971), immediately following the “period of segregation” (1880-1936) founded on evolutionary scientific saying which saw the Australian Aborigines as a primitive society unable to adapt to the “civilized and evolved” way of life of the colonizers and therefore in need of “protection”³⁴.

During the period of assimilation, the objective was to integrate the Aborigines into Anglo-Australian society through education:

“Solo attraverso l’educazione gli aborigeni potevano diventare come i coloni, abbracciare gli stessi valori e modo di vivere e dimenticare la loro cultura, lingua e tradizioni. *La politica di assimilazione si accompagnò ad una campagna di eugenizzazione razziale che, già iniziata nel periodo di protezione attraverso matrimoni con gente bianca, aveva l’obiettivo di eliminare i tratti razziali distintivi degli indigeni.* Gli aborigeni cominciarono ad essere classificati secondo la quantità di sangue aborigeno che, progressivamente diluito, li avrebbe fatti letteralmente “sbiancare”. Il linguaggio dell’epoca distingue, infatti, i “puro sangue” (*full blood*) dai “mezza casta” (*half cast*), “un quarto di casta” (*quadroon*) o “un ottavo di casta” (*octroon*) a seconda se un individuo discende rispettivamente da genitori entrambi

³¹ J. Ortega y Gasset, *La rebelion de las masas*, cap. IV, Santiago de Chile: Editorial Cultura, 1937: “Man is never a first man: he immediately begins to exist on a certain level of accumulated past [...] For this reason Nietzsche defines the superior man as the being ‘who has the longest memory’”. (Own translation)

³² Cfr. M. Foucault, “Nietzsche, la généalogie, l’histoire”, *Dits et écrits*, T. II, Paris: Gallimard, 1994, p. 136-156.

³³ S. Van Wolputte, “Hang on to Your Self: of Bodies Embodiment and Selves”, *op. cit.*, p.254.

³⁴ Cfr. F. Tamisari, *Le generazioni rubate. La rimozione forzata dei bambini indigeni australiani dalle loro famiglie*, Trad. di S. Tiepolato, DEP, n. 5-6, 2006, pp. 255-272.

aborigeni, un genitore bianco e un aborigeno, o da un nonno/a e un bisnonno/a aborigeni”³⁵.

Through the “racial eugenisation”, the body of the indigenous people is modified, their identity is modified, and therefore the performative saying of their corporeity and their political role is modified. In this case, the rite of passage is the forced marriage, the rape, the birth of the new social actor and the actual performative saying around these bodies.

There is therefore no dialogic co-construction through the saying but rather the imposition of a colonizer’s monologue on the colonized body, the rape, the modification of his body and his descendants. That is why scientific saying acts politically on bodies.

There are voluntary body modifications, even if they are not linked to a traditional ritual-initiatory context, but they nevertheless maintain the ritual-initiatory meaning for the social actor who decides to undertake them. From cosmetic surgery to body piercing, from tattoos to scarification, one can say that:

“S’il existe une disproportion entre ce que nous sommes et ce que nous tendons à être, en résulte-t-il qu’elle soit définitive, que nous subissons un perpétuel, un intolérable démenti, et que le sentiment de cette “misère de grand seigneur manqué” justifie le pessimisme? non ; c’est dire qu’il y a en nous quelque chose à conquérir, que nous sommes encore, pour une part et pour la meilleure, étrangers à nous-mêmes, et que nous devons nous traiter non comme un fin, mais comme un instrument de conquête”³⁶.

Something in us is to be conquered: oneself?

³⁵ F. Tamisari, *Le generazioni rubate. La rimozione forzata dei bambini indigeni australiani dalle loro famiglie*, op. cit., pp. 256-257. Italics by me: “Only through education the Aborigines could become like the colonists, embrace the same values and way of life and forget their culture, language and traditions. *The policy of assimilation was accompanied by a campaign of racial eugenisation, which had already begun during the period of protection through marriages with white people, with the aim of eliminating the distinctive racial traits of the natives.* Aborigines began to be classified according to the amount of Aboriginal blood that, when progressively diluted, would literally “whiten” them. The language of the time distinguishes, in fact, the “pure blood” (full blood) from the “half cast” (half cast), “a quarter cast” (quadroon) or “an eighth cast” (octroon) depending on whether an individual descends respectively from both aboriginal parents, a white parent and an aboriginal, or from an aboriginal grandfather and a great-grandfather”. (Own translation)

³⁶ M. Blondel, *L’Action* (1893), Paris: PUF, 1950, p.145: “If there is a disproportion between what we are and what we tend to be, does this mean that it is definitive, that we are subjected to a perpetual, intolérable denial, and that the feeling of this “misery of the great missed lord” justifies pessimism? No; it means that there is something in us to be conquered, that we are still, partly and for the best, alien to ourselves, and that we must treat ourselves not as an aim, but as an instrument of conquest”. (Own translation)

Approaching to oneself

The body, as Mauss said, is an instrument: the first technical instrument available to the human being. And body techniques and modifications are often, in the perspective of the social actors involved - particularly in the world of bodyart - a way of conquering oneself, of bridging that disproportion between what one feels to be and what one is. The modifications make it possible to strengthen in a certain sense the performative saying of one's body, to make it correspond to the will to say. In fact, this will to say for some people does not correspond to the performative saying of their unmodified bodies. The modification is then not only a passage to another status, but it can also be the transformation into a hybrid, cyborg, mutant, or simply "strengthening of" or "passage to" who/what you are, a saying that allows you to get closer to your self:

"To be, and to appear what we are
hybrid beings
half organic matter, half manufactured product,
mutants,
relieved of our self destructive instincts,
just trying to repossess our bodies
to better master our minds.
what caterpillar would think of flying before becoming a butterfly?
our metamorphosis is a self-examination,
each step is an experience,
each element an answer,
it is a metaphor,
a challenge,
slashes in the lines (pre-traced?) of our lives"³⁷.

This transformation, this approach to oneself can however sometimes mean, either voluntarily or involuntarily, a distance from or an approach to a particular social group or to society in general. In this way, "other" social groups are sometimes created, united by these modifications, whose performative sayings are undeniably political, not only because they often share a political imaginary, but above all because they are acts of detachment (for example, in the case of the cyberpunk movement) or social integration (for example, in the case of aesthetic surgery).

³⁷ L. Zpira, "Mutation", 1998, <http://www.lukaszpira.com/>, consulted july 2019. Lukas Zpira is an internationally renowned body-art, body-hacking, body-modification artist.

Since “we must characterize all comportment of the human being as being-in-the-world, determined by the bodying forth of the body”³⁸, and since comportment “does not simply enter into an indifferent space”³⁹, but rather is in a “relating to...” and is therefore social, as well as political – it is therefore clear why the body, and the saying of body techniques and modifications are political.

And this being a political performative saying also depends on the *epanfoterizein*.

The synchronization of the body

According to Emanuele Severino⁴⁰, the *epanfoterizein* (i. e. the swinging, the tilting) is the fear of the becoming that gives rise to the need for an *episteme* in man.

Yet, given the consequences of the obsessive search for *episteme*, precisely through *tekhne*, the metaphysics of the subject, *Aufstand* and solipsism and so on, there does not seem to be a real possibility of a reasonable *episteme*.

The only conceivable *episteme* seems therefore to be in the *Dasein* and in the *Mit-anderen-sein*: with the *Da* and/or in the *Da* the hermeneutic horizon moves with us. One could say that there is an I-Da-hermeneutic-Other synchrony and it is this synchrony of the hermeneutic horizon that, making us part of the becoming – and therefore the becoming is no longer *objectum* –, allows us to become together with the other becomings: fear disappears, and with this the solipsism of the Other as an elusive becoming disappears too, since the hermeneutic horizons are synchronized. Anti-solipsism can be accomplished when my time and that of the Other, the times of the social actors, are synchronized. The body, therefore, as *episteme* and a way of synchronizing with the becoming; a way of synchronizing with the becoming of others and synchronizing with that of one’s own social group, synchronizing with the political or religious social moment one is experiencing, that is, with historicity.

The modification and the body technique can therefore be instruments of synchronization or de-synchronization. In fact, the different perceptions by social actors with respect to different body modifications determine the synchronization or de-synchronization in social groups.

In the world of *body-art*, of *body-hacking*, most operators claim⁴¹ to perceive from mainstream customers a lack of attention and a lack of will or ability to

³⁸ M. Heidegger, *Zollikon Seminars*, translated by F. Mayr and R. Askay, Evanston, Illinois: Northwestern University Press, 2001, p. 90.

³⁹ M. Heidegger, *Zollikon Seminars*, op. cit., p. 91.

⁴⁰ Cfr. E. Severino, *L'identità della follia*, Segrate: Rizzoli, 2007, p. 276.

⁴¹ What is analyzed here is the result of countless interviews and collaborations, participation in conferences, seminars, conventions, and fieldwork in the world of *body art*, *body-hacking*, etc. that I have conducted in Europe in recent years.

experience and to participate to the process of modification, which means that the mainstream customers want to get the final result, the body modification, “the work already done” without implementing a process of transition, desynchronizing themselves from the tripartition of the rite (understood in the terms of Van Gennep).

According to the operators, the decontextualization of the experience, the absence from the process, from the liminal experience, by the mainstream client depends on the fact that the simplest and most requested body modifications are now a fashion accessible to everyone and therefore considered as a consumer product and not as a body modification.

The mainstream experiences its body as *Körper*, because of an assimilative-synchronizing aesthetic to the mass society. But the environment of the *bodmods*⁴² perceives the body of the Other as *Leib*; the relationship between operator-client (understood as the contemporary Western version of the relationship “priest”-initiated) is in fact fundamental also, for example, for the purpose of a purely aesthetic *bodmod*. This is because even aesthetics has its relationship with the subjectivity of those who undergo a modification. Aesthetics is also inseparable from the historicity of the *Dasein*.

If in the Hegelian relationship between art and truth, art is interpreted as the sphere of the manifestation of truth, one could interpret the techniques of the body, contemporary body modifications and aesthetic surgery (understood as art) as the concrete expression of an internal interpretation of the socially constructed exterior. That is, they can be interpreted as a form of performative saying related to the representation and self-representation of the body of the social actor as both at the same time primarily intimate and primarily social.

In the art of the body and its techniques, there is the strongest expression of the social actor, expression of a perspective-truth that the social actor has of himself and of his society and also the expression of the perspective-truth that the social actor wants to have of himself and wants society to have of him. In the society of the capitalist performative saying, even body modification (socially and politically constructed!) can become a commodity to be consumed. Every form of body art or body technique has a content of truth: it is the human being who shows himself in the work of art as a productive and formative free act.

On the other hand, “die Wahrheit wäre nicht, wenn sie nicht schiene und erschiene”⁴³.

Through the performative saying of the (voluntary) body’s techniques and modifications there seems therefore to be an attempt to regain and re-approach the reality (*Dinglichkeit*) of the *physis* (in the Greek sense), a return to the *veritas rerum*.

⁴² This term is used here to refer to all types of contemporary body modifications.

⁴³ G.W.F. Hegel, *Vorlesungen über die Ästhetik I, Werke 13*, Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1986, p. 25: “The truth would not be if it did not seem and did not appear”. (Own translation)

Can the political consequences of the attempt to switch from the *veritas obsectorum* to the *veritas rerum* give back to man the body that has been dispersed in the saying of the contemporary virtuality?

Bibliography

AA.VV, *Wörterbuch der Ethnologie*, B. Streck ed., Köln: DuMont Buchverlag, 1987.

P. Bellini, "Cyborg, potere e ordine reticolare", *Metabasis*, n. 3, 2007, pp. 1-13.

P. Bellini, *Mitopie tecnopolitiche. Stato-nazione, impero e globalizzazione*, Milano: Mimesis, 2011.

M. Blondel, *L'Action* (1893), Paris: PUF, 1950.

P. Carabellese, "La storia", in AA.VV., *Scritti per B. Varisco*, Firenze: Vallecchi, 1926, pp. 24-60.

G. Dorfles, *Nuovi riti, nuovi miti*, Torino: Einaudi, 1965.

M. Douglas, *Natural Symbols: Explorations in Cosmology*, London: Barrie&Rockliff, 1970.

E. E. Evans-Pritchard

- *The Nuer. A description of the modes of livelihood and political institutions of a Nilotic People*. Oxford: Clarendon Press, 1940.

B. Farnell, "Moving Bodies, Acting Selves", in *Annual Review of Anthropology*, Vol. 28, 1999, pp. 341-373.

M. Fortes, "The first born", *J. Child Psychol. Psychiat.*, Vol.15, Pergamon Press, GB, 1974, pp. 81-104.

M. Foucault, "Nietzsche, la généalogie, l'histoire", *Dits et écrits*, T. II, Paris: Gallimard, 1994, pp. 136-156.

- E. Grassi, “Il Problema del Logo”, in *Archivio di Filosofia*, Anno VI, n 2, 1936, pp. 151-183.
- G.W.F. Hegel, *Vorlesungen über die Ästhetik I, Werke 13*, Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1986.
- M. Heidegger, *Zollikon Seminars*, translated by F. Mayr and R. Askay, Evanston, Illinois: Northwestern University Press, 2001.
- M. Mauss, “Techniques du Corps” (1935), in *Sociologie et anthropologie*, a c. di C. Levi-Strauss, Paris: PUF, 1985.
- J. Ortega y Gasset, *La rebelion de las masas*, Santiago de Chile: Editorial Cultura, 1937.
- E. Severino, *L'identità della follia*, Segrate: Rizzoli, 2007.
- G. Simondon, *Du mode d'existence des objets techniques*, Paris: Aubier, 1958.
- F. Tamisari, *Le generazioni rubate. La rimozione forzata dei bambini indigeni australiani dalle loro famiglie*; trad. di S. Tiepolato, DEP, n. 5-6, 2006, pp. 255-272.
- J. Taubes, *Apokalypse und Politik: Aufsätze, Kritiken und kleinere Schriften*, Wilhelm Fink, 2017.
- A. Van Gennep, *Les rites de passage (1909)*, Paris: Ed. A. et J. Picard, 1981.
- S. Van Wolputte, “Hang on to Your Self: of Bodies Embodiment and Selves”, in *Annual Review of Anthropology*, vol. 33, 2004, pp. 251-263.
- L. Zpira, “Mutation”, 1998, <http://www.lukaszpira.com/>, consulted july 2019.

Modificazioni genitali, diritto di asilo e pratiche di cittadinanza. Note antropologiche su un'esperienza di mediazione nei servizi

Maya Pellicciari – Sabrina Flamini

public services

Abstract

Ethnographic data collected during counseling and “intercultural mediation” encounters with women included in the Protection System for Asylum Seekers and Refugees (SPRAR), are used by the Authors to propose some anthropological reflections about citizenship practices and the “remodeling” effects these practices produce on diasporic bodies. The so-called “FGM” (Female Genital Mutilations) nowadays are relevant to obtain international protection status and represent for women one of the few legal channels to access the “European fortress”: an access conditioned to their capacity to “translate” and make compatible apparently incompatible body politics, taking advantage of the victimization and trauma code offered by the “humanitarian logic”.

This confirms once again FGM – even in migration contexts – as a dynamic and polyvalent device, able to produce new subjectivities but also further subjugations: what is at stake is also strongly affected by the active role played by the anthropologist, whose presence in the field is strategically important and should be constantly rethought and questioned.

Keywords: FGM, asylum seekers, refugees, citizenship, anthropologist role

Premessa

Le riflessioni che proponiamo di seguito nascono da un lungo percorso di ricerca e mediazione nei servizi socio-sanitari svolto in Umbria a partire dal 2010, e tutt'ora in corso. In una prima fase, in quanto ricercatrici organiche della Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute (Perugia), abbiamo condotto – su incarico della Regione Umbria – un'indagine etnografica sul tema delle cosiddette “mutilazioni genitali femminili”¹ in contesto migratorio, che aveva come obiettivo ultimo l'analisi

¹ Per ragioni istituzionali e di riconoscimento formale, nel lungo lavoro di collaborazione con la Regione Umbria, che qui viene sinteticamente presentato, abbiamo accettato di utilizzare la dicitura ufficiale “Mutilazioni genitali femminili” e il suo acronimo “MGF”, sebbene le nostre posizioni teoriche siano fortemente critiche in merito. Il dibattito sulla definizione di tali pratiche è continuamente attraversato da ampie contese, tanto a livello delle grandi istituzioni internazionali che in campo scientifico. UNICEF (United Nations Children's Fund), UNFPA (United Nations Population Fund) e WHO (World Health Organization) hanno ad esempio recentemente rivisto l'acronimo “FGM” (Female Genital Mutilations), precedentemente utilizzato, sostituendolo con “FGM/C” (Female Genital Mutilations/Cutting), nel dichiarato tentativo di attenuare la connotazione colpevolizzante implicita nel termine “mutilazione” (Unicef, 2005; Who, 2008). Appare infatti particolarmente complesso e problematico etero-definire e comprendere in un'unica categoria concettuale pratiche estremamente eterogenee e in continua trasformazione, ciascuna delle quali possiede peraltro una propria storia e uno specifico nome all'interno dei contesti socio-

della capacità di risposta dei servizi e dei loro operatori di fronte a forme, usi e rappresentazioni del corpo apparentemente inconciliabili con i modelli (etico-culturali e politico-normativi) occidentali. Successivamente, come esito stesso della ricerca, siamo state chiamate a mediare attivamente la relazione tra donne con una qualche forma di MGF e operatori sanitari in impasse. E, contemporaneamente, a contribuire – in quanto “esperte” – al processo di costruzione delle domande di protezione internazionale che proprio in ragione di una qualche forma di modificazione genitale poteva aprirsi per queste donne.

Il passaggio da una postura di osservazione e ricerca ad un coinvolgimento attivo in qualità di operatrici sociali – inaspettato, ma allo stesso tempo quasi scontato – ha rimesso in discussione posizionamenti e premesse, e aperto nuove questioni che qui cerchiamo di interrogare.

Alcune considerazioni su cosa sono/non sono le mgf

Gli interventi di modificazione dei genitali possono essere ricondotti a quelli che Bourdieu ha definito riti di istituzione (Bourdieu 1982), che sanciscono l’incorporazione delle norme sociali e attraverso la conferma e riproduzione dell’ordine simbolico individuano, distinguono, ordinano e pongono in una relazione gerarchica persone e gruppi. Atti di affermazione e riconoscimento, attraverso i quali si viene ascritti ad un determinato genere e, anche mediante prescrizioni e divieti, si apprendono le modalità performative per agirlo e interagire con gli altri. Come tutti i processi di incorporazione, tuttavia, non sono mai meramente e passivamente “assorbiti” e per quanto incise sul corpo fisico, le loro tracce sono oggetto di continue rielaborazioni e risignificazioni, e forniscono ai soggetti una capacità di azione che gli consente di orientarsi anche all’interno di spazi transnazionali e globalizzati in continuo mutamento: “circumcision is a strategy (and not an end in itself, something people do only because it is their “culture” to do so), and strategies may change when life conditions change” (Johnsdotter 2007: 115).

Il mancato riconoscimento – nel complesso e articolato dibattito politico internazionale – del carattere plastico delle modificazioni genitali (così come di tutte le forme di intervento e modellamento dei corpi), contribuisce a costruire oggetti destoricizzati, essenzializzati, dai contorni rigidi e immutabili e del tutto astratti rispetto alle pratiche reali messe in atto da soggetti reali. Un’astrazione utile a produrre categorie di soggetti disumanizzati (siano essi “carnefici” o “vittime”), sui

culturali in cui è diffusa. Molti studiosi, tra cui antropologhe e antropologi attenti al dibattito femminista (Gunning 1995; Oboler 2001; Fusaschi 2003; Pompeo 2017; Shweder 2002), concordano sulla necessità di utilizzare definizioni meno discriminatorie e razziste, privilegiando formulazioni di carattere più descrittivo (come “female genital surgeries/modifications/operations/alterations”), che sappiano anche tenere meglio in conto le analogie che possono essere tracciate tra pratiche “esotiche” e pratiche considerate legittime nei contesti e nella storia occidentale (la circoncisione maschile, la chirurgia genitale “terapeutica” dei primi del Novecento, la attualissima e diffusa chirurgia estetica intima).

cui corpi diventa possibile e legittimo attivare strategie governamentali che giustificano un accesso differenziato ai diritti di cittadinanza.

Le cosiddette MGF vengono veicolate nel dibattito *mainstream* come un corpus unico, in cui invece rientrano forme dalle profonde differenze interne sia per tipologia di intervento che per la funzione sociale che rivestono, ma anche e soprattutto per le possibili conseguenze che determinano sulle condizioni di salute psico-fisica delle donne (Who 2016). Pratiche eterogenee vengono genericamente e aprioristicamente connotate come barbare e tribali, retrograde e lesive dei diritti umani universali, confezionando soggetti che si distinguono così in oppressori e “sopravvissuti” o vittime: i primi da allontanare, gli altri da assimilare. Una generalizzazione che consente di accumulare un capitale emotivo enorme che, in nome di quello che Fassin definisce un *intollerabile antropologico* (Fassin 2014), attiva le logiche della ragione umanitaria e contribuisce alla selezione e gerarchizzazione degli accessi.

Ma le MGF non sono un oggetto omogeneo, e non sono nemmeno un prodotto esclusivamente esotico né impermeabile. In un mondo ormai globalizzato di rado possono dirsi espressione dei soli saperi locali, anche quando si giocano in un terreno che gli osservatori internazionali indicano come arcaico, rurale, primitivo ed esotico. A determinare tempi, modalità e intensità delle circoncisioni rituali, ad esempio, sono sempre di più scelte legate ai rapporti di forza tra istituzioni governative locali e internazionali, e non tanto “la tradizione” o “la cultura”. E certamente fra i fattori di trasformazione più efficaci nel modulare gli interventi di circoncisione vi è proprio la diaspora e le relazioni che legano chi parte a chi resta.

«It is impossible to predict exactly which girls will be circumcised and which will not, as there are a number of circumstantial factors leading to the decision in each individual case. This grey zone of decision making reflects “encounters and experiences across boundaries [that] engender new interpretations of fundamental cultural principles” (Griffiths 1997, 20), as well as practical contingencies. [...] For Somalis living in London, female circumcision is negotiable, where female morality and beauty are constituted through another kind of bodily accomplishment than cutting away genitals» (Talle 2007: 102).

Inoltre, da quando consentono un accesso privilegiato alla cosiddetta “fortezza Europa”, la loro funzione, le modalità con cui vengono eseguite e il capitale sociale che sono in grado di attivare a livello transnazionale sono oggetto di ulteriori profondi cambiamenti, i cui effetti peraltro non sono ancora stati sufficientemente analizzati. I numerosi lavori etnografici che da decenni vengono realizzati nei diversi Paesi dove le cosiddette MGF sono diffuse dimostrano quanto possa essere sterile formulare interpretazioni generali su pratiche che vengono messe in atto in almeno trenta Paesi diversi, distribuiti su tutti e cinque i continenti. Molti Paesi africani, infatti, sotto la

pressione degli organismi internazionali negli ultimi decenni si sono dotati di legislazioni repressive che hanno avuto diversi effetti, dall'aperta opposizione alla totale indifferenza, ma che in ogni caso hanno introdotto profondi cambiamenti nelle pratiche di modificazione dei genitali femminili. Spesso l'età dell'intervento viene anticipata ad un'età neonatale, stravolgendo la funzione originaria che per alcuni gruppi era volta a sancire il passaggio all'età adulta; in altri casi la funzione di attribuire il nuovo nato al genere corrispondente viene sacrificata per sfuggire al rischio di controlli e sanzioni da parte del personale medico durante le visite neonatali e si trasforma così in una pratica di contenimento della sessualità femminile effettuata in età prepuberale. Anche il luogo in cui viene effettuato l'intervento (e dunque le conseguenze in termini di salute) cambia a seconda delle tensioni politiche e dei margini di azione concessi dagli organi di controllo: alcune delle donne con cui abbiamo parlato hanno raccontato di come, per non incorrere in sanzioni penali, anche chi vive nelle aree urbane e appartiene magari ai ceti sociali più elevati, tende a spostarsi in periferia per effettuare la circoncisione all'interno dei villaggi, lontani dallo sguardo delle istituzioni, o magari in qualche piccolo centro medico, dove gli operatori sanitari riescono ancora ad effettuare l'intervento indisturbati da quanto previsto dalla legge.

Ma è in assoluto la diaspora il fattore più efficace nel determinare la trasformazione strutturale degli interventi di circoncisione, sia femminile che maschile: in primis, cambiano i rapporti di forza tra i soggetti titolati ad esprimere la propria opinione sull'opportunità le modalità e i contesti in cui eventualmente effettuarli; questo determina a cascata effetti di rimodulazione – anche conflittuali – dei rapporti di genere all'interno della coppia genitoriale ma anche e soprattutto dei rapporti con gli anziani di riferimento rimasti nel paese natale e più in generale dei rapporti generazionali e quindi anche nelle cure parentali e nei modelli educativi.

La ricerca sulle “MGF”

Nella “Ricognizione sui servizi offerti a livello regionale a donne e bambine sottoposte a pratiche di mutilazione genitale femminile (MGF)” del 29 maggio 2007, il Ministero della Salute registrava l'Umbria come una delle tredici regioni italiane in cui erano state effettuate, all'interno dei servizi, iniziative di approfondimento sul tema delle cosiddette MGF. In vista di tale ricognizione, infatti, la Regione aveva segnalato al Ministero che sul tema in Umbria, nell'ultimo anno, era stato realizzato soltanto un evento formativo, rivolto ad operatori socio-sanitari dell'azienda perugina, e si affermava – senza tenere conto dei numeri relativi ai flussi migratori provenienti dai Paesi in cui le MGF sono più praticate, che avrebbero potuto suggerire ben altro – che «il fenomeno delle MGF è quasi del tutto assente nella regione» (Ministero della Salute 2007: 62).

Sulla base di questo e di altri indicatori di carattere quantitativo², il Ministero ha stabilito i criteri di allocazione regionale dei fondi stanziati in capo alla neo-nata legge n. 7/2006 finalizzata al contrasto del fenomeno delle MGF sul territorio italiano. La Regione Umbria ha dunque avviato un Tavolo di confronto con i rappresentanti di tutti i servizi socio-sanitari del territorio (“Tavolo regionale per le MGF”), chiamando a partecipare anche la Fondazione Celli, che da tempo svolgeva un ruolo centrale (con attività di ricerca e consulenza antropologica) nel coadiuvare la Regione per una migliore calibrazione dei servizi socio-sanitari. Alla fine di un articolato percorso di confronto e co-progettazione, è stata accolta la mozione antropologica di far precedere le attività di formazione previste dalla legge da un’indagine, di carattere sia qualitativo che quantitativo, sulla reale presenza e incidenza del fenomeno in Umbria e sulla capacità e qualità di accesso ai servizi socio-sanitari regionali da parte delle donne interessate.

L’intervento della Fondazione Celli è andato configurandosi dunque come il risultato di un intenso lavoro di progettazione partecipata, che ha visto il nostro gruppo di ricerca – sotto la supervisione scientifica di Tullio Seppilli – lavorare in continua collaborazione con dirigenti, funzionari e operatori socio-sanitari, durante tutta l’estate del 2011³. È stata infine condotta un’indagine quantitativa, per rilevare il livello di conoscenza/esperienza e il bisogno formativo degli operatori regionali, e una ricerca etnografica che si è svolta nei territori delle province di Perugia e Terni, attraverso la quale entrare in contatto diretto con donne provenienti da vari Paesi del continente africano dove le pratiche di modificazione dei genitali femminili sono più diffuse. Ci è apparso subito chiaro che l’intervento, così come era stato impostato, non avrebbe avuto le caratteristiche di una “pura” ricerca, ma avrebbe assunto un forte carattere di intervento sociale, in cui indagine conoscitiva, formazione professionale degli operatori e mediazione interculturale non potevano che procedere in maniera fortemente interconnessa. In particolare, il nostro lavoro si è andato articolando su tre fronti contemporanei: la costruzione di un rapporto di fiducia e scambio reciproco con le donne; la formazione e sensibilizzazione degli operatori; l’apertura di spazi di dialogo e mediazione all’interno dei servizi, soprattutto nell’ambito della pediatria di base (per informare le famiglie sulla normativa vigente in Italia ed elaborare insieme possibili rimodulazioni degli interventi di “addomesticamento” del corpo dei nuovi nati).

² E nello specifico: «iniziative adottate a livello territoriale in merito ad attività di formazione degli operatori, counseling, deinfibulazione, studio e ricerca, nonché all’attivazione e al funzionamento di strutture dedicate con compiti di: ricerca e formazione a livello regionale; formazione degli operatori a livello locale; prevenzione ed informazione; attività di interventi di deinfibulazione» (Ministero della Salute 2007: 3).

³ Oltre alle Autrici, hanno collaborato alla ricerca le dott. Carlotta Bagaglia, Chiara Polcri e Michela Marchetti; la supervisione scientifica è stata curata dal prof. Tullio Seppilli, Presidente della Fondazione (Bagaglia - Flamini - Pellicciari - Polcri 2014).

I risultati emersi dal lavoro etnografico, infatti, hanno costituito la base per la costruzione di un corso biennale di formazione/sensibilizzazione per operatori socio-sanitari e educativi della regione. Il Corso, intitolato “Migranti, diritti e salute. Un percorso antropologico di approfondimento e sensibilizzazione sul tema delle mutilazioni genitali femminili”, si è svolto presso la Scuola di amministrazione pubblica di Villa Umbra (Perugia), nel periodo tra gennaio 2014 e dicembre 2015. Si è trattato di una preziosa occasione di scambio e confronto tra ricercatori di varie discipline e operatori dei servizi socio-sanitari, a conclusione del quale è emersa la necessità di attivare sul territorio una rete anche operativa in grado di integrare competenze e risorse nella presa in carico di situazioni di disagio connesse all’accesso ai servizi da parte delle persone migranti, e nello specifico di donne e bambine con MGF o potenzialmente a rischio. Cavalcando l’onda degli ultimi esigui finanziamenti in capo alla legge 7/2006, dunque, è stato costituito presso la Fondazione Celli il “Centro umbro di riferimento per lo studio e la prevenzione delle MGF”. Il Centro si è anche fatto promotore della attivazione di una “Rete di riferimento per le MGF”, entrambi finalizzati ad un duplice obiettivo: da una parte lo studio e l’analisi multidisciplinare delle diverse forme di modificazione dei genitali, dall’altra la consulenza e la mediazione antropologica all’interno della relazione tra donne, famiglie e operatori socio-sanitari e della scuola⁴.

La legge 7/2006, recante le “Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile”, per quanto repressiva e da più parti criticata per la sua ridondanza e per una certa impronta etnicizzante e discriminatoria⁵, ci ha dunque di fatto consentito di aprire all’interno dei servizi socio-sanitari umbri – nel nome della evocata prevenzione – uno spazio di discussione all’interno del quale è stata data la possibilità ai medici di perseguire linee di condotta professionale meno legaliste, sacrificando il mandato di denuncia chiaramente implicito nella legge in nome di un più ampio ed efficace margine di prevenzione ottenibile attraverso un dialogo non colpevolizzante. Uno spazio in cui anche la nostra mediazione ha potuto dispiegarsi come forma di “advocacy” nei confronti delle donne e dei genitori interessati, come garanzia di libertà di espressione e rivendicazione culturale delle posizioni di aperto sostegno della pratica, pur nella

⁴ Hanno aderito alla Rete circa cinquanta membri, tra esperti e professionisti di vari settori (operatori dei servizi, antropologi, sociologi, operatori di ONG, medici, ostetriche, psicoterapeuti, avvocati) e vari enti e istituzioni, tra cui: il Centro di riferimento per le MGF dell’Ospedale Careggi di Firenze, il Centro di salute globale della Regione Toscana, l’AIDOS (Associazione italiana donne per lo sviluppo, Roma), l’ASGI (Associazione per gli Studi Giuridici sull’Immigrazione), le Aziende sanitarie dell’Umbria, l’associazione Cidis Onlus (Perugia), l’Associazione Nosotras (Firenze) e la Fondazione ISMU (Istituto per lo studio della multietnicità, Milano).

⁵ La legge infatti prevede l’obbligo, per il medico che rilevi sul corpo della donna o della bambina tracce di “mutilazione genitale”, di farne segnalazione all’autorità giudiziaria. Per un approfondimento critico sulla legge, sia da un punto di vista giuridico che antropologico e sociologico si vedano: Basile 2006 e 2010, Bellucci 2015, Di Pietro 2006, Fusaschi 2014.

condivisione di un inquadramento normativo chiaramente repressivo che in caso di intervento sui genitali della figlia, ad esempio, avrebbe potuto produrre effetti nefasti sui diritti di potestà genitoriale, anche qualora effettuato al di fuori dei confini nazionali italiani. Questo, di fatto, rappresenta il principale risultato dell'intero intervento condotto sotto l'egida della Fondazione Celli, che si è andato paradossalmente concludendo proprio con la formalizzazione – all'interno della sua sede istituzionale – del “Centro umbro di riferimento per lo studio e la prevenzione delle mutilazioni genitali femminili”.

Nuovi scenari dopo la ricerca

La riduzione progressiva dei finanziamenti previsti dalla legge 7/2006 ha determinato una battuta d'arresto dei processi trasformativi avviati sul territorio e con gli operatori socio-sanitari grazie all'intera esperienza di collaborazione e mediazione messa in piedi negli anni dalla Fondazione Celli. Nonostante la legge prevedesse lo stanziamento annuo di 2,5 milioni di euro per la realizzazione di una serie di attività⁶, infatti, sono state di fatto erogate dal Ministero soltanto due grosse tranches⁷: una, nel 2007, di 3,5 milioni di euro (da cui sono stati tratti i finanziamenti regionali di cui ha beneficiato la Fondazione Celli) e una, nel 2012, di 3 milioni di euro, di cui solo una piccolissima parte pervenuta alla Regione Umbria.

A partire da quella data, le attività istituzionali si sono dunque progressivamente ridotte, fino a scomparire, proprio in un momento in cui le relazioni intessute negli anni con gli operatori dei servizi, le sollecitazioni e le prospettive di collaborazione che si erano aperte, cominciavano a prendere una forma concreta e consistente. L'unico modo per dare continuità ai percorsi avviati e per rispondere a domande e richieste sempre più pressanti, è stato quello di mettere in campo prestazioni professionali autonome che, pur mantenendosi all'interno delle medesime premesse teorico-metodologiche, assumevano necessariamente un profilo diverso, certamente più debole dal punto di vista dell'intervento sociale.

Il nostro lavoro di antropologhe, da istituzionale e sistemico all'interno della Fondazione Celli e nella rete dei servizi regionali, si è pian piano destrutturato e riconfigurato attorno ad una richiesta che è andata progressivamente assumendo la forma della mediazione antropologica “a chiamata”, per singoli casi e soprattutto nell'ambito dell'accoglienza, dove la questione MGF più che altrove rischia di divenire strumento di governo dei corpi e dispositivo di selezione nell'accesso ai diritti di cittadinanza.

⁶ Ovvero in sintesi: informazione e sensibilizzazione, formazione degli operatori della scuola e dei servizi socio-sanitari, tutela delle donne e delle bambine a rischio, monitoraggio e attività di networking tra le organizzazioni del terzo settore e gli enti locali (cfr. art. 4 e 5 del testo di legge).

⁷ La prima è stata erogata dal Ministero della Salute, la seconda dal Ministero per le Pari Opportunità.

In perfetta sintonia con i nuovi piani di intervento nazionali ed europei improntati alla cosiddetta “emergenza sbarchi”, infatti, anche il focus di attenzione/azione sulle MGF a partire dal 2014 si è progressivamente spostato: il campo privilegiato all’interno del quale parlare delle pratiche di modificazione dei genitali appariva sempre più raramente quello dell’integrazione, della cura o della prevenzione. L’asse di interesse politico – e dunque dei finanziamenti – non era più quello delle istituzioni scolastiche e dei servizi socio-sanitari ma quello delle strutture preposte all’accoglienza dei profughi e alla gestione delle pratiche di richiesta d’asilo. Oggetto di attenzione prioritaria erano divenuti i corpi delle donne che sbarcano sulle coste italiane, corpi politicamente rilevanti, che “ci invadono” e che quindi vanno disciplinati, selezionati, catalogati:

«Claiming that “resources are needed to help Swedish Somali women who live with medical complications due to infibulation” is not as alarming as “resources are needed to rescue small Swedish Somali girls from genital mutilation» (Johnsdotter 2007: 119).

MGF e diritto d’asilo: il ruolo dell’antropologo

Sono moltissimi i lavori che anche in Italia, e soprattutto negli ultimi anni, hanno riflettuto sugli effetti governamentali delle procedure burocratiche che accompagnano la richiesta d’asilo e definiscono le politiche di selezione/accoglienza (Pinelli (cur.) 2013; Sorgoni (cur.) 2011). Barbara Sorgoni fra gli altri ha più volte sottolineato come la relazione di potere altamente asimmetrica tra chi deve narrare la propria storia e chi, all’interno del sistema, svolge il ruolo di *gate keeper*, produca soggetti ad hoc, “vite come testo” prodotte a più mani, costruiti in modo da aderire alle categorie amministrative previste e rispetto alle quali i richiedenti possono esercitare un controllo talvolta assai limitato (Sorgoni 2011:119).

Una adesione fatta certamente di testo e narrazione, ma anche di *habitus* corporei, come noi stesse abbiamo potuto verificare nel nostro lavoro di affiancamento degli operatori dell’accoglienza e di consulenza ai legali che avevano il compito di mettere insieme i documenti necessari a presentare domanda di protezione internazionale.

In particolare in un caso, quando siamo state chiamate ad esprimere il nostro parere di fronte ad un giudice che doveva valutare la richiesta di ricorso presentata da un avvocato a favore di una giovane donna nigeriana con una storia drammatica di MGF e a cui in prima istanza era stato negato l’asilo. Durante la lunga attesa prima dell’udienza, la mediatrice linguistico-culturale che la affiancava si è a lungo prodigata in suggerimenti circa la postura che la ragazza avrebbe dovuto tenere durante la seduta. Infatti, se per i contenuti era importante a suo avviso che la

richiedente si affidasse all'avvocato e alle antropologhe, era altrettanto importante che la donna non sottovalutasse la scelta degli atteggiamenti corporei da adottare di fronte al giudice: il capo chino, lo sguardo rivolto a terra, da sollevare con timore e reverenza solo se interpellata. Una postura generale tesa a comunicare dolore, sofferenza e soprattutto sottomissione. I suggerimenti della mediatrice si sono prolungati in una descrizione assolutamente eloquente circa l'habitus che nella sua lunga esperienza aveva imparato a ritenere vincente in questi casi: mai mostrarsi spavalda o eccessivamente rabbiosa nemmeno nel raccontare le violenze subite; mai lasciar trapelare la benché minima attitudine alla ribellione; mai mostrare di aver facile accesso a risorse psichiche in grado di produrre sdrammatizzazione, razionalizzazione, superamento. Occorre mettere in campo soltanto trauma e bisogno. La raccomandazione è stata infine suggellata con il racconto esemplare di una ragazza il cui ricorso non è stato accolto proprio a causa del suo atteggiamento noncurante e orgoglioso, le sue continue risatine nervose pur di fronte a argomentazioni drammatiche, la mancata reverenza, segno evidente di "mancanza di rispetto".

Anche sull'uso della narrazione come strumento governamentale si dibatte da decenni, non solo in Italia e non solo rispetto al tema dei rifugiati. Innegabili sono le tinte ambivalenti che tale strumento assume quando non è direttamente manipolato da istituzioni securitarie ma mediato dall'intervento di psicologi, psichiatri e antropologi: da una parte infatti la narrazione viene attivata come strumento di cura e di conoscenza dell'altro, soprattutto nel caso di soggetti portatori di esperienze particolarmente dolorose o con storie "rilevanti" ai fini della Commissione Territoriale (come nel caso di MGF); ma dall'altra serve anche a produrre e rendere disponibile, a livello istituzionale, contenuti fruibili per vagliare, controllare, certificare il passato dei richiedenti al fine di decidere chi può entrare e con quale status giuridico (Mencacci 2015). Un "discorso introspettivo", peraltro quasi sempre indotto, che i richiedenti sono tenuti ad affrontare anche quando ciò non corrisponde ai loro bisogni dichiarati; una gerarchia delle esperienze in cui spesso non si riconoscono, ma che anche quando recalcitrano infine accettano e cavalcano nel tentativo estremo di ottenere riconoscimento (Fassin - Memmi 2004; Taliani 2011).

Da anni ormai collaboriamo con le organizzazioni che sul territorio regionale gestiscono questo tipo di pratiche e abbiamo sperimentato gli effetti paradossali di tale ambiguità. Siamo per lo più chiamate per capire quanto la storia di MGF della richiedente possa fornire elementi in grado di aiutarla ad ottenere la protezione internazionale; ma i nostri interventi sono anche intesi come parte del percorso di integrazione (accesso ai servizi sanitari, orientamento alla salute, counseling su corpo, sessualità e riproduzione) previsto per le donne che entrano nei programmi di

accoglienza⁸. Peraltro, lavorando con donne ingabbiate nella rete della tratta e dello sfruttamento, siamo consapevoli che ottenere la protezione per una MGF subita, senza garantire un vero progetto di tutela e affrancamento, rischia l'effetto paradosso di peggiorare le condizioni di schiavitù delle donne, garantendo agli sfruttatori "manodopera" regolarizzata, legalmente presente sul territorio italiano: per questo spingiamo sempre gli operatori perché attivino interventi integrati e facciamo resistenza a prese in carico segmentate e incoerenti.

Le cosiddette MGF sono infatti da tempo implicitamente parte del dispositivo di bio-legittimità che regola l'accesso al diritto di asilo (la Convenzione di Ginevra è del 1951), ma è del 2015 il decreto legge n. 142 che nel nostro paese riconosce formalmente le donne con una qualche forma di modificazione dei genitali come "categorie vulnerabili" che necessitano di misure di assistenza particolari. Oggi le MGF rappresentano per molte donne provenienti dai paesi in cui tali pratiche sono diffuse una preziosa fonte di riconoscimento sociale in ultima istanza, che si cerca di far valere quando ogni altro fondamento di legittimità sembra esser esaurito, ovvero anche quando i motivi della propria fuga non contemplano la questione delle circoncisioni, o quando tortura, violenza, tratta e molto altro rendono la questione MGF scarsamente rilevante agli occhi della richiedente:

«Esporre il proprio corpo attraverso il racconto di sé (la consueta modalità per giustificare la richiesta di aiuti sociali), ma anche, talvolta, esporlo allo sguardo degli altri (procedura abituale con cui uno straniero che chiede di essere regolarizzato per ragioni mediche attesta la propria malattia o un richiedente asilo mostra le conseguenze della tortura subita); mettere in gioco la propria vita, raccontandola [...]: sono tutte manifestazioni locali del crescente impero fondato su una bio-legittimità, riscontrabile anche sulla scena internazionale, dove la ragione umanitaria la applica a ogni terreno di conflitto. L'esposizione di sé, che rimandi a un esercizio narrativo o a uno svelamento fisico (ma l'uno non esclude l'altro), appartiene alle figure contemporanee del governo – e in particolare, quando si è chiamati a mostrare il proprio corpo, alle figure contemporanee del governo dei dominati. Il corpo, malato o sofferente, in queste situazioni è infatti investito di una sorta di *riconoscimento sociale in ultima istanza*, che si cerca di far valere quando ogni altro fondamento di legittimità sembra esser esaurito» (Fassin 2014: 67-68).

⁸ «Il D.L. 4 ottobre 2018, n. 113, convertito in Legge 1 dicembre 2018, n. 132, rinomina il Sistema di protezione per richiedenti asilo, rifugiati e minori stranieri non accompagnati – SPRAR – in SIPROIMI – Sistema di protezione per titolari di protezione internazionale e per i minori stranieri non accompagnati. L'accesso al Sistema oggi è riservato ai titolari di protezione internazionale e a tutti i minori stranieri non accompagnati. Inoltre, la nuova disposizione normativa prevede che possano accedere ai servizi di accoglienza integrata del SIPROIMI anche i titolari di permesso di soggiorno per: vittime di violenza o tratta, vittime di violenza domestica, motivi di salute, vittime di sfruttamento lavorativo, calamità, atti di particolare valore civile» (<https://www.sprar.it/la-storia>).

Il diritto ad essere protetti se si fugge da una persecuzione è fondamentale: il problema che ci poniamo come antropologhe che partecipano attivamente a questi processi è come sia possibile, in un terreno così ambiguo ed egemonicamente connotato, favorire processi di autodeterminazione e non riprodurre pratiche di assoggettamento, fornire strumenti per un reale *empowerment* delle donne e non promuovere un loro mero “addomesticamento”.

Emblematico in tal senso è stato uno dei primissimi casi con cui abbiamo avuto a che fare, una giovane donna nigeriana che abbiamo affiancato in un percorso di mediazione attivato dall’associazione che l’aveva in accoglienza. Nello specifico, dopo aver ricevuto una protezione umanitaria concessale a tutela della figlia di 3 anni con cui era giunta in Italia, la donna aveva fatto richiesta alla pediatra assegnatale di poter effettuare la circoncisione della bambina. Richiesta che aveva allarmato la pediatra e gli operatori, che hanno subito attivato il nostro intervento. Nei numerosi incontri che abbiamo avuto con lei, si è aperto uno spazio di discussione che ha coinvolto anche la pediatra e in cui sono stati messi a confronto i diversi usi e politiche del corpo, ma soprattutto si è lavorato sulla ricostruzione del dibattito sulle escissioni femminili interno alla Nigeria, di cui la donna non era a conoscenza. Avendo subito la sua circoncisione in età neonatale, infatti, non aveva mai avuto occasione di oggettivare il senso di tale pratica né di porsi interrogativi sulla sua stessa esistenza. La donna ha progressivamente modificato il proprio atteggiamento di spontanea adesione alla pratica, fino a rivendicare una posizione critica e infine di aperto rifiuto, che ora intendeva far valere per proteggere la figlia dai rischi di un eventuale ritorno in Nigeria. Tale cambiamento, definito dagli operatori e dall’avvocato che la seguivano una “presa di coscienza”, è stato utilizzato per presentare ricorso alla Commissione Territoriale e mutare la protezione umanitaria (3 anni) in asilo politico (5 anni). Durante la seduta di appello, in cui la donna ha articolato una appassionata arringa contro la pratica barbara delle MGF, il giudice ha decretato la concessione dell’asilo.

La gioia “etnocentrica” di aver contribuito a una maggiore tutela dei diritti di cittadinanza di questa donna e di sua figlia, e di aver ottemperato all’imperativo morale e legale dell’inviolabilità del corpo a tutela di una minore, non ha mai del tutto sedato in noi il disagio di aver agito attivamente per spostare l’orizzonte dei valori di questa donna in una prospettiva radicalmente altra dalla propria. E non perché immaginiamo un mondo fisso, costituito da modelli culturali rigidi, dati una volta per tutte e dunque genuini, “originari”, il cui ibridamento sia da considerare una corruzione o una perdita di valore, tutt’altro. Anche qualora le avessimo semplicemente fornito un copione da recitare per ottenere i suoi diritti “in ultima istanza” (e questo, in fondo, ci auguriamo!), non possiamo fare a meno di chiederci che costo abbia tutto questo (e non ci risulta che siano ancora state effettuate in tal senso indagini sul lungo periodo). Quali effetti inneschi “l’abiura” incondizionata di

valori e orizzonti di senso richiesta da un dispositivo che regola l'accesso ai diritti di cittadinanza e dunque di per sé egemonicamente orientato. Quali conseguenze nell'immagine di Sé, del proprio corpo biologico e sociale, della propria discendenza e ascendenza, se per essere visibili qui e ora si deve rivolgere un'accusa incondizionata contro la propria storia, anche solo recitata? Se per poter restare si deve continuare a dichiarare che la propria gente, la propria famiglia costituiscono un rischio per l'incolumità della propria figlia, anche quando si è testimoni di profondi cambiamenti generazionali che hanno già indebolito nei loro Paesi la diffusione delle MGF e si è certe di poter gestire il conflitto, in caso di un eventuale ritorno? Se le violenze, gli stupri, i traffici internazionali o il dramma di una vita deprivata hanno un minor peso nella conquista di nuovi diritti, rispetto a segni sul corpo che ai loro occhi sono serviti, in un altro tempo e in un altro luogo, a renderle persone compiute e membri rispettabili di una comunità?

Come tutti i soggetti in condizioni di dominazione, queste donne mettono in campo tattiche raffinate, con le quali trasformano la loro vita fisica in uno strumento politico, in una risorsa morale capace di attivare la logica umanitaria che regola l'accesso all'Occidente (Fassin 2018 [2010]). Quei segni sul corpo, quelle cicatrici tornano vive e attuali, perché servono, di nuovo, a diventare cittadini di qualche parte del mondo, membri riconosciuti e possibili soggetti di diritto⁹. Ma non sono mai, queste, operazioni innocue e indolore.

Di questi ed altri paradossi in quanto antropologhe siamo almeno in parte consapevoli, ma di fronte allo scacco dell'inazione abbiamo scelto di utilizzare la relazione come strumento per ampliare i margini di autonomia di queste donne, per costruire insieme spazi di micro-resistenza e attenuare così il rischio di assoggettamenti passivi, che annichiliscono la possibilità di continuare a riconoscersi e producono forme apparentemente lievi, ma spesso gravemente destrutturanti, di sofferenza e disagio.

Ci sembra doveroso qui chiudere con una citazione di Tullio Seppilli, che così ha concluso il suo intervento alla seduta inaugurale del Corso di formazione per operatori socio-sanitari della regione Umbria, cui abbiamo fatto riferimento sopra: «Capire senza demonizzare, inserire storicamente, sapere che la cultura non è un modo di pensare che aleggia nell'aria ma sta dentro strutture, popolazioni concrete, persone concrete, dentro dei concreti rapporti di potere. [...] Il compito dei nostri servizi è proprio questo, riuscire a capire e al tempo stesso orientare: capire e orientare è molto più difficile che stigmatizzare o considerarsi superiori agli altri. Questo umile lavoro di comprensione e di impegno è politica».

⁹ Per un approfondimento sulla questione, ormai ampiamente trattata in antropologia, della cosiddetta "cittadinanza biologica" si rimanda tra gli altri a Petryna A. 2004 e Schirripa P. 2015.

Bibliografia

Bagaglia, Carlotta - Flamini, Sabrina - Pellicciari, Maya - Polcri, Chiara
- *Mutilazioni genitali e salute riproduttiva della donna immigrata in Umbria*, Regione Umbria, Perugia, 2014.

Basile, F.

- "La nuova incriminazione delle pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili", in *Diritto penale e processo*, 6, 2006, 678-691.

- *Immigrazione e reati culturalmente motivati. Il diritto penale nelle società multiculturali*, Giuffrè, Milano, 2010.

Bourdieu, Pierre

- "Les rites comme actes de institution", *Actes de la recherche en science sociales*, 1982, vol. 43, giugno, pp. 58-63.

Di Pietro, Francesco

- "Le norme sul divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile", *Diritto Penale*, 2006: https://www.diritto.it/pdf_archive/22492.pdf.

Fassin, Didier - Memmi, Dominique

- *Le Gouvernement des corps*, Editions de l'Ehess, Paris, 2004.

Fassin, Didier

- *Ripolitizzare il mondo. Studi antropologici sulla vita, il corpo e la morale*, Ombre Corte, Verona, 2014.

- *Ragione umanitaria. Una storia morale del presente*, traduz. di Lorenzo Alunni (ediz orig. 2010), DeriveApprodi, Roma, 2018.

Fusaschi, Michela

- *I segni sul corpo. Per un'antropologia delle modificazioni dei genitali femminili*, Bollati Boringhieri, Torino, 2003.

- *Luoghi della migrazione e corpi della tradizione. Aggravanti e attenuanti culturali in materia di modificazioni dei genitali femminili*, *Studi Emigrazione/Migration Studies*, vol. LI, n. 193, 2014, pp. 161-174.

Griffiths, D.

- "Somali refugees in Tower Hamlets: clanship and new identities", *New Community*, n. 23, 1997, pp. 5-24.

Gunning, Isabelle R.

- "Female genital surgeries and multicultural feminism: the ties that bind; the differences that distance", *Third World Legal Studies*, vol. 13, art. 2, 1995, pp. 17-47.

Johnsdotter, Sara

- *Persistence of tradition or reassessment of cultural practices in exile? Discourses on female circumcision among and about Swedish Somalis*, in "Transcultural bodies. Female genital cutting in global context", a cura di Y. Hernlund - B. Shell-Duncan, Rutgers University Press, U.S., 2007, pp. 107-134.

Mencacci, Elisa

- *Tra tecnologie del ricordo e produzione di verità: memoria e narrazione nelle politiche di asilo*, *Encyclopaideia*, XIX, n. 41, 2015, pp. 61-82.

Ministero della Salute

- *Ricognizione sui servizi offerti a livello regionale a donne e bambine sottoposte a pratiche di mutilazione genitale femminile (MGF). Anno 2007*, Roma, 29 maggio 2007.

Oboler Smith, Regina

- "Law and persuasion in the elimination of female genital modification", *Human Organization*, vol. 60, n. 4, winter 2001, pp. 311-318.

Pasquinelli, Carla

- *Infibulazione. Il corpo violato*, Roma, Meltemi Editore, 2007.

Petryna, Adriana

- "Biological Citizenship: the Science and Politics of Chernobyl-exposed Populations", *Osiris*, vol. 19, 2004, pp. 250-265.

Pinelli, Barbara (cur.)

- "Migrazioni e asilo politico", *Annuario Antropologia*, Anno XIII, n. 15, 2013.

Pompeo, Francesco

- *Prospettive antropologiche*, in *Guida multisettoriale di formazione accademica sulle mutilazioni/escissioni genitali femminili*, a cura di Adriana Kaplan e Laura Nuño Gómez, Editorial Dykinson, Madrid, 2017.

Schirripa, Pino

- *La vita sociale dei farmaci. Produzione, circolazione, consumo degli oggetti materiali della cura*, Lecce, Argo Editrice, 2015.

Shweder, Richard A.

- “*What about female genital mutilation?*” and why understanding culture matters in the first place, in *Engaging cultural differences: the multicultural challenge in liberal democracies*, a cura di Shweder R.A. - Minow M. - Markus H., Russel Sage Foundation Press, New York, 2002, pp. 216-251.

Sorgoni, Barbara

- “Storie, dati, prove. Il ruolo della credibilità nelle narrazioni dei richiedenti asilo”, *Parole Chiave*, n. 46, 2011, 115-133.

- (a cura di), *Etnografia dell'accoglienza. Rifugiati e richiedenti asilo a Ravenna*, CISU, Roma, 2011.

Taliani, Simona

- *Il passato credibile e il corpo impudico. Storia, violenza e trauma nelle biografie di donne africane richiedenti asilo in Italia*, “LARES. Quadrimestrale di studi demoetnoantropologici”, Anno LXXVII, n. 1, gennaio-giugno 2011, pp. 135-158

Talle, Aud

- *Female circumcision in Africa and beyond. The anthropology of a difficult issue*, in “Transcultural bodies. Female genital cutting in global context”, a cura di Y. Hernlund - B. Shell-Duncan, Rutgers University Press, U.S., 2007, pp. 91-106.

UNICEF

- *Female genital mutilation/cutting: a statistical exploration*, Unicef, 2005.

WHO

- *Eliminating female genital mutilation. An interagency statement*, Ginevra, 2008.

- *Guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*, Ginevra, 2016.

Anticorpi di stato. Da figli di *'ndrangheta* a buoni cittadini

Marta Quagliuolo

Abstract

This article intends to present some considerations starting from the ethnography of a judicial measure. The research has attempted to analyse the modality of promulgating judicial decrees, dictated by the Juvenile Court of Reggio Calabria aiming at transforming youths of *'ndrangheta* - whose psychophysical development appears to be compromised – into good citizens.

The State intervenes with the goal of “re-thinking”, “re-modelling” and “re-educating” underage kids from the psycho-social-cultural point of view. Only in this way youngsters become desirable citizens. The author asserts that this change happens through a psychologizing process. Social Services make use of psychological instruments to achieve the inner transformation of the youths of the *'ndrangheta*. So the psychologizing process makes the criminal mind a legal mind, as well as a promoter of good citizenship.

Keywords: *'ndrangheta*, Juvenile Court of Reggio Calabria, State, psychologizing process, antibodies

Premessa

Lo sguardo di questo studio è rivolto a una specifica politica dell'infanzia. Si tratta di un'etnografia delle istituzioni statali; un'etnografia che osserva un provvedimento giudiziario rivolto alla costituzione di cittadini responsabili e consapevoli.

Il presidente del Tribunale per i minorenni di Reggio Calabria ha trovato una via giuridica per tentare di interrompere la riproduzione della cultura mafiosa. Applicare la prospettiva etnografica allo studio di un procedimento giudiziario significa analizzare come gli operatori del diritto utilizzino e “manipolino” gli strumenti tecnico-giuridici a loro disposizione per prendere decisioni legittime attraverso l'applicazione di codici di riferimento normativi che le rendano coerenti. Solo in questo modo è possibile cogliere le modalità di intervento dello Stato sulla vita dei minori. L'osservazione dei meccanismi di emissione e applicazione dei decreti giudiziari rappresenta un tentativo di insinuarsi all'interno dell'ambiguità intrinseca del potere statale.

Se pensiamo al recente dibattito rispetto all'etnografia dello Stato tra antropologia ermeneutico-interpretativa e antropologia critica¹, questo lavoro può far comprendere quanto i due approcci siano intrecciati. Lo Stato non può essere definito come un'istituzione "buona" o "cattiva", poiché è entrambe le cose. È un oggetto "potente"², uno spazio difficilmente etnografabile e dunque solo attraverso la dimensione relazionale con le istituzioni, e quindi con i soggetti reali che le compongono, è possibile capire come viene manipolato e gestito il potere e come esso si riproduce.

A differenza di molti studi antropologici che si impegnano a dare voce a un'umanità subalterna ai margini della società³, la mia ricerca ha avuto come interlocutori i portavoce del dispositivo giuridico dello Stato. Ho ascoltato il Presidente del Tribunale per i minorenni, alcuni degli agenti della Questura e della Direzione Investigativa Antimafia; e poi avvocati, assistenti sociali e psicologi coinvolti nel processo di valutazione e sostegno dei minori, al fine di ricostruire e comprendere l'agire istituzionale.

Non posso però negare di essermi mossa in un contesto notoriamente considerato ai margini della penisola italiana, arretrato, lontano. Gramsci definì il Mezzogiorno come «una grande disgregazione sociale» dove «i contadini, che costituiscono la grande maggioranza della sua popolazione, non hanno nessuna coesione tra loro»⁴; perciò le masse settentrionali si convinsero che il Sud fosse «la palla di piombo che impedisce più rapidi progressi allo sviluppo civile dell'Italia»⁵. E de Martino, nel corso delle sue inchieste nel Sud, fece emergere i cumuli di miseria e di inquietudine, insieme alle tecniche messe in atto contro la minaccia dell'alienazione⁶ del mondo dei poveri. Dolci ci offre un piccolo frammento della realtà meridionale, attraverso la sua indagine a Partinico, in Sicilia, dove tra il 1961 e

¹ Si rimanda alla recente pubblicazione curata da Dei e Di Pasquale 2017, in particolare il saggio introduttivo firmato da Dei, a partire dal quale si è generato un acceso dibattito sulla rivista online "il lavoro culturale" (<https://www.lavoroculturale.org/>, 25 giugno 2020), a cui hanno preso parte Saitta, Romitelli, Cutolo, Di Pasquale, Gribaldo e Ribeiro Corossacz, Boni e Dei stesso.

² Sayad 1990.

³ Non è raro scontrarsi con la categoria di subalternità nel corso degli studi antropologici. È chiaro che la lettura del *Quaderno 25* di Gramsci risulta essere imprescindibile prima di poter far rientrare le parole "subalterno", "subalterne", "subalterni" e "subalternità" nella propria riflessione. È però complesso fornire un'unica definizione delle classi subalterne poiché le loro caratteristiche distintive sono la disgregazione, la molteplicità e la disomogeneità. Per questo motivo Gramsci non ha fiducia nella possibilità in cui i subalterni possano uscire da soli dal proprio stato di subalternità. Si rimanda all'articolo di Liguori 2011 e, per una panoramica più ampia, al "Dizionario Gramsciano" online (<http://dizionario.gramsciproject.org/>, 25 giugno 2020), grazie al quale è possibile ripercorrere come l'autore ha costruito e declinato il suo pensiero.

⁴ Gramsci 2019b, p. 126.

⁵ Ivi, p. 112.

⁶ Per una panoramica sul ruolo dell'etnopsichiatria negli studi di de Martino si rimanda alla lettura del numero monografico di "aut aut" a cura di Beneduce e Taliani 2015.

il 1962 raccolse il malessere delle classi più disagiate della società italiana («braccianti, “industriali”, alcuni vaccari e piccoli proprietari»⁷). È noto che il divario tra Nord e Sud sia diventato tema di dibattito politico dall’unità d’Italia, fino a generare retoriche identitarie in anni ben più recenti. Il delinarsi della “questione meridionale” si affianca infatti a un sentimento antimeridionalista che non tocca solo l’ambito economico, ma che riguarda la società, la sfera pubblica e il costume⁸.

Uno degli elementi che ha avvallato l’arretratezza del Mezzogiorno rispetto al Settentrione è la presenza radicata della criminalità organizzata⁹. In alcuni passaggi gramsciani¹⁰ troviamo accennata l’esistenza della mafia e della camorra, ma non viene mai approfondita l’influenza che tali organizzazioni esercitavano sul territorio. In modo sorprendente, a mio avviso, de Martino non prese in considerazione la componente criminale nei suoi studi in Meridione, nonostante a livello storico avrebbero dovuto essere centrali per una ricostruzione completa e complessa del contesto. Furono soprattutto gli antropologi stranieri a raccontare la presenza dei mafiosi, il loro ruolo e la rete di relazioni instaurate all’interno della società a partire da etnografie situate nei villaggi e paesi del Sud¹¹.

Al centro del provvedimento oggetto della mia ricerca ci sono i minori di ‘ndrangheta, i quali, pur collocandosi all’interno di un gruppo minoritario in quanto criminale, appartengono a famiglie di uomini e donne influenti. La mafia è infatti un gruppo di potere che agisce nell’illegalità, con l’obiettivo di accumulare ricchezza, potere e il conseguente prestigio, anche grazie allo storico rapporto con i poteri pubblici. La criminalità organizzata si presenta come un potere extraistituzionale ma senza contrapporsi allo Stato: le condizioni di coesistenza e coabitazione vengono continuamente trattate e contrattate fino al raggiungimento della reciproca legittimazione. La marginalità, in questo caso, risulta dunque essere un concetto mobile a seconda della prospettiva da cui viene preso in considerazione.

Mio intento qui sarà quello di esplorare le modalità di applicazione di un provvedimento giudiziario che ha l’obiettivo di trasformare dei giovani devianti in buoni cittadini. Già a partire dalla lettura dei decreti emessi dal Tribunale per i minorenni di Reggio Calabria, emergono una serie di scelte lessicali che generano una distinzione culturale tra i minori, a fondamento della necessità di allontanare i ragazzi di ‘ndrangheta dalla propria famiglia, dalla propria quotidianità e dalla propria regione. Lo studio, in questa prospettiva, del sistema giudiziario comporta

⁷ Dolci 2014, p. 9.

⁸ Per un approfondimento e una lettura critica della “questione meridionale”: Lupo 2015; Teti 2015; Teti 2013; Franzini 2009.

⁹ «Una tale idea finisce con il ricondurre la nascita e lo sviluppo della mafia ai caratteri di arretratezza economica e sociale del Mezzogiorno post-unitario, dimenticando però che le medesime condizioni di marginalità e particolarismo non hanno dato luogo a forme significative di criminalità in altre aree e regioni meridionali» Sciarrone 2009, p. 10.

¹⁰ Gramsci 2019b, p. 78; Gramsci 2019a, pp. 11663-1665; Gramsci 2018, pp. 41-44

¹¹ Gower Chapman 1985; Blok 1986; Schneider, Schneider 1989.

un'analisi attenta e approfondita dell'uso che viene fatto delle teorie di senso comune e delle conoscenze tipizzate per interpretare la realtà, attraverso le quali vengono create descrizioni, spiegazioni e decisioni plausibili applicabili a casi diversi.

I provvedimenti prevedono la costruzione di un percorso personale per i ragazzi al fine di ri-modellare alcuni aspetti della loro personalità, i quali vengono fatti risalire alla matrice culturale-territoriale a cui appartengono per nascita. I giovani allontanati diventano cittadini formati dallo Stato attraverso la rielaborazione delle esperienze vissute fino a quel momento e all'acquisizione di valori alternativi rispetto a quelli incorporati all'interno del contesto d'origine. Attraverso un vero e proprio cambio di status i minori allontanati diventano agli occhi delle istituzioni dei buoni cittadini.

Lo scenario descritto rimanda agli studi relativi alle politiche dell'infanzia che si sono concentrati in particolare sul rapporto Stato-cittadini-cultura in contesti etnografici in cui sono stati messi in atto processi di medicalizzazione dei minori. Nel caso dei minori di 'ndrangheta, lo Stato interviene invece attraverso l'uso degli strumenti della psicologia al fine di ri-educare i minori dal punto di vista psico-socio-culturale. Il linguaggio psicologico accompagna il processo di cambiamento. La percezione del mondo, dei valori, le modalità di comportamento vengono ricondotte esclusivamente alla variabile psicologica. Per questo motivo ho provato ad applicare la categoria della psicologizzazione a questo campo di studi.

Anticorpi

L'espressione "anticorpi di Stato" mi si è presentata alla mente quasi casualmente mentre riflettevo sul rapporto Stato-criminalità organizzata-minori di 'ndrangheta e più portavo avanti la metafora, più mi rendevo conto che aveva la capacità di rappresentare efficacemente diversi aspetti del mio studio.

Nel corso dell'etnografia è emerso con estrema chiarezza il fatto che i provvedimenti emessi dal Tribunale per i minorenni di Reggio Calabria non abbiano il fine di cambiare o distruggere la 'ndrangheta, ma solo di permettere a un "singolo" ragazzo di poter scegliere il proprio futuro.

Lo Stato dunque utilizza lo strumento dei decreti giudiziari per allontanare i minori dal proprio contesto d'origine e rafforzare il loro organismo individuale attraverso la trasmissione di anticorpi-statali. La speranza non è solo quella che gli anticorpi riescano a sanare il corpo del ragazzo, ma soprattutto che si sviluppi una vera e propria memoria immunologica, grazie a cui il sistema mantenga la capacità di respingere le influenze negative in maniera più rapida e intensa.

Benché gli anticorpi si sviluppino all'interno del singolo organismo, solo grazie alla loro condivisione sociale alcune malattie possono essere debellate. E così, lo Stato cerca di produrre degli anticorpi-sociali attraverso la trasformazione dei

ragazzi di ‘ndrangheta in cittadini responsabili, che costituiscano una futura società onesta e promotrice della legalità. L’intervento dello Stato si pone a confine tra l’individuale e il sociale, tra la costruzione della coscienza del singolo cittadino e la visione futura della comunità.

Ma spingiamoci oltre nella metafora. Come vengono definiti gli anticorpi nel vocabolario medico? Come si acquisiscono? Sono una delle funzioni principali del sistema immunitario umorale (la medicina umorale di derivazione ippocratica chiamava il sangue “umor rosso”) e il primo repertorio di anticorpi viene trasmesso dalla madre al feto attraverso la placenta collegandosi al sistema circolatorio del nascituro.

Gli anticorpi dunque si ricevono attraverso il sangue e non è possibile non pensare ai legami familiari e letteralmente di sangue, che nel contesto mafioso hanno un valore simbolico molto elevato¹². Le madri trasmettono ai figli come difendersi dagli agenti esterni: esterni alla cerchia familiare, all’universo mafioso, alla logica criminale. L’incorporazione degli anticorpi-materni permette ai bambini di riconoscere lo Stato-nemico e di combatterlo riproducendo gli schemi interni all’organizzazione.

L’intervento statale desidera proprio contrastare il legame familiare, consolidato dal legame di sangue, che rappresenta la base su cui si poggiano le logiche di fedeltà criminale della ‘ndrangheta: o, detto altrimenti, lo Stato auspica l’interruzione di una genealogia mafiosa. La strategia adottata è quella di introdurre degli anticorpi di Stato nel corpo-mafioso, al fine di mettere in crisi le regole mafiose. Il corpo-Stato tenta di curare il corpo-mafioso attraverso una lunga catena di trasmissione di anticorpi: dal corpo-madre al corpo-figlio, dal corpo-Stato al corpo-mafioso, dal corpo-buon cittadino al corpo-società.

Il corpo-mafioso è un corpo politico oggetto di sorveglianza e regolamento. La normalizzazione del corpo-mafioso avviene tramite l’incorporamento delle norme proposte dal corpo-Stato. La politica dell’infanzia oggetto di studio ricerca la stabilità del corpo politico attraverso il controllo del corpo sociale e la disciplina dei singoli corpi¹³.

Lo Stato, attraverso il potere che esercita, si propone di allontanare dal mondo criminale i minori invischiati in legami di sangue pericolosi, e di inserirsi all’interno di una comunità che già incarna i valori e le regole delle istituzioni. Da figli della

¹² È bene ricordare che i gruppi mafiosi utilizzano i vincoli di parentela per rafforzare il potere dell’organizzazione. Si tratta di un valore strumentalizzato, poiché pur presentandosi come sostenitori e difensori dei legami di sangue, non esitano a infrangerli se ciò comporta maggiore ricchezza o potere. Naturalmente non intendo qui fare mia l’insostenibile tesi della trasmissione genetica dei valori mafiosi. Sarebbe sconsiderato e illogico. Sfrutto invece, fino in fondo, una metafora che mi sembra adeguata a illuminare l’intervento istituzionale.

¹³ Lock, Scheper-Hughes 1987.

‘ndrangheta a buoni cittadini, figli pertanto di uno Stato capace di generare una diversa discendenza, inedita e contraria alle logiche del sangue.

In difesa dei minori

A partire dal 2017¹⁴ mi sono interessata alle modalità di emissione e di applicazione di un provvedimento giudiziario emesso dal Tribunale per i minorenni di Reggio Calabria, che prevede la limitazione o la decadenza della responsabilità genitoriale¹⁵ e il conseguente allontanamento di minori appartenenti a famiglie legate alla criminalità organizzata calabrese e il cui sviluppo psico-fisico è valutato pregiudicato.

I casi di applicazione di questo tipo di decreto sono tre. Il primo è quello che vede il minore assuefatto ai modelli culturali e comportamentali criminali del genitore, oppure ha egli stesso condotte irregolari o illegali, sottovalutate o incoraggiate dai genitori. La seconda circostanza in cui il provvedimento viene applicato è quella in cui la tutela del minore si affianca all’obiettivo di protezione di un collaboratore e/o testimone di giustizia. Infine, il terzo caso è quello in cui il decreto viene emesso se il comportamento criminale del genitore, pur non essendo direttamente pregiudizievole per il figlio, si traduce comunque in un danno al sereno

¹⁴ L’interesse personale per questo tema è nato a partire dalla lettura di un’inchiesta giornalistica: *Non crescerai mafioso: i minori tolti alla mafia*, firmata da Giovanni Tizian e pubblicata su “l’Espresso”.

¹⁵ Costituzione, art. 30, comma 1 e 2 – *È dovere dei genitori mantenere, istruire ed educare i figli, anche se nati fuori dal matrimonio. Nei casi di incapacità dei genitori, la legge prevede che siano assolti i loro compiti.* Convenzione sui diritti del fanciullo (20 novembre 1989, New York), art. 3, comma 2 e 3 – *Gli Stati parti si impegnano ad assicurare al fanciullo la protezione e le cure necessarie al suo benessere, in considerazione dei diritti e dei doveri dei suoi genitori, dei suoi tutori o di altre persone che hanno la sua responsabilità legale, e a tal fine essi adottano tutti i provvedimenti legislativi e amministrativi appropriati. Gli stati parti vigilano affinché il funzionamento delle istituzioni, servizi e istituti che hanno la responsabilità dei fanciulli e che provvedono alla loro protezione sia conforme alle norme stabilite dalle Autorità competenti in particolare nell’ambito della sicurezza e della salute e per quanto riguarda il numero e la competenza del loro personale nonché le l’esistenza di un adeguato controllo.* Dichiarazione Universale dei diritti dell’uomo (10 dicembre 1948, Parigi), art. 25, par. 2 – *La maternità e l’infanzia hanno diritto a speciali cure e assistenza. Tutti i bambini, nati nel matrimonio o fuori da esso, devono godere della stessa protezione sociale.* Carta dei Diritti Fondamentali dell’UE (7 novembre 2000, Nizza), art. 24 – *I bambini hanno diritto alla protezione e alle cure necessarie per il loro benessere. Essi possono esprimere liberamente la propria opinione; questa viene presa in considerazione sulle questioni che li riguardano in funzione della loro età e della loro maturità. In tutti gli atti relativi ai bambini, siano essi compiuti da autorità pubbliche o da istituzioni private, l’interesse superiore del bambino deve essere considerato preminente. Ogni bambino ha diritto di intrattenere regolarmente relazioni personali e contatti diretti con i due genitori, salvo qualora ciò sia contrario al suo interesse.* Convenzione Europea sull’esercizio dei diritti del fanciullo (25 gennaio 1996, Strasburgo), resa esecutiva in Italia con la legge n. 77 del 20 marzo 2003, art. 1.

sviluppo del minore (si fa qui riferimento ai casi di prolungata latitanza di un genitore).

Lo strumento scelto è lo stesso con cui si interviene nei confronti dei genitori maltrattanti, tossicodipendenti o alcoolisti¹⁶, con l'aggiunta del necessario trasferimento dei minori al di fuori della regione Calabria.

Questo intervento giudiziario ha due fini dichiarati: da un lato tenta di spezzare la catena di trasmissione culturale mafiosa e dall'altro si pone l'obiettivo di costruire quelli che vengono definiti come dei buoni cittadini, che andranno a creare una società futura più onesta e corretta.

Faccio principalmente riferimento al genere maschile perché è nella natura dei provvedimenti tutelare in modo particolare i figli delle famiglie di 'ndrangheta. La percentuale di ragazzi allontanati è sicuramente maggiore rispetto a quella delle ragazze. Le madri, infatti, avendo il compito di trasmettere il codice culturale mafioso, insegnano ai figli a diventare portatori del mito della 'ndrangheta, avviandoli alla carriera criminale e al conseguente ingresso nell'organizzazione. La relazione madre-figlio rappresenta un ideale potente, base di continuità del mito della mafia e della mascolinità come invincibile. Le figlie, come ricordano Ingransci¹⁷ e Siebert¹⁸, non sono direttamente investite dalla legge del padre e sono piuttosto incentivate ad assimilare lo spregio del femminile e della femminilità, a favore della celebrazione del maschile, dimostrando subordinazione e passività a vantaggio dell'onore e del prestigio degli uomini del nucleo familiare.

Bisogna tuttavia registrare un dato sorprendente: il nuovo orientamento giuridico del Tribunale per i minorenni di Reggio Calabria ha portato alcune madri a chiedere aiuto o ad avviare percorsi di collaborazione con la giustizia al fine di sottrarre i propri figli, e talvolta se stesse, a un destino di carcerazione, violenza e morte. Il desiderio di emancipazione, di apertura e scoperta del mondo, conduce queste donne negli uffici del Tribunale per i minorenni, dove vengono accolte e ascoltate. L'istituzione statale e giuridica cessa di essere considerata nemica e persecutrice, mentre si apre la possibilità di un dialogo da cui trarre vantaggi reciproci.

¹⁶ Art. 330, c.c. – *Il giudice può pronunciare la decadenza della responsabilità genitoriale quando il genitore viola o trascura i doveri a essa inerenti o abusa dei relativi poteri con grave pregiudizio del figlio. In tal caso, per gravi motivi, il giudice può ordinare l'allontanamento del figlio dalla residenza familiare ovvero l'allontanamento del genitore o convivente che maltratta o abusa del minore.* Art. 333, c.c. – *Quando la condotta di uno o di entrambi i genitori non è tale da dare luogo alla pronuncia di decadenza prevista dall'articolo 330, ma appare comunque pregiudizievole al figlio, il giudice, secondo le circostanze, può adottare i provvedimenti convenienti e può anche disporre l'allontanamento di lui dalla residenza familiare ovvero l'allontanamento del genitore o convivente che maltratta o abusa del minore. Tali provvedimenti sono revocabili in qualsiasi momento.*

¹⁷ Ingransci 2007.

¹⁸ Siebert 2007.

Il tema di ricerca è attuale e sicuramente controverso. Proprio per questo, negli ultimi anni si è alimentato un ampio dibattito a diversi livelli. Inizialmente non sono mancate le critiche: c'è chi ha parlato di deportazione di minori, chi ha sostenuto che l'autorità giudiziaria non dovrebbe intervenire nell'ambito familiare censurando determinati modelli educativi. Raffaele Cantone, ex Presidente dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, fin dal primo momento, si dichiarò dubbioso rispetto all'eticità del provvedimento *de potestate* affermando:

«Resto molto perplesso rispetto a questo tipo di alternativa e credo che questi esperimenti siano la prova del fallimento dello Stato, delle istituzioni, che utilizzano come al solito delle scorciatoie perché non sanno come intervenire sull'ambiente. [...] Lo Stato utilizza una scorciatoia per non fare la sua parte, cioè lo Stato interviene sulla parte più debole, il bambino, perché ammette di non essere in grado di fare nulla sull'ambiente [...] Per questa vicenda ho molte perplessità perché è una di quelle questioni che, dal punto di vista umano ed etico, mi lascia molti dubbi.»¹⁹

La proposta del Tribunale per i minorenni di Reggio Calabria ha poi ricevuto grande attenzione a livello mediatico, sia nazionale sia internazionale: il Presidente del Tribunale per i minorenni Roberto Di Bella è stato intervistato dal New York Times²⁰, sono stati pubblicati articoli giornalistici²¹ e libri rivolti alla divulgazione²². La Rai ha prodotto e trasmesso un film che racconta, in forma romanzata, la storia del primo minore oggetto del provvedimento giudiziario: si tratta di un prodotto rivolto al grande pubblico televisivo, il cui obiettivo è sensibilizzare e far conoscere una realtà poco nota.

Mancano, per il momento, degli studi delle scienze sociali, le quali non desiderano raggiungere verità giudiziarie o fornire una valutazione del provvedimento in sé, quanto piuttosto penetrare in un orizzonte di significato interno al fenomeno, per quanto parziale e provvisorio esso possa risultare.

Il linguaggio dei provvedimenti

La prima fonte a cui ho fatto riferimento sono stati alcuni dei decreti di limitazione o decadenza della responsabilità genitoriale emessi dal Tribunale per i minorenni di

¹⁹ http://www.ansa.it/campania/notizie/2017/02/13/cantonefigli-tolti-a-boss-e-fallimento_7f76ac62-07a0-4f51-85f8-81d1fea54487.html (25 giugno 2020).

²⁰ Pianigiani 2017.

²¹ Ad esempio: Ferrarella 2017; Viviano 2017; Tizian 2019.

²² Ad esempio: Iantosca 2015; Tizian 2018.

Reggio Calabria²³. Trattandosi di documenti prodotti all'interno di un tribunale, rappresentano delle fonti costruite allo scopo di ricercare la verità giudiziaria. Dunque, come spesso capita agli studiosi che si occupano di mafia, è stato necessario tenere a mente chi, come e con quale fine ha raccolto i dati riportati nei documenti.

Riprendo e trascrivo alcuni passaggi dei provvedimenti che ritengo particolarmente significativi dal punto di vista lessicale, e che sono quindi stati oggetto di riflessione e discussione nel corso delle interviste realizzate successivamente.

Dal decreto emesso dal Tribunale per i minorenni di Reggio Calabria in data 8 marzo 2016:

«[I]l minore C.T., [...], è inserito in un contesto familiare, territoriale e sociale gravemente pregiudizievole al punto tale da compromettere la possibilità di un equilibrato sviluppo della personalità, con correlato e concreto rischio di devianza».

«[Le] figure genitoriali [...] riproducono, nel nucleo familiare in cui dovrebbe avere luogo lo sviluppo del ragazzo, il sistema valoriale, fortemente connotato in senso criminale, che contraddistingue il circuito sociale e il contesto territoriale in cui la famiglia C. è inserita».

«[I]l contesto ambientale, personale e morale che fa da sfondo alla vita e allo sviluppo del minore appare assolutamente inadeguato alle delicate esigenze emotive e di crescita del medesimo».

Dal decreto emesso dal Tribunale per i minorenni di Reggio Calabria in data 25 ottobre 2016:

«[I] minori (...) vivono in un contesto familiare e locale, fortemente inquinato dalla presenza di una consorteria di stampo 'ndranghetistico e, quindi, ad alto rischio di pregiudizio per la loro integrità psico-fisica».

«[I]l medesimo ha assolutamente rifiutato – in ossequio ad un canovaccio consolidato in casi del genere – di incontrare il genitore [che ha appena iniziato un percorso di collaborazione con la giustizia], prediligendo la frequentazione di parenti coetanei anche con precedenti penali e, quindi, dimostrando di aderire – nonostante la giovane età – a quel contesto familiare permeato dinamiche malavitose e, comunque, da valori arcaici improntati ad una subcultura, caratterizzata da un travisato senso dell'onore e del rispetto».

²³ Disponibili sul sito del Tribunale stesso, nella sezione *Focus Minori e Criminalità organizzata* (http://www.tribmin.reggiocalabria.giustizia.it/articoli.php?nome=Provvedimenti&id_articolo=999, 25 giugno 2020).

Dal decreto emesso dal Tribunale per i minorenni di Reggio Calabria in data 8 novembre 2016:

«[L]a gestione della famiglia è esercitata dalla madre che propone, sia pure contraddittoriamente, la propria diversità culturale e quella della sua storia familiare, ma affascinata dal marito e dal suo modo, idealizza una figura paterna che in realtà è assente».

Il «contesto familiare e locale», il «sistema valoriale», la «subcultura», la «cultura» sono concetti ripetuti più volte nei decreti, a sottolineare la lettura giudiziaria della realtà e per sostenere la necessità di allontanare il minore dalla propria realtà quotidiana. La scelta di utilizzare questo lessico, ha attirato fortemente la mia attenzione, poiché si tratta di espressioni che richiamano temi approfonditi e dibattuti dall'antropologia.

I termini e le espressioni ricorrenti nei testi giudiziari rimandano a una serie di relazioni e a un ambiente generale che risulta unico e uniforme nelle sue caratteristiche. Se da un lato le vicende descritte sono varie e caratterizzate da diverse situazioni e dinamiche, dall'altro il clima in cui si svolgono è lo stesso. Il «contesto» però non viene mai descritto in modo chiaro e preciso, è lasciato sullo sfondo, nonostante sia presentato come la causa stessa degli eventi che si inscenano e del necessario allontanamento dei minori.

È complesso riuscire a conciliare la sistematicità e la rigidità di applicazione di un provvedimento giudiziario con la definizione e il riconoscimento di un «ambiente culturale» vago e sfumato tra le righe dei decreti. Un «contesto familiare» ma che è allo stesso tempo «sociale», «personale» e «territoriale». Un ambiente privato, chiuso tra le mura domestiche, in cui vengono trasmessi i valori mafiosi attraverso una strategia educativa precisa contrapposto e integrato a un ambiente diffuso e aperto alla realtà locale. Da un lato il riferimento è alla famiglia di 'ndrangheta e dall'altro all'infiltrazione mafiosa nel territorio.

Ma quali sono le caratteristiche del «contesto di provenienza»? Il Presidente del Tribunale per i minorenni, Roberto Di Bella, nel corso di uno dei nostri colloqui, mi disse:

«Diciamolo chiaramente, questo è un territorio fortemente infiltrato dalla 'ndrangheta, che condiziona gran parte delle relazioni umane, politiche, sociali, psicologiche».

L'avvocato Pasquale Cananzi, spesso nominato Curatore Speciale²⁴ dei minori oggetto del provvedimento qui esaminato, nel corso del nostro incontro, fece invece questa riflessione:

«[S]e mi posso permettere, anche se non è il mio compito... una sensazione più che altro... cioè, non è che c'è un patto di sangue perché fai parte di quella famiglia e quindi ti tagliano il polso per unire sangue e sangue. Non è così. È semplicemente che nasci in un contesto che ha già un binario tracciato per te, hai poche alternative».

Il dottor Enrico Interdonato, psicologo esperto di psichismo mafioso²⁵ e fondatore dell'Associazione "Addiopizzo Messina", mi parlò di una doppia pressione a cui sarebbero sottoposti i minori di 'ndrangheta.

«La pressione è da due parti principalmente: una è quella della famiglia [...] che in maniera più o meno consapevole, a seconda dei singoli casi, affascina, educa o addestra addirittura. [...] Attraverso quindi lo sviluppo di legami affettivi e relazionali saturi, chiusi, pieni, in cui c'è un "già pensato", [...] rendono questi ragazzi come i principi eredi di una dinastia. [...] O a volte, in maniera meno consapevole, la famiglia induce non tanto con le parole e con i fatti, ma è quello che fa passare. È quello che fa vedere. E quindi, in maniera inconsapevole, c'è quella sorta di investitura quasi silenziosa: "Sei libero, per me, di fare quello che vuoi", però poi... Poi vedi che tuo papà appartiene a una élite. Non è che ti parla e ti spiega, però quello che vedi ti porta comunque ad avere l'idea che: "Devo seguire qualcosa". [...] E dall'altro lato c'è una pressione di tutto un sociale ampio in cui vivono i ragazzi. I contesti in cui vivono che ti considerano il "figlio di"».

Differenze

La lettura analitica e critica dei provvedimenti giudiziari ha fatto emergere un quesito fondamentale: cosa distingue i ragazzi di 'ndrangheta appartenenti a quella che viene

²⁴ Il Curatore Speciale è un avvocato che ha il ruolo di porsi come soggetto intermediario tra il minore, la sua famiglia e i rappresentanti del Tribunale per i minorenni. Da un lato ha il compito di rappresentare il ragazzo, mettendo in luce i suoi desideri, le sue capacità, le sue esigenze, oltre che i suoi punti deboli; dall'altro deve far sì che le decisioni prese dal giudice vengano comprese, accolte e accettate dal giovane e dalla sua famiglia nel miglior modo possibile.

²⁵ Lo studio dello "psichismo mafioso" trova la sua massima espressione negli scritti di Lo Verso (nelle pagine successive, al paragrafo intitolato "Buoni cittadini", spiegherò come viene definito lo psichismo mafioso o pensiero mafioso e i risultati delle ricerche di alcuni psicologi clinici legati a questa corrente di pensiero), Professore Ordinario di Psicologia Clinica presso l'Università di Palermo, con il quale Interdonato ha collaborato per approfondire il tema dei minori di 'ndrangheta.

definita nei documenti giudiziari come «cultura mafiosa» e i buoni cittadini italiani appartenenti alla cultura della legalità?

La stessa questione mi fu posta dalla Direttrice dell'Ufficio dei Servizi Sociali Minorili di Reggio Calabria, che ho avuto modo di incontrare nel mese di marzo del 2017. Nel riportare questo punto di vista è necessaria una premessa: la Direttrice fu l'unica informatrice che non mi permise di registrare il nostro incontro, durante il quale non ebbi l'opportunità di formulare alcun quesito, se non per richiedere alcuni chiarimenti rispetto a ciò che lei stessa decise di dirmi in un discorso completamente libero. Riporto dunque parte degli appunti che riuscii a prendere nel corso del colloquio e quelli che scrissi subito dopo. Si tratta chiaramente di materiale in parte rielaborato, integrato e soggetto tanto alla mia selezione mnemonica quanto alla mia sensibilità e interpretazione:

«Come si fa a definire un minore come un “ragazzo di mafia”? Cosa lo distingue? L'imputazione? Il sentire della società? La condotta? L'atteggiamento da bullo? Il cognome? Il contesto in cui vive?

Se un tempo la 'ndrangheta si fondava esclusivamente sui legami di sangue familiari, oggi le cose sono cambiate. Bisogna infatti tenere sempre presente il fattore temporale per poter valutare e osservare la realtà e cercare di interpretarla in modo corretto. Oggi i ragazzi non diventano mafiosi solo perché hanno i genitori mafiosi, non tutti i “figli di” sono coinvolti in affari illeciti. Si tratta piuttosto di un fenomeno socio-dinamico molto più ampio, in cui il contesto relazionale²⁶ gioca un ruolo particolarmente importante. Inoltre, non bisogna sottovalutare il fatto che la società stessa tenda a socializzare il mafioso, prima di tutto etichettandolo come tale, e poi assumendo dei comportamenti nei suoi confronti che lo rendono diverso dagli altri.

Sicuramente l'educazione, l'affetto e le cure familiari influenzano il minore, e possono renderlo un cittadino responsabile o no. Tuttavia, se questi sono i termini della discussione, bisogna tenere presente che la pedagogia rappresenta una scienza debole e per poter parlare di pedagogia mafiosa sarebbe necessario definire uno strumento interpretativo. Infatti, se da un lato la scienza giuridica è riuscita a definire all'interno di un articolo del codice penale, il 416-*bis*, il comportamento dell'affiliato a un'associazione criminale di stampo mafioso, non ha ancora raggiunto lo stesso risultato rispetto al “ragazzo di mafia”.

Nel momento in cui si parla di un minore come “vittima di maltrattamento educativo di tipo mafioso” si fa riferimento al principio fondamentale di promozione dello sviluppo di una persona sana a livello sociale, ovvero alla possibilità di sognare un futuro del bambino. Ma questo principio risulta valido per tutti i minori, quindi si torna alla domanda iniziale: cosa distingue un “ragazzo di mafia” da tutti gli altri?»

²⁶ Il concetto di “contesto” è qui legato alla nozione di “relazione”, e quindi alle frequentazioni dei minori, ai loro punti di riferimento nella fase della crescita e dello sviluppo.

La prospettiva della Direttrice fu ben lontana da quella proposta da un'assistente sociale di Messina, la quale lavora presso la Comunità Antoniana, che per prima ha accolto i minori di 'ndrangheta, sviluppando ampia esperienza nel trattare questi casi.

«Loro [i minori di 'ndragheta] arrivano in comunità e rispetto ai ragazzi nostri [siciliani] già sono diversi. Il ragazzo calabrese è diverso perché mangia in un certo modo, è metodico, ha delle cose sue e ci tiene.»

Il dottor Enrico Interdonato mi propose poi la descrizione del profilo psicologico dei “ragazzi di mafia”:

«Sono ragazzi emotivamente molti rigidi, molto strutturati, che difficilmente esprimono emozioni. [...] Sono ragazzi che non sono abituati a parlare di sé, sembrano aver dimenticato il loro mondo interno. [...] [Q]uesti ragazzi, seppur strutturati, adultizzati, imbevuti di cultura, c'è un dato che li equipara a qualsiasi ragazzo di qualsiasi parte del mondo. [...] [P]rima di essere dei minori di mafia, [sono] degli adolescenti. [...] Sono compressi in un pensiero dogmatico, fondamentalista etnico-antropologico mafioso che li obbliga a essere dei replicanti, di un pensiero saturo che li ha già pensati, prima ancora del concepimento, a essere in un determinato modo che dia continuità».

La domanda che sorge quasi spontaneamente a partire dalla riflessione sulle trasformazioni intime e al contempo sociali di questi giovani è: come si eredita la cultura di 'ndrangheta?

Un rischio sempre percorribile è connesso all'assumere una visione culturalista del fenomeno mafioso. La prospettiva culturalista giunge a ridurre l'essenza della mafia a una questione di mentalità, ovvero un insieme di valori, norme, pratiche sedimentate in un determinato territorio, che connotano in modo peculiare i soggetti che vivono in quel contesto. Si tratta piuttosto di un fenomeno complesso e stratificato, che racchiude in sé diverse sfaccettature e dimensioni, non riconducibili a un determinismo così marcato e diretto: l'aspetto economico, quello politico, quello più propriamente criminale si intrecciano a variabili più specificatamente familiari e personali – intime, dunque – contribuendo a costruire scelte, stili, azioni soggettive assunte all'interno di un dato gruppo sociale.

I documenti emessi dal Tribunale per i minorenni, tuttavia, sembrano voler definire il fenomeno mafioso come territorialmente collocato in Calabria, dove gli affiliati alla 'ndrangheta seguono il proprio sistema di regole e leggi, portando avanti le tradizioni del gruppo mafioso. Indubbiamente la mafia è un fenomeno di società locale e ha una forte specificità territoriale: il controllo del territorio rappresenta una caratteristica essenziale dell'organizzazione mafiosa radicata nelle aree di origine

(Sicilia, Calabria, Campania). Ma la mafia deve essere pensata anche al di fuori dei luoghi originari²⁷, pur presentandosi diversa a seconda dei contesti spaziali e temporali.

Ho ritenuto importante sottolineare queste caratteristiche della mafia poiché sono sintomo del fatto che anche la cultura mafiosa, così come l'organizzazione stessa, deve sempre essere contestualizzata a livello locale e temporale: sarebbe un errore analizzare l'ideologia e il modo di agire delle organizzazioni criminali sulla base di simboli e significati cristallizzati nel tempo. I provvedimenti fino a oggi emessi e le forme di tutela disposte per alcuni di questi minori sembrano incapaci di sciogliere una visione iper-deterministica che connette l'individuo al territorio, la personalità a una questione di "cultura".

Buoni cittadini

Ciò che risulta evidente in questo campo di ricerca è che lo Stato democratico costruisce il "diverso" a livello culturale e interviene all'interno della struttura della famiglia mettendo in crisi le figure genitoriali di riferimento.

I ragazzi, allontanati dal contesto familiare, vengono inseriti in strutture comunitarie, case-famiglia o famiglie al di fuori della regione Calabria, dove prendono parte a un progetto denominato "Liberi di scegliere".

Grazie alla costruzione di un percorso personale che rispecchia le esigenze del minore, gli assistenti sociali, gli psicologi e gli educatori propongono ai ragazzi un

²⁷ Ritengo la teoria di Sciarrone la più convincente rispetto alle modalità di espansione della mafia. I processi di diffusione sono caratterizzati dall'intreccio di diversi meccanismi. La mafia, in primo luogo, è in grado di adattarsi a nuovi contesti mettendo in atto diversi comportamenti adattativi: alloplastici (comportamenti che tengono a intervenire sull'ambiente per modificarlo e adeguarlo ai propri caratteri), autoplastici (comportamenti che modificano le proprie azioni, strutture e risorse per renderle più adeguate a un ambiente), esotropici (comportamenti che si rivolgono a un ambiente nuovo al fine di ottenere da esso le risorse che non si ottengono più dall'ambiente precedente). I mafiosi possono inoltre mettere in atto strategie di colonizzazione attraverso il controllo del territorio o dei traffici illeciti. In altri casi le mafie sono protagoniste di processi di imitazione, per cui tendono a riprodurre i modelli di azione e di organizzazione dei gruppi tradizionali. Naturalmente non si possono sottovalutare altri due elementi rilevanti che riguardano i territori di nuova espansione: in primo luogo sono sede di fenomeni di corruzione e pratiche illegali pregresse e se si dimostrano accoglienti e ospitali nei confronti dei mafiosi. Per un approfondimento si consiglia la lettura di Sciarrone 2009. Ma perché la 'ndrangheta è nata proprio in Calabria? È ovvio che lo sviluppo della criminalità organizzata non può essere riferita all'essenza dei calabresi o dei meridionali in generale, alla loro *forma mentis* o alle tradizioni culturali del territorio. Le cause devono essere ricercate a livello storico ed è necessario indagare la funzionalità delle associazioni criminali all'interno della società italiana al momento dell'unificazione e della costituzione dello Stato Nazionale. Si tratta di uno tema estremamente vasto che penso meriti un'attenzione che non può essere sviluppata in queste pagine (si rimanda alla lettura di Lupo 2013; Ciconte 1996; Ciconte 2011; Lombardi Satriani 1987; Teti 2015).

cambiamento psico-socio-culturale, in grado di trasformali in «buoni cittadini». Uso questa espressione, «buoni cittadini», per riportare le parole dei miei interlocutori sul campo, appartenenti sia all'ambiente giuridico sia a quello dei servizi socioassistenziali. I ragazzi di 'ndrangheta, attraverso un lavoro di rielaborazione del proprio vissuto personale e l'accettazione di una forma di socialità alternativa rispetto a quella incorporata fino a quel momento, vengono ri-pensati, ri-modellati, ri-educati, e viene offerta loro l'opportunità di una ri-nascita culturale che li renda, a tutti gli effetti, dei cittadini desiderabili.

La mia ricerca si colloca sulla scia degli studi relativi alle politiche dell'infanzia²⁸, che si sono occupati in particolare di processi di costruzione di “bambini desiderabili” attraverso tattiche di natura giuridica, amministrativa o tecnico-scientifica. Faccio riferimento, ad esempio, allo studio di Weiss²⁹ sulla medicalizzazione e mercificazione dei bambini yemeniti in Israele all'inizio degli anni cinquanta: i medici nominati dallo Stato per lavorare all'interno dei campi di transito affermarono che i corpi dei bambini necessitavano di irreggimentazione e normalizzazione (il prezzo necessario per l'assorbimento). Nella fase di costruzione dello Stato Nazione israeliano e quindi dell'identità collettiva, la medicina si pose al servizio del potere: i neonati erano mandati da un ospedale all'altro ed era difficile tenere traccia dei loro spostamenti; oggi la comunità yemenita afferma che quei bambini furono rapiti e adottati da famiglie aschenazite. Un altro caso è quello dei ventidue bambini inuit che, nel 1951, furono prelevati dal governo danese, con la complicità di alcune organizzazioni umanitarie, al fine di costruire un “tipo di groenlandese” in grado di risolvere i problemi economici e sanitari della colonia artica³⁰. O ancora, lo studio di Saada³¹ sui figli meticci nati da uomini francesi e madri indocinesi, allontanati dalle madri e inseriti in orfanotrofi gestiti dai colonizzatori, per poi essere trasferiti nella “madre-patria” francese. Allo stesso modo, i bambini nati nel Nuovo Galles del Sud (Australia orientale) da aborigeni o da genitori misti (noti come la *stolen generation*), che tra il 1870 e il 1970, vennero cresciuti in collegi religiosi o direttamente dati in adozione³².

Questi studi si concentrano sul rapporto Stato-cittadini-cultura in contesti etnografici in cui lo Stato Nazione coloniale metteva in atto processi di medicalizzazione dei minori degli “altri” al fine di selezionare e creare una cittadinanza omogenea. Il tentativo era quindi quello di includere forzatamente dei “minori colonizzati” all'interno dello Stato colonizzatore secondo i modelli proposti e imposti. Nel caso oggetto del mio studio, tuttavia, lo scenario è per alcuni aspetti

²⁸ Per un approfondimento sul rapporto Stato-minori-cultura si rimanda al numero monografico di “AM” a cura di Taliani 2015.

²⁹ Weiss 2001.

³⁰ Otzen 2015.

³¹ Saada 2007.

³² Read 1981; Commonwealth of Australia 1997.

diverso: si tratta di uno Stato Nazione democratico, e non coloniale, che impone la trasformazione dei minori; la pratica non è occulta e nascosta ai genitori, i quali sono a conoscenza del percorso a cui vanno incontro propri figli, e talvolta sono le madri a richiedere l'intervento del Tribunale. Infine, elemento da non sottovalutare, il legame tra i minori e la famiglia viene mantenuto anche durante il periodo di allontanamento (ad esclusione dei casi in cui venga ritenuto pericoloso o inefficace ai fini della buona riuscita del provvedimento), e dopo il diciottesimo compleanno i giovani sono liberi di scegliere se instaurare un nuovo tipo di rapporto con i genitori e il territorio d'origine o di restaurare quello precedente. Ciò significa che la genealogia non è perduta per sempre e che i decreti non concorrono a una rottura definitiva nell'ambito familiare. Il provvedimento giudiziario dipinge lo Stato democratico come uno Stato che, generando una separazione culturale, prova a svolgere un'attività di inclusione sociale forzata attraverso il cambiamento interiore dei minori. Ai ragazzi di 'ndrangheta viene richiesto di abbandonare i propri valori di riferimento in favore di quelli proposti dallo Stato. Abituati a vedere le istituzioni come delle nemiche, viene offerta ai ragazzi allontanati una prospettiva alternativa rispetto al ruolo, alle funzioni e ai valori dello Stato.

Se parlare di medicalizzazione significa porre in luce il processo di sconfinamento da parte della medicina al di là dei propri limiti³³, nel caso dei ragazzi di 'ndrangheta ritengo che si possa parlare di un processo di psicologizzazione, ossia dello sconfinamento della psicologia.

La nozione di medicalizzazione venne introdotta negli anni settanta dagli storici francesi per fare riferimento alla crescente possibilità di accesso della popolazione alla medicina ufficiale; ciò significa che medicalizzazione e professionalizzazione dei medici furono fenomeni paralleli³⁴. Nel corso dello stesso decennio, l'antropologia medica iniziò a emergere come una disciplina autonoma, a partire dalla problematizzazione del rapporto tra antropologia e biomedicina³⁵.

In un articolo del 1972, Zola propose la definizione della medicina come un'istituzione del controllo sociale: la medicalizzazione della quotidianità e l'uso sempre più ampio delle categorie "sano" e "malato" per rappresentare l'esistenza umana, furono la diretta conseguenza di un processo insidioso.

Se da un lato la medicalizzazione consiste nel trattare i problemi della vita quotidiana come problemi medici, dall'altro è un fenomeno che si alimenta nella domanda di salute. Ciò significa che, in termini culturali, l'idea di malattia viene

³³ La medicalizzazione ha «ricadute su forme dirette di controllo sociale, sulle politiche di formazione del consenso e sulla definizione della sfera cognitiva, poiché investe i modi in cui sono classificati i problemi»: Pizza 2005, p. 149; si rimanda inoltre alla definizione di "medicalizzazione" fornita da Colucci in Brandimante, Chiartera-Stutte, Di Vittorio, Marzocca, Romano, Russo, Simone (a cura di) 2006.

³⁴ Vuille 2010.

³⁵ Quaranta 2006.

collocata al di fuori del corpo individuale diventando metafora dell'intreccio tra esperienze personali, simbologie culturali e processi politici. Furono Lock e Scheper-Hughes, nel 1987, attraverso il paradigma dei tre corpi, a proporre la connessione tra corpo individuale, società e politica, mettendo in luce la possibilità di separare presupposti ontologici ed epistemologici dalla malattia stessa.

Nella seconda metà del ventesimo secolo, il riconoscimento e la definizione di disagi legati a problemi strettamente emotivi rappresentò uno dei principali sviluppi della medicalizzazione, o forse sarebbe più corretto parlare di psicologizzazione. Lo stress, la rabbia, la depressione, l'iperattività, la dipendenza e, più in generale, l'infelicità, vennero interpretate come patologie psicologiche attraverso le etichette mediche. Dopo gli anni ottanta la patologizzazione del comportamento umano venne accettata con sempre maggiore facilità, dimostrando che la psicologizzazione della vita quotidiana era diventata un fatto compiuto. Benasayag, in un testo del 2010, utilizzò l'espressione «rifiuto della fragilità»³⁶, per cui «ogni sofferenza è vissuta come un'alterità da esorcizzare, è esperita come patologica, anormale»³⁷.

Il campo di competenza della medicina e della psicologia si estese: dalla metà degli anni novanta la politica mirò a offrire interventi di supporto, in particolare per incentivare e sostenere l'inclusione sociale, presentando l'esclusione come una forma di malattia³⁸.

Trovo particolarmente interessante l'uso che Yang ha fatto della nozione di psicologizzazione, per descrivere una psico-politica portata avanti dal governo cinese per tentare di prevenire i disordini sociali incoraggiando i poveri e i disoccupati a impegnarsi nell'auto-aiuto psicologico per coltivare la propria felicità e sbloccare il loro potenziale positivo. Una tecnologia del governo volta a sfruttare le risorse delle vittime della dislocazione socio-economica in favore del progresso e della stabilità politica³⁹.

Se i minori di 'ndrangheta sono oggetto di una misura giudiziaria che offre loro l'opportunità di essere liberi di scegliere il proprio futuro, il percorso per raggiungere questo obiettivo prevede la trasformazione del loro modo di concepire e vedere la realtà che li circonda. La complessità del contesto familiare, sociale, territoriale e culturale, che ha influenzato la formazione dei minori, viene appiattita alla dimensione puramente psicologica. Il confine tra l'intervento terapeutico e l'intervento di ordine pubblico è dunque sfumato.

La quattordicesima proposta del resoconto del Tavolo di lavoro dedicato a Mafie e Minori degli Stati Generali della Lotta alle Mafie del 2017 riguarda la «Formazione mirata di operatori della giustizia minorile e l'antropsichismo

³⁶ Benasayag 2010, p. 9.

³⁷ Ibidem.

³⁸ Furedi 2005.

³⁹ Yang 2013.

mafioso»⁴⁰. Nelle prime righe troviamo il riferimento al problema dello psichismo mafioso e, più specificamente, ai lavori di Lo Verso, massimo studioso di questo tema. Quest'ultimo e Lo Coco definiscono il «*pensiero mafioso* o *psichismo mafioso* una modalità distorta di vivere la propria identità ed i rapporti con il sociale tipici dell'organizzazione criminale mafiosa»⁴¹. Ma forse ancor più interessante è il volume *Mafia e psicopatologia*⁴², in cui diversi autori presentando le proprie ricerche in ambito psicologico tentano di rispondere alla domanda: la mafia è psicopatologia? La risposta, secondo la clinica moderna, è positiva e attraverso l'uso dell'«inquadramento culturale» alcuni autori del volume arrivano a diagnosticare la «sociopatia» delle mafie, crolli psichici che conducono a depressione e disturbi psicotici dei singoli.

Senza voler negare la possibilità di poter utilizzare la psicologia per comprendere alcuni aspetti del fenomeno mafioso, penso però che l'obiettivo sia quello di riconoscere un sintomo o la spia di un problema per tentare di normalizzare l'individuo deviante. La psicologizzazione trova la sua massima espressione nel mondo dei minori, in cui è più facile riuscire a rintracciare un disagio. Furedi riconosce nella nostra società, e in particolare all'interno del mondo scolastico, la diffusione di una cultura terapeutica, frutto della psicologizzazione, che tende a rivestire di psicologia la quotidianità⁴³. Galli della Loggia⁴⁴, in un commento sul recente caso di Bibbiano⁴⁵ pubblicato sul «Corriere della Sera», presenta un'analisi più generale della nostra società, riconoscendo una «psicologizzazione della vita». Lo storico denuncia, in particolare, l'uso che i Servizi Sociali fanno dell'interpretazione traumatico-psicologica per provare a comprendere i comportamenti individuali e sociali dei minori. La psicologia, in questo caso, potrebbe aver sconfinato rispetto ai limiti della disciplina, diventando uno strumento di classificazione e normalizzazione.

Il progetto «Liberi di scegliere» si colloca perfettamente all'interno del processo di psicologizzazione: i Servizi Sociali fanno uso dello strumento psicologico al fine raggiungere il cambiamento interiore dei minori di 'ndrangheta. E così, se la medicalizzazione ha il compito di trasformare il corpo miserabile in corpo docile, la psicologizzazione prova a fare della mente criminale una mente legale. Una mente sana e legale.

Il percorso proposto attraverso il progetto «Liberi di scegliere», si struttura quindi su due piani: uno personale, individuale e introspettivo, rivolto alla

⁴⁰ https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_2_22_1_10.page?sessionId=wtrV7nEBIEfG8DSWPiOse4fc (25 giugno 2020).

⁴¹ Lo Verso, Lo Coco 2007, p. 156.

⁴² Craparo, Ferrero, Lo Verso (a cura di) 2017.

⁴³ Furedi 2005; Furedi 2012.

⁴⁴ Galli della Loggia 2019.

⁴⁵ L'indagine, emersa a giugno 2019, riguarda un presunto sistema illecito di gestione dei minori in affido nel comune di Bibbiano (Reggio Emilia), fondato sulla manipolazione delle testimonianze dei bambini da parte di assistenti sociali e psicologi.

rielaborazione della propria esperienza d'infanzia e l'altro legato alla socialità, ai valori comuni e alla cittadinanza. Grazie a quelle che vengono definite dagli "addetti ai lavori" delle «infiltrazioni culturali», l'esperienza di allontanamento racchiude in sé l'opportunità di un cambiamento di status, da ragazzi di 'ndrangheta a buoni cittadini.

Gli operatori hanno il compito di costruire progetti socio-educativi calibrati sulle risorse personali del minore ed entro i limiti imposti dalla magistratura. Tra gli obiettivi principali ci sono:

- attivare percorsi di responsabilizzazione, nonché di sostegno nello sviluppo dell'autostima;
- rinforzare la capacità di differenziarsi in maniera autonoma rispetto alla realtà familiare, parentale e sociale;
- stimolare modalità relazionali e comportamentali più autentiche, superando stereotipi e ritualità tipiche della cultura di appartenenza;
- sviluppare la costruzione di progettualità volte alla fase dell'adulterizzazione, sostenendo il ragazzo nell'acquisizione di congrui strumenti e congrue risorse.⁴⁶

La costante riconoscibile nel lavoro svolto dagli assistenti sociali e dai volontari è sicuramente la ricerca di una relazione con i giovani allontanati, costruita con il tempo, l'impegno e la pazienza.

«La prima cosa è [...] riconoscersi come persone, e lo fai se sei tu anche disposto a farti riconoscere. Questo è un lavoro in cui il ruolo tuo è quello di essere in grado un pochino di saperlo gestire, anche abbassando un po' [le difese, facendoti coinvolgere]».⁴⁷

Nel corso dei primi mesi, per riuscire a creare una relazione con il minore, bisogna saper dimostrare delicatezza e sensibilità nei suoi confronti. Si tratta di un periodo di adattamento, durante il quale il bambino proverà lo spaesamento, a partire dal quale per gli operatori è possibile iniziare a costruire un rapporto. Lo psicologo, in particolare, utilizza *setting* alternativi e informali, in cui il ragazzo si senta a suo agio e libero di esprimersi. Risulta dunque importante cercare dei canali alternativi al dialogo, trasmettendo al minore che non c'è giudizio, ma solo desiderio di ascoltarlo e cercare di comprendere la sua prospettiva. Lo psicologo, mostrandosi in questa posizione, ha il compito di accompagnare i ragazzi alla scoperta della propria interiorità e quindi dei loro bisogni.

⁴⁶ Baronello, Interdonato 2016, p. 192

⁴⁷ Intervento del dottor Enrico Interdonato (psicologo) nel corso del nostro colloquio.

«Si deve sentire spaesato, e proprio lì arriviamo noi. Arriviamo noi con l'utilizzo di *setting* sicuramente alternativi a quella che è magari la fredda, soprattutto agli occhi di un adolescente, stanza di colloquio. [...] Quindi l'utilizzo di *setting* informali che siano alla portata di un ragazzo».⁴⁸

«[...] far leva, piano piano, in maniera anche delicata, [...] sulla sofferenza che questi ragazzi comunque si portano dentro».⁴⁹

A partire da questo rapporto personale, dovrà svilupparsi una sorta di “alleanza” sincera tra le parti e il sentimento di fiducia reciproca. Questi ragazzi, come riportato dallo psicologo nel corso del nostro incontro, «non sono abituati a parlare di sé, sembrano aver dimenticato il loro mondo interno. Veramente, sembra di essere così lontani dai loro bisogni, dal loro mondo interno. E allora lo fai, sei tu in grado di offrire a loro attraverso la relazione questa emotività».⁵⁰

In particolare il ragazzo dovrà riuscire a riconoscere il ruolo e le istituzioni che gli assistenti sociali, gli psicologi e gli educatori rappresentano: lo Stato, i Servizi Sociali Minorili, gli Organismi di Volontariato, le Associazioni. Gli operatori che entrano in contatto con i ragazzi di 'ndrangheta hanno il compito di dare un volto credibile a quello Stato ignorato o disprezzato dalla criminalità organizzata, benché non si tratti di un compito facile. Ed ecco che entrano in gioco le «infiltrazioni culturali»:

«Offrire cultura. Ma cultura [...] non calata dall'alto: “Tieni leggi questo, guarda questo”. La cultura la fai, la fai annusare, la rendi stimolante, stuzzicante, perché sai chi hai davanti [...]. Soprattutto vivere dal di dentro delle esperienze. [...] la cultura che immaginano qual è? Quella dell'interrogazione a quadrimestre, del voto in pagella. E questi sono i ragazzi abituati a essere buttati fuori dalle classi. Quindi la cultura che proponiamo è quella dell'apertura, della curiosità, del nuovo, della ricerca, del dire: “Boh, non lo so”. E quindi questa spinta alla conoscenza diventa apertura, conoscenza di nuovo, ma diventa poi, di riflesso, conoscenza di sé. Cioè, io attraverso l'incontro con il nuovo scopro parti di me che magari neanche io sapevo [...]. Poi è creare opportunità umane. E questo significa anche essere bravi a convogliare più risorse possibili nel territorio [...]».

Per il momento, i risultati del provvedimento sembrano essere positivi: i giovani che sono stati allontanati finora sono circa sessanta e la maggior parte di loro, dopo il raggiungimento della maggiore età e il reinserimento nella società, non sono tornati a far parte dell'ambiente criminale. Si tratta di una vittoria importante per tutti coloro che dal 2012 a oggi hanno partecipato all'emissione e alla messa in atto del

⁴⁸ Intervento del dottor Enrico Interdonato (psicologo) nel corso del nostro colloquio.

⁴⁹ Intervento del dottor Enrico Interdonato (psicologo) nel corso del nostro colloquio.

⁵⁰ Intervento del dottor Enrico Interdonato (psicologo) nel corso del nostro colloquio.

decreto giudiziario. È chiaro che questo dato non riguarda il lungo periodo, e che le scelte, i percorsi e gli eventi con cui questi ragazzi dovranno confrontarsi nel corso delle loro vite sono molteplici e imprevedibili. I giovani adulti che concludono il proprio percorso, sostengono gli “addetti ai lavori”, sono liberi di scegliere la propria strada. Tutti i miei informatori nutrono comunque la speranza di essere fautori di un cambiamento, portatori di un’alternativa per questi minori nati e cresciuti in una realtà chiusa e priva di libertà.

Un elemento su cui è necessario porre però attenzione è l’impossibilità del provvedimento di intercettare i figli delle famiglie di ‘ndrangheta che hanno la possibilità di frequentare le migliori scuole e le migliori università d’Italia, ottenendo titoli e riconoscimenti accademici di particolare prestigio; ciò indica che difficilmente possano commettere reati in tenera età e che la loro educazione possa essere considerata inadeguata a quindi pregiudizievole. Il dottor Interdonato, nel corso del nostro colloquio, confermò queste mie prime supposizioni.

«Anche se non è detto che non commettano reati, perché a quell’età non c’è capacità di controllo. [...] Ma quanti ragazzi non riusciamo a intercettare? Questo ti fa capire la genuinità del provvedimento. Non è una pulizia etnica, per cui basta il cognome. Ci devono essere solo i concreti presupposti. Ma quanti ragazzi ce ne sarebbero? È vero! [...]

Ti confermo questa riflessione. I casi che abbiamo noi sono quelli un po’ più da ultima spiaggia. Che poi sono i casi in cui, in termini di legge ci sono i presupposti per intervenire. Altrimenti ci sono ragazzi che tu sai che probabilmente diventeranno mafiosi, ma se non c’è... non puoi intervenire. Se no veramente diventa anche una violazione. [...] Però è pur vero che culturalmente comunque si lavora e si sta ottenendo qualcosa. Io dico questo: questo è un provvedimento innanzitutto che non sta facendo la lotta alla ‘ndrangheta. Quella resta sullo sfondo. [...] Qua si prova a salvare delle vite il cui destino è già segnato».

Ed ecco che emerge un altro elemento importante: non è pensabile che il provvedimento giudiziario abbia l’obiettivo di porre fine al fenomeno mafioso in Calabria. Per quanto l’intervento sia rivolto ai giovani che andrebbero a costituire parte dell’organizzazione criminale, in realtà si tratta di offrire un’alternativa a una piccola parte dei minori che effettivamente sono più o meno direttamente coinvolti nel fenomeno criminale.

Conclusioni

Il processo di psicologizzazione ha l’obiettivo di rendere legale la “mentalità” di giovani devianti affinché possano trovare il proprio posto all’interno della società. Lo

Stato trasmette gli anticorpi-statali proprio nel tentativo di trasformare il corpo-mafioso nel corpo di un buon cittadino: il cambiamento di status dei ragazzi riverbera così facendo una riflessione tutt'altro che lineare o scontata intorno al tema della cittadinanza. Abbiamo visto quale dibattito si sia generato intorno a esso da parte di interlocutori istituzionali operanti in diversi ambiti della pubblica amministrazione. Il periodo di allontanamento permette allo Stato la sorveglianza e il regolamento del giovane deviante, ma la disciplina dei singoli corpi si realizza grazie all'uso degli strumenti della psicologia, che permettono l'avvio di quello che sembrerebbe a tutti gli effetti un processo di normalizzazione del corpo e della mente mafiosa. Si auspica che il desiderio di appartenere a una certa famiglia si trasformi nella volontà di far parte di una società civile fondata su altri principi etici: solo quando gli anticorpi-materni lasciano il posto agli anticorpi-statali, il giovane assume il volto del buon cittadino agli occhi di chi opera per offrire alternative di vita. I ragazzi di 'ndrangheta cambiano il proprio ruolo, il proprio posto nella società, diventando cittadini consapevoli, onesti e corretti. Disciplinati, regolati, buoni cittadini portatori dei valori dello Stato Nazione democratico all'interno del corpo sociale.

L'ascolto del punto di vista dei minori e dei giovani adulti che hanno concluso il percorso di allontanamento risulta essere un elemento imprescindibile, ma delicato da raccogliere proprio per la minore età e l'essere ancora soggetti a provvedimenti di tutela. Nel corso della ricerca ho avuto l'opportunità di incontrare, con modalità del tutto informali, un minore oggetto del decreto di allontanamento: si è trattato di un breve incontro, durante il quale non ho approfondito nessun tema di studio, ma che mi ha permesso di constatare la necessità di registrare le voci dei protagonisti dell'intervento istituzionale. Nei prossimi anni mi propongo di continuare la ricerca mettendo in campo gli strumenti dell'antropologia: l'osservazione partecipante all'interno delle comunità che accolgono i minori sarà utile a permettere ai giovani di costruire il discorso su di sé e sulla propria esperienza. Da un lato sarà interessante percorrere insieme a questi bambini e ragazzi le tappe della trasformazione (come in altri termini la legalità si fa valore intimo e la cittadinanza assume una connotazione positiva soggettiva), esplorando le conseguenze dei provvedimenti nella vita quotidiana dei ragazzi. Dall'altro, dando voce ai soggetti di queste procedure istituzionali sarà possibile ricostruire il modo in cui lo Stato, attraverso i suoi rappresentanti, tende verso una normalizzazione del corpo-mafioso a partire dai suoi *esponenti minori*.

In conclusione, ciò che ritengo importante ribadire è che il provvedimento giudiziario esaminato, pur non proponendosi di debellare la 'ndrangheta come fenomeno della criminalità organizzata, si propone di offrire una libertà di scelta a giovani dal futuro deviante: ciò non può non avere una ricaduta sul corpo sociale più ampio. La normalizzazione dei ragazzi di 'ndrangheta fa sì che essi stessi diventino portatori di quegli anticorpi-statali che possono, nel lungo termine, modificare vincoli, appartenenze, valori, abitudini di un ambiente socio-culturale. Quantomeno

questa mi sembra essere stata la speranza degli operatori e dei professionisti incontrati, alle prese con quello che parrebbe essere a tutti gli effetti il tentativo (e, al contempo, la tentazione) di influenzare l'ambiente culturale attraverso la ri-plasmazione dei giovani calabresi protagonisti delle vicende giudiziarie qui esaminate.

Riferimenti bibliografici

Baronello, Maria; Interdonato, Enrico

- "La presa in carico dei minori di 'ndrangheta", *Minori giustizia. Rivista interdisciplinare di studi giuridici, psicologici, pedagogici e sociali sulla relazione fra minorenni e giustizia*, n. 3, 2016, Milano: Franco Angeli, pp. 190-196.

Benasayag, Migel

- *La salute ad ogni costo. Medicina e biopotere*, Milano: Vita e Pensiero, 2010.

Beneduce, Roberto; Taliani, Simona (a cura di)

- "Ernesto De Martino. Un'etnopsichiatria della crisi e del riscatto", *aut aut*, n. 366 aprile-giugno 2015, Milano: il Saggiatore.

Blok, Anton

- *La mafia in un villaggio siciliano 1860-1960: imprenditori, contadini, violenti*, Torino: Einaudi, 1986.

Boni, Stefano

- "Teoria e prassi militante", *il lavoro culturale*, <http://www.lavoroculturale.org/>, 3 luglio 2018.

Ciconte, Enzo

- *Processo alla 'Ndrangheta*, Bari: Editori Laterza, 1996.

- *'Ndrangheta*, Soveria Mannelli: Rubbettino, 2011.

Colucci, Mario

- "Medicalizzazione" in Brandimarte R., Chiantera-Stutte P. Di Vittorio P., Marzocca O., Romano O., Russo A., Simona A. (a cura di), *Lessico di Biopolitica*, Roma: manifestolibri, 2006, pp. 175-181.

Commonwealth of Australia

- *Bringing them home. Report of the National Inquiry into the Separation Of Aboriginal and Torres Strait Islander Children From Their Families*, 1997.

Craparo, Giuseppe; Ferrero, Anna Maria; Lo Verso, Girolamo (a cura di)

- *Mafia e psicopatologia. Crimini, vittime e storie di straordinaria follia*, Milano: Franco Angeli, 2017.

Cutolo, Armando

- "Anti anti-criticism. Per un'antropologia nel presente", *il lavoro culturale*, <http://www.lavoroculturale.org/>, 9 maggio 2018.

Dei, Fabio; Di Pasquale, Caterina (a cura di)

- *Stato, violenza, libertà. La "critica del potere" e l'antropologia contemporanea*, Roma: Donizelli editore, 2017.

Dei, Fabio

- "Per una critica dell'antropologia critica. Una replica", *il lavoro culturale*, <http://www.lavoroculturale.org/>, 12 giugno 2018.

Di Pasquale, Caterina

- "Un'antropologia nel presente o un'egemonia critica", *il lavoro culturale*, <http://www.lavoroculturale.org/>, 21 maggio 2018.

Dolci, Danilo

- *Conversazioni contadine*, Milano: il Saggiatore, 2014.

Ferrarella, Luigi

- "Il giudice che salva i figli dai boss. «Sono le madri a chiedermelo»", *Corriere della Sera*, https://www.corriere.it/cronache/17_febbraio_12/giudice-che-salva-figli-boss-sono-madri-chiedermelo-reggio-calabria-c37ee666-f09c-11e6-811e-b69571ccd9d9.shtml, 11 febbraio 2017.

Franzini, Maurizio

- "Di-vario Mezzogiorno: modi di leggere il Sud e l'Italia. Un'introduzione", *Meridiana*, n. 61 maggio 2009, pp. 9-20.

Furedi, Frank

- *Il nuovo conformismo. Troppa psicologia nella vita quotidiana*, Milano: Feltrinelli, 2005.

- *Fatica sprecata. Perché la scuola oggi non funziona*, Milano: Vita e Pensiero, 2012.

Galli della Loggia, Ernesto

- “La società smarrita, cosa ci dice il caso di Bibbiano”, *Corriere della Sera*, https://www.corriere.it/opinioni/19_luglio_27/gli-orientamenti-smarriti-b82aaca8-b09f-11e9-b0bb-9549c3899e5c.shtml, 27 luglio 2019.

Gower Chapman, Charlotte

- *Milocca: un villaggio siciliano*, Milano: Franco Angeli, 1985.

Gramsci, Antonio

- *Lettere dal carcere*, Torino: Einaudi, 2018.
- *Quaderni del carcere*, Torino: Einaudi, 2019a.
- *La questione meridionale*, Milano: Melampo Editore, 2019b.

Gribaldo, Alessandra, Ribero Corossacz, Valeria

- “Memory Vs Theory”, *il lavoro culturale*, <https://www.lavoroculturale.org/>, 18 giugno 2018.

Iantosca, Angela

- *Bambini a metà. I figli della 'ndrangheta*, Roma: Giulio Perrone Editore, 2015.

Ingranci, Ombretta

- *Donne d'onore. Storie di mafia al femminile*, Milano: Bruno Mondadori, 2007.

Liguori, Guido

- “Tre accezioni di «subalterno» in Gramsci”, *Critica Marxista nuova serie. Analisi e contributi per ripensare la storia*, n. 6 novembre-dicembre 2011, pp. 33-41.

Lombardi Satriani, Luigi M.; Meligrana Mariano

- *Un villaggio nella memoria*, Roma: Gangemi Editore, 1987.

Lupo, Salvatore

- *Storia della mafia*, Roma: Donzelli editore, 2013.
- *La questione*, Roma: Donzelli editore, 2015.

Lo Verso, Girolamo; Lo Coco, Gianluca

- “Lo psichismo mafioso nell’indagine psicologico-clinica”, in Molinari E., Labella A (a cura di), *Psicologia clinica. Dialoghi e confronti*, Milano: Springer, 2007.

Levi, Carlo

- *Cristo si è fermato a Eboli*, Torino: Einaudi, 2010.

Lock, Margaret M.; Scheper-Hughes, Nancy

- "The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology", *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 1 n. 1, marzo 1987, pp. 6-41.

Otzen, Ellen

- "The children taken from home for a social experiment", *BBC*, <https://www.bbc.com/news/magazine-33060450>, 10 giugno 2015.

Piangiani, Gaia

- "Breaking Up the Family as a Way to Break Up the Mob, *New York Times*, <https://www.nytimes.com/2017/02/10/world/europe/breaking-up-the-family-as-a-way-to-break-up-the-mob.html>, 10 febbraio 2017.

Pizza, Giovanni

- *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Roma: Carocci Editore, 2005.

Quaranta, Ivo (a cura di)

- *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Milano: Raffaello Cortina Editore, 2006.

Read, Peter

- *The Stolen Generations. The removal of Aboriginal children in New South Wales 1883 to 1969*, Surry Hills: Department of Avoriginal Affairs, 1981.

Romitelli, Valerio

- "Theory or not theory?", *il lavoro culturale*, <http://www.lavoroculturale.org/>, 20 aprile 2018.

Saada, Emmanuelle

- *Les Enfants de la colonie. Les métis de l'Empire français entre sujétion et citoyenneté*, Paris: Éditions La Découverte, 2007.

Saitta, Pietro

- "Verso un'antropologia integrata? Note critiche a «Di Stato di muore?»", *il lavoro culturale*, <http://www.lavoroculturale.org/>, 7 marzo 2018.

Sayad, Abdelmalek

- "Les maux-à-mots de l'immigration. Entretien avec Jean Leca", *Politix*, vol. 3 n. 12, 1990, pp. 7-24.

Schneider, Jane; Schneider Peter

- *Classi sociali, economia e politica in Sicilia*, Soveria Mannelli: Rubbettino, 1989.

Sciarrone, Rocco

- *Mafie vecchie, mafie nuove*, Roma: Donzelli editore, 2009.

Siebert, Renate

- *Le donne, la mafia*, Milano: il Saggiatore, 1993.

Taliani, Simona (a cura di)

- "Il rovescio della migrazione. Processi di medicalizzazione, cittadinanza e legami familiari", *AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica*, vol. 39-40, ottobre 2015.

Teti, Vito

- *Maledetto Sud*, Torino: Einaudi, 2013.

- *Terra inquieta. Per un'antropologia dell'erranza meridionale*, Soveria Mannelli: Rubbettino, 2015.

Tizian, Giovanni

- "Non crescerai mafioso: i minori tolti alla mafia", *l'Espresso*, 14 gennaio 2016, pp. 14-21.

- *Rinnega tuo padre*, Bari: Editori Laterza, 2018.

- "Salvi. Lontano dal padre boss", *l'Espresso*, 11 agosto 2019, pp. 32-36.

Viviano, Francesco

- "«Ndrangheta, i boss scrivono al giudice: «Toglici i nostri figli, forse saranno salvi», la Repubblica, https://www.repubblica.it/cronaca/2017/02/12/news/_ndrangheta_figli_boss-158126142/, 12 febbraio 2017.

Vuille, Marilène

- "Demedicalizzare la nascita? Considerazioni storico-sociali su un'espressione polisemica", *Antropologia*, Anno IX, n. 12, 2010, pp. 61-82.

Weiss, Meira

- "The Children of Yemen: Bodies, Medicalization, and Nation-Building", *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 15 n. 2, giugno 2011, pp. 206-221.

Yang, Jie

- “«Fake Happiness»: Conseling, Potentiality, and Psycho-Politics in China”, *Ethos. Journal of the Society for Psychological Anthropology*, vol. 41 n.3, settembre 2013, pp. 292-312.

Zola, Irving Kenneth

- “Medicine as an institution of social control”, *The Sociological Review*, vol. 4 n. 20, 1972, pp. 487-504.

Topico del cancro. Governo dei margini e margini della storia a Nord del Marocco

Federico Reginato

Cancer's topical. Government of the margin and margins of history in northern Morocco

Abstract

In the present work, by exploring the results of his fieldwork on historical and political dimensions of cancer pathology in the Moroccan Rif, the author suggests taking into consideration the “imaginary institution of society” (Castoriadis, 1975) that entangles peoples, landscape and health in this Mediterranean area. Here, cancer emerges as an historical legacy and as a hallmark of the local environment: the *signature* of years of economic misery, infrastructural and healthcare abandonment and land poisoning; a history that starts with the colonial use of mustard gas during 1921-1926 and that culminates in the political repression of the newfound social movement “Hirak”. Following the deep network of *carcinogenic relationships* through health politics and history, cancer emerges then as a biological disease, a socially stigmatized element but also as an historical language that translate the violent and controversial relationship of the inhabitants with the Rif region.

Keywords: Rif, cancer, Hirak, Hogra, history

«Poiché il lavoro etnografico si basa su conversazioni con i vivi – o su resoconti scritti lasciati da persone letterate – non abbiamo una visione completa. Un’antropologia che voglia registrare il conto delle vittime dovrà necessariamente guardare ai morti e a quelli abbandonati come se fossero morti. Tale indagine cercherà di comprendere come la sofferenza è stata messa a tacere o del tutto elisa. Esplorerà la complicità necessaria per cancellare la storia e rimuovere i chiari rapporti tra i morti e i quasi-morti e i vincitori nella lotta per la sopravvivenza. Portare questi rapporti – a prescindere dalla loro definizione come sociali, biologici o simbolici – alla luce è un compito centrale per un’antropologia della violenza strutturale. Come sosterrò, non perdere di vista le dimensioni materiali rappresenta una modalità di svolgere tale compito senza cadere in un romanticismo indebito. Un resoconto onesto di chi vince, di chi perde e di quali armi sono utilizzate è una salvaguardia importante contro le illusioni romantiche di chi, come noi, è spesso al sicuro dalle lame affilate della violenza strutturale» (Farmer, 2004, p. 310).

Come comprendere il rapporto tra corpo e storia? Come rileggere i processi di legittimazione e soggettivazione dei corpi, i percorsi normativi di cittadinanza, i processi di consolidamento della statalità e dei suoi regimi di senso, senza obliare al compito di una scrittura della storia?

Nel caso qui proposto ho cercato di ritrarre il contesto politico, storico e sociale nel quale mi sono trovato nel corso del 2017, avendo deciso di svolgere una ricerca sulle relazioni tra memoria storica e politiche sanitarie in una regione a nord del Marocco. Per ragioni di discorso, ho scelto di tralasciare le componenti etnografiche ed i resoconti personali fornitimi dagli autori, inquadrando invece il

campo nella sua cornice storica, capace di evidenziare i processi di medio-lunga durata che hanno determinato il particolare intreccio tra quadri sociali della memoria, governabilità e politiche sanitarie nel territorio.

Hirak. La nascita di una “questione sociale”

Il 26 maggio 2017 venne arrestato in Marocco fuori dalla moschea di Al Hoceima, Nasser Zafzafi, voce del movimento Hirak al Shaabi (لحراك الشعبي) sorto nell'ottobre 2016¹ nell'area montuosa del Rif, lungo la costa mediterranea del Paese. Nella città di Al Hoceima cominciarono allora le ricerche dei membri del movimento, accusati di cospirazione contro la monarchia, manifestazioni non autorizzate ed aggressione di pubblico ufficiale. Sui giornali nazionali si cominciarono a dibattere le sorti della mobilitazione mentre nei centri di Tangeri, Casablanca e Rabat ebbero luogo manifestazioni di supporto per l'Hirak. Non solo indicibile per i locali, il silenzio del corpo politico sugli avvenimenti di quei giorni e la violenza militare che si riversò nel Rif alle porte del Ramadan furono gravemente giudicati dagli osservatori dei diritti umani e, per il giugno 2017, le sorti del movimento e della popolazione di Al Hoceima erano ormai divenute di interesse internazionale.

La visibilità della protesta mise in luce lo stato di abbandono politico ed infrastrutturale in cui versava il territorio del Rif: vennero denunciati l'assenza di una rete di infrastrutture e di piani di sviluppo economico così come la mancanza di investimenti e l'esclusione dal percorso di regionalizzazione sanitaria e scolastica². Queste criticità furono inoltre poste in continuità con le violenze subite durante il Protettorato e negli anni che seguirono l'Indipendenza (1956) del Paese: l'esclusione dai *chantiers de Règne* – veri e propri processi di “statizzazione” delle periferie e dei margini del Marocco avviati nel 2001 ad opera dell'Initiative Nationale pour le Développement Humain (INDH) – veniva interpretata come l'ultima espressione di un esercizio di potere e violenza strutturale, la *hogra* (حقرة)³, che sin dai primi anni

¹ Letteralmente tradotto come “movimento popolare”, l'Hirak è il nome dato ai movimenti di protesta sorti in Marocco ed Algeria. La nascita del movimento è stata spesso interpretata come una reazione alla morte di Mouchine Fikri il pescatore schiacciato da un tritarifiuti l'inverno del 2016 durante un fermo della polizia locale. Tuttavia, è importante notare come sia nel Rif che più in generale in tutto il Marocco, la protesta sociale è divenuta una manifestazione di dissenso quasi ordinaria nel corso degli ultimi anni. In questo senso, l'Hirak appare piuttosto come l'ultima espressione di una serie di manifestazioni di dissidio e protesta che nel corso del XXI secolo si sono susseguite nel territorio.

² L'esclusione istituzionale era inoltre alimentata dall'assenza di una politica linguistica e dalla scelta di cariche amministrative arabofone, una questione di rilievo dal momento che l'intero territorio del Rif era abitato da popolazioni berbere (o *amazigh*) la cui lingua – seppur riconosciuta come lingua ufficiale con la Costituzione del 2011 – non era ancora stata introdotta nell'ambito amministrativo.

³ La parola viene dalla radice araba حَقَر, letteralmente tradotta come abbattere, sopprimere, ma anche disdegnare umiliare. «Terra dell'*hogra*» era l'espressione con la quale i membri dell'Hirak

del XX secolo scandiva la vita nella terra del Rif. Questo atteggiamento politico coercitivo sembrava essere comprovato dai numerosi casi di favoreggiamento e corruzione, di esproprio delle terre e cessione di appalti, così come dalla militarizzazione del territorio incorsa nel 1958 ed ancora attiva, una traccia della repressione operata contro protestanti e civili durante “*les années de plomb*” (indicativamente compresi tra il 1960 ed il 1980), il periodo di nazionalizzazione durante il quale incorsero violente censure, incarcerazioni ed aggressioni militari a dissidenti ed oppositori politici della monarchia. Richieste concrete di intervento economico e politico andavano dunque mescolandosi ad espressioni del dissenso di più ampia portata, alla richiesta di un riconoscimento storico mancato e percepito solo come parzialmente avviato con il percorso di giustizia transizionale introdotto dal 2001.

Cominciai ad interessarmi al percorso coloniale e post-coloniale del territorio ed al processo nazionale di riconciliazione storica dal momento che, tra le problematiche evidenziate dai membri del movimento, vi era il particolare riferimento ad una “epidemia di cancro” diffusasi lungo tutta la regione sin dalla seconda metà del ‘900, ricondotta all’utilizzo di gas iprite da parte dei militari spagnoli durante le guerre di ribellione al Protettorato avvenute tra il 1921 ed il 1926. Durante gli anni di riconciliazione politica ed istituzionale con la popolazione locale, così come nelle sessioni parlamentari o durante incontri e programmi dedicati al “lavoro” sulla memoria a livello nazionale, l’uso di gas durante gli anni ‘20 venne lasciato in disparte, indiscusso e non nominato. Anche se diversi studi avevano riconosciuto l’utilizzo di armi chimiche nel Rif, l’uso di gas iprite non era ancora stato riconosciuto da istituzioni ed organismi ufficiali⁴; in compenso questi studi avevano a loro volta dato il via ad un’intensa produzione mediatica e letteraria da parte di alcuni membri delle associazioni culturali locali⁵ e le teorie causali riguardo la diffusione del

denunciavano le vessazioni subite dal territorio. La *hogra* è un termine algerino che ha assunto un significato politicamente connotato nel corso della Primavera Nera d’Algeria, arrivando ad indicare l’abuso di potere e le sue conseguenze in senso ampio, come la corruzione, la violenza e nel caso del Rif anche l’emarginazione, la disoccupazione e l’abbandono.

⁴ Il lavoro su fonti autobiografiche militari e sugli archivi spagnoli, da parte di studiosi europei quali Madariaga Maria Rosa (2005) e Sebastian Balfour (2002) ha permesso di portare alla luce l’origine e le dinamiche dell’utilizzo di gas iprite sui civili rifani, assieme al resoconto del clima politico e mediatico che favorì questa soluzione (già illegale) nella Spagna di primo ‘900: è il ritratto di una Spagna militarmente umiliata dalla Battaglia di Anoual (22 luglio, 1921), e dell’appello a gran voce di stampa e società civile all’utilizzo di gas tossico (vd. Raha, Hamadouni, Charqi, 2005).

⁵ Se l’apertura degli archivi militari negli anni ‘80 ha incoraggiato diversi storici ad interessarsi alla guerra chimica, in Marocco non c’è stata una sola pubblicazione ufficiale riguardo a questi avvenimenti. Bisognerà attendere il 2008 prima che un’emissione televisiva (Tahkik) consacri un episodio alla questione della guerra chimica; giusto un anno prima era infatti stato pubblicato un video-inchiesta, “Arrash”, realizzato dal regista Tarik el Idrissi e da un collega spagnolo. Il documentario era circolato su internet e tra gli spazi associativi. Solo negli ultimi anni le università nazionali hanno cominciato timidamente ad interessarsi dell’argomento.

cancro si erano infine diffuse presso una gran parte degli abitanti della zona montuosa e nei quotidiani internazionali. Proprio quelle teorie venivano ora a riemergere con l'Hirak, andando a rinvigorire il processo di accusa nei confronti dell'esecutivo politico e della monarchia e stimolando al tempo stesso le associazioni sparse su tutto il territorio a richiedere il riconoscimento delle violenze della Francia e della Spagna alla comunità internazionale⁶. Gli episodi di corruzione, esproprio, dissesto ed abbandono economico e politico si inserivano così in una narrazione sulla lunga durata di una violenza compiuta un secolo prima, le cui tracce ammantavano il presente. Informalmente, su blog giornali ed interviste ad esponenti del mondo sanitario e associativo, circolava infatti da parecchio tempo la voce che l'incidenza del cancro nella regione fosse la più elevata del Marocco, con una percentuale di pazienti provenienti da questa zona vicina al 70%. La voce popolare, emersa durante le manifestazioni dell'Hirak, riportava infine come «tutte le famiglie del Rif» avessero «almeno un membro malato di cancro»⁷.

Nella città di Al Hoceima la popolazione cominciò a richiedere la costruzione di un centro di oncologia per fornire assistenza sanitaria ai malati di cancro nella provincia e nell'area circostante. Sembrava tuttavia che la struttura fosse già stata costruita, inaugurata nel 2008 dal Re in persona. Nei mesi di maggio e giugno 2017 il centro divenne quindi oggetto di contesa politica e civile: dalle differenti inchieste giornalistiche nazionali e straniere condotte durante la fine del mese ed in seguito per tutta l'estate, emersero opinioni divergenti riguardo all'apertura ed al funzionamento della struttura, versioni che lasciavano una fitta nebbia sul destino dei finanziamenti

⁶ Da un punto di vista giuridico l'utilizzo di gas tossico sulla popolazione civile nel corso degli anni '20 del '90 rientra effettivamente a pieno titolo tra i crimini di guerra. La relazione biologica comprovata tra utilizzo del gas ed aumento dei tumori all'apparato digerente e respiratorio (Pando, 1999) dà ulteriore conferma della gravità e della portata di tale crimine. Già prima del 2017 le associazioni rifane erano più volte ricorse alla Corte Europea dei Diritti dell'Uomo e a diversi governi europei per sollecitare il riconoscimento degli atti compiuti dalla Spagna: nei primi anni 2000 erano stati svolti due colloqui internazionali sul tema, nella cittadina di Nador, che si diceva essere la più colpita dalla malattia del cancro; infine, nell'agosto del 2005 era stata presentata un'istanza al parlamento spagnolo da parte del partito catalano ERC (Izquierda Republicana de Cataluña) per il riconoscimento degli atti criminosi compiuti durante il protettorato e per la messa in opera di un programma di riconciliazione che prevedeva ricompense infrastrutturali e la facilitazione degli studi sul terreno per calcolare gli effetti dell'utilizzo di gas deleterio.

⁷ Al vuoto epidemiologico, le associazioni locali avevano risposto con la mobilitazione di epidemiologie domestiche, risultanti dall'intreccio di diversi dati eziologici provenienti dai centri pediatrici, studi compiuti in contesti nei quali era stato registrato l'utilizzo di gas, questionari prodotti da antropologi spagnoli e testi prodotti da autori locali. Tutti questi studi fondavano in realtà la loro documentazione da una comune associazione: l'Association Victimes du Gas Toxique (ATGV), che nei primi 2000 aveva denunciato l'alta incidenza di cancro nella regione e calcolato le statistiche allarmanti che riportavano come il 70% dei ricoverati nell'INO di Rabat fossero rifani (Nahhass, 2014). L'utilizzo di statistiche allarmanti da parte di attivisti della società civile ed autori di studi a riguardo è tuttavia privo di fondamenti condivisi e di basi bibliografiche, mancanza che sembrerebbe non essere stata mai colmata.

regionali stanziati durante il 2008⁸. Si lamentavano inoltre le carenze di servizi e personale, la mancanza di equipaggiamento tecnico, l'obbligo per i malati di spostarsi nei vari centri oncologici dotati di strutture adeguate di tutto il paese per ricevere una parte delle cure, visto il relativo isolamento della provincia di Al Hoceima, distante circa tre o quattro ore di viaggio dai primi centri urbani. In breve, l'assenza di strutture sanitarie nella provincia della vecchia capitale rifana divenne oggetto di discussione tra gli attori della società civile ed il sistema sanitario pubblico: il caso del centro oncologico finì rapidamente al centro degli eventi mediatici, fornendo l'ennesimo tassello di un immaginario sui rifani come genti abbandonate, represses ed oppresse. Tuttavia, la denuncia di un'"epidemia di cancro", nonostante la risonanza mediatica, venne presto letta come il frutto di un'interpretazione "vittimistica" dei locali piuttosto che di un'evidenza empirica. Nessun tipo di statistica ufficiale sembrava infatti avvalorare l'ipotesi secondo cui il gas avrebbe prodotto delle vittime sul lungo periodo tramite la contaminazione delle terre e delle acque⁹. All'assenza di una politica sanitaria generale e specializzata nell'area corrispondeva una generale mancanza di lavoro epidemiologico: non un singolo dato ufficiale era stato prodotto sull'incidenza del cancro in una regione che conta ancora l'8% della popolazione nazionale¹⁰.

Le ragioni di questo vuoto, se ad un piano più generale erano individuabili in un modello storico di politica del controllo sanitario centralista vigente sino ai primi del 2012 e nelle vicende più recenti che avevano caratterizzato la nuova fase di regionalizzazione dell'opera sanitaria nazionale¹¹, assumevano ora il significato politico di un atto di negazione dell'utilizzo di gas; proprio tramite un'assenza sembrava stabilirsi la veridicità delle affermazioni dell'Hirak.

⁸ La stampa nazionale pubblicò per un certo periodo le dichiarazioni che vedevano accusarsi reciprocamente due esponenti politici quali il Ministro della Sanità Houacine El Ouardi ed il presidente della regione Ilyas El Omari; era sorto infatti un contrasto tra i due esponenti riguardo ai finanziamenti che la regione avrebbe fornito al ministero per il miglioramento dell'equipaggiamento sanitario del centro.

⁹ Il gas iprite è difficilmente solubile nell'acqua. Sostenuta frequentemente in varie discussioni informali da uomini della regione, l'ipotesi del gas disciolto nelle acque mediterranee richiama all'attenzione un'epistemologia del non detto e del sospetto, e la condizione oscura ed invisibile della fabbrica di produzione a Nador, *El-Rhazi*. Proprio nei non-luoghi che è impossibile vedere e sui quali non si può conoscere, è probabile che accadano le cose più nefaste.

¹⁰ HCP, 2016.

¹¹ La presa in carico della sorveglianza e della prevenzione sulla malattia, attività che avrebbe richiesto un'osservazione epidemiologica del fenomeno, è infatti stata affidata a partire dal 2011 alla Fondazione Lalla Salma, un ente privato diretto dalla principessa del Marocco. Sino a quella data, la frammentazione dell'offerta ospedaliera tra il Ministero ed il Centro Universitario Ospedaliero aveva fatto sì che fossero stati prodotti solo due registri nazionali, nel 2004 e nel 2012, rispettivamente a Rabat e Casablanca, che tuttavia non tenevano conto del fenomeno su ripartizione territoriale e prendevano come indicatore quantitativo l'attività dei centri delle rispettive città (Berraho, 2012).

Stabilito di condurre una ricerca attorno sulla gestione delle criticità oncologiche nella provincia di Al Hoceima, ottenni degli incontri con la direttrice aggiunta della Fondation Lalla Salma (di cui parlerò in seguito), con membri del Ministero della Sanità e con il direttore del Centro Ospedaliero Universitario di Rabat. In queste occasioni emerse una comune interpretazione “istituzionale” sulla natura della diffusione del cancro nel Nord: il silenzio istituzionale sull’uso del gas venne motivato razionalmente dall’inesistenza amministrativa del Rif come realtà umana e dall’assenza di dati: le affermazioni del movimento apparirono come interpretazioni vittimistiche motivate dall’assenza di scolarizzazione, povertà ed ignoranza, e dalla struttura di un modello sanitario centralizzato. Le cause del cancro, mi venne detto, erano piuttosto da ricercare nel comportamento alimentare, nella pratica del fumo o come mi fu suggerito sbrigativamente dal direttore dell’INO, nel sarcoma di Kaposi¹²: in tutti questi casi citati, l’idea che il cancro avesse una particolare incidenza nell’area del Rif venne vista come un’eredità “folkloristica”, un atteggiamento culturale al quale sarebbero state da opporre una visione ed una prassi “scientifiche”. Differenti attori istituzionali sostennero che le voci collettive del movimento fossero manipolate da associazioni locali, ancorate a narrative populiste e a rivendicazioni storiche poi diventate mere questioni d’“onore”. È in conseguenza di questa natura “etnicista” del discorso che, in accordo con i miei interlocutori, il cancro sarebbe stato percepito come più diffuso nel Rif rispetto ad altre regioni. Se da un certo punto di vista la narrazione della marginalizzazione era usata dal movimento Hirak e dalla galassia associativa per evidenziare l’isolamento della regione e le responsabilità dello Stato, d’altra parte la stessa retorica veniva usata dalla classe politica per affermare che in virtù di una condizione di abbandono i rifani avevano sviluppato una sorta di autocommisurazione, una concezione vittimistica e che le persone non erano in grado di sviluppare nessuna soluzione parallela alla protesta. L’Hirak venne così dipinto come una richiesta di inclusione amministrativa e politica prodotta “dal basso”; allo stesso tempo in esso si vedeva la continuazione di una resistenza “storica” al potere centrale, che riattivava la “vulgata coloniale” su berberi ed arabi affermatasi durante il Protettorato francese¹³.

¹² Il sarcoma di Kaposi è un tumore che prende origine dalle cellule che ricoprono l’interno dei vasi sanguigni o linfatici e può manifestarsi a livello della cute, delle mucose e degli organi interni. Il primo a descrivere questo tumore fu l’ungherese Moritz Kaposi nella seconda metà dell’Ottocento: da lui prende il nome la malattia. Fino agli anni ‘90 la malattia sembrava essere connotata da una certa valenza *immorale* poiché associata all’AIDS e ai soggetti HIV-positivi, ed ancora oggi si possono trovare diverse fonti statistiche sulla diffusione epidemiologica nelle quali la malattia viene additata come una delle principali forme tumorali diffuse in Africa (senza specificare bene tuttavia in quale paese del continente).

¹³ Sul tropo Nord Africano di arabi e berberi, Edmund Burke (1972) aveva già osservato come, nel primo XX secolo, le autorità coloniali francesi cercarono di irrigidire la distinzione tra *makhzan* (مخزن, letteralmente “magazzino”, “granaio”) e *sibah* (السيبة, letteralmente “anarchia”) intesi come zona di controllo da parte del sultanato marocchino e come zone fuori dal controllo statale e dal sultanato. In

Statistiche e vuoti. Politiche sanitarie

Nell'incertezza statistica, può essere utile domandarsi quale relazione venga istituita tra i dati sanitari (o la loro assenza) ed il contesto sociale nel quale questi dati vengono prodotti ed inseriti¹⁴: nel clima di contestazione e protesta rifano, l'assenza di dati sembrerebbe alimentare infatti la dimensione politica della malattia del cancro, facendone il simbolo di un processo di nazionalizzazione mancato. Le tracce del gas non durano per sempre: i tumori cutanei o agli apparati respiratori che sono stati certificati come conseguenza dell'utilizzo di gas tossici sono una conseguenza temporanea, che non lascia indizi dopo quasi un secolo. Eppure, per le genti di Al Hoceima ed i membri dell'Hirak queste tracce sembrerebbero essere ancora visibili, come fossero nitidi ricordi di qualcosa che non si è tuttavia vissuto; così il movimento popolare ricorda la repressione sui civili, riattivando una memoria della resistenza, della violenza e della malattia: atti infiniti, poiché divengono cause della desolazione e dell'emarginazione della regione. Se nel contesto contemporaneo diversi studi di matrice foucaultiana hanno raccontato di come i processi di "statizzazione" vengano articolati attraverso "forme globali"¹⁵ e percorsi biopolitici, è dunque necessario comprendere come siano concretamente articolate le politiche sanitarie sul suolo marocchino, poiché potremo così inquadrare il silenzio scientifico e politico sulla situazione rifana entro il quadro più ampio della politica della prevenzione, politica che incide sulla produzione di uno specifico profilo del paziente urbano, mentre relega le regioni 'esterne' ad una condizione di marginalità e penuria strutturale, lasciando alla discrezionalità del personale e a fattori privati l'incisività della terapia.

parallelo, altre dicotomie vennero irrigidite come quella tra Arabi e Berberi. Queste distinzioni divennero come suggerisce Burke una "vulgata del Marocco". Proprio reificando questa distinzione culturale, destinata alla fortuna epistemologica nelle *missions scientifiques* del governatore francese in Nord Africa Lyautey, unitamente al distinguo tra "berberi" ed "arabi" era andata strutturandosi una "politica berbera" francese, finalizzata alla preservazione delle genti nell'Atlas e nel Rif dalle influenze dell'Islam, in vista di una futura diffusione culturale cattolica (Shinar, 2006). Le ragioni di questo interesse specifico riposavano sulla presunta autoctonia dei 'berberi', la cui familiarità con l'Impero Romano li rendeva i "naturali" coloni della "naturale" prosecuzione della Francia in Marocco, estensione interrotta solo dall'arrivo degli "invasori" arabi. Gli studi berberi fornirono così gli elementi di una dottrina che giustificava "scientificamente" l'occupazione francese Daniel Rivet (1988, p. 27). A partire dagli inizi del protettorato, con la preservazione delle *politiques coutumières* andarono moltiplicandosi nell'area mediterranea gli studi sull'insieme di popoli che componevano il mondo *amazigh*, studi che non mancarono di ricordare il Rif come esempio del carattere anarchico e avverso ai poteri istituiti.

¹⁴ Autori come Livingston (2012) e Mulemi (2010) sono stati tra i primi a restituire con i loro lavori una prospettiva critica e articolata riguardo lo stato di diffusione della patologia in parte del continente africano, interrogandosi sull'invisibilità causata dall'assenza di registri e di studi epidemiologici e sulle relazioni tra operatori e pazienti in contesti vessati da penuria materiale e povertà di infrastrutture

¹⁵ Giddens, 2006

In Marocco troviamo un contesto interessante per quanto riguarda il ruolo governamentale delle politiche sociali. Già diversi autori hanno rilevato l'attenzione peculiare della monarchia marocchina per la dimensione 'sociale'¹⁶, un interesse manifesto sin dall'ascesa al trono del nuovo monarca con nella creazione di agenzie interstatali per la ricerca, nella gestione tecnocratica dell'agenda economica e al contempo nella delega di poteri a figure informali così come nella cooptazione della dissidenze locali, fattori che restituiscono un'immagine della fragilità dello stato sociale marocchino come una scelta precisa di gestione autoritaria¹⁷. La situazione sanitaria nazionale può essere in questo senso un campo particolarmente esplicativo. Il Marocco di oggi viene su tutti i fronti descritto come un paese in transizione: demografica, economica, politica e per quanto ci concerne, anche epidemiologica. Si sta infatti registrando proprio nel corso degli ultimi anni un lento passaggio dalla maggiore incidenza di malattie infettive e trasmissibili verso patologie non trasmissibili, come i disturbi cardiovascolari e le patologie neoplastiche: le malattie croniche costituiscono oggi nel loro insieme il 56% dei casi di morbilità e circa il 61% di quelli di mortalità¹⁸. Il costo della presa in carico della malattia è di per sé elevato, evidenza cui vanno sommandosi un sistema assicurativo inefficiente (solo un terzo della popolazione possiede un'assicurazione sanitaria¹⁹) ed un sistema economico preda dell'inflazione. I registri sul cancro in Marocco non sono che due, fattore che incide notevolmente sullo sviluppo di politiche adeguate alla presa in cura, poiché ha come conseguenza la concentrazione degli investimenti nelle città centrali, le quali devono rispondere di (e che al tempo stesso producono) un transito migratorio dalle regioni della cintura esterna del paese, perché ci si possa curare²⁰.

«Gli studi sullo stato della questione hanno rivelato l'insufficienza delle strutture di cura e di risorse umane specializzate, obbligando i pazienti a dei lunghi spostamenti per degli appuntamenti spesso in forte ritardo. La grande difficoltà dell'accesso alle cure provoca generalmente un forte ritardo diagnostico [...] L'assenza di protocolli normalizzati per la diagnostica ed il trattamento è all'origine di una malvagia qualità e di un costo elevato della presa in cura. La continuità del percorso terapeutico da parte dei pazienti è breve, e molti casi vengono persi di vista [...] Di conseguenza non ci sono dati affidabili per calcolare la costanza terapeutica dei pazienti dopo cinque anni, che è un indicatore essenziale per la presa in carico dei pazienti sofferenti di cancro. Inoltre, all'insufficienza e alla ripartizione mal equilibrata delle

¹⁶ Hibou, Bono ed al., 2016

¹⁷ Ivi, pg. 8.

¹⁸ Silbermann, 2016

¹⁹ UNICEF, 2018.

²⁰ Ferrié, Omary, Serhan, 2018.

strutture della presa in cura, si aggiunge un deficit di mezzi tecnici e risorse umane specializzate»²¹

Il coinvolgimento della vita familiare ed economica, dell'esperienza lavorativa e della dimensione corporea, dimensioni incise dalle mancanze e dalle difficoltà generate dall'evento della malattia, si ripetono doppiamente con l'evento della cura, un percorso doloroso non solo per il corpo ma economicamente difficile, capace di mettere alla prova i legami familiari e spesso connotato da un velo di incomprensione. Per i pazienti, è facile raggiungere un punto di 'sovraccarico': le pressioni morali, le diagnosi comportamentali ed alimentari, i cicli dolorosi di chemioterapia, gli appuntamenti fissi ed i farmaci costosi sono solo alcuni dei fattori che trasformano il momento della cura in un tempo difficile. Con un reddito minimo che nelle zone rurali si aggira poco sopra i 3000 dirami (circa 400 euro) annui, la maggior parte delle persone non riesce a seguire il trattamento (un ciclo di chemioterapia può costare dai 3900 ai 23000 dirhami a seconda del farmaco impiegato) ed è costretta a sospendere le cure. Per la loro quasi totalità i costi gravano sui pazienti stessi: il sistema sanitario del paese è composto da un misto di finanziamenti privati e pubblici, e la copertura sanitaria volontaria viene offerta solo a certi segmenti della società, principalmente impiegati pubblici e qualche categoria di professionisti, coprendo così circa il 16% della popolazione complessiva²². Nel 2005 per fare fronte ad una percentuale di indigenti vicina al 20% (con un reddito al di sotto dei 3500 dirhami annui) e per implementare il sistema assicurativo, sono state create un'assicurazione 'obbligatoria' ("Assurance Maladie Obligatoire" o AMO, dedicata a tutti i lavoratori afferenti ad uno dei settori coperti dal sistema di previdenza sociale) con rimborso a punteggio percentuale ed un sistema di tutela dello strato di popolazione appartenente alla fascia di reddito più bassa, il RAMed o *certificat d'indigence*; pur avendo fornito tutela assicurativa ad un ulteriore 30% della popolazione, l'AMO risulta efficace solo per lavoratori a posto fisso o per chi è già da diverso tempo coperto da assicurazione, poiché se non si accumula sufficiente punteggio il rimborso per le spese terapeutiche resta minimo²³. Il RAMed tutela teoricamente in maniera quasi completa gli indigenti con un reddito inferiore ai 3000 dirhami annui²⁴, richiedendo al beneficiario di occuparsi del 20% delle spese. I lunghi tempi di attesa (più di 3 mesi) ed i criteri discrezionali di valutazione (tra cui il possesso di rete elettrica od acqua potabile, cellulare o pollame nel caso delle campagne) sottoposti all'analisi di commissioni locali e nazionali rendono tuttavia difficile l'accesso alla copertura sanitaria per la maggior parte delle persone,

²¹ Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer (PNPCC), 2010, pp.28-29.

²² Prah Ruger, Kress, 2007.

²³ Ferrié, Omary, Serhan, 2018

²⁴ Zanbout, 2014

condizione aggravata dal fatto di non poterne beneficiare se già coperti da un'altra assicurazione e dalle politiche. Per il Rif, dove da anni si sta vivendo una fuga delle attività di imprenditoria, una crisi industriale causata dalla chiusura di numerose piccole fabbriche ed il crollo delle attività di pesca ed agricoltura, le principali fonti di reddito regionale, né il RAMid né l'AMO possono rappresentare soluzioni efficaci poiché lasciano scoperta quella categoria di lavoratori ad alta mobilità nella quale si identificano le più ampie componenti della regione, in un contesto di paralisi economica e di sviluppo dell'informalità²⁵.

Nel 2005, a fronte di una situazione complessiva caratterizzata da assenza di strutture, formazione, tutela del territorio, farmaci specifici, informazioni e politiche di prevenzione, venne creata la Fondation Lalla Salma; nata da un'idea della ex-principessa Lalla Salma come associazione caritativa e assistenziale, l'istituto si trasformerà a partire dall'anno 2008 in un'importante realtà filantropica, realizzando un'estesa rete di partenariati con diverse realtà farmaceutiche private nazionali ed internazionali, con altre realtà filantropiche del Regno e sotto l'egida della Fondation Mohammed V pour la Solidarité, acquisendo così rapidamente potere decisionale sulle politiche oncologiche all'interno del paese, tanto che per l'anno 2010 la Fondation otterrà la gestione di un ambizioso programma decennale di adeguamento del sistema sanitario nel campo della prevenzione e presa in carico dei tumori maligni: il Plan National de Prévention et Contrôle du Cancer (PNPCC). I dati e le problematiche evidenziate all'interno di questo documento forniscono un resoconto completo delle cause e dei provvedimenti da prendere in considerazione, per risolvere quella che viene definita una vera e propria 'epidemia'²⁶. Il piano di sviluppo strategico fa eco ad un più ampio processo di "modernizzazione" delle problematiche e delle prospettive che ha preso il via negli ultimi anni; sono stati prodotti nuovi studi che prendono in esame ambiti quali l'incidenza nelle regioni ad est e a sud del paese²⁷, il costo medio del trattamento di chemioterapia per il cancro al seno ed al collo uterino²⁸ e la diffusione di tumori meno studiati come il cancro alla rinofaringe²⁹. Alcuni lavori condotti dalla Fondazione Lalla Salma hanno inoltre messo in evidenza i vissuti e le percezioni del cancro presso i pazienti dei loro centri, mentre sul piano della tutela economica sono stati abbassati i costi dei farmaci. Gli interventi in campo economico, strutturale, epidemiologico e burocratico (nella misura di un'acquisizione di capacità amministrativa e decisionale da parte delle realtà regionali) configurano un intreccio particolarmente produttivo tra politica mercato e sanità, individuando nella progettazione sanitaria un campo interessante di sviluppo per nuove reti di collaborazione ed opportunità economiche. Al tempo

²⁵ Mouna, 201x

²⁶ PNPCC, Axes stratégiques et mesures, p.1.

²⁷ Elidrissi Errahhali et al., 2017

²⁸ Boutayeb et al. 2010; Berraho et al., 2012

²⁹ Arfaoui et al., 2007

stesso, questo rinnovamento ricalca un modello quasi “standardizzato” delle politiche oncologiche in Africa, incentivando la prevenzione e la lotta alle malattie sessualmente trasmissibili e le politiche di orientamento alimentare e comportamentale e costruendo dei nuovi mercati farmaceutici e nuovi strumenti di governance³⁰. In questo complicato incastro tra politiche della salute e politiche di governo, se ci rivolgiamo alla pluralità di studi condotti a partire dal 2005 ed incentivati dopo il 2010, possiamo notare che ancora oggi il silenzioso assente di questa rinnovata impresa di tutela resta il territorio del Rif il quale nella sua conformazione amministrativa, come regione di Al Hoceima-Taza-Taounate, era invece stato tra le prime realtà a sperimentare una forma di autonomizzazione sul piano sanitario, con l’installazione di una direzione regionale del Ministero della Sanità nel corso dell’anno 2008.

Se le denunce di epidemia riportate dall’Hirak erano completamente incorrisposte da dati epidemiologici o storici, dal momento che gli studi nella regione erano inesistenti, la costruzione di un centro oncologico ad Al Hoceima appare dunque egualmente ingiustificata. Dal momento che il centro oncologico era stato costruito durante una fase di conflitto politico con la Spagna³¹, questo centro diurno risultava essere di estrema rilevanza politica per la relazione tra i due paesi, emblema di un potere politico per il quale il silenzio sull’eredità storica del Rif e sulle responsabilità del crimine risultavano elementi importanti.

³⁰ Livingstone, 2012.

³¹ È importante rilevare come nel corso dei primi anni 2000, almeno fino al 2007, Spagna e Marocco siano stati al centro di un conteso politico, che vedeva da una parte la Spagna incolpare il Marocco per il possesso non ufficioso del Sahara e dall’altro il Marocco contestare alla Spagna i possedimenti di Ceuta e Melilla, enclavi spagnole su suolo marocchino. Erano anche stati svolti due colloqui internazionali sul tema, nella cittadina di Nador, che si diceva essere la più colpita dalla malattia del cancro. I colloqui avevano avuto luogo nel 2004 e nel 2008, mentre un terzo era stato bloccato nel corso del 2015. Vi è poi da aggiungere che giusto nell’agosto del 2005 era stata presentata un’istanza al parlamento spagnolo da parte del partito catalano ERC (Izquierda Republicana de Cataluña) per il riconoscimento degli atti criminosi compiuti durante il protettorato e per la messa in opera di un programma di riconciliazione che prevedeva ricompense infrastrutturali e la facilitazione degli studi sul terreno per calcolare gli effetti dell’utilizzo di gas deleterio. La *Proposición* suggeriva dunque alla Spagna di favorire le relazioni economiche e di riconoscere i propri crimini in un momento storico nel quale lo stato spagnolo viveva delle tensioni con il Marocco. Se nella sua prima metà il documento riguarda soprattutto le pratiche di riconfigurazione di quegli spazi e quei processi storici, celebrativi e memoriali che concerno le politiche della memoria nazionali, la seconda metà del testo riporta invece più specificatamente le azioni da intraprendere per un percorso di ricompensazione dei dolori causati dalla violenza sui civili, tra cui logicamente appare la costruzione di centri oncologici ed unità ospedaliere nelle città di Nador ed Al Hoceima. Il riferimento ad attori come il mondo associativo marocchino, impegnato “nell’investigazione degli effetti e delle conseguenze dell’impiego di armamento chimico”, è particolarmente curioso poiché nel 2005 vi era una sola associazione in tutto il Marocco che era impegnata in questo lavoro. L’associazione era l’ATGV, presieduta da Ilyas El Omari, l’attuale presidente della regione Tanger-Tetouan-Al Hoceima ed ex segretario del partito PAM.

Storia di una dissidenza. Stato e passato

Quale ruolo attribuire al silenzio? Quale significato assumevano dunque le proteste popolari e le politiche sanitarie, la stessa presenza del centro, alla luce delle relazioni storiche tra il territorio del Rif ed il governo centrale? Come osservato da Jean François Bayart,

«ogni Stato si fa promotore di una storia ufficiale, nazionale, edificante, dalla quale Prasenjit Douara ci dice che bisogna salvaguardare la disciplina storica. Ma sappiamo anche, seguendo Renan, che dietro la positività di questa Grande Recita “l’oblio, e si direbbe anche l’errore storico, sono un fattore essenziale della creazione di una nazione”. Quest’oblio, quest’errore, è inscenato nei discorsi dei poteri pubblici in maniera più o meno deliberata e sistematica attraverso l’insegnamento, i media, l’archeologia, l’urbanismo e la gestione del territorio, la creazione culturale ufficiale e le misure di ordine economico e fiscale[...]»³²

La Grande Recita marocchina cominciò alla fine del Protettorato, di fronte all’urgenza di dover trovare una fonte di legittimazione per un sultanato che diveniva monarchia e Stato. In questo contesto, l’indipendenza dalla dominazione ottomana e dal sistema dei califfati e l’esilio di Mohammed V divennero trama di una narrazione identitaria pan-arabista e nazionalista, compiutasi infine con la rivendicazione della discendenza reale dal profeta Maometto. Questi primi anni d’indipendenza furono testimoni di una violenta frattura nelle relazioni tra la regione del Nord ed il potere centrale, relazioni che – pur in tutta la loro asperità – si erano mantenute nel corso dei due secoli precedenti grazie a scambi e consensi sul piano militare e commerciale³³. In seguito, con il processo di liberalizzazione politica degli anni ‘90, si assistette alla progressiva frammentazione della retorica pan-arabista e della politica autoritaria e repressiva che caratterizzò il periodo precedente. Emerse una nuova narrativa: con l’apertura dei *dossier* sui diritti umani e con l’avvio delle politiche pubbliche di riconciliazione e di recupero della memoria, si affacciarono attori nuovi della scena

³² In sitografia.

³³ Se già a partire dal 1666, con l’avvio della dinastia alawide di Moulay Rachid, la regione del Rif era conosciuta per il pagamento saltuario delle imposte agli ufficiali del sultano (designati tra le grandi famiglie locali), meno noto è lo scambio di uomini e risorse che incorreva tra centro e periferia del governo ed il ruolo in “prima linea” dei rifani nella protezione dalle invasioni europee (Terrasse, 1952). I rapporti tra rifani, amministrazioni europee ed armate reali sono stati particolarmente mutevoli e complessi nel corso della storia, ricchi di cambi di fronte, ragioni personali, strategie e tattiche politiche. Benché ricco di episodi violenti o di silenziosa indifferenza davanti ad episodi brutali nella regione, il rapporto fra Rif e monarchia alawita si è inasprito fortemente durante il protettorato francese, quando il sultano avallò la guerra chimica tra il 1921 ed il 1927, culminando negli episodi di violenza diretta subito successivi all’indipendenza (Ayache, 1981).

nazionale, usciti dall'oblio della prigionia politica degli anni di Hassan II e dai movimenti di protesta studentesca, ora alla ricerca di un posto all'interno della Grande Recita nazionale³⁴. Assieme a questi attori subalterni, a questi passati rimossi, si assistette alla formazione di nuove associazioni alla ricerca della verità e di nuovi impresari del ricordo e del patrimonio³⁵: a Nador ed Al Hoceima, dove le associazioni furono inizialmente ostacolate dalle amministrazioni e dalla polizia del luogo, la loro attività permise di avviare dibattiti attorno alle questioni identitarie attirando l'attenzione dei giovani universitari della regione e diventando parte di un più ampio movimento amazigh internazionale³⁶. Le reti associative per il riconoscimento e la ricerca sulla 'amazighità', costituite clandestinamente nei primi anni '60, sono state riconosciute nel corso degli anni '90 e sono state apertamente coinvolte nel processo di ricostruzione storica dell'identità nazionale aperto da Mohammed VI. A pochi mesi dall'incoronazione -avvenuta nel 1999- Mohammed VI fece visita ufficiale ad Ajdir in provincia di Al Hoceima (capitale simbolica della Repubblica Indipendente del Rif) ed annunciò l'apertura di una nuova fase storica di riconciliazione volta a far emergere pubblicamente le repressioni del Rif (1958-1959) e a rompere con le violenze passate.

L'apertura del governo centrale nei confronti della regione mediterranea del Marocco ha visto un punto di svolta nel 2003, quando prese forma l'Istance Équité et Réconciliation (IER). Quest'ente pubblico ha aperto la strada ad un percorso di raffronto ed elaborazione del passato violento del regno di Hassan II con lo scopo dichiarato di indagare sugli avvenimenti degli anni tra il 1956 ed il 1999 per «stabilire la verità sulle gravi violazioni dei diritti dell'uomo»³⁷. Riaprendo gli archivi dei crimini militari e politici del passato l'ente – composto da associazioni locali ed internazionali, ONG, magistrati e rappresentanti del settore pubblico – si proponeva di riconoscere le vittime e di stabilire un risarcimento, accompagnando il paese nella sua transizione democratica e collaborando all'elaborazione di riforme politiche ed istituzionali. Inaugurando quello che è stato definito un «rituale della riconciliazione»³⁸, le vittime del regime politico furono invitate a parlare in pubblico, nei canali nazionali e per le strade: l'IER permise così di normalizzare il dibattito sulle violazioni dei diritti dell'uomo e dei crimini compiuti dall'armata nazionale e dai funzionari politici durante il regno di Mohammed V ed Hassan II, avviando i lavori nei "cantieri della memoria" (termine coniato dal CNDH) nazionali e locali.

I cantieri del Rif divennero luoghi di doppia rivendicazione: da una parte venivano denunciate violenze del passato (crimini di guerra compiuti durante il biennio '58-'59, la partecipazione forzata alla guerra civile spagnola e l'utilizzo di

³⁴ El Yazami, 2007.

³⁵ Nahass, 2014.

³⁶ Crawford, 2004.

³⁷ El Yazami, 2007.

³⁸ *Ibid.*

gas chimico durante il protettorato); dall'altra veniva denunciata l'assenza dello Stato, la sua mancata protezione e l'integrazione incompiuta. Nel corso del tempo la recezione sul territorio dell'attività dell'IER andò peggiorando e le realtà associative di Al Hoceima accusarono l'ente di superficialità e di sensazionalismo; sembrava venissero riconosciuti soprattutto i crimini degli anni '70 e '80 a danni di esponenti politici e del mondo studentesco, mentre per quanto riguardava la memoria del biennio '58-'59, non sembrava essere stata presa nessuna decisione. Le compensazioni economiche vennero giudicate umilianti e derisorie e si pretese il riconoscimento della colpevolezza da parte della famiglia reale per gli atti del biennio '58-'59³⁹. Queste "rivendicazioni fallite" sono ancora oggi una ferita aperta nella regione, accompagnate dalla denuncia di uno Stato inesistente direttamente riconoscibile nell'assenza di infrastrutture e di soluzioni economiche per il territorio. Quest'appello, indirizzato direttamente al monarca, è al cuore delle voci di protesta attuali del movimento Hirak che, benché definito "dissidente", esprime nella sua pratica contestatoria il pieno desiderio di appartenenza ad uno Stato percepito come troppo distante⁴⁰.

Lontano dall'essere una semplice percezione locale, la lontananza dello Stato e la marginalità della regione del Rif emerse pubblicamente con il drammatico episodio del terremoto del 2004, quando di fronte alla difficoltà di inoltro degli aiuti statali ed alla drammaticità dell'evento, l'informazione pubblica puntò gli occhi sul Rif per la prima volta dopo trent'anni. Divennero allora evidenti la mancanza e l'inesistenza di infrastrutture adeguate al soccorso e all'aiuto: strade e accessibilità carenti, ma anche inaffidabilità di un polo sanitario con una scarsa capacità di accoglienza, indisponibilità di materiale e personale medico impreparato ad accogliere i feriti. In centinaia furono trasferiti a Rabat. La stampa riportò chiaramente la marginalizzazione della regione volgendo per la prima volta, dacché il Marocco era indipendente, lo sguardo verso una terra inasprita e abbandonata. La situazione del Rif venne fortemente mediatizzata, al punto che il monarca Mohammed VI indisse un programma di sviluppo «strutturale a lungo e medio termine, capace di integrare l'attività economica e le infrastrutture regionali a quelle nazionali» avviando le cosiddette politiche dei "cantieri", anche se con risultati spesso contraddittori e ampiamente criticati⁴¹.

³⁹ Nahass, 2014.

⁴⁰ Le stesse richieste di presenza, aiuto e protezione che il Rif ha rivolto allo Stato nel corso degli anni, le vicende politiche ed i rapporti economici intessuti a cavallo tra il XIX e XX secolo, raccontano di una 'dissidenza' da comprendere più come una dinamica relazionale flessibile che come una condizione 'naturale' o 'culturale' propria della regione. Lungi dall'essere una semplice richiesta di appartenenza, la 'dissidenza' rifana si declina anche in moti militaristi ed autonomisti, come fosse una reazione e contemporaneamente una critica all'assenza di protezione e alla mancata partecipazione statale di fronte alle esigenze economiche di una regione aspra e precaria.

⁴¹ Per ulteriori approfondimenti su quest'argomento vd. Nahass, 2014

L'evento catastrofico del terremoto diventò uno delle congiunture principali nel percorso di ricostruzione della memoria e di riconciliazione politica nel Rif, segnando precisamente il passaggio dalle politiche di recupero del passato a quelle di patrimonializzazione del territorio: questa trasformazione è di nuovo importante per comprendere la progressiva affermazione delle associazioni culturali locali nel campo delle politiche memoriali e patrimoniali. I gruppi associativi parteciparono infatti alla raccolta ed alla distribuzione dell'aiuto ai danneggiati e agli sfollati, e furono loro a guidare le negoziazioni degli accordi tra popolazione ed autorità governative.

Durante il 2011, in una situazione di protesta generalizzata per l'ottenimento di riforme costituzionali, il movimento culturale ed associativo locale vide una crescente politicizzazione, nel corso della quale alle richieste di riconoscimento della lingua locale si unì il rifiuto dell'organizzazione territoriale centralizzata e la richiesta di una ristrutturazione delle responsabilità, dei poteri e delle competenze a vantaggio della regione⁴². Le istanze del movimento di dissidenza andarono ulteriormente complessificandosi nel corso del tempo e Nador ed Al Hoceima divennero infine, nel corso dell'ultimo decennio del XXI secolo, i centri di dibattito di rivendicazioni di origine storica, l'amministrativa e la culturale.

La ricostruzione storica operata dai movimenti del Rif ripercorre l'eredità della guerra chimica e le responsabilità politiche e giuridiche degli Stati marocchino, spagnolo e francese. Il cancro emerge allora come ricordo tangibile del silenzio del sultano, dell'assenza di protezione e della violenza deliberata di un colonialismo che alcuni pensano si sarebbe potuto respingere. Come fosse una proprietà della terra, una caratteristica degli abitanti, il cancro sembra discorsivamente esistere come proprietà collettiva, un promemoria indelebile per la coscienza, l'idea di essere stati feriti e condannati dalla Storia. Così, il sintomo ed i suoi portatori si fanno testimoni di una memoria storica, ed il cancro inteso come discorso identitario ed ereditario instaura una relazione tra gli abitanti di un territorio che è basata sulla loro comune sofferenza, costruendo la cittadinanza ed il senso abitativo all'insegna di una sorte comune. Attraverso i movimenti associativi e popolari nel Rif, la diagnostica e l'epidemiologia "domestica" del cancro emergono come dispositivi di rappresentazione dell'incertezza, della probabilità e del rapporto con il destino in una terra condannata ed avvelenata, destino costruito politicamente e che racconta una cittadinanza mancata, malata, incompleta.

La ricostruzione politica del passato, come ci ricorda ancora Bayart (1994), è un processo al tempo stesso «governamentale» – dunque partorito da una visione ed una progettualità politica – ma anche «formativo», dalla genesi ed articolazione spontanee ed involontarie, realizzato *par le bas*. Tale "formazione" della memoria sociale procede spesso in una relazione dialogica, a tratti in tensione, con la memoria "costruita" dalle istanze dello Stato. Per gli attori coinvolti in questo processo

⁴² Bennafla, Seniguer, 2011.

dialogico, si aprono nuove finestre di possibilità sociali e si tessono nuove reti relazionali, poiché il rapporto al passato comporta interventi finanziari ed economici, giuridici e celebrativi⁴³.

È stato Paul Rabinow (1996) a formulare il concetto di biosocialità in riferimento all'attività e ai nuovi processi di soggettivazione in riferimento ad una differente medicalizzazione della vita, non più incentrata sugli interventi medici ma sulla prevenzione e sul "destino" genomico; al contrario nel Rif il cancro sembra divenire un fattore di biosocialità attraverso un processo inverso, come un disegno risultante dal calco della carta carbone. È infatti piuttosto l'assenza di una configurazione specifica della cittadinanza e dei diritti ad essa collegati che l'"eredità dell'incertezza" racconta. Percepita in termini biologici ed economici questa eredità emerge anche come rappresentata dalla malattia: in un contesto dove la vita stessa viene limitata nella sua dimensione corporale, geografica ed economica entro un territorio sorvegliato, usurpato ed impoverito, la repressione dei corpi produce la protesta sulla base biologica e storica come strumento di rivendicazione dei diritti. La malattia diviene così luogo di incontro tra la popolazione e la Storia, indice di un legame con un territorio che si fa al tempo stesso territorio storico, politico e morale, portando con sé la sua verità sulle circostanze della guerra e delle relazioni costitutive per la cittadinanza, tra stato e regione, nel corso dei secoli:

"[...] La soluzione dev'essere politica nel quadro di un approccio globale. Un approccio che possa riparare il passato coloniale spagnolo nel suo insieme e non solamente la questione dei gas tossici. Ci si deve basare su una riconciliazione che sia duratura, del potere centrale con la regione. Un approccio questo che deve prendere in considerazione il diritto dei popoli a conoscere la loro storia. Fino ad oggi, la presa in carico dello Stato si è sempre basata su di un approccio strumentalizzato dei gas tossici, legato ad avvenimenti puntuali con la Spagna, come la questione del Sahara o le visite ufficiali degli uomini politici spagnoli a Ceuta e Melilla"⁴⁴.

Più che un bisogno legislativo quindi, nel discorso di Tedmouri possiamo riconoscere il desiderio di una soluzione morale, capace di riscrivere completamente la condanna dell'abbandono e di traghettare il popolo rifano all'interno della Storia identitaria nazionale. Questa "richiesta identitaria", questo "bisogno di Storia" dà un senso particolare alle critiche e alle proteste attuali rivolte contro lo Stato, così come ci permette di rivalutare la 'dissidenza' come una richiesta di inclusione.

⁴³ Bayart, 2010

⁴⁴ Tedmouri, cit. in Nahass, 2014, p.60, trad. mia

Conclusioni

Ottenuto il permesso di svolgere parte della mia ricerca nel centro oncologico di Al Hoceima, passai qualche mese nella provincia rifana svolgendo interviste con il personale ospedaliero, l'amministrazione sanitaria, i pazienti ed i loro familiari. Vorrei qui concentrarmi su alcuni elementi emersi da questi incontri, poiché credo restituiscano la prospettiva "molecolare"⁴⁵ dell'incontro tra politiche di governo, vita dei corpi ed eredità storica. Se le problematiche e situazioni esposte possono fornire un quadro di analisi entro il quale rileggere le ragioni di una protesta e la nascita di una particolare problematica che diviene "questione sociale", resta comunque inesplorata la dimensione quotidiana, relazionale, tramite la quale la malattia del cancro emerge come vero e proprio "tema" sociale, tramite il quale prendono forma dinamiche quali l'emigrazione lavorativa, l'incertezza economica, la malasanità e l'abbandono amministrativo.

Comune a tutti i racconti raccolti nel centro oncologico è la vastità dell'evento negativo, che coinvolge la famiglia, richiede di trasferirsi in altre città, procura dolori fisici e morali e a volte incontra l'incomprensione dei medici, che tendono a declinare le eziologie fataliste e storicistiche dei pazienti in favore di un approccio più attento alla pragmatica del comportamento alimentare e delle condizioni lavorative. Pur non conoscendo con esattezza lo stato di diffusione della malattia, pazienti ed operatori con i quali mi è capitato di confrontarmi sembravano aver ben chiara l'alta probabilità di decesso, confermata anche dalle assenze dei molti pazienti che non riuscivano ad arrivare al termine dei cicli terapeutici, costretti ad interromperli per carenze economiche. Nel corso del mio soggiorno ad Al Hoceima e durante diverse interviste condotte con un esponente del mondo politico ed alcuni membri di associazioni del territorio, mi verrà anche detto che non sono infrequenti i casi in cui il malato rifiuta categoricamente di farsi curare, tacendo il suo malessere alla famiglia: questa sarebbe l'unica maniera per preservare l'eredità familiare, in un contesto in cui la contrazione della malattia è spesso associata con una morte imminente. Infine, il silenzio sulla malattia viene prodotto anche dai familiari: i cari del malato spesso gli nascondono la verità sul suo dolore per evitare ulteriore sofferenza, stati di depressione od abbattimento morale. È diffusa inoltre la convinzione che il gas, una volta utilizzato, abbia impregnato le piante, i terreni, le acque della costa e dei fiumi, idea che si traduce in un sospetto di contagiosità della malattia. Come se il cancro fosse una condanna, un marchio indelebile della terra, un tratto morfologico e geografico del territorio, una proprietà delle sue genti. La malattia del cancro è inoltre connotata da

⁴⁵ Il termine è di Gramsci. Per un interessante approfondimento su Gramsci, De Martino e l'antropologia medica italiana vd. Piza, 2005; 2009.

una forte stigmatizzazione morale e sociale⁴⁶. La parola *saratan* (سَرَطَان) il termine clinico che indica il tumore maligno, non viene utilizzata al di fuori dei contesti sanitari specializzati. Spesso si fa invece riferimento a termini più generici ed oscuri, come *maerd el kheyb*, il morbo crudele ed inguaribile, il Male per eccellenza che può colpire un uomo. Un altro termine di uso comune nel Rif, che risulta particolarmente rilevante per il suo statuto “indiziario” è *akhanzir*: questo termine proviene dalla parola araba *khanzir* (خنزير) che letteralmente significa “maiale” ma che traduce anche il significato di “impuro”: nel corso di più incontri mi è stato suggerito che la nascita del termine sarebbe associata ad una particolare forma di cancro cutaneo diffusasi nel Rif nel corso degli anni ‘40 e ‘50, sospettata essere la diretta conseguenza della pioggia di gas iprite.

D'altra parte, la malattia stessa sembra essere per gli intervistati il risultato di condizioni ambientali, sociali, economiche e storiche. Anche alcuni operatori del centro mi confideranno che la causa potrebbe essere certamente il gas, quello che venne smaltito sul finire del protettorato tra le acque della costa di Nador o che forse venne seppellito là dove oggi non cresce un solo arbusto. L'aria, l'acqua, i campi: luoghi fisici ed immaginari che rappresentano le condizioni della vita e del lavoro (se pensiamo che dopo le rimesse estere e la coltivazione la risorsa principale nella regione è la pesca), sarebbero condannati dalla storia alla rovina. Le stesse possibilità sociali sarebbero quindi indissolubilmente legate alla morte? Il mondo del Rif sarebbe effettivamente un mondo avvelenato? Tra i sintomi che vengono elencati dai malati ve ne sono molteplici, ma sembra esserci quasi una comune eziologia: freddo, fatica, gas, stress e nervi (*nerfs*) sono i sintomi più spesso riportati dai pazienti ed associati con la malattia. Non sono forse questi, i sintomi della marginalità? Sullo sfondo dell'interruzione delle cure, del ritardo delle diagnosi di silenzio e pregiudizi tra operatori sanitari e pazienti, le valutazioni eziologiche formulate dai malati sottolineano una relazione dannata con la terra.

In questo percorso, la malattia emerge nel suo farsi “segno”, “indizio” di una storia di esclusione, “segnatura”⁴⁷: Come abbiamo intravisto grazie alle voci dell'Hirak, il cancro sembra essere considerato pubblicamente la condanna ingiusta di una terra e di un popolo, il frutto amaro di una colonizzazione breve e violenta, un veleno taciuto dalla storia, un dolore negato. “De-cronicizzato” ed anzi trasformato in proprietà di una terra, il cancro esiste come presenza crudele, potenziale manifestazione, ed al tempo stesso ricorda e riproduce la violenza dai mille effetti dell'*hogra* una condanna tra le altre condanne di quella “prigione” che è il Rif. Non stiamo dicendo qui che si tratta di un fenomeno mitizzato o piuttosto demonizzato: il cancro nel Rif viene affrontato quotidianamente nella sua realtà corporale, familiare,

⁴⁶ A farne spese sono soprattutto le donne, tra le quali è diffusa la pratica del silenzio sulla propria condizione. In un contesto a forte migrazione maschile e nel quale la malattia è ancora associata a pratiche di contagio, la figura della donna sola è foriera di forti sospetti.

⁴⁷ Agamben; Ginzburg 1992

economica e definitivamente faticosa dalle persone che ne soffrono, dai loro parenti e dagli operatori sanitari. Eppure, le storie di chi lo combatte sono attraversate puntualmente da dinamiche stigmatizzanti e le voci dei pazienti e dei sofferenti restano in silenzio mentre altri si fanno portavoce di un dolore che nella sua verità individuale resta sconosciuto. Questa situazione di silenzio e relazioni morali, dove prendono corpo il potere del linguaggio di evocare la malattia, la rottura delle relazioni familiari, il rifiuto del dolore del trattamento e soprattutto la protezione dell'eredità familiare dall'evento negativo, per quanto diffusa anche ad altri contesti internazionali⁴⁸ va spiegata calandosi nella specificità degli avvenimenti e delle relazioni che qualificano il Rif come estensione politica, storica, culturale ed economica. Parte di questa specificità, lo ricordiamo, si riflette nella costruzione stessa del centro oncologico, un luogo di cura sorto senza che fossero stati realizzati studi che ne dimostrassero la specifica necessità; un gesto che nella sua esclusività afferma l'evento del cancro come realtà sociale e responsabilità politica, mentre ne conferma (proprio in virtù di quell'esclusività stessa) l'estraneità normativa. Atto questo, che si pone quindi in continuità con la fase di riconciliazione tra il monarca ed il Rif e che al tempo stesso ne rivela la grammatica arbitraria; il cancro andrà allora compreso anche in quanto indizio, come risultato di quell'intreccio tra memorie e rimossi che è "l'istituzione immaginaria della società"⁴⁹.

Riferimenti bibliografici

Arfaoui, Asma et al.

- "Le cancer du cavum au Maroc. Etude épidémiologique sur l'échantillon: Centre d'oncologie Al Azhar de Rabat", *Antropo*, n. 14, 2007, pp. 75-82.

Ayache, Germane

- *Les origines de la guerre du Rif*. Rabat: Société Marocaine des éditeurs réunis, 1981.

Balfour, Sebastian

- *Deadly Embrace. Morocco and the Road to Spanish Civil War*. Oxford: Oxford University Press, 2002.

Bayart, Jean François

- "Hors de la 'vallée heureuse' de l'africanisme. Note bibliographique", *Revue française de science politique*, n.44 (1), pp. 136-139, 1994.

⁴⁸ Chaved et al., 2001; Gordon, 1990 a,b; MacDonald, 2015; McMullin 2016; Weiner, 1993

⁴⁹ Castoriadis, 1975.

- *L'État en Afrique. La politique du ventre*. Paris: Fayard, 2006.
- *Les Etudes postcoloniales. Un carnaval académique*. Paris: Karthala, 2010.

Boutayeb, Saber ed al.

- "Estimation of the cost of treatment by chemotherapy for early breast cancer in Morocco Cost", *Effectiveness and Resource Allocation*, n.8(16), 2010.

Bennafla, Karine & Seniguer, Haoues

- "Le Maroc à l'épreuve du printemps arabe: une contestation désamorcée?", *Outre-Terre*, n.29(3), pp. 143-158, 2011.

Beneduce, Roberto

- *Corpi e saperi indocili. Guarigione, stregoneria e potere in Camerun*. Torino: Bollati Boringhieri, 2010.

Bergson, Henri

- *L'evoluzione creatrice*. Milano: Raffaello Cortina, 2002.

Berraho, Mohamed

- "Direct Cost of Cervical Cancer Management in Morocco", *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, n.13, 2012.

Castoriadis, Cornelius

- *L'Institution imaginaire de la société*. Parigi: Le Seuil, 1975.

Crawford, David L. & Silverstein, Paul

- "Amazigh Activism and the Moroccan State", *The Middle East Report*, n.233, pp. 44-48, 2004.

Chavez, Leo R.

- "Beliefs matter: cultural beliefs and the use of cervical cancer screening tests". *American Anthropology*, n.103, pp.1-16, 2001.

El Yazami, Driss

- "Transition politique histoire mémoire confluences", *Méditerranée*, n. 62(3), pp. 25-34, 2007.

Errahhali, M. Elidrissi

- "Cancer incidence in eastern Morocco: cancer patterns and incidence trends: 2005-2012", *BMC Cancer*, n.17, pp.587-595, 2017.

Farmer, Paul

- "An Anthropology of Structural Violence". In *Current Anthropology*, 45(3), pp. 305-325, 2004.

Ferrié, Jean-Noël et al.

- "Le Régime d'assistance médicale (RAMed) au Maroc : les mécomptes du volontarisme et de l'opportunisme", *Revue française des affaires sociales*, p. 125-143, 2018.

Giddens, Anthony

- "Living in a Post-Traditional Society", in *Reflexive Modernization: Politics, Tradition and Aesthetics in the Modern Social Order*. Stanford, CA: Stanford University Press, 1994.

Ginzburg, Carlo

- *Miti, Emblemi, Spie*. Torino: Einaudi, 1992.

Gordon, Deborah R.

- "Culture, cancer, and communication in Italy", *Medical Anthropology*, n.1, pp. 37-56, 1990(a).
- "Embodying illness, embodying cancer", *Cultural Medical Psychiatry*, n.14, pp. 275-297, 1990(b).

Hibou, Beatrice & Bono, Irene

- *Le Gouvernement du Social au Maroc*. Paris: Karthala, 2016.

Livingston, Julie

- *Improvising Medicine: An African Oncology Ward in an Emerging Cancer Epidemic*. Durham (NC): Duke Univ. Press, (2012).

MacDonald, Alyson

- "Revealing Hope in urban India: vision and survivorship among breast cancer charity volunteers", vd. Mathews et al. 2015, pp. 117-132.

McMullin, Juliet

- "Cancer", *Annual Review Anthropology*, n. 45, pp. 251-266, 2016.

Madariaga, Maria Rosa

- *España y el Rif. Crónica de una historia casi olvidada*. Melilla: La Biblioteca de Melilla, 1999.

- *En el Barranco del Lobo: Las Guerras de Marruecos*. Madrid: Alianza editorial, 2005.

Mathews, Holly F. et al.

- *Anthropologies of Cancer in Transnational worlds*. London: Routledge, 2015.

Mouna, Khalid

- *Le bled du kif : Economie et pouvoir chez les Ketama du Rif*. Casablanca: Ibis, 2010.

Mulemi, Benson A.

- *Coping with Cancer and Adversity: Hospital Ethnography in Kenya*. Leiden: African Study Center, 2010.

Nahhass Badiah

- *La Mémoire et ses usages : le cas du Rif*. Thèse du doctorat, Université Hassan II, 2014.

Pando Juan

- *Historia secreta de Anual*, Madrid: Temas de Hoy, 1999.

Prah Ruger, Jennifer & Kress, Daniel

- "Health Financing and Insurance Reform in Morocco", *Health Aff. (Millwood)*, n.26(4), pp. 1009–1016, 2010.

Rabinow, Paul

- *Essays on the Anthropology of Reason*. Princeton: Princeton University Press, 1996.

Raha, Rachid & Hamdaoui, Ahmed & Charqi, Mimoun.

- *La guerre chimique contre le Rif*. Rabat: Editions Amazigh, 2005.

Rivet, Daniel

- *Lyautey et l'institution du protectorat francais au Maroc*. Paris: L'Harmattan, 1988.

Shinar, Pessah

- "A Major Link between France's Berber Policy in Morocco and Its "Policy of Races" in French West Africa: Commandant Paul Marty (1882-1938)", *Islamic Law and Society*, n.13(1), pp. 33-62, 2006.

Silbermann, Michael

- *Cancer Care in Countries and Societies in Transition*. Cham: Springer, 2016.

Terrasse, Henri

- *Des origines à l'établissement du protectorat français, Vol.1*. Casablanca : Editions Atlantides, 1949.

Zanbout Y.

- *Identification des facteurs qui influencent l'éligibilité au Régime d'Assistance Médicale*. Mémoire du fin étude, Rabat: Ministère de la Santé, 2014.

Weiner, Diane

- "Health beliefs about cancer among the Luiseno Indians of California", *Alaska Medicine*, n.35(4), pp. 285-296, 1993

Sitografia

Bayart, Jean François

- *Une critique politique de la mémoire : leçons d'Afrique (et d'ailleurs)*, Mediapart, 13-06-2016. Consultato il 28-08-2019.

Haut-Commissariat Au Plans

- "Recensement général de la Maroc". <http://rgphentableaux.hcp.ma/Home/>. Consultato il 27/09/2019.

IARC

- *Planification et développement des registres du cancer basés sur la population dans les pays à revenu faible et intermédiaire*. IARC Publications techniques du CIRC N° 43, Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2018. <https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Iarc-Technical-Publications/Planification-Et-Développement-Des-Registres-Du-Cancer-Basés-Sur-La-Population-Dans-Les-Pays-à-Revenu-Faible-Et-Intermédiaire-2014>, Consultato il 21-09-2019.

Ministère de la Santé Maroc

- *PNPCC*. http://www.contrelecancer.ma/fr/le_pnpcc. Consultato il 28-08-2019.

Prendersi cura di sé e degli altri Politiche della salute, migrazioni e bio-legittimità in Italia

Veronica Redini e Francesca Alice Vianello

Taking Care of Oneself and Others. Health Policies, Migrations and Bio-Legitimacy in Italy

Abstract

On the basis of an ethnographic research carried out in Padua in this article, the Authors examine work-related health problems and the access to health care of migrant home care workers. The analysis focuses on exchange relations with employers and health services, showing how they intervene in favouring or inhibiting the fundamental right to health. As the Authors show, citizenship rights affect the possibility of taking care of oneself as well as others in the light of welfare policies and social recognition of care work in Italy today.

Keywords: migrant women, Home Care Work, employers, health policies, Italy

Introduzione

Negli ultimi trent'anni nei Paesi dell'Europa meridionale un processo di mercificazione ha investito il settore della cura attribuendo un ruolo strutturale all'assistente domiciliare¹. Questa figura, che spesso si identifica con una donna migrante, risulta strategica in un campo d'azione che, come noto, si ritaglia tra le sfere di competenza dello Stato, delle famiglie e, naturalmente, del mercato. Nello scenario di un *welfare* debole e familistico, essa ha rappresentato la soluzione ideale sia per i bilanci degli Stati², che hanno così potuto continuare a finanziare almeno in parte l'assistenza sociale, sia per le famiglie che attraverso di essa sono riuscite a garantire il modello di cura a lungo termine fondata sulla rete familiare³.

¹ Lutz, 2008.

² Minelli, Redini, 2015; Ranci, 2001.

³ La diffusione dei servizi domestici e di assistenza rappresenta il modo in cui le famiglie hanno tentato di rispondere ad uno scenario complesso che comprende l'invecchiamento della popolazione, una

Questo articolo⁴ e la ricerca *Migration and Occupational Health* (MigOccH)⁵ da cui prende le mosse, si collocano in questo scenario, in quella «economia dell'aiuto» alle persone anziane autosufficienti e non che, come è stato notato, può arrivare ad assumere i tratti di una vera e propria «fabbrica della cura»⁶. La letteratura sull'argomento è ormai molto ampia, eppure solo pochi studi si sono finora concentrati sulle conseguenze del lavoro di assistenza sulla salute e sull'accesso alle risorse terapeutiche delle lavoratrici⁷ nonostante sia stato dimostrato che la salute delle *caregiver* è particolarmente esposta ai rischi per la salute e condizione necessaria per garantire la qualità delle cure e, di conseguenza, il diritto alla salute dei loro pazienti⁸.

Sulla base dei primi risultati dell'indagine quanti-qualitativa che stiamo conducendo, in questo articolo focalizziamo l'attenzione sull'emergere di episodi di malattia e sull'accesso alle cure delle lavoratrici migranti moldave impiegate come assistenti familiari a Padova concentrandoci sul vissuto personale di questa esperienza e sul contesto lavorativo in cui essa prende forma. Senza ancora poter approfondire la dimensione politica dell'esperienza dei vari attori, per il momento vorremmo evidenziare il rapporto tra le condizioni di vita e i limiti imposti alle lavoratrici nell'accesso alle risorse e all'utilizzo dei servizi di salute. Attraverso l'analisi di interviste semi-strutturate alle lavoratrici e alle datrici e ai datori di lavoro, tenteremo di mostrare quali relazioni e forme di scambio intervengono nel favorire o inibire il diritto fondamentale alla salute di queste assistenti familiari. Per questo motivo analizzeremo in prima battuta il contesto normativo italiano che regola il lavoro a domicilio e in particolare il caso della malattia, per poi indagare la questione

maggiore presenza delle donne native nel mercato del lavoro salariato, nuovi modelli di genere e familiari (Bettio, Simonazzi, Villa, 2006).

⁴ Questo testo è stato ideato ed elaborato insieme dalle due autrici, tuttavia nello specifico la stesura dei paragrafi 1, 4 e delle Conclusioni è di Veronica Redini, quella dei paragrafi 2, 3 e dell'Introduzione è di Francesca Alice Vianello. Per esigenze di riservatezza a tutti gli interlocutori che hanno preso parte alle vicende qui ricostruite abbiamo attribuito degli pseudonimi.

⁵ La ricerca, è finanziata dall'Università di Padova nell'ambito del Programma STARS Grants (MigOccH, *Migration and Occupational Health: Understanding the Risks for Eastern European Migrant Women*, funding: Euros 75,208). Il progetto di ricerca è focalizzato sulle problematiche di salute che interessano le lavoratrici migranti moldave impiegate a Padova nei servizi alla persona, notoriamente altamente femminilizzati e ad elevata intensità lavorativa. Si tratta di una ricerca pilota multi-metodo e multi-disciplinare (sociologia, antropologia ed economia). L'approccio utilizzato si basa sulla compenetrazione tra la metodologia di indagine quantitativa e qualitativa strutturata attorno a quattro percorsi di indagine paralleli: la somministrazione *face to face* di questionari a circa 200 donne moldave occupate in tutti i settori professionali; la realizzazione di 30 interviste semi-strutturate rivolte a donne moldave occupate nel lavoro di cura, specificamente nell'assistenza agli anziani; 10 interviste a datori e datrici di lavoro di assistenti familiari; e 10 interviste a medici.

⁶ Hochschild, 2004.

⁷ Ahonen *et al.*, 2010; Christensen, Manthorpe, 2016; Sarli, 2014; Vianello, 2019.

⁸ Maslach 2003; Poghosyan *et al.*, 2010.

della salute delle lavoratrici per come, da un lato, essa emerge nelle pratiche private coi datori di lavoro e per come, dall'altra, essa si disegna nel quadro della condizione migrante di queste lavoratrici.

1. Migrazioni, salute, lavoro

La letteratura internazionale ha ormai ampiamente analizzato come la dimensione della salute sia condizionata da determinanti e da dinamiche di natura sociale e culturale⁹. La malattia prende forma infatti non solo nel corpo «abitato» ma in quello collocato e «agente» nel mondo¹⁰. Questa riflessione ha permesso di mettere in luce come le malattie si sviluppino diversamente non solo in rapporto a uno specifico scenario di senso, ma anche ai diversi contesti sociali in cui le persone vivono e lavorano¹¹.

Questo nesso è emerso soprattutto nelle analisi sulla migrazione come condizione che può esporre a maggiori rischi di marginalità e vulnerabilità fisica e mentale e influenzare l'accesso alle cure¹². Diversi autori, in particolare, individuano, nei processi di razzializzazione ed etnicizzazione¹³ alcuni tra i fattori più importanti nella differente incidenza e gravità delle malattie e nella possibilità di accesso ai servizi sanitari dei migranti. L'origine geografica e il colore della pelle si presentano cioè, insieme alla classe sociale, al genere, alla professione e alla nazionalità come le coordinate entro cui nei Paesi di destinazione il capitale di salute dei migranti appare erodersi. È stato evidenziato infatti come pur in presenza di un profilo generale discreto, lo stato di salute dei migranti sia mediamente peggiore rispetto a quello dei nativi¹⁴. Su questa tendenza incidono una serie di fattori. Da un lato, il loro livello di inclusione¹⁵ e, dall'altro, le condizioni lavorative a cui i migranti sono sottoposti e che possono arrivare a produrre un «mal da lavoro». Per quanto riguarda la salute occupazionale dei migranti, la letteratura mostra che l'effetto più evidente riguarda i tassi di infortuni, che tra questi ultimi sono più elevati¹⁶. In linea generale gli studi hanno evidenziato come al migrante partito necessariamente sano per poter fronteggiare l'esperienza della migrazione, sia poi subentrato il migrante esausto dalle condizioni di lavoro precarie, dal disagio abitativo, dall'esclusione sociale e dalla precarietà¹⁷.

⁹ Garro, 1992; Good, 1999; Scarry, 1990.

¹⁰ Csordas, 2002; Good, 1999.

¹¹ Quesada, Hart, Bourgois, 2011.

¹² Nuti, Maciocco, Barsanti, 2012.

¹³ Fassin, 2006; Perocco, 2012.

¹⁴ Domnich *et al.*, 2012.

¹⁵ Perocco, 2012.

¹⁶ Ahonen, Benavides, Benach, 2007; Schenker, 2008.

¹⁷ Tognetti Bordogna, 2013.

L'ampia e ricca letteratura sul lavoro domestico e di assistenza ha studiato principalmente le condizioni di lavoro, le relazioni di potere all'interno della famiglia e alcune dimensioni specifiche del lavoro domestico e di assistenza, ma pochi di questi studi ne hanno analizzato anche le implicazioni sanitarie. Negli ultimi anni, tuttavia, i riflettori delle organizzazioni internazionali si sono accesi su tale questione. Un rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, per esempio, mette bene in luce i rischi per la salute a cui sono esposte le lavoratrici migranti impiegate nel settore della cura¹⁸. Il paradosso sottolineato nel rapporto riguarda il fatto che nonostante esse forniscano un contributo centrale per la salute pubblica globale, le lavoratrici soffrono spesso di limitati diritti sociali e sanitari.

Gli scarsi studi scientifici disponibili sulla salute delle assistenti familiari a livello globale evidenziano come le condizioni spesso avverse del lavoro a domicilio comportino l'esposizione a una serie di rischi: abusi fisici, verbali e sessuali; tensioni muscolo-scheletriche derivate dai compiti di assistenza, difficoltà respiratorie conseguenti all'esposizione a sostanze chimiche; problemi psichici legati al lavoro emotivo e all'isolamento¹⁹. Ahnonen *et al.*²⁰ sulla base di una ricerca condotta in Spagna tra le donne migranti impiegate nei servizi domestici sottolineano che questa tipologia di lavoratori è esposta ad una varietà di rischi ambientali, ergonomici e psicologici. Inoltre, a partire da una ricerca italiana è stato analizzato il rapporto tra le varietà di malattie psicologiche segnalate dalle cosiddette badanti e le condizioni di lavoro: come l'insonnia e l'ansia probabilmente causata dalla mancanza di controllo sull'orario di lavoro, la depressione dovuta all'elevato isolamento e al prolungato contatto con il dolore umano, la frustrazione per la mancanza di prospettive nell'ambito del loro lavoro²¹.

Una questione cruciale nell'analisi dello stato di salute dei migranti è inoltre rappresentata dal grado di accessibilità e fruibilità dei servizi sanitari. Gli studi hanno preso in esame questo tema dal punto di vista giuridico-normativo e delle relazioni culturali tra i servizi sanitari e gli utenti²². In generale viene registrata una difficoltà dei migranti ad accedere ai servizi socio-sanitari a causa di barriere burocratiche e talvolta culturali e a districarsi nel complesso labirinto dei servizi. Una condizione che può essere aggravata dalla situazione di irregolarità.

La letteratura in merito alla fruizione dei servizi da parte di colf e assistenti familiari ha messo in luce quanto il tipo di lavoro svolto influenzi le diverse modalità di accesso al *welfare* sanitario²³. Le assistenti familiari ricorrono più frequentemente delle colf al medico di base, al pronto soccorso e all'ospedale. In particolare, per

¹⁸ WHO, 2017.

¹⁹ Malthotra, 2013; Redini, Vianello, Zaccagnini, 2020.

²⁰ Ahnonen *et al.*, 2010.

²¹ Vianello, 2019.

²² Kleinman, 1981; Quaranta, Ricca, 2012.

²³ Tognetti Bordogna, 2009.

quanto riguarda il rapporto con il medico di base si evidenzia come spesso vi sia una sovrapposizione tra il medico dell'assistito e quello dell'assistente. Questa dinamica facilita da un lato il ricorso alle cure e alla prevenzione da parte della lavoratrice, ma dall'altro lato, rende accessibili ai datori di lavoro informazioni riservate relative alle condizioni di salute delle loro dipendenti. Come vedremo, anche dalle nostre interviste emerge il ruolo di *passe-partout* delle datrici di lavoro rispetto al *welfare* sanitario, che rispecchia atteggiamenti solidali ma al contempo maternalistici.

Infine, la letteratura evidenzia anche come le lavoratrici domestiche talvolta tendano a sottovalutare la malattia, sia come reazione alle pressioni della società di immigrazione che legittima solo la presenza di attori produttivi, sia perché riconoscersi come ammalate ostacolerebbe la realizzazione del progetto migratorio e quindi del senso profondo attribuito alla migrazione²⁴. Infatti, l'analisi della declinazione del concetto di benessere da parte delle assistenti familiari straniere sottolinea come spesso esse proiettino sugli altri l'idea di star bene, in genere i figli rimasti nel Paese di origine, mentre rivolgono scarsa attenzione al proprio benessere e ai propri bisogni²⁵.

2. Il contesto socio-normativo

In Italia, il numero di ultrasessantacinquenni assistiti da un'assistente domiciliare è di circa un milione, ovvero il triplo degli anziani ammessi ai centri di assistenza²⁶. Le persone che ricorrono a tale servizio possono essere parzialmente o non autosufficienti. Secondo i dati ufficiali le assistenti familiari sono circa 400 mila²⁷ ma considerando la diffusione del lavoro informale questo numero deve probabilmente essere raddoppiato. La maggior parte sono donne²⁸ quarantenni con un *background* migratorio e il gruppo più numeroso proviene dall'Europa dell'Est.

La Moldova è uno dei Paesi a più alto tasso migratorio a livello mondiale. Il crollo del blocco sovietico e la successiva crisi economica hanno generato dalla fine degli anni Novanta una migrazione di massa che secondo l'Organizzazione Internazionale delle Migrazioni ha riguardato circa 600.000 persone²⁹. Più del 60% di questi migranti sono donne che si sono dirette verso i Paesi del Sud Europa, in particolare verso l'Italia, attratte dalle opportunità di lavoro aperte dalle difficoltà dello stato sociale. A partire dalla fine degli anni Novanta Padova è diventata un polo

²⁴ *Ibidem*

²⁵ Boccagni, Ambrosini, 2012.

²⁶ Pasquinelli, 2012.

²⁷ Inps, 2018.

²⁸ Per questo motivo usiamo il femminile generico.

²⁹ OIM, 2017.

di attrazione per queste migranti³⁰ che si sono impiegate prevalentemente nel settore domestico e dell'assistenza agli anziani.

Considerando l'intero settore del lavoro domestico, i dati mostrano che vi è una leggera preponderanza di datori di lavoro di genere maschile (52%) e che l'età media è di 62 anni. Tuttavia, se consideriamo solo i datori di lavoro di 80 anni e oltre, che sono quelli che probabilmente impiegano un assistente familiare, le donne rappresentano la maggioranza³¹.

Il rapporto di lavoro di tutti i tipi di collaboratrici domestiche, comprese le cosiddette badanti, è regolato da un contratto collettivo di lavoro, la cui ultima versione è stata firmata dai sindacati confederali nel 2018. Il contratto collettivo di lavoro stabilisce due tipi di lavoratori domestici: quelli che vivono in casa (live-in regime) e quelli che vivono fuori casa (live-out regime). Nel primo caso non dovrebbero lavorare più di 54 ore settimanali e non più di 10 ore al giorno. Inoltre, dovrebbero riposare 11 ore di fila durante la notte più 2 ore al pomeriggio. Al contrario, per le assistenti familiari le ore settimanali sono 40.

In caso di assenza per malattia della lavoratrice, l'indennità di malattia non è pagata dall'INPS come gli altri dipendenti, ma dal datore di lavoro: a metà della tariffa contrattuale per i primi tre giorni e poi a tariffa piena per ogni giorno successivo, fino ad un massimo di 15 giorni a seconda della durata del servizio, ma non devono essere versati contributi pensionistici. Ciò significa che gli oneri di malattia delle lavoratrici ricadono sulle spalle dei datori di lavoro, ma anche che le lavoratrici domestiche sono meno protette degli altri lavoratori dipendenti. Inoltre, colf e assistenti familiari mantengono il posto di lavoro per un periodo che dipende dall'anzianità di servizio nella famiglia, fino ad un massimo di 180 giorni. I limiti di tempo aumentano del 50% in caso di malattia oncologica.

Per concludere, prendiamo in considerazione gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, anche se il numero è molto basso per questa categoria di lavoratrici. Nel 2016 il numero di infortuni sul lavoro è stato di 2.821, di cui i più comuni sono state fratture, contusioni e lussazioni. Nello stesso anno il numero totale di malattie professionali è stato di 21, di cui 11 malattie del sistema muscoloscheletrico e 8 malattie del sistema nervoso.

In caso di infortuni sul lavoro o malattie professionali, le lavoratrici domestiche sono tutelate dall'Istituto Nazionale Assicurazione contro le Infortuni sul Lavoro (INAIL). Il salario pieno deve essere pagato per i primi tre giorni di assenza dal lavoro, dopodiché il salario è pagato dall'INAIL e, come negli altri casi, il contratto di lavoro deve essere tenuto aperto per un numero di giorni che dipende dall'anzianità di servizio fino ad un massimo di 180 giorni.

³⁰ A Padova risiedono 4376 moldavi di cui 2848 donne. Il Veneto è in generale la regione italiana dove la presenza di questo gruppo nazionale è più consistente con 33.422 moldavi dei 128.979 presenti in Italia (Provincia Padova, 2019).

³¹ Domina, 2017.

Ai vincoli derivanti dalle regole contrattuali, l'accesso alle cure delle lavoratrici domestiche dipende anche dal loro status legale. Sebbene il sistema sanitario italiano riconosca il diritto alle cure a tutti gli individui a prescindere dal loro status legale, chi non dispone di un permesso di soggiorno regolare e della residenza ha minori possibilità di curarsi³². Essi hanno accesso alle cure essenziali e urgenti, ma non dispongo, ad esempio, di un medico di base che svolge un ruolo cruciale nelle attività di prevenzione. Di conseguenza l'assistente familiare romena non residente o la colf ucraina senza permesso di soggiorno sono categorie che soffrono di una cittadinanza sanitaria ridotta nel Paese in cui vivono e lavorano.

3. Tra riconoscimento e rimozione: lo sguardo delle datrici di lavoro sulla salute delle assistenti familiari

Le datrici di lavoro intervistate riconoscono la complessità del lavoro di cura sia in termini generali, sia in relazione alla particolare relazione che le lavoratrici sono chiamate a costruire con le persone assistite. Madri anziane e mariti ammalati sono rappresentati come persone caratterialmente difficili. Alcuni per via di malattie mentali come demenza senile o depressione, che li rendono aggressivi, irritabili e scontrosi; altri perché soffrono a causa di altre patologie; altri ancora sono così per natura. In ogni caso, le intervistate sono consapevoli che non è facile trascorre lunghe giornate accanto ai loro familiari.

Lucia, ad esempio, confessa che lei non riesce a stare a lungo insieme a sua madre, perché è una persona negativa a cui non va mai bene nulla. Di conseguenza empatizza molto con l'assistente familiare e cerca di difenderla dalle critiche e dagli attacchi di sua madre.

«Eh, mia mamma è difficile. [...] È una donna molto chiusa. [...] No ma è il carattere suo. Io faccio molta fatica a trovarmi con lei devo proprio tapparmi le orecchie da una parte e dall'altra per andare d'accordo: per stare quel poco che è necessario. “E questo non lo mangio” “e questo non va bene” “e questo non è bello” cioè la prima cosa che lei dice è in negativo, non le va mai bene niente.

Con la badante quindi quali sono i principali problemi che ha sua mamma? Le dà fastidio come le darebbe fastidio qualsiasi altra persona?

Sì, per fortuna appunto noi siamo con la badante anche mio fratello che va là tutti i giorni e la sostiene. La mamma poi dopo un po'.... Per fortuna hanno anche una casa grande, il bagno della badante è sotto il bagno di mia madre è sopra. La camera da letto però sia della mamma che della badante è sopra. Ha la sua televisione, per cui per esempio adesso al pomeriggio mia mamma si metterà a guardare la televisione su

³² Luzi *et al.*, 2013.

e l'altra ha la l'altra televisione si guarda che i programmi che vuole. Alle sei e mezza cenano, la spesa va a farla mio fratello e ovviamente si mangia quello che dice mia mamma (Lucia, 2019).»

Come sostiene Lucia, è fondamentale sostenere l'assistente familiare nella relazione con la persona assistita attraverso una pluralità di interventi volti ad alleggerire la fatica emotiva che richiede tale rapporto. Oltre all'empatia e al sostegno in caso di dissapori, è importante fornire alla lavoratrice degli spazi fisici e temporali per rigenerarsi. Un simile punto di vista è condiviso da Lisa, preoccupata per l'eccessivo affaticamento dell'assistente familiare di sua suocera, che dedica il suo tempo libero a secondi lavori. Secondo l'intervistata la stanchezza riduce le capacità dell'assistente di sopportare la relazione con l'anziana affetta da demenza senile, perciò ritiene che la lavoratrice dovrebbe riposare di più per essere in grado di sostenere il lavoro emotivo³³ a lei richiesto.

«L'unica cosa che ho notato è che sta accumulando stanchezza con questa mania di guadagnare soldi e di non interrompere mai...cioè lei va in ferie e poi per un anno lavora di seguito. Fa le due o tre settimane di ferie, l'anno scorso ha fatto un mese, e poi lavora sempre. In più si aggiunge lavori, che sono lavori di pulizia, stira se le danno da stirare o mentre la nonna dorme. Quest'anno è arrivata all'ultimo mese che secondo me non ce la faceva più. Le ho detto: "stai attenta, non puoi mica continuare così" allora dopo ha meno pazienza con la nonna perché chiaramente è stanca e non vede l'ora di andare via e inizia a mollare le cose e io le ho detto: "ma guarda che tu devi organizzarti in un altro modo, oltre a prenderti i tuoi momenti di pausa sabato e domenica" e lei "ma io non ho bisogno, non ho bisogno" ma ha bisogno di recuperare "una volta l'anno, a metà del tuo ciclo di lavoro, devi prenderti una settimana e dopo ti fai le ferie lunghe di tre settimane, ma prenditi una settimana!" (Lisa, 2019)».

Sebbene le datrici di lavoro intervistate siano abbastanza consapevoli delle difficoltà del lavoro di cura e rispettino le regole in materia di tempo libero e riposo, diverse raccontano di aver dovuto far fronte alle dimissioni delle proprie dipendenti che si sentivano esaurite e incapaci di sostenere il lavoro di assistenza in regime di coabitazione. In base a quanto riportato dalle interviste, raramente le lavoratrici esplicitano le reali motivazioni delle dimissioni, ma le lasciano trasparire tra le righe. Il caso di Cesare è emblematico:

«È stata fino ad aprile, fino a Pasqua con noi e dopo si è licenziata. L'abbiamo messa in regola e tutto e siamo partiti da settembre. Era ucraina. Si è stancata perché mia mamma è abbastanza difficile da gestire e devo dire la verità ha anche resistito molto.

³³ Hochschild, 1983.

Dal punto di vista relazionale o il lavoro difficile?

No, no relazionale: mia mamma ha sempre avuto diversi problemi, ha sofferto di depressione quindi è una persona estremamente instabile. Soffre di bipolarismo quindi lei ogni tanto ti fa un sorriso e dopo 5 minuti...tante telefonate che abbiamo ricevuto “la badante mi vuole uccidere” “la badante qua o la badante la”, va beh è stato difficile gestirla quindi devo dire è stata anche brava e poi ci ha detto “basta, ho dato quello che sono riuscita adesso basta” (Cesare, 2019)».

Il rispetto delle regole contrattuali sembra dunque non bastare per evitare il rischio di burnout. Le datrici di lavoro con maggiori possibilità economiche cercano di ridurre ulteriormente il sovraccarico lavorativo dell’assistente familiare, assumendone due che lavorano a turni. In altri casi, è possibile alleggerire l’orario di lavoro impiegando una lavoratrice a ore. Opzione possibile solo quando le persone assistite è in grado di stare da sola. La riduzione dell’orario di lavoro e la possibilità di dormire nella propria abitazione migliora significativamente il benessere delle lavoratrici e quindi anche le sue capacità di assistere l’anziana. Cesare, infatti, riconosce che la capacità dell’assistente di sostenere il rapporto con sua madre affetta da cronici problemi mentali è decisamente migliorata con l’impiego di una persona a ore.

«Ci siamo trovati di nuovo a dover cercare e allora siamo venuti qui al CAF. Tanti qua ci hanno dato una serie di nominativi, quindi ho contattato fino a che non ho trovato quella che c’è tutt’ora. Lei è moldava e diciamo che quella che c’era prima abitava momentaneamente a Scorzé e non aveva nulla, quindi è venuta da noi ed è rimasta stabile, 24 ore. Adesso ha iniziato questa signora che c’è adesso che invece abita a 300 metri da casa nostra perché vive con la sua famiglia, con suo figlio e con i nipoti. È una situazione abbastanza ideale direi perché viene 3 ore e mezza la mattina e 3 ore e mezza al pomeriggio ed è gestibile.

Quindi adesso questa signora sta 3 ore la mattina, il pomeriggio... e la notte?

La notte torna a casa, a dormire a casa. Io dico la verità, per quanto mi riguarda avrei preferito che ci fosse una persona presente sempre, però è anche vero che così prende un po’ fiato questa signora nel senso che non ha mia mamma addosso tutto il giorno e vedo, mi dice che riesce abbastanza a gestirla. Quando mia mamma si incazza lei comunque in pausa pranzo va via torna al pomeriggio e alla sera va via quindi ha i suoi momenti. Una che è là tutto il giorno ce l’ha addosso tutto il giorno, quindi diventa abbastanza difficile per loro ma le capisco anche cioè facciamo fatica noi figli. Io vado a mangiare sabato e domenica a turno con i miei fratelli, però quando stai con mia mamma due o tre ore vieni via che è difficile insomma, però è così (Cesare, 2019)».

Se le difficoltà relazionali e l'esaurimento emotivo sono questioni riconosciute e problematizzate dalle datrici di lavoro, la salute fisica non è messa a tema dalle intervistate. Le lavoratrici sono pensate come soggetti sani che nel momento in cui si candidano per svolgere il lavoro di assistente familiare devono godere della forma fisica richiesta da tale occupazione. Esse devono essere in grado di sollevare i corpi dei loro assistiti, adottare posizioni scomode a lungo e svolgere i lavori domestici. Inoltre, il rischio che possano insorgere delle malattie legate al lavoro non è considerato dalle intervistate. In altre parole si assiste a una profonda rimozione dello spettro di problematicità connesse alla salute fisica delle lavoratrici e all'usura dei loro corpi.

La rimozione narrativa rispecchia l'inconciliabilità del malessere fisico con il lavoro di assistente familiare. Infatti, le intervistate riportano vari casi in cui il rapporto lavorativo si è concluso proprio a causa della non idoneità fisica delle lavoratrici. La giustificazione del licenziamento si articola su due livelli discorsivi: da un lato, la qualità della cura, che verrebbe compromessa dalla cattiva salute della lavoratrice e, dall'altro lato, il bisogno della datrice di lavoro di non avere altre preoccupazioni. La storia di Marta è particolarmente emblematica. Suo marito, ammalato di Parkinson, è assistito 24 su 24 da due persone. Per il reclutamento Marta si è rivolta a un'agenzia di somministrazione, che però le ha inviato persone fisicamente non idonee. Al momento dell'intervista, essa aveva cambiato diversi lavoratori, sia uomini che donne, e stava ancora cercando la persona adatta per il turno di notte. La prima lavoratrice è stata considerata non idonea e quindi licenziata perché soffriva di mal di schiena, mentre il secondo perché era troppo anziano.

«La prima persona che mi ha mandato un'agenzia, perché io non sapevo, era peruviana. È probabilmente una brava persona ma ha cominciato, dopo pochissimo a... Intanto aveva un sacco di problemi suoi. Aveva problemi di soldi, di questi e di quelli. Mi chiedeva anticipi, per carità me li restituiva... Poi ha cominciato a dire che lei aveva mal di schiena, si è messa in malattia perché diceva che mio marito era pesante, forse era vero. [...] E quindi questa qui, che era una peruviana, si è messa in malattia dopo pochissimo e ho detto "ora cosa faccio?" Ho aspettato le finisse la malattia dopo di che l'ho dovuta licenziare. [...] Allora sempre la stessa agenzia mi ha mandato un uomo, perché sai per la notte, che però questo qua dello Sri Lanka aveva bisogno di vitto e alloggio e di vivere qui perché non ha famiglia. E allora ho detto vabbé questa casa è grande, ho una stanza in più, l'ho assunto. E devo dire che... dunque l'ho messo in regola da gennaio, prima aveva fatto dei periodi così per vedere come andava. Non mi sono trovata malissimo, però ad un certo punto abbiamo cominciato a vedere che... intanto aveva i suoi acciacchi, aveva la sua età e faceva fatica anche lui fisicamente a tirarlo su. Insomma ad un certo punto abbiamo visto che non andava più bene. E così con dispiacere, perché poi io mi immedesimo in queste persone che hanno problemi e tutto ma cosa posso fare? E quindi abbiamo

licenziato anche lui, liquidato con tutti i suoi crismi e adesso ne è arrivato (tra pochi giorni) un altro, moldavo (Marta, 2019).»

Le uniche malattie sostenibili dalle famiglie sono quelle di breve durata o di tipo cronico ma che non ostacolano il lavoro dell'assistente domiciliare, che costituisce il pilastro centrale del sistema di cura. In caso di influenza o piccoli infortuni è raro che i datori di lavoro attivino le formalità previste dal contratto e la situazione viene fronteggiata informalmente. L'accesso alle cure viene filtrato e facilitato dalle datrici di lavoro che si occupano di chiamare il medico di famiglia, acquistare i medicinali o se necessario portare la lavoratrice in ospedale. Le sostituzioni sono anch'esse garantite dalla rete di familiari che, se si tratta di brevi periodi, è in grado di far fronte alla temporanea assenza dell'assistente familiare.

«C'è stata una volta che una ha avuto un incidente attraversando il prato davanti casa, invece di fare la strada, è stata morsa dal cane dei vicini. Poco simpatici di per sé e il cane anche, abbiamo dovuto portarla all'ospedale a farle l'antirabbica e tutte queste cose e in montagna insomma. C'era il problema della cittadinanza, non mi ricordo come abbiamo fatto ma insomma abbiamo risolto tutto quanto.

E mentre lei stava male e non poteva lavorare come avete fatto?

No, lì è tutto molto...cioè si fa tutto insieme. Sì, qualcuno supplisce. (Giorgia, 2019)»

Quando tra la lavoratrice e la famiglia si instaura quel tipo di relazione confidenziale che va oltre il mero rapporto lavorativo, le datrici di lavoro, specialmente se sono colte e di classe medio-alta, costituiscono un ponte per l'accesso a cure sanitarie di elevata qualità che dura nel tempo anche oltre la morte dell'assistito e la fine del rapporto lavorativo. In questi casi il capitale sociale della famiglia datrice di lavoro viene mobilitato a favore dell'assistente familiare, che può accedere a una selezione di specialisti fidati.

«Esatto, non è solo il datore di lavoro e tu sei una domestica insomma, no lei era entrata in famiglia. Ha avuto bisogno di soldi e l'abbiamo aiutata ma senza nessun problema! Ancora adesso con mia figlia [medico] si sentono se c'è bisogno di qualcosa.

Sono coetanee.

Sì, un po' più vecchia di mia figlia. Mia figlia adesso ne ha 39 e lei ne ha 42 ma sì, siamo lì. Si sentono spesso, magari anche per un consiglio [medico] (Linda, 2019).»

Vediamo, dunque, come entrare a far parte dell'economia morale della famiglia fornisce legittimità a quella cittadinanza biologica e terapeutica che altrimenti le assistenti familiari di origine migrante non avrebbero in quanto

lavoratrici per definizione sane³⁴. Chi non gode di tale legittimità rischia di non poter curarsi e di dover nascondere il malessere psichico ma soprattutto fisico attraverso l'utilizzo di farmaci di vario genere, pena il licenziamento. La sopportazione del dolore viene portata all'estremo, fino al completo esaurimento delle risorse psico-fisiche della lavoratrice. Sono probabilmente queste le migranti di ritorno che una volta rientrate nel paese di origine sono interessate da quell'insieme di sintomi chiamati «sindrome Italia»³⁵.

4. Salute e lavoro di cura dal punto di vista delle lavoratrici migranti

Come si è detto, le assistenti domiciliari che si prendono cura di persone anziane o disabili possono svolgere un'attività ad ore o in coabitazione in base al grado di autosufficienza dell'assistito. Le lavoratrici incontrate nel corso della ricerca hanno tutte iniziato a lavorare preferendo quest'ultima soluzione, una scelta che ha permesso loro un inserimento lavorativo relativamente rapido e una sistemazione abitativa fondamentale ai fini della massimizzazione del salario e quindi delle rimesse. L'espressione attraverso cui indicano questa modalità di impiego è quella della “badante 24 ore”. Si tratta di un regime lavorativo (*live-in*) che, implicando la coabitazione, porta i datori di lavoro a definire ambigualmente la lavoratrice come “un membro della famiglia” e, offuscando il limite tra il tempo produttivo e riproduttivo, arriva a confondere anche quello tra lavoro retribuito e compiti di cura prestati gratuitamente. In questo modo crea le condizioni di quella «disponibilità permanente» che rende difficile per le lavoratrici rifiutarsi di dare una mano in qualsiasi momento venga loro richiesto³⁶.

Per questo motivo molte intervistate hanno progressivamente cercato di sottrarsi attraverso impieghi ad ore come domestiche o baby-sitter ritrovandosi poi, come raccontano, «a correre tutto il giorno da un posto all'altro» per riuscire a mettere insieme un salario dignitoso. Nonostante la fatica che ha implicato, questa scelta viene restituita come una via d'uscita salvifica rispetto a un regime lavorativo considerato particolarmente usurante e stressante dal punto di vista sia fisico sia psicologico.

Nel cosiddetto *live-in regime* si sommano infatti le attività di cura della persona anziana (farla alzare dal letto, lavarla, farla camminare e mangiare, etc.) con tutta una serie di mansioni dentro e fuori casa (lavare, stirare, cucinare, fare la spesa, andare dal medico o in farmacia, etc.). Le testimonianze delle lavoratrici sono per certi versi ripetitive in merito alle caratteristiche di questo regime lavorativo. Esse ritornano infatti costantemente sulla condizione di isolamento tra le quattro mura

³⁴ Sayad, 2002.

³⁵ Cozzi, 2019.

³⁶ Hondagneu-Sotelo, 1999.

domestiche, su una certa impreparazione rispetto alle competenze che le gravi disabilità psico-fisiche (demenza senile, morbo di Alzheimer) da cui gli anziani sono affetti richiederebbero, sulla mancanza di riposo dalla fatica del lavoro domestico visto come inevitabilmente connesso a quello di cura. C'è infine, molto spesso, l'entrata in scena della pluralità di attori che animano lo scenario del lavoro domestico. Non di rado infatti il regime di convivenza dell'assistente domiciliare è a doppio livello. Essa si trova cioè, per esempio, a prendersi cura di un anziano non o parzialmente autosufficiente e delle esigenze dei suoi figli e parenti che controllano, impartiscono ordini, impongono orari, impediscono uscite, richiedono essi stessi attenzioni. Per l'assistente domiciliare che lavora le "24 ore" c'è quindi una moltiplicazione dei compiti e del carico di lavoro che di solito si estende anche alla notte.

Il ritmo incalzante con cui viene restituita una qualsiasi giornata lavorativa riflette tutti questi elementi e, anche laddove presente, una costante "forzatura" dei limiti del contratto di lavoro che, nel caso dell'assistenza di una persona non autosufficiente, prevede la cura esclusiva del paziente. Aliona, una giovane moldava che al momento del nostro incontro era impiegata come assistente ad ore, rievocando la propria esperienza si sofferma sul contesto familiare in cui si inserisce il lavoro di cura e sulla, spesso conflittuale, relazione tra la lavoratrice migrante e la famiglia:

«Come sono i rapporti dentro a queste case in cui le badanti possono stare anche 24 ore? Non dico solo con le persone assistite ma anche coi familiari.

Se volessi, potrei scrivere un libro su questa cosa e ogni donna sarebbe un capitolo a parte. Rispetto alla mia esperienza posso dirti che è vero che c'è il permesso di fare la doccia solo una volta al mese o alla settimana e su quanto si mangia. Vuol dire che non puoi fare la doccia ogni sera ma che per risparmiare l'acqua la doccia si fa solo il sabato sera o il venerdì sera. Perché i parenti o gli assistiti più in salute controllano, non permettono di fare osservazioni, controllano il cibo. Ti danno una somma alla settimana per fare la spesa e tu capisci che più di tanto non puoi comprare: pasta, pomodoro, ma non più di tanto. Poi a volte se sono i figli o i nipoti che fanno la spesa per te e la persona assistita, ti chiedono la lista di cosa manca in casa ma possono anche non comprarti tutto. Questo succede abbastanza spesso. Mia zia aveva un contratto come badante di una persona ma nella casa in cui stava badava a cinque persone! Perché c'era il figlio, la nipote... poi d'estate andavano al mare e lì doveva pulire e cucinare per 5/6 persone. Alla fine per essere pagata ha dovuto denunciarli. Mi diceva che mangiava solo pasta e pomodoro. Poi, certo, ci sono anche delle famiglie bravissime. Io il sabato e la domenica sostituisco un'altra badante e lì non ho problemi, non mi manca niente e la signora è molto brava. Faccio solo una notte nel week end mentre durante la settimana faccio tre ore al giorno. Ma in passato ho lavorato otto mesi come badante. Stavo sempre in casa anche perché avevo sempre paura che potessero fermarmi e rimandarmi a casa perché non ero in regola.

Comunque, lì avevo il letto vicino a quello della signora che non era a posto con la testa e tutta la notte gridava. Non ho dormito per otto mesi» (Tania, 2019).

Questa testimonianza permette di mettere in luce alcune caratteristiche del lavoro di cura, che come si diceva, tendono a ripresentarsi in maniera abbastanza costante. L'isolamento, la disparità di potere nella relazione coi datori di lavoro e il loro *entourage*, la vulnerabilità implicata dalla condizione irregolare tendono ad agevolare, soprattutto nel caso dell'accudimento in coabitazione, l'instaurarsi di rapporti di lavoro particolarmente stressanti³⁷. Questi fattori inoltre sono richiamati dalle lavoratrici come motivi all'origine dei problemi di salute e come referenti imprescindibili di cui tener conto nel tentativo di porvi rimedio.

Le assistenti domiciliari, mostrano infatti di essere consapevoli del potenziale dirompente rappresentato dalle proprie condizioni di salute perché è principalmente, anche se non esclusivamente, il capitale di salute quello che mettono a valore nel lavoro di cura. Nell'assistenza il corpo si presenta infatti come uno strumento di affetto³⁸ e di lavoro rispetto a cui l'essere anche terreno di espressione della malattia appare impensabile³⁹. Questa contraddizione emerge dalle testimonianze dei datori di lavoro che se da un lato, formalmente, dichiarano di comprendere le conseguenze che l'assistenza comporta sul benessere delle lavoratrici, altrettanto chiaramente confessano quanto i problemi di salute compromettano, dalle fondamenta, il rapporto di lavoro. L'esperienza di Eva, assistente domiciliare a ore, appare in questo senso emblematica:

«Nel 2008 mi hanno trovato un'anomalia all'utero e me l'hanno asportato. Mi hanno operato il martedì, il sabato mi hanno dimesso e la signora dove lavoro mi chiama e mi dice "Eva, se lunedì non ti presenti al lavoro, io ti devo lasciare a casa e cercare un'altra persona" e io "Anna, mi hanno asportato l'utero martedì" e lei "Non mi interessa!". "Non mi interessa – mi fa – se lunedì non vieni a lavorare ti lascio a casa e prendo un'altra persona". Nel 2008 avevo i figli ancora piccoli e quindi pensavo "Cosa faccio?" e il lunedì sono andata a lavorare. Il martedì ho avuto un'emorragia e mi hanno portato in Pronto Soccorso. Si era rotto un capillare per via degli sforzi che avevo fatto.

Tutte queste cose sono avvenute senza che tu avessi un contratto?

No, non avevo un contratto ma io dico Veronica, c'è un po' di umanità? Questa è la condizione delle donne moldave! Nel 2006 a mia sorella che era qui a Padova viene diagnosticato un carcinoma totale infiltrante al seno. Era una forma di tumore molto aggressiva. I medici hanno subito detto che in questi casi si guarisce o si muore in tre mesi. Lei è stata fortunatissima perché qui abbiamo un centro oncologico

³⁷ Ambrosini, 2013.

³⁸ Ehrenreich, Hochschild, 2004; Twigg et al. 2011.

³⁹ Sayad, 2002.

all'avanguardia. È stata curata molto bene, seguita molto bene ed è ancora qua con noi. Ha fatto 8 cicli di chemio per diminuire la massa tumorale e bloccare il tumore, dopodiché l'hanno operata. All'epoca lavorava in una famiglia molto famosa, di medici. Mia sorella ha lavorato mentre faceva le chemio. Dopo l'intervento aveva naturalmente ancora tutti i tubicini attaccati per eliminare il siero, e andava a fare le notti con tutti i tubicini attaccati. Perché? Perché anche a lei hanno detto la stessa cosa che hanno detto a me: che a loro non interessa la malattia, a loro interessa una persona che va a lavorare».

Per la lavoratrice migrante la malattia, col suo manifestarsi, sembra mettere in crisi la necessità di provvedere col proprio lavoro a quanti sono rimasti nel Paese d'origine e le richieste espresse dallo specifico settore del mercato del lavoro in cui è impiegata. Richiamando l'espressione usata da Didier Fassin⁴⁰, in questo caso il corpo sofferente non può trovare spazio di legittimazione. Quello delle lavoratrici migranti è un infatti un corpo che tende a sfuggire alla legittimazione umanitaria e compassionevole perché consapevole di potersi legittimare solo nel suo essere attivo, sano, produttivo. Per questo motivo le lavoratrici, mostrano una spiccata intraprendenza e autonomia nella gestione del proprio malessere anche laddove questo è direttamente collegato alle condizioni di lavoro. In questo quadro le associazioni di volontariato svolgono un ruolo decisivo perché benché anche ai migranti irregolari in Italia siano garantiti i diritti in materia di prestazioni sanitarie, la precarietà della condizione di questi soggetti li rende timorosi di rivolgersi ai servizi pubblici perché temono di poter essere denunciati ed espulsi.

Darya, per esempio, una assistente domiciliare ad ore, pur collegando i propri problemi alle condizioni in cui ha vissuto e lavorato per anni, ha preferito farvi fronte non coinvolgendo né i servizi pubblici né i propri datori di lavoro. Non casualmente, nella sua testimonianza, la narrazione della malattia si interseca con quella dell'esperienza migratoria, dell'irregolarità, della subordinazione lavorativa ed economica. La malattia viene così collocata a un livello intermedio tra i diversi piani dell'esperienza: quella personale e quella sociale, quella organica ed emotiva, quella fisica e psicologica.

«Quando ho avuto i primi problemi di salute non ero in regola e una amica mi ha detto “Vai alle cucine popolari perché hai una faccia che non mi piace” perché lì c'era un dottore che veniva a visitare gli stranieri che non erano in regola. Io sono andata e ho fatto le analisi del sangue e quando sono tornata lui mi ha detto “Cara mia, ora tu a casa non torni, vai direttamente in ospedale”. Avevo il ciclo che non durava tre giorni come a casa mia, ma sei e poi abbondante che non ti posso dire, mamma mia! E io dicevo “Per questo sono così stanca”. Capito? È tutto cambiato. Perché noi quando

⁴⁰ Fassin, 2006.

siamo arrivate qua è cambiato tutto: il clima, questo caldo, il lavoro, il mangiare quello che capita, sempre di corsa, sempre agitate... non so come spiegare. Il fatto che sei sempre agitata, stai sempre a pensare alle cose. E quando sono andata in ospedale, loro hanno cominciato a controllarmi dalla testa ai piedi ed è finita che mi hanno operata. Avevo due polipi già grandi alle ovaie. Ora sto avendo lo stesso problema e ho ricominciato ad andare dal ginecologo, quella volta non ho pagato niente perché non ero in regola mentre ora pago e anche dei bei soldi. Ma ci vado sempre di mattina quando non lavoro perché non voglio che si creino problemi».

Attraverso l'esperienza di Darya, si vede bene come nell'assistenza domiciliare la salute delle lavoratrici assume i tratti di una questione "privata". Del resto, nelle testimonianze dei datori di lavoro la malattia dell'assistente domiciliare viene restituita, come si è visto, prevalentemente attraverso gli effetti piuttosto che in riferimento alle cause da cui è stata determinata, alle responsabilità individuali invece che ai fattori strutturali che ne hanno condizionato il manifestarsi. Il malessere delle lavoratrici è oggetto cioè di quell'«ethos compassionevole» per usare le parole di Fassin⁴¹ che assume un ruolo centrale nel modo in cui si disegna il lavoro, non solo di cura oggi in Italia tra ordine securitario standardizzazione burocratica ed economico-amministrativa.

In questo quadro il miglioramento delle condizioni di lavoro e quindi di salute delle assistenti domiciliari vengono ricacciate nell'ambito delle responsabilità personali configurandosi come l'esito di un'astratta idea di autonomia. Sulle lavoratrici stesse sembra infatti ricadere non solo la responsabilità della propria condizione, ma anche quella dell'elaborazione di una soluzione⁴². Lidia, per esempio, è un medico moldavo che in Italia si è impiegata come assistente domiciliare e che ha svolto per lungo tempo la propria attività coabitando con gli assistiti. Il lavoro corpo a corpo quotidiano con le esigenze degli anziani le ha procurato nel tempo problemi alle articolazioni e alla schiena che ha lungamente lamentato alla figlia dell'anziana assistita anche se, alla fine, ha dovuto attivarsi in prima persona per trovarvi soluzione:

«Lei mi diceva che ha iniziato ad assistere una persona e poi si è presa cura di due. Ma lei ha rivendicato questa cosa?»

Certo! Certo che l'ho detto! Ma la figlia... sono arrivata al punto che volevo denunciarla, ma non per me eh! Senti. Allora i signori erano molto anziani no? E le poltrone quelle che si alzano sono utili. Aiutano te e aiutano loro. Glielo ho detto e lei... muta. Non ha detto niente. Per fortuna che io abito vicino a dove c'è un negozio di roba per gli anziani usata, quella che quando gli anziani muoiono i figli non sanno

⁴¹ Fassin, 2006.

⁴² Castel, 2009; Fassin, 2006.

cosa farci. Io andando a vedere cosa c'era, ho visto questa poltrona elettrica. L'ho detto alla figlia che avevo visto questa poltrona e che costava poco, perché io avevo capito che era questione di soldi perché la prima volta lei mi aveva detto "eh, ma costano care queste poltrone, anche 1.300 euro!". Eh ma anche la mia schiena costa! Forse anche più di 1.300 euro! Insomma, va bene, l'ha comprata a 80 euro, ed era tutta contenta. Ma io dico [...] se tu, figlia, vuoi così tanto bene ai tuoi genitori, una poltrona la puoi anche comprare! Se io non andavo in giro, la poltrona non l'avrebbero avuta. Ma non era un mio compito andare in giro! Non erano genitori miei! Tante badanti non raccontano queste cose. Ma io sì perché ho visto tante situazioni: case in cui non c'era neanche il letto per la badante, con persone non autosufficienti, senza sollevatori! Io me ne intendevo, ma chi non sa le cose, tace e poi si ritrova con l'ernia del disco, dolori, problemi seri».

Conclusioni

Come abbiamo cercato di mostrare, prendersi cura degli altri e di se stessi significa affrontare il modo in cui oggi in Italia si tratteggia il mercato dell'assistenza domiciliare. Sebbene la normativa italiana sul lavoro domestico sia piuttosto avanzata, le lavoratrici risultano scarsamente protette nei casi in cui emergono problemi connessi alla salute. In questo scenario la malattia arriva a configurarsi come un processo sociale, come una condizione cioè prodotta in una situazione specifica connotata da profonde disegualianze e da diverse fragilità. Nell'ambito della cura domiciliare c'è infatti la vulnerabilità degli anziani con un elevato bisogno di assistenza, delle famiglie con persone non autosufficienti relegate in una solitudine che è stata ampiamente evidenziata⁴³, delle assistenti domiciliari migranti sottoposte a regimi di lavoro particolarmente usuranti. Come si è visto, la distinzione tra pubblico e privato, tra giurisdizione politica e regolamentazione strettamente economica⁴⁴ degli attuali sistemi di welfare fa entrare in conflitto il diritto alla salute delle lavoratrici con gli interessi economici e assistenziali delle famiglie che devono continuare a pagare i lavoratori durante il permesso di malattia e, allo stesso tempo, sostituire il lavoratore malato.

Nonostante la formale partitura delle competenze del *welfare mix*, il confine tra gli spazi di manovra dei diversi attori, non è quindi strettamente demarcato e tende a sfumare producendo campi di azione piuttosto ibridi. È del resto a partire dalla fine degli anni Settanta che nell'ambito del *welfare* europeo così come nell'organizzazione del lavoro⁴⁵, al venir meno di un sistema di regolazione collettivo è corrisposta la centralità del singolo utente/attore. In una realtà come quella italiana

⁴³ Degiuli, 2016.

⁴⁴ Deleuze, 1999.

⁴⁵ Castel, 2009.

progressivamente caratterizzata dai tagli alla spesa pubblica, non si assiste quindi “semplicemente” al trasferimento del lavoro riproduttivo dall’economia del dono a quella di mercato⁴⁶, ma piuttosto all’emergere di posizionamenti e investimenti affettivi che sembrano finalizzati a coprire i vuoti lasciati dall’arretramento delle tutele dello Stato.

In questo quadro di responsabilità frammentate è frequente che la garanzia dei diritti venga limitata e che si allarghino le zone caratterizzate da «forti spazi di discrezionalità»⁴⁷. Si delineano così, frequentemente, rapporti episodici e comunque auto-gestiti tra i vari attori che agiscono lo spazio domestico come privato ed extra-istituzionale. È in questa luce che le problematiche di salute degli assistiti così come delle assistenti appaiono strettamente circoscritte alla sfera domestica e alle competenze dei diversi soggetti coinvolti.

I datori di lavoro affrontano infatti, come si è visto, i problemi di salute temporanei delle lavoratrici senza attivare procedure formali ma aiutando i lavoratori a prendersi cura di se stessi. Quando invece le malattie sono croniche e invalidanti, i datori di lavoro non riescono ad essere così comprensivi, perché il sistema di assistenza domiciliare ha bisogno di lavoratori sani, altrimenti entra irrimediabilmente in crisi. È in questo scenario che il corpo diventa centrale per il riconoscimento di diritti⁴⁸ altrimenti trascurati nel quadro dei cambiamenti della «questione sociale»⁴⁹ e del mancato riconoscimento politico e sociale del lavoro di cura e delle sue ripercussioni sulla salute delle lavoratrici.

Riferimenti bibliografici

Ahonen, Emily - Benavides, Fernando - Benach, Joan

- “Immigrant populations, work and health - a systematic literature review”, *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 2007, vol. 33, n. 2, pp. 96-104.

Ahonen, Emily - Lopez-Jacob, Maria José - Vazquez, Maria Luisa - Porthé, Victoria - Gil-Gonzalez, Diana - Garcia, Ana Maria - Benavides, Fernando (2010),

- “Invisible work, unseen hazards: the health of women immigrant household service workers in Spain”, *American Journal of Industrial Medicine*, 53, pp. 405-416.

⁴⁶ Bimbi, 1999.

⁴⁷ Barberis 2010, p. 85.

⁴⁸ Fassin, 2014.

⁴⁹ Castel, 1995.

Ambrosini, Maurizio

- *Irregular migration and invisible welfare*. London: Palgrave, 2013.

Barberis, Eduardo

- "Rapporti territoriali e coordinamento. Una contestualizzazione della governance sociale in Italia", *La Rivista delle Politiche Sociali*, n. 1, 2010, pp. 79-101.

Bettio, Francesca - Simonazzi, Annamaria - Villa, Paola

- "Change in care regimes and female migration: The 'care drain' in the Mediterranean", *Journal of European Social Policy*, 2006, 16(3), pp. 271-285.

Bimbi, Franca

- *Measurement, Quality and Social Changes in Reproduction Time, The twofold Presence of Women and The Gift Economy*. In O. Hufton, Y. Ravaritou (eds.), *Gender and the Use of Time/Gender and Emploi du Temps*. Firenze: European University Institute, Centre for Advanced Studies, Kluwer Law International, 1999.

Boccagni, Paolo – Ambrosini, Maurizio

- *Cercando il benessere nelle migrazioni. L'esperienza delle assistenti familiari straniere in Trentino*. Milano: Franco Angeli, 2012.

Castel, Robert

- *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*. Paris: Fayard, 1995.

- *La montée des incertitudes. Travail, protections, status de l'individu*, Paris: Éditions du Seuil, 2009.

Christensen, Karen - Manthorpe, Jill

- "Personalised risk: New risk encounters facing migrant care workers", *Health, Risk & Society*, 2014, 18(3-4), pp. 137-152.

Cozzi, Donatella

- "Legami in diaspora: madri, figli e genere nelle famiglie transnazionali. Alcune riflessioni sulla migrazione delle donne rumene in Italia", *Etnoantropologia*, 2019, 7, 1, pp. 37-62.

Csordas, Thomas

- *Body/Meaning/Healing*. New York: Palgrave, 2002.

Degiuli, Francesca

- *Caring for a Living: Migrant Women, Aging Citizens, and Italian Families*. Oxford: Oxford University Press, 2016.

Deleuze, Gilles

- *Divenire molteplice, Nietzsche, Foucault ed altri intercessori*. Verona: Ombre Corte, 1999.

Domina

- *Il profilo del datore di lavoro domestico in Italia. Dimensioni del fenomeno, trend demografici, impatto economico e sociale*, <http://www.colfdomina.it/wp-content/uploads/2017/08/Lavoro-domestico-Ricerca-DOMINA-01.pdf>, 2017.

- Domnich, Alexander - Panatto, Donatella - Gasparini, Roberto - Amicizia, Daniela
- “The “healthy immigrant” effect: does it exist in Europe today?”, *Italian Journal of Public Health*, 2012, vol. 9, n. 3.
- Ehrenreich, Barbara - Hochschild Arlie R. (a cura di),
- *Donne globali. Tate, colf e badanti*. Milano: Feltrinelli, 2004.
- Fassin, Didier
- “Un ethos compassionevole. La sofferenza come linguaggio, l’ascolto come politica”, *Annuario di Antropologia*, 2006, 6, 8, pp. 93-111.
- *Ripoliticizzare il mondo. Studi antropologici sulla vita, il corpo e la morale*. Verona: Ombre Corte, 2014.
- Garro, Linda
- *Chronic Illness and the Construction of Narratives*. In M.J. Del Vecchio-Good et Alii (eds), *Pain as human experience. An anthropological perspective*. Berkeley: University of California Press, 1992, pp. 100-137.
- Good, Byron
- *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*. Torino: Edizioni di Comunità, 1999.
- Hochschild, Arlie R.
- *The managed heart: commercialization of human feeling*. Berkeley: University of California Press, 1983.
- *Amore e oro*. In B. Ehrenreich, A. R. Hochschild (a cura di), *Donne globali. Tate, colf e badanti*. Milano: Feltrinelli, 2004, pp. 21-36.
- Hondagneu-Sotelo, Pierrette
- *Storie senza lieto fine*. In B. Ehrenreich, A. R. Hochschild (a cura di), *Donne globali. Tate, colf e badanti*. Milano: Feltrinelli, 2004, pp. 59-72.
- Kleinman, Arthur
- *Patient and Healer in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkley: California University Press, 1981.
- Inps (2018),
- *Osservatorio sui lavoratori domestici*, <https://www.inps.it/webidentity/banchedatistatistiche/menu/domestici/main.html>. 2018
- Lutz, Helma (ed.)
- *Migration and Domestic Work. A European Perspective on a Global Theme*. Ashgate: Aldershot, 2008.
- Luzi, Anna Maria - Pasqualino, Gaetano Mario - Pugliese, Lucia - Schwarz, Matteo - Suligoi, Barbara
- “L’accesso alle cure della persona straniera: indicazioni operative”, *Not Ist Super Sanità*, 2013, 26, 3, 1, pp. 3-58.

- Malhotra R. - Arambepola C. - Tarun S. - de Silva V. - Kishore J. - Ostbye T.
- "Health Issues of Female Foreign Domestic Workers: a Systematic Review of the Scientific and Grey Literature", *International Journal of Occupational and Environmental Health*, (2013), 19(4).
- Maslach, Christina
- *Burnout: The Cost of Caring*. Los Altos: ISHK, 2003.
- Minelli, Massimiliano – Redini, Veronica
- "Il "caso", la vita e le sue condizioni. Per una antropologia politica del welfare oggi in Italia", *Anuac*, 2015, vol. 4, n. 1, pp. 145-169.
- Nuti, Sabina - Maciocco, Gavino - Barsanti, Sara (a cura di)
- *Immigrazione e salute. Percorsi di integrazione culturale*. Bologna: Il Mulino, 2012.
- OIM, Organizația Internațională pentru Migrație,
- *Profilul Migrațional Extins al Republicii Moldova 2010–2015*, 2017.
http://www.iom.md/sites/default/files/publications/docs/EMP%20Moldova%202010-2015_RO.pdf
- Pasquinelli, Sergio
- *Le badanti in Italia: quante sono, chi sono, cosa fanno*. In S. Pasquinelli, G. Rusmini (a cura di), *Badare non basta. Il lavoro di cura: attori, progetti, politiche*. Roma: Ediesse, 2012.
- Perocco, Fabio
- *Trasformazioni globali e nuove disuguaglianze. Il caso Italia*. Milano: Franco Angeli, 2012.
- Poghosyan, Lusine – Clarke, Sean P. – Finlayson, Mary – Aiken, Linda H.
- "Nurse Burnout and Quality of Care: Cross-National Investigation in Six Countries", *Research in Nursing & Health*, 2010, vol. 33, n. 4, pp 288–298.
- Provincia di Padova
- Statistiche demografiche. <https://www.tuttitalia.it/veneto/provincia-di-padova/statistiche/cittadini-stranieri/moldavia/>
- Redini, Veronica – Vianello, Francesca Alice – Zaccagnini, Federica
- *Il lavoro che usura. Migrazioni femminili e salute occupazionale*. Milano: Franco Angeli, 2020 (in corso di stampa).
- Quaranta, Ivo - Ricca, Mario
- *Malati fuori luogo. Medicina interculturale*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2012.
- Quesada, James, Hart, Laurie K., Bourgois, Philippe
- "Structural Vulnerability and Health: Latino Migrant Laborers in the United States" *Medical Anthropology*, 2011, 30, pp. 339-362.
- Ranci, Costanzo (a cura di)
- *Il mercato sociale dei servizi alla persona*. Roma: Carocci, 2001.

Sarli, Annavittoria

- "The psycho-social malaise of migrant private carers in Italy: A rampant, but hidden health demand", *Acta Biomed for Health Professions*, 2014, 85(3), pp. 62-73.

Sayad, Abdelmalek

- *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*. Milano: Raffaello Cortina, 2002.

Scarry, Elaine

- *La sofferenza del corpo*. Bologna: Il Mulino.

Schenker, Marc

"Work-related injuries among immigrants: a growing global health disparity", *Occupational and Environmental Medicine*, 2008, vol. 65, n. 11, pp. 717-18.

Tognetti Bordogna, Mara

- Lavoro di cura e sistema di welfare. In R. Catanzaro, A. Colombo (eds.), *Badanti & Co. Il lavoro domestico straniero in Italia*, Bologna: Il Mulino, 2009, pp. 279-298.

- "Nuove disuguaglianze di salute: il caso degli immigrati", *Cambio*, 2013, 3, n. 5, pp. 59-72.

Twigg, J., - Wolkowitz, C., - Cohen, R.L. - Nettleton, S.

"Conceptualising body work in health and social care", *Sociology of Health & Illness*, 2011, vol. 33, pp. 171-188. doi:10.1111/j.1467-9566.2010.01323.x

Vianello, Francesca Alice

- "The Health of Migrant Women Working as Home Care Assistants in Italy: An Analysis of the Most Hazardous Factors of Home Care Work", *Research in the Sociology of Health Care*, 2019, 37, pp. 239-258. <https://doi.org/10.1108/S0275-495920190000037019>

World Health Organization

- *Women on the Move: Migration, Care Work and Health*, Geneva: World Health Organization, 2017. <https://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/women-on-the-move/en/>

La libertà come incapacità? Note sulla riabilitazione come esercizio spirituale

Lorenzo Urbano

Freedom in incapacity? Notes on rehabilitation as spiritual exercise

Abstract

Reading the *Diagnostic Statistical Manual*, the authority on psychiatric disorders, we can trace a very clear trajectory of the representation and conceptualisation of addiction as a mental disorder, towards the exclusion of social and cultural parameters and the consolidation of a stringently neurobiological perspective. Therapeutic interventions, however, such as those in residential communities for addicts, still attribute great importance to the social, relational, and personal dimensions of addiction. Drawing on the Author's ethnographic fieldwork in one such community, this article aims to explore the articulation of therapeutic practices through the lens of Pierre Hadot's concept of *spiritual exercise*, to reflect on the rehabilitation process as a way of remaking one's subjectivity.

Keywords: spiritual exercises, addiction, rehabilitation, moral subjectivity, moral incapacity

«Se non eri convinto, non resistevi»

Una sera di novembre, 2017¹. Era una delle prime volte che rimanevo in comunità anche per cena – dopo solo qualche settimana di presenza, ancora temevo di impormi sulla quotidianità terapeutica di quel luogo. Ancora avevo difficoltà a trovare modalità di interazione che risultassero il più possibile “naturali”. Difficoltà a stabilire dei contatti, a creare delle relazioni con gli utenti². Non con gli operatori³,

¹ Questo articolo si fonda sul mio lavoro etnografico all'interno di una comunità terapeutica residenziale per tossicodipendenti in doppia diagnosi. «Doppia diagnosi», o «comorbidità», indica la presenza di una ulteriore diagnosi psichiatrica in aggiunta a quella di *substance-related disorder* (cfr. APA 2013); «residenziale» significa che gli utenti della comunità vi abitano per l'intera durata del loro percorso. La comunità è situata in una località dell'entroterra toscano che chiamerò Lucerna, e non è altro che una vecchia villa che è stata riconvertita, con interventi minimi – ha molto più l'aspetto di una casa che di una struttura sanitaria. È gestita da un'associazione del privato sociale che opera nell'intera regione Toscana. Per preservare la privacy delle persone coinvolte, l'associazione rimarrà anonima e tutti i nomi di contenuti in questo articolo saranno cambiati.

² Le persone che stanno in comunità per un percorso riabilitativo sono alternativamente chiamate “ospiti”, “pazienti” e “utenti”. Ciascuna delle diciture ha una sua ragion d'essere, ma la mia scelta è ricaduta su “utenti” perché ritengo che le altre passivizzino eccessivamente la posizione di questi ultimi, una posizione che invece come vedremo richiede un ruolo fortemente attivo nel percorso di recupero e guarigione.

invece: l'intera équipe aveva accolto in maniera sorprendentemente positiva la mia ricerca, e iniziavano anche a chiedermi impressioni, opinioni, giudizi. Ma per gli utenti, soprattutto alcuni, ero ancora un enigma, con la mia abitudine di presenziare ai gruppi in silenzio, di aggirarmi per la casa, sempre in silenzio, e osservare. Inizievo ad avere l'impressione che la mia tendenza a rifugiarmi in ufficio fosse, almeno parzialmente, causa di questi sospetti. D'altra parte, l'ufficio è per eccellenza la stanza di chi detiene il «potere», la stanza dove vengono prese le decisioni, effettuati colloqui e controlli. La stanza che rappresenta, con la sua porta chiusa e l'accesso limitato, l'opacità del funzionamento amministrativo e terapeutico della comunità. E io avevo l'abitudine di ritirarmi là dentro, dopo ogni attività, dopo pranzo, dopo cena. Semplicemente per trovare uno spazio e un momento per annotarmi osservazioni e impressioni, ipotesi e interpretazioni. Ma questo non cambiava il fatto che il mio libero accesso a quella stanza aveva un significato, sembrava posizionarmi da una parte molto specifica della «barricata». Per questo motivo, quella sera decisi di rinunciare al mio sipario di scrittura, e rimanere nelle stanze comuni.

I momenti immediatamente successivi ai pasti sono sempre un po' concitati. Chi è impaziente di alzarsi, per andare a fumare. Chi deve assolvere al proprio turno di servizio a tavola, e quindi deve sparecchiare e pulire la sala da pranzo. Le tre persone che per ogni pasto sono addette al lavaggio dei piatti, senza dubbio il più detestato dei compiti assegnati agli utenti, si devono spartire le mansioni: piatti, pentole, fornelli, piano di lavoro, asciugatura, riordino. Non sempre la spartizione è pacifica, prevedibilmente. Infine, uno dei momenti cruciali della routine quotidiana, quello della somministrazione della terapia farmacologica, sempre fatta dopo i tre pasti principali. A questo, la sera aggiunge la possibilità di avere accesso ad una delle poche risorse di intrattenimento della comunità, la televisione, che viene accesa solitamente dalle 20:30 fino a mezzanotte. Prima il telegiornale, poi un qualche programma in prima serata, di solito scelto dall'operatore di turno (ma con l'input degli utenti, che spesso si rivela decisivo). Tutti hanno fretta di concludere la giornata.

Mi presi la responsabilità di accendere la televisione. Rai Due, il telegiornale delle 20:30. Stavano in quel preciso momento passando i titoli, ma la sala TV era vuota. Luce spenta, qualche sedia rimasta in mezzo alla stanza dopo il gruppo del pomeriggio. Soltanto l'illuminazione bluastra della televisione. Riportai il telecomando in ufficio – un'altra delle consuetudini che permetteva all'operatore in turno di mantenere il controllo su cosa si guardava in televisione – e poi scesi nel seminterrato, immaginando che avrei trovato qualcuno, di fronte all'infermeria ad

³ A gestire la comunità è un'équipe di educatori professionali (durante la mia ricerca, sei), insieme a un infermiere, che si occupa primariamente dell'amministrazione e somministrazione delle terapie psicofarmacologiche. In questo testo, saranno tutti genericamente chiamati "operatori" (forma breve di "operatori sanitari") perché questo è il termine che all'interno della comunità stessa viene utilizzato più frequentemente.

attendere la somministrazione, o nella «stanza fumo», la sala fumatori interna – l'unica stanza in cui era consentito fumare. Non sopportavo di stare là dentro: l'aria era spesso irrespirabile, l'odore di fumo si attaccava inesorabilmente a vestiti e capelli, e nonostante ci fosse una piccola finestra e una porta che portava sul piazzale esterno, entrambe erano quasi sempre chiuse. Ma quello era anche il luogo che per eccellenza si opponeva, simbolicamente, all'ufficio: nessuno degli operatori, nemmeno chi, fra di essi, fumava, osava entrarvi, proprio per l'aria stantia e pesante. Perciò, aveva acquisito quello stesso ruolo di coordinamento, di scambio di informazioni, ma anche di pettegolezzo, di lamentela, di organizzazione, ma per gli utenti.

Non trovai nessuno di fronte all'infermeria, e mi avviai scoraggiato verso la stanza fumo. La trovai popolata, come mi aspettavo. Agatha e Goliarda, che andavano là a fumare anche di giorno, anche con il sole; e poi, Ernest e Albert. Quest'ultimo, entrato da poco in comunità, sembrava ancora un po' spaesato da alcuni aspetti della routine quotidiana, e stava lamentando l'eccessivo carico di lavoro. «Gruppi, responsabilità, pulizie, turni. Io ero venuto qua per smettere di farmi, e mi ritrovo a lavare i piatti cinque volte a settimana». Goliarda e Agatha annuirono in approvazione. Ernest, invece, era contrariato. Tagliò corto il reclamo di Albert, con tono infastidito: «Tu non sai neanche che vuol dire lavorare, se questo ti sembra troppo. Io ho fatto il Progetto Recupero⁴ negli anni Ottanta, ascolta me, quelle erano vere comunità. Altro che metadone, Tavor, Rivotril⁵. Niente farmaci, ti volevano già pulito, sennò non ti facevano entrare. E la riabilitazione era una cosa di carattere, mica di pasticche. Te lo levavano a forza, il comportamento da tossico. A forza di lavare bagni con gli spazzolini. Se non eri convinto, se non volevi davvero uscirne, non resistevi»⁶. Un approccio alla riabilitazione che era fortemente improntato all'abbattimento della «personalità dipendente» attraverso il lavoro, anche lavoro umiliante, che doveva «ricostruire il carattere «del dipendente.

⁴ Un progetto di riabilitazione in comunità coordinato e organizzato, a partire dagli anni Settanta, dalla medesima associazione che adesso gestisce la comunità di Lucerna e altre simili strutture nella zona. Anche il nome del progetto è stato modificato per prevenirne l'identificazione.

⁵ Il metadone è un farmaco sostitutivo, utilizzato in particolare da chi ha fatto uso di eroina o altri oppiacei; Tavor e Rivotril sono entrambi benzodiazepine utilizzate, anche all'interno di terapie psicofarmacologiche più ampie, per prevenire, fra le altre cose, attacchi d'ansia e di panico. Tutti e tre sono farmaci spesso utilizzati nelle terapie di tossicodipendenti in doppia diagnosi.

⁶ Non ho potuto di verificare la veridicità dei racconti di Ernest in maniera diretta. Tuttavia, come i racconti degli altri utenti, ho ritenuto utile e anzi necessario includerli ugualmente, perché rappresentano efficacemente una certa immagine della dipendenza e soprattutto del significato della riabilitazione, immagine che, sostengo, ancora caratterizza in parte i percorsi di recupero. Nel caso specifico di Ernest, posso anche dire che altre persone che ho conosciuto nel corso di questa ricerca e che hanno pregresse esperienze di comunità hanno corroborato questi racconti con simili versioni dell'approccio «rieducativo» di queste strutture prima della loro (parziale) medicalizzazione. Tenderei perciò a ritenere affidabili tali narrazioni, se non nei dettagli quantomeno nelle linee generali della descrizione dei percorsi riabilitativi.

Ernest parlava di questo periodo, di questo modo di «fare comunità», quasi con nostalgia. «Era duro, ma veramente ti insegnava a vivere». Agatha, anche lei passata dal Progetto Recupero, rimase in silenzio, con lo sguardo basso. Albert, invece, non mancò di esprimere i suoi dubbi. «Se devo andare in comunità per stare peggio di come stavo fuori, tanto vale che continui a farmi».

Nei mesi successivi, mi sarei trovato molte volte a parlare con Ernest di questo argomento. Fra gli utenti, era noto per essere una persona piuttosto ripetitiva: aveva a cuore alcuni temi-chiave, e ne parlava in continuazione, trovava sempre un buon motivo per virare qualsiasi conversazione verso ciò che voleva. La precarietà della sua condizione materiale era uno di questi temi: prima di entrare in comunità, aveva perso il lavoro, e il suo periodo di reinserimento si protraeva, costellato di insuccessi, rifiuti, tentennamenti, e incorniciato dalla difficoltà che aveva ad utilizzare gli strumenti informatici – smartphone in particolare – che oggi sono necessari per ottenere anche soltanto colloqui di lavoro. Ma forse ancora più frequente era la critica che portava all'impostazione dei percorsi riabilitativi all'interno della comunità.

Per Ernest, Lucerna era poco più che una clinica: la forte presenza di psicofarmaci, non solo per le «seconde» diagnosi ma anche per controllare i sintomi dell'astinenza; i numerosi colloqui, con gli educatori, ma anche con la consulente psicologa e la consulente psichiatra; il peso che i servizi sanitari locali di riferimento avevano nel determinare l'andamento e le specifiche dei percorsi di recupero dei singoli utenti; le stesse attività di gruppo, che per lo più consistevano nel conversare e condividere e non nel «lavorare»; tutti questi fattori non facevano che compromettere, secondo Ernest, la natura «comunitaria» della comunità. Ognuno fa il percorso suo, con i ritmi suoi, le necessità sue, e anche quando condivide esperienze con gli altri, non parla veramente a loro ma a sé stesso, al massimo all'operatore di turno.

«Non è così che un tossico può imparare davvero a vivere. Questi si lamentano, del lavoro, dei gruppi, delle responsabilità, ma non sanno che cosa era il vero lavoro di comunità. Meno male, perché a 55 anni non so se sarei capace di fare quello che ho fatto a 20», mi disse Ernest quella sera di novembre, dopo che gli altri tre se ne furono andati. «Tu lo sai che cosa sono i “bagni a fondo”?», mi chiese. Non lo sapevo. «Ecco, quello era veramente lavoro. Ti facevano pulire i bagni – bagni grandi, non come questi – te li facevano pulire in ogni angolo, anche con lo spazzolino. Avevi un pomeriggio per farli. E poi venivano a controllare. Prendevano un panno bianco e lo passavano nei posti più improbabili. Sopra le finestre, dietro i sanitari. E se trovavano anche soltanto un minimo di sporco, dovevi ricominciare da capo. Quelle erano le cose che ti insegnavano la disciplina. La gente non durava, scappava dopo una settimana, ma chi arrivava fino in fondo aveva veramente delle possibilità».

Exercitia spiritualia

Se prendiamo in esame il modo in cui le definizioni di dipendenza si sono evolute all'interno del *Diagnostic Statistical Manual* (DSM), il manuale prodotto dalla *American Psychiatric Association* e all'interno del quale sono definite le categorie diagnostiche e i criteri di diagnosi delle patologie psichiatriche, possiamo vedere una precisa traiettoria che porta verso una «biologizzazione» della dipendenza. Nella terza edizione del DSM (1980), quando le *substance use disorders* diventano una categoria diagnostica a sé stante⁷, i criteri di diagnosi tracciano una linea ben precisa fra una forma di consumo «socialmente accettabile» di sostanze, anche a scopo ricreativo, e invece un abuso che «è concettualizzato come un disturbo mentale» perché le sue conseguenze sono «estremamente indesiderabili»⁸. Anche all'interno di una categoria diagnostica che si presenta come scientifica, sono presenti delle discriminanti «socialmente costruite» che contribuiscono a definire i confini della patologia. Nella quinta edizione del DSM, datata 2013, queste determinanti socialmente costruite scompaiono completamente, e le *substance-related disorders* assumono un aspetto molto diverso, molto più profondamente radicato nella neurobiologia che nel ruolo e nella rappresentazione sociale delle pratiche di uso e abuso di sostanze. «Le radici dei disturbi da uso di sostanze – recita il DSM-5 – (...) possono essere visibili molto prima dello stesso uso di sostanze»⁹.

Ma se andiamo a vedere come sono strutturati i programmi riabilitativi all'interno delle comunità, questo cambiamento è meno visibile. San Patrignano, la comunità forse più nota in Italia, parla della dipendenza in maniera molto diversa. «Il percorso terapeutico è essenzialmente educativo e riabilitativo. La persona non viene considerata affetta da una “malattia” e non vengono, quindi, utilizzati trattamenti farmacologici per la dipendenza»¹⁰. E anche dove la terapia psicofarmacologia viene accettata, come nella struttura presso la quale ho condotto la mia ricerca, essa ha un ruolo assolutamente secondario. Ha una funzione di stabilizzazione, ma la *riabilitazione* si ottiene soltanto attraverso un intervento sulla propria soggettività, sul proprio modo di vivere. Per questo motivo, nel corso della mia ricerca mi sono trovato di fronte a una necessità interpretativa oltre che rappresentazionale. Come rendere conto del «lavoro» della riabilitazione, se esso non risponde alla traiettoria che il processo di medicalizzazione della tossicodipendenza ha preso negli ultimi trent'anni? Potremmo risolvere semplicemente questo problema, considerando quella delle comunità (e delle strutture simili) come un'azione *normalizzante*, che mira a far rientrare soggetti considerati devianti (i tossicodipendenti) all'interno di un modello

⁷ In precedenza, erano incluse fra i «disturbi di personalità» (o «personalità sociopatica»); cfr. Robinson, Adinoff 2016.

⁸ APA 1980.

⁹ APA 2013, 481.

¹⁰ <https://www.sanpatrignano.org/la-comunita/il-metodo-di-recupero/>, consultato al 25/09/2019.

comportamentale (forse anche esistenziale) socialmente accettabile. Ma limitarci a questa risposta lascerebbe da parte la complessità del modo in cui si articola la riabilitazione in queste strutture, e del significato che essa può assumere¹¹.

L'obiettivo della comunità è quello di insegnare uno stile di vita migliore, «sano», e forse ancora di più insegnare delle *virtù* che permettano di condurre questo stile di vita sano. La prima e più importante di queste virtù è senza dubbio la *disciplina*¹². Tanto operatori quanto utenti descrivono spesso il comportamento del tossicodipendente come anch'esso «tossico», inestricabilmente intrecciato a quell'assenza di controllo e di confini che caratterizza, in questa rappresentazione, l'abuso di sostanze. Lo strumento primario attraverso il quale scardinare questo comportamento è proprio la disciplina, ovvero una quanto più totale padronanza di sé, la capacità di agire *consapevolmente*, di resistere alle tentazioni e agli automatismi, di «essere preparati» ad affrontare gli ostacoli che la vita quotidiana ci mette di fronte.

Una delle opposizioni concettuali che incontrai in comunità e che aiutano a comprendere la rappresentazione «egemone» della dipendenza al suo interno è l'opposizione fra «astinenza» e «sobrietà». È il modo più immediato di indicare il punto di partenza e il punto di arrivo (ideale) di ogni percorso riabilitativo. «Astinenza» è la condizione in cui si trovano gli utenti quando entrano in comunità:

¹¹ Il mio focus sulla dimensione della riabilitazione, e sui suoi significati morali, mi ha portato a lasciare da parte molta della produzione antropologica sulla *addiction*. In particolare, contributi come quelli di Philippe Bourgois (2003; cfr. anche Bourgois, Schonberg 2009), che ci restituiscono da un lato la dimensione socio-economica della sofferenza legata all'abuso di sostanze e dall'altro i fattori strutturali che concorrono a produrre tale sofferenza, sono assolutamente fondamentali per comprendere il fenomeno della *addiction* nelle sue molteplici facce. Tuttavia, questo tipo di analisi porterebbe in una direzione diversa rispetto alle mie intenzioni in questo testo, e ho deciso dunque di escluderla. Utilizzando le categorie che Merrill Singer adoperava nella sua rassegna di studi antropologici sull'*addiction*, mi posiziono – come sarà evidente più avanti nel testo – in quello che egli definisce il «modello esperienziale» (2012, 1751): una prospettiva che concentra la sua attenzione soprattutto su come l'uso di sostanze, la dipendenza, i percorsi terapeutici plasmano non soltanto l'esperienza della *addiction* come malattia, ma le stesse soggettività dei dipendenti. Particolarmente significativi per illustrare i confini di questo modello esperienziale sono i lavori di Angela Garcia (2010, 2014) e Jarrett Zigon (2011). In entrambi i casi, l'attenzione si sposta su come attraverso il racconto di sé – in particolare in contesti terapeutici – i soggetti ricostruiscano la propria storia personale, intrecciando processi di narrazione e di «ripensamento» della propria soggettività. La dipendenza, e la riabilitazione dalla dipendenza, sono una questione eminentemente *morale*, che costringe i soggetti a mettere in gioco riflessivamente le proprie disposizioni incorporate, i propri valori, le proprie relazioni – in una parola, il proprio «esserci-morale-nel-mondo», per usare un concetto che lo stesso Zigon (2008) riprende e riadatta da Heidegger. È specificamente per questa attenzione alle soggettività morali e alla loro (ri)costruzione che ho trovato questo modello esperienziale particolarmente illuminante per riflettere sulla mia esperienza di ricerca.

¹² Utilizzo la parola «disciplina» nella sua accezione comune, di «padronanza di sé», dei propri comportamenti e delle proprie emozioni, e non necessariamente nella connotazione che essa assume in Michel Foucault (cfr. ad esempio 1976; 2015). Tale connotazione è senza dubbio rilevante ai fini della mia argomentazione, e vi sarà fatto riferimento esplicito, ma dove tale riferimento sarà assente, il termine sarà da intendersi nella sua accezione comune.

sono «costretti», in qualche modo, a non fare uso di sostanze, ma il desiderio, la ricerca, quello che nella psichiatria delle dipendenze è definito *craving*¹³. Sono sempre ben presenti. L'astinenza è una condizione di sforzo costante, in cui i comportamenti e le abitudini incorporate devono essere tenute sempre sotto controllo, in cui la mente deve essere sempre vigile, pronta a reagire al minimo segno di cedimento alla tentazione. Al contrario, la «sobrietà» è la capacità, quasi inconsapevole, di regolarsi, di controllarsi, di mantenersi entro i limiti del lecito e del sano. Se l'astinenza è lo sforzo di andare contro a ciò che abbiamo incorporato, la sobrietà è invece la sicurezza che ciò che abbiamo incorporato sarà in grado di guidarci nel condurre una vita «normale», ordinaria.

Il rapporto che questi due concetti hanno con la rappresentazione della dipendenza e della riabilitazione dominanti all'interno della comunità, e con l'idea di disciplina come padronanza di sé, è assolutamente coestensivo. La condizione di un tossicodipendente è sempre quella di astinenza, sul piano comportamentale quanto su quello neurobiologico. E se per quest'ultimo gli psicofarmaci sono in grado di tenere sotto controllo i sintomi peggiori, per il primo non ci sono soluzioni «facili», che non richiedano sforzo. Anzi, è proprio tramite lo sforzo, o meglio lo sforzo *disciplinato*, che è possibile perdurare nell'astinenza. Tramite lo sforzo, l'*esercizio*, è possibile, lentamente e con fatica, imparare ad incorporare quei meccanismi di autocontrollo e di vigilanza dell'astinenza, fino a raggiungere una vera e propria sobrietà. Tramite l'*esercizio*, è possibile imparare ad essere sempre «preparati» ad affrontare la vita quotidiana. È questo il cuore del programma di recupero della comunità: una sorta di «riabilitazione al quotidiano», che non si propone soltanto di insegnare i «particolari» della quotidianità, ma anche e soprattutto un modo di vivere, e di pensare, che consenta di *prendersi cura di sé*.

Il filosofo francese Pierre Hadot offre una lettura della filosofia antica nei termini dell'*esercizio*, e in particolare dell'*esercizio spirituale*. Per i filosofi antichi, sostiene Hadot, fare filosofia non significa soltanto speculazione; al contrario, separare l'attività speculativa dalla prassi quotidiana significa non comprendere fino in fondo quale ruolo avesse la filosofia nella Grecia e nella Roma antica. Ad esempio, per gli stoici la filosofia non è teoria, né studio di testi, ma *àschesis*, «esercizio»: è una «arte di vivere», un «atteggiamento concreto (...) che impegna tutta l'esistenza»¹⁴. La filosofia come esercizio è quella che consente di passare da una vita «inautentica», preda della «cura» e delle passioni, ad una vita «autentica», «secondo ragione». Fare filosofia, in questa prospettiva, significa «esercitarsi a “vivere”, ossia a vivere coscientemente e liberamente»¹⁵.

¹³ Con il termine *craving* si indica, nella psichiatria delle tossicodipendenze, un forte e incontrollabile desiderio di assumere una sostanza. Esso si manifesta spesso come sintomo di una crisi d'astinenza.

¹⁴ Hadot 1988.

¹⁵ *Ibidem*.

Ma cosa significa, concretamente, «fare filosofia»? Ancora una volta, l'esempio degli stoici è significativo. La filosofia come esercizio significa in primo luogo «attenzione» (*prosochè*), ovvero la vigilanza, l'attenzione al momento presente, che consente di essere pienamente consapevoli di ciò che si fa e si vuole. Prestare attenzione significa liberarsi dai condizionamenti del passato e del futuro, mantenersi nel «qui ed ora», in un presente sempre padroneggiabile o sopportabile. Ma significa anche «meditazione» (*melète*) sui principi fondamentali, sulle regole di vita, che devono essere appresi e interiorizzati per poter essere sempre disponibili quando sia necessario compiere una decisione, o fronteggiare un imprevisto. Rappresentarsi e prefigurarsi le difficoltà della vita consente di essere preparati in ogni momento a distanziarsi dalle passioni, a giudicare secondo ragione, a discernere ciò che dipende da noi da ciò che invece non possiamo influenzare, e che non deve darci quindi preoccupazioni. Ma non dobbiamo pensare che questi esercizi siano soltanto «cognitivi» o «mentali» lontani dalla quotidianità di chi li compie; al contrario, quell'«atteggiamento concreto» di cui parla Hadot si manifesta in primo luogo in una serie di specifici atteggiamenti concreti, che il filosofo francese paragona agli esercizi dell'atleta. Peter Sloterdijk sarà ancora più esplicito nell'associare le due cose, e a porle alla base di ciò che ci rende umani. «In qualunque luogo si incontrino membri del genere umano – sostiene Sloterdijk – essi rivelano i tratti di un essere condannato a compiere una fatica surreale. *Chi cerca esseri umani troverà acrobati*»¹⁶.

Dall'epicureismo a Ignazio di Loyola a Pierre de Coubertin, la storia della filosofia ha visto numerose istanze di pensiero concentrato sull'«esercizio»¹⁷, inteso tanto come lo sforzo di essere padroni di sé, di vivere e agire «consapevolmente», che come «ricerca dell'altezza»¹⁸, delle vette morali dell'esistenza umana. E il concetto di «esercizi spirituali» ha esercitato un certo fascino anche sull'antropologia, in particolare su chi si è occupato di etica e morale. Paul Rabinow, in *Pensare cose umane*¹⁹, pur senza menzionare espressamente il concetto, riecheggia, in primo luogo attraverso il Foucault de *L'ermeneutica del soggetto*, riflessioni e temi prossimi a quelli di Hadot, a partire da quell'«equipaggiamento moderno» con cui sottotitola il testo²⁰ e il cui originale greco – *paraskeuè* – è molto vicino all'*àschesis* della filosofia antica. Quando Foucault parla di «equipaggiamento», fa riferimento proprio a quelle «arti e tecniche considerate essenziali per la cura del sé»²¹, e dei legami che esse avevano, almeno nel mondo antico, con l'imperativo del «conosci te stesso»; ed è proprio da queste «arti e tecniche», ovvero dall'«equipaggiamento», che la riflessione di Rabinow prende le mosse, nel tentativo di proporre quello stesso intreccio fra

¹⁶ Sloterdijk 2013, 19; corsivo aggiunto

¹⁷ Hadot 1988, Sloterdijk 2013.

¹⁸ Hadot 1988, Sloterdijk 2013.

¹⁹ Rabinow 2008.

²⁰ Il titolo originale del testo di Rabinow è *Anthropos Today. Reflections on Modern Equipment*.

²¹ Rabinow 2008, 19.

teoria e prassi (o, nelle sue parole, tra *logos* ed *ethos*) che stava al centro della filosofia antica²².

Ancora più significativamente, Veena Das fa esplicito riferimento all'opera di Hadot già a partire da *Life and words*²³, ma cerca di «strappare la stessa espressione esercizi spirituali lontano dalla profondità della filosofia e verso le abitudinarie discipline che le persone comuni esercitano nella loro vita quotidiana»²⁴. Gli esercizi spirituali non sono altro, per Das, che quelle pratiche quotidiane attraverso le quali i soggetti si sforzano di tenere insieme le proprie relazioni e i propri mondi morali. Lungi dall'essere soltanto uno sforzo di «scalare le vette morali»²⁵, l'esercizio rappresenta in qualche modo una «forma naturale dell'etica», quella capacità creativa dei soggetti di costruire e abitare nella «banalità della vita quotidiana». Perciò, è proprio attraverso questi esercizi che è possibile pensare all'etica anche in contesti di violenza, di sfruttamento, di sradicamento, di marginalità.

«Manjit also taught me that there is deep moral energy in the refusal to represent certain violations of the human body. In allowing her pain to happen to me, she taught me that to redeem life from the violations to which she had been subjected was an act of lifelong engagement with poisonous knowledge; in digesting this poison in the acts of attending to the ordinary, she had been able to teach me how to respect the boundaries between saying and showing. (...) My sense of indebtedness to the work of Cavell in these matters comes from a confidence that perhaps Manjit did not utter anything that we would recognize as philosophical in the kind of environments in which philosophy is done... but Cavell's work shows us that there is no real distance between the spiritual exercises she undertakes in her world and the spiritual exercises we can see in every word he has ever written»²⁶.

Rimane, a mio avviso, un fondamentale fraintendimento dell'argomentazione di Hadot, per il quale la filosofia antica nella sua forma di «esercizio» non aveva assolutamente niente a che fare con «gli ambienti in cui si fa filosofia» oggi. Se la filosofia «è un processo che ci fa essere più pienamente»²⁷, allora riflettere sulla vita etica quotidiana attraverso il concetto di «esercizi spirituali» non ha niente di scandaloso, come Das stessa ha invece definito il suo uso di tale concetto²⁸. Al contrario, Hadot è esplicito nel sottolineare che l'*àschesis* degli antichi non è

²² Ringrazio Luigigiovanni Quarta e Giulia Guadagni per avermi aiutato a illuminare questa connessione.

²³ Das 2007.

²⁴ Das 2012, 139

²⁵ *Ibidem*.

²⁶ Das 2007, 221

²⁷ Hadot 1988

²⁸ Das 2012

sovrapponibile all'idea e alla pratica dell'ascesi per come la rappresentiamo comunemente: può sicuramente implicare un tentativo di «scalare le vette morali», ma è in primo luogo lo sforzo di «essere migliori» e di «vivere bene», due cose molto care proprio a quella *ordinary ethics* cui Das ascrive la propria riflessione²⁹. Una cosa che invece la *paraskeuè* foucaultiana ripresa da Rabinow riesce a cogliere efficacemente. Ma al di là di queste forzature interpretative, il suggerimento che Das ci offre è sicuramente valido e importante. «Esercizio» è la creatività, la *libertà*, all'interno dell'abitudine, lo sforzo di non dare mai per scontati i propri mondi sociali, morali, relazionali, di abitarli al di là di ogni difficoltà, di prestare attenzione a ciò che è importante. E di fare tutto questo non in quanto soggetti riflessivi e isolati, ma da un posizionamento di «seconda persona»³⁰ che immagina il soggetto (e il lavoro su di esso) sempre in relazione all'altro, al prossimo con cui condividiamo i nostri mondi e le nostre esistenze.

Per questo motivo, il *frame* degli esercizi spirituali mi sembra utile per riflettere sul modo in cui è costruito il percorso riabilitativo all'interno della comunità, e ancora di più il modo in cui è organizzata la quotidianità. Perché è proprio attraverso questa quotidianità, rigida e regimentata, che opera l'azione terapeutica della comunità. La riabilitazione è, in primo luogo, un modo per «imparare a vivere»; e a vivere si impara con la fatica, la disciplina, l'abitudine, che consentono di interiorizzare, incorporare, quei principi fondamentali che dovrebbero guidarci in un'esistenza «sana». La comunità non è altro che uno spazio «sicuro» all'interno del quale è possibile sbagliare con minime conseguenze. Uno spazio in cui la quotidianità stessa è pensata per incoraggiare il «lavoro su di sé» tipico degli esercizi spirituali.

La giornata inizia presto, alle 7 in punto, orario in cui l'operatore in turno di notte deve essere in ufficio, e a cui le sveglie di tutti gli utenti sono puntate. Perché la colazione è alle 7:30 e non sono ammessi ritardi. L'unica eccezione è l'utente «di turno», che deve preparare la tavola e poi riordinare, e che deve invece presentarsi con sufficiente anticipo da far trovare tutto pronto per gli altri. La colazione dura in genere 30-40 minuti; poi, arrivano i primi due momenti fondamentali della giornata: la somministrazione dei farmaci e la distribuzione delle sigarette. La prima è una necessità: ciascuno degli utenti ha il proprio piano terapeutico, e può assumere farmaci fino a tre volte al giorno (le altre due sono dopo pranzo e dopo cena). Per cui, ogni mattina, intorno alle 8:15, si forma una lunga fila nel seminterrato, di fronte all'infermeria. Uno alla volta, gli utenti entrano e assumono i farmaci previsti, di fronte all'operatore in turno. Ovviamente, nessuno dei farmaci deve uscire dall'infermeria, e gli operatori fanno molta attenzione che essi siano veramente assunti, e non nascosti in qualche modo. La fila si trasferisce poi al piano superiore,

²⁹ Cfr. Das 2012, Lambek 2010.

³⁰ Das 2015, Keane 2015.

di fronte all'ufficio. La distribuzione delle sigarette è vissuta con altrettanta trepidazione: agli utenti ne vengono consegnate 15 ogni mattina, e con quelle devono arrivare fino alla fine della giornata. Le "scorte" sono conservate in ufficio, ciascuno nella propria scatola, e possono essere maneggiate soltanto dagli operatori, affinché sia sempre sotto controllo la quantità di sigarette ritirate e consumate ogni giorno.

Al momento della consegna delle sigarette, avviene un altro passaggio, ma in direzione inversa. A ciascuno degli utenti è richiesto di tenere un diario giornaliero, dove annotare riflessioni, sensazioni, difficoltà, o anche soltanto avere uno spazio in cui raccontare e ripensare agli avvenimenti della giornata. Anche questi diari (che altro non sono che ordinari quaderni formato A4) sono conservati in ufficio, ma ciascun utente può sempre richiedere il proprio per scrivere qualcosa, ma il momento "ufficialmente" demandato è la sera, dopo cena, quando ognuno prende il proprio quaderno e se lo porta in camera; per questo, ogni mattina sono riconsegnati in ufficio, dove l'operatore di turno può leggere ciò che è stato scritto della giornata precedente.

Intorno alle 8:30 è il momento delle «responsabilità», ovvero, delle piccole pulizie della casa. Ad avere la priorità sono le aree comuni del piano terra: sala TV, sala da pranzo, corridoio, bagno pubblico³¹ e in aggiunta a questi l'ufficio. Le responsabilità, come le attività lavorative, sono assegnate dagli operatori in turno (oppure da quelli del giorno precedente), che compilano un apposito modulo per ogni mattina e ogni pomeriggio, e lo affiggono su di una bacheca presente in sala TV. Il momento della scoperta di quali lavori sono stati assegnati a chi è sempre un momento di trepidazione e di recriminazione: le responsabilità non sono tutte uguali, così come non tutti gli utenti sono in grado di compiere efficacemente tutti i lavori.

Fra le 9:00 e le 9:30, è il momento della prima attività di gruppo della giornata. Solitamente, sono veri e propri «gruppi» tematici, in cui discutere e confrontarsi su diversi aspetti della dipendenza attiva e della riabilitazione. I gruppi più frequenti sono quelli di «sostegno». Sono i gruppi in cui vengono direttamente affrontate le problematiche dei vari percorsi riabilitativi, tanto dal punto di vista della «elaborazione del lutto» della perdita delle sostanze³², quanto da quello della spesso conflittuale convivenza all'interno della comunità. Il gruppo di sostegno è anche quello che più fortemente è caratterizzante la filosofia della comunità: non è soltanto pensato come uno spazio in cui discutere "pubblicamente" delle proprie difficoltà, ma soprattutto in cui gli utenti possano reciprocamente aiutarsi, ancora prima e più che chiedere supporto agli operatori. Significativamente, il gruppo di sostegno è anche l'unico che si apre sempre nello stesso modo: uno degli utenti, ogni volta

³¹ Al piano terra è situato un bagno comune, pensato come bagno di servizio da utilizzare durante i momenti di attività lavorativa o di gruppo al posto dei bagni privati delle singole camere.

³² «Elaborare il lutto» è una delle espressioni con le quali gli operatori della comunità indicano il processo di accettazione di una vita senza sostanze.

volontariamente, si alza in piedi, si mette al centro della stanza (e del cerchio di sedie su cui sono tutti seduti), e recita ad alta voce la filosofia della comunità:

«Siamo qui perché alla fine non abbiamo nessun nascondiglio dove nasconderci da noi stessi. Fino a che un uomo non confronta sé stesso negli occhi e nei cuori dei suoi compagni, scappa. Finché non soffre abbastanza per essere costretto a condividere con loro il suo segreto non ha alcun scampo da esso. Preso dalla paura di parlare con gli altri, egli non riesce a conoscere sé stesso né nessun altro: sarà solo. Dove altro se non sei nostri punti comuni possiamo trovare un tale specchio? Qui, insieme, un uomo può apparire chiaramente a sé stesso non come il gigante dei suoi sogni o il nano delle sue paure, ma come un uomo, parte della comunità, con il suo ruolo da svolgere. In questo terreno possiamo mettere radici e crescere non più soli come nella morte ma vivi: *un uomo tra uomini*».

La prima volta che lessi questa «filosofia», subito mi saltò agli occhi un dettaglio fondamentale per comprendere il funzionamento e il significato della riabilitazione. Al suo interno, non si fa alcun riferimento esplicito alla tossicodipendenza, alle sostanze, nemmeno alla riabilitazione. Non c'è niente che leghi *specificamente* questa filosofia al contesto del recupero dalla dipendenza. In una formulazione più succinta, si potrebbe dire che ciò che viene qui predicato è un percorso di (temporaneo) allontanamento dal mondo che dovrebbe portare a una più approfondita conoscenza di sé stessi. Sta in una comunità riabilitativa per tossicodipendenti, ma potrebbe stare in qualsiasi altro contesto riabilitativo. Forse, in qualsiasi altro contesto in cui l'obiettivo primario è quello di «lavorare su di sé». Sin dall'inizio, da una concreta rappresentazione interna di quello che fa la comunità, possiamo rintracciare una sovrapposibilità con l'idea di esercizio spirituale.

Quello della lettura della filosofia nel contesto del gruppo di sostegno è un momento pieno di significato simbolico. Non soltanto la lettura viene fatta in piedi e al centro della stanza, in modo che l'attenzione di tutti sia naturalmente rivolta verso chi parla; agli altri è anche richiesto un comportamento specifico che va oltre il semplice «prestare attenzione». Tutti, compresi gli operatori che coordinano il gruppo, siedono composti, con entrambi i piedi poggiati a terra. Non sono ammesse gambe incrociate, sedute oblique o posture in qualche modo disordinate. Infine, e questa è forse la cosa più significativa, nessuno può tenere le braccia incrociate sul petto. Un atteggiamento che segnala chiusura e rifiuto del contatto con gli altri non è compatibile con la filosofia della comunità. Prevedibilmente, conclusosi questo momento, ciascuno torna nella posizione che gli è più comoda; ma ho visto raramente persone rifiutarsi di osservare queste specifiche prescrizioni durante la lettura della filosofia. Fra le poche regole che sono accettate in maniera aporomatica sono quelle che spingono le persone a “mimare” un atteggiamento di apertura e di disponibilità verso l'altro.

Soltanto un altro gruppo inizia sempre nella stessa maniera, ed è il gruppo «emozioni», coordinato, a cadenza settimanale, dalla consulente psicologa, Marguerite. Anch'ella insiste per una ritualità che apra la discussione, ma nel suo caso richiede la partecipazione attiva di tutti i presenti. Tenendo in mano, e manipolando, un oggetto, in genere un libro preso da uno degli scaffali della sala TV, ognuno è chiamato a descrivere le proprie sensazioni, fisiche in primo luogo, del preciso momento in cui sta parlando. Di nuovo, è consigliata una postura composta, con i piedi ben saldi a terra, ma per un motivo diverso: l'obiettivo è quello di sforzarsi di «stare nel qui ed ora», di cominciare a riflettere partendo dall'assoluto presente. E «il libro serve per avere un'altra ancora materiale, per ricordarci che siamo in primo luogo un corpo fisico in uno spazio», spiegava spesso Marguerite, all'inizio del gruppo. Come per il gruppo di sostegno, anche in questo caso questa pratica è pensata in senso mimetico rispetto al tema del gruppo stesso: il presupposto è che la nostra vita emotiva comincia in ciò che sentiamo «adesso», e non possiamo divorziare queste sensazioni dalla fisicità e dalla materialità dei nostri corpi.

Le attività collettive sono numerose, e con obiettivi diversi. Non soltanto gruppi tematici in cui gli utenti «parlano» l'uno con l'altro, ma anche attività laboratoriali, durante le quali svolgere piccoli lavori manuali, o gruppi «di cammino», ovvero brevi uscite in paese o verso i boschi circostanti, o ancora gruppi «ludici» o «culturali», cineforum, eccetera. Il gruppo di sostegno e il gruppo emozioni rappresentano tuttavia quella dimensione di *esercizio* che ho pensato come chiave di lettura della vita quotidiana della comunità, in particolare nelle loro componenti di ripetizione ritualizzata. Rappresentano quell'intreccio fra teoria e prassi, fra azione e meditazione, che per Hadot sta alla base dell'*àschesis* degli antichi. Non è sufficiente pensare, riflettere, speculare sui principi che devono guidare le nostre esistenze; è necessario farlo attraverso specifiche pratiche, specifici atteggiamenti che sono in primo luogo atteggiamenti del corpo. Sono questi ultimi che consentono di realizzare efficacemente la meditazione e il lavoro su di sé che la riabilitazione richiede.

I gruppi durano circa 90 minuti, a volte meno, raramente di più. Perciò, fra le 10:45 e le 11 è il momento della prima pausa, la «merenda» di metà mattina. La maggior parte delle persone inizia ad essere irrequieta e impaziente ben prima, comunque. Tè e frutta, in alcuni casi dolci portati da qualcuno o preparati direttamente dagli utenti. Soltanto in occasioni speciali. Sono sempre gli operatori a distribuire la frutta, anch'essa conservata in ufficio, e a sovrintendere al momento di pausa, mentre a fare il lavoro di «servizio» è la stessa persona che ha il turno della colazione. Il momento della merenda è il primo momento veramente «libero» della giornata, e quindi il primo momento di conversazione comune non egemonizzato dagli operatori stessi. E infatti è lo spazio del pettegolezzo, della lamentela sottovoce, della formazione e del consolidamento di sotto-gruppi, di relazioni. Il primo momento non strettamente regolamentato all'interno di una giornata di «esercizio».

Dopo merenda, di nuovo attività lavorative. In questo caso, sono compiti generalmente più impegnativi, come la pulizia del cortile o delle scale interne, oppure lavori a frequenza irregolare o “straordinari”. Questo è anche il momento del lavoro nei «settori», che sono gli unici ad avere persone specificamente assegnate. Cucina, lavanderia, caldaia e, a partire dalla primavera, anche l’orto. La cucina, prevedibilmente, è il settore che richiede un maggiore impegno, e chi vi è assegnato non ha, normalmente, altre responsabilità. È anche il settore con le maggiori pressioni, considerato che deve provvedere due volte al giorno per almeno quindici persone. Perciò, è anche l’unico settore costantemente sotto supervisione degli operatori di turno, che controllano l’andamento della preparazione e intervengono quando necessario. Il pranzo è previsto alle 12:30, servito da un operatore e un utente (quest’ultimo determinato da un foglio di turni), che deve anche apparecchiare e sparecchiare per tutti. In genere, dura circa un’ora, e alle 13:30 circa ciascuno prende la propria strada – tranne le tre persone che devono lavare i piatti, ovviamente. Il «turno piatti» è probabilmente la cosa meno apprezzata in assoluto, almeno da parte degli utenti che ho conosciuto, ma è anche una sventura che tocca a tutti, e più volte durante la settimana. Nessuno può astenersi o rifiutarsi.

Le 14 sono il momento della seconda somministrazione di farmaci della giornata, e quello che durante la mia ricerca ha visto sempre meno persone coinvolte. Poi, fino alle 15, orario di inizio del gruppo pomeridiano, gli utenti hanno tempo libero. La maggior parte di essi scelgono di passarlo nelle proprie camere, a dormire o leggere, ma non è infrequente trovare persone nel cortile, a fumare e chiacchierare. Ancor più della merenda, questo è un momento di indipendenza non soltanto dagli impegni quotidiani, ma dallo sguardo degli operatori, che in ufficio hanno sempre qualcosa da fare, carte da firmare, cartelle da aggiornare, servizi da chiamare. Per cui, fra le 14 e le 15 le aree comuni, in particolare la sala TV, si spopolano, e gli utenti si disperdono per tutta la struttura, a volte da soli, a volte in piccoli gruppi. A meno che non ci sia una qualche emergenza, nessuno li segue, nessuno li controlla in questi momenti.

Il pomeriggio procede nella stessa maniera della mattina. Dalle 15 alle 16:30 attività di gruppo, alle 16:45 merenda, dalle 17 alle 18:30 attività lavorative e settori. La cena è alle 19:30, quindi gli utenti hanno più tempo libero il pomeriggio dopo le attività lavorative. Di nuovo, alle 20:30 è il momento del turno piatti – che la sera dura sempre di meno, per qualche motivo – e poi alle 21 l’ultima somministrazione. Tuttavia, alle 20:30 c’è un altro momento molto atteso, almeno da alcuni: la televisione. Viene accesa inizialmente sempre su RaiDue, per il telegiornale; poi, in genere fino alle 23 o 23:30, su di un qualche programma scelto dall’operatore in turno di notte. Gli utenti possono ovviamente fare proposte, che sono spesso accolte, ma la scelta finale, così come il telecomando, rimane in mano agli operatori. La televisione è una risorsa preziosa, che in numerose occasioni durante la mia ricerca mobilità richieste scritte e firmate dagli utenti per programmi specifici di interesse comune;

ma, giorno dopo giorno, ho raramente trovato più di quattro o cinque persone contemporaneamente in sala TV dopo cena. La maggior parte si ritira in camera, dopo essere uscita per un'ultima sigaretta. Le giornate sono sufficientemente faticose anche senza rimanere svegli fino a mezzanotte.

Questo è l'andamento regolare della vita quotidiana all'interno della comunità. Molto rigido, molto preciso, stabilito con anticipo di settimana in settimana, in modo che ogni giorno siano già fissate le attività di gruppo da fare, eventuali lavori straordinari, turni. L'unica cosa che viene decisa giorno per giorno è l'assegnazione delle responsabilità e le attività lavorative 'ordinarie', e anche in questo caso con sufficiente anticipo da consentire a tutti di sapere cosa fare in ogni momento «impegnato» della giornata. Questo perché il primo e più immediato obiettivo di questa organizzazione è proprio quello di dare un «ordine» alle vite degli utenti. «Queste sono persone che hanno vissuto per anni, a volte per tutta la vita che ricordano, un'esistenza assolutamente sregolata, senza mai fermarsi a pensare quali conseguenze potesse avere». Jane, la direttrice della struttura, fu molto esplicita in questo caso. «Hanno bisogno di una *struttura*, e da soli non sono certo in grado di darsela, non all'inizio almeno. Per questo gliela diamo noi, con la speranza che imparino ad un certo punto a mantenerla da soli». *Struttura* significa esattamente «ordine», «regolarità». Per questo motivo la giornata è così precisamente organizzata: è una traccia, le fondamenta sulle quali costruire questa struttura. Per questo motivo, sono previsti dei provvedimenti disciplinari per chi non rispetta questa organizzazione.

Lo «strumento» principale è il caffè. Tutti bevono caffè – in un anno ho visto soltanto una persona non bere abitualmente caffè, Christiane, che decise di smettere quando decise di smettere anche di fumare – e tutti tengono al caffè a colazione, e al caffè alla fine del pranzo, gli unici due momenti in cui è distribuito. Il barattolo del caffè, come le sigarette, rimane sempre in ufficio, e allo stesso modo le scorte. Esce soltanto insieme ad un operatore, quando è il momento di preparare il caffè per la colazione o il pranzo. Non rimane nemmeno nella moka: una volta pronto, viene versato in un termos che torna in ufficio, finché non arriva il momento di servirlo. Tale è la cura nel mantenere il controllo di questa preziosa risorsa. Ed è la prima cosa che si perde in caso di mancato rispetto di questa «struttura». Arrivare in ritardo a colazione significa perdere il caffè non soltanto per la colazione stessa, ma anche per il pranzo. Arrivare in ritardo ad un gruppo, o non presentarsi, ha la stessa conseguenza. Non svolgere le proprie responsabilità o le attività lavorative, o non svolgerle correttamente, può comportare la perdita del caffè anche per più giorni.

Non è l'unico provvedimento disciplinare, la perdita del caffè, per quanto sia il più usato. Per esempio, in caso i piatti siano stati lavati male, le tre persone che erano di turno devono ripeterlo. Allo stesso modo per alcune responsabilità. Chi ha delle uscite programmate (che non siano dovute a visite mediche o necessità burocratico-amministrative) può vedersela cancellate; o può essere interdetto alla

partecipazione a gite fuori porta o alle escursioni balneari estive. Ma la vera spada di Damocle sulla testa degli utenti sono le sigarette. Come detto poco sopra, le sigarette sono distribuite la mattina, fino ad un massimo di 15 ciascuno. E, tranne l'eccezione di Christiane, *tutti* fumano. E tutti fumano *tutte* le sigarette che hanno a disposizione. Per questo perdere anche soltanto parzialmente le sigarette giornaliere è una cosa che spaventa invariabilmente tutti gli utenti. In parte, senza dubbio, è la dipendenza da nicotina. Ma è anche la condivisione delle pause sigaretta, della sigaretta prima di pranzo, di cena, prima di ritirarsi nella propria stanza, momenti, al di fuori dello sguardo giudicante degli operatori, in cui uscire dalla dimensione strettamente dell'esercizio, ed entrare invece in quella della relazione.

Non ho mai visto, in 12 mesi di presenza assidua, qualcuno perdere completamente accesso alle sigarette giornaliere. A volte il massimo veniva ridotto, di qualche unità, ma niente di più. Tuttavia, sono un'altra risorsa di prima necessità il cui controllo è totalmente in mano agli operatori, e che ha la potenzialità di essere usata in senso disciplinare. E questo, in molti casi, è già abbastanza. Gli operatori, perciò, hanno messo in piedi una rigorosa organizzazione della giornata, e hanno elaborato degli strumenti per far sì che essa sia rispettata. Il tutto con l'obiettivo di «obbligare» gli utenti a condurre una vita regolare, ad abituarsi – alcuni di nuovo, alcuni per la prima volta – a tenere un ritmo di vita piano, ordinato. Per allontanarli in primo luogo concretamente, «materialmente», da quella «vita sregolata» che conducevano durante il loro periodo di dipendenza attiva. Ma *struttura* significa anche avere una routine di azioni estremamente basilari. Lavarsi, tenere in ordine i propri spazi privati, mangiare tre volte al giorno, avere un ritmo circadiano regolare. Avere «cura di sé», una cura che significa in primo luogo «occuparsi di sé stessi». Per questo oltre all'organizzazione della giornata sono presenti altre prescrizioni, meno stringenti e che raramente comportano provvedimenti disciplinari, ma altrettanto centrali nel costruire le fondamenta dei percorsi di riabilitazione. Agli utenti è richiesto di essere sempre puliti e per quanto possibile ordinati; di essere sempre vestiti in maniera «adeguata»; sono fortemente scoraggiate acconciature e colorazioni di capelli considerate «stravaganti»; gli uomini devono avere la barba curata. Ma occuparsi di sé si estende oltre a questioni strettamente legate all'igiene personale e a una qualche forma di «decoro». Si estende a piccole regole che riguardano la gestione delle proprie risorse. Poiché caffè e sigarette sono strumenti «disciplinari», non devono essere condivisi o scambiati tra utenti; lo stesso vale per altri beni di consumo che sono distribuiti individualmente (ad esempio, prodotti per l'igiene personale). «Quello che vi forniamo è pesato perché vi possa durare. Per cui, se non vi basta è perché non vi sapete gestire. Per fortuna che siete qui per imparare anche questo, come gestirvi»: questa o simili risposte erano la reazione di Jane a richieste di prodotti di consumo personale al di fuori dei momenti di distribuzione prestabiliti. Sta, l'occuparsi di sé, anche nella cura degli oggetti e degli spazi comuni. Sta nell'avere un comportamento «corretto», con gli altri utenti e con gli operatori.

Prestare attenzione agli effetti che abbiamo sugli altri. In una parola, significa imparare ad agire con *moderazione* nella vita di tutti i giorni.

Un altro concetto fondamentale, quello di moderazione, perché è proprio ciò che per eccellenza manca al tossicodipendente, almeno nella sua rappresentazione più comune, che lo vede alla ricerca del massimo piacere con il minimo sforzo. Anche il DSM-5, in realtà, ci offre un'immagine molto simile del soggetto dipendente: un soggetto che ha danneggiato i sistemi di ricompensa del proprio cervello attraverso l'uso di sostanze che li attivano direttamente (e intensamente). Un soggetto che potrebbe essere anche predisposto, per la debolezza dei suoi meccanismi di inibizione³³. Quello che una prospettiva moralizzante lascia aperto è tuttavia uno spazio di intervento, di trasformazione, di miglioramento. Di esercizio.

Michel Foucault, riflettendo sulle «tecnologie del sé» nella filosofia greco-romana, sostiene che

«Il precetto di “prendersi cura di se stessi” era, per i greci, uno dei principi basilari della vita nelle città, una delle regole fondamentali della condotta sociale e dell'arte del vivere. (...) Nei testi greci e romani il precetto di conoscere se stessi è sempre associato a quello della cura di sé, ed era proprio questo bisogno di prendersi cura di sé che rendeva operativa la massima delfica. (...) Ci si doveva occupare di se stessi prima di fare entrare in azione il principio delfico»³⁴.

Lo stesso Hadot mostra una sovrapposizione fra «conoscere» e «prendersi cura di» sé stessi che pare coestensiva a quella fra «speculazione» e «azione» che caratterizza la filosofia come esercizio³⁵. Con una forzatura non troppo dissimile a quella che compie Veena Das nel suo uso del concetto di «esercizi spirituali»³⁶, potremmo quindi sostenere che queste prescrizioni, questa disciplina, questa *struttura*, questo «obbligo all'ordine» che la comunità impone sugli utenti non sono altro che la forma più basilare e immediata dell'«occuparsi di sé stessi»; e sono assolutamente funzionali a raggiungere quella consapevolezza della propria condizione di dipendente su cui si fonda la riabilitazione. Il «lavoro su di sé» comincia nella concretezza e nella banalità della vita quotidiana, dell'imparare a prendersi cura di sé nelle minuzie di tutti i giorni.

Nella sua etnografia di un centro di recupero per tossicodipendenti sieropositivi, Jarrett Zigon racconta di un incontro di introduzione e orientamento per pazienti e familiari dei pazienti, tenuto da uno degli psicologi che seguono il programma riabilitativo. E questo psicologo, nella sua illustrazione delle specifiche di

³³ APA 2013.

³⁴ Foucault 1992, 15.

³⁵ Hadot 1988.

³⁶ Das 2007, 2012.

tale programma, pose particolare attenzione su di un aspetto del lavoro di riabilitazione.

«He told everyone, “Nobody is going to do it for you. At detox, yes, they will load you up and you will rest. But that is not healing, that is erasing your problem, that’s what detox is. And you are still going to have to solve your problems. One way or the other you are not going to find an easy solution anywhere. (...) In order to break out of this circle of madness dictated by the drug addiction, you need to labor (...)”»³⁷.

Faticare, «labor», è ciò che devono in primo luogo fare coloro che vogliono *guarire* dalla dipendenza. Non ci sono soluzioni facili. L’unico modo per riuscire davvero a trasformarsi è la *fatica*, e la fatica inizia con la vita quotidiana. Oppure, utilizzando lo stesso linguaggio che ho utilizzato finora, potremmo affermare che l’unico modo per riuscire a trasformare sé stessi è l’*esercizio*, la «fatica surreale» di Sloterdijk³⁸.

Un passo indietro. Ci sono eccezioni all’organizzazione della quotidianità, in due giorni specifici della settimana. Il primo è il giovedì. La mattina, alle 9, il parroco della chiesa del paese visita la comunità per celebrare la messa, non soltanto per gli utenti ma anche per gli altri abitanti del paese stesso che desiderino parteciparvi. La villa che adesso ospita la comunità era infatti in precedenza un convento, e ha quindi una piccola cappella al suo interno. La partecipazione non è obbligatoria, e nei mesi che ho trascorso in comunità non ho mai visto più della metà degli utenti prendervi parte; tuttavia, l’esistenza di questa possibilità implica la necessità di spostare alle 10:30 l’attività di gruppo della mattina, mentre chi non è a messa svolge le attività lavorative che avrebbe altrimenti svolto più tardi.

Anche nel pomeriggio l’organizzazione del giovedì differisce da quella ordinaria. Dalle 14 alle 17, infatti, si tiene una riunione plenaria dell’intera équipe, durante la quale viene verificato il percorso di ciascun utente, e vengono prese eventuali decisioni di intervento su punti di criticità. Alla riunione, che si tiene sempre in una piccola mansarda al secondo piano della struttura, sono tenuti a partecipare tutti gli operatori; non rimane nessuno che possa coordinare eventuali attività di gruppo dalle 15 alle 17. Perciò, in queste due ore del giovedì sono sempre previsti i cosiddetti «G.I.». La sigla, avrei scoperto dopo qualche mese, sta per *general inspection*, e indica la pulizia totale e approfondita di un locale, che dovrebbe poi essere minuziosamente controllato dagli operatori per verificare che essa sia stata svolta con la cura necessaria. Una pratica sovrapponibile a quella dei «bagni a fondo» di cui mi aveva parlato Ernest, ma della quale, al momento della mia presenza in comunità, non era rimasto che la sigla, della quale in molti non sapevano nemmeno il

³⁷ Zigon 2011, 95

³⁸ Sloterdijk 2013.

significato o l'origine. Era sufficiente sapere che indicava la pulizia generale, in questo caso delle camere e dei bagni privati. Pulizia che, dopo la riunione, non sempre era controllata, e comunque mai con la cura e l'attenzione (e lo scopo punitivo) dei «bagni a fondo». Ho maturato la convinzione che la funzione dei «G.I.»³⁹ fosse eminentemente pragmatica e non «educativa» o «disciplinare». Si era presentata la necessità di «coprire» un lasso di tempo senza impegnare nessuno degli operatori, che dovevano essere sempre presenti alla riunione. E la pulizia degli spazi privati degli utenti era la soluzione più immediata e che creava minori inconvenienti. È presente, sul piano della rappresentazione, quella componente di «cura di sé» che sta alla base del resto dell'organizzazione della quotidianità, ma nella sua concreta realizzazione essa, come quella «disciplinare», passano in secondo piano. Il programma terapeutico deve pur sempre venire incontro alle banalità della gestione della comunità come struttura sanitaria e come spazio di convivenza.

L'altra eccezione all'organizzazione che ho illustrato sopra è, prevedibilmente, la domenica. È un giorno di riposo, quantomeno dalle attività lavorative e dalle attività di gruppo, con l'eccezione della cucina e dei turni di servizio, colazione-merenda e piatti. La mattina la sveglia è più tardi, alle 8, e la colazione alle 8:30. Per il resto, la giornata è libera, con merenda e pasti sempre agli stessi orari. Nel pomeriggio, a partire dalle 15, gli utenti possono richiedere in ufficio uno stereo con il quale ascoltare musica. Come la televisione, anche lo stereo è un bene molto prezioso. Non sempre è di interesse condiviso, ma la domenica pomeriggio (e un'ora la sera di sabato, dalle 18:30 alle 19:30) è l'unico momento in cui ascoltare musica. Unito al fatto che, a differenza della televisione, sono gli utenti stessi a decidere cosa ascoltare, e a dover usare i propri supporti per ascoltarla, c'è sempre il rischio di conflitti su gusti e disgusti. E non sempre è possibile trovare delle aree di contatto.

La domenica prevede un'unica attività obbligatoria. Entro l'ora di cena, essi devono decidere i turni di servizio, colazione e piatti dell'intera settimana successiva. I vincoli imposti sono pochi: tre persone a lavare i piatti a ogni pasto, ed evitare sovrapposizioni di ruoli nel corso della giornata. I posti da assegnare ogni giorno sono dunque nove: uno per colazione-merenda e quattro per gli altri due pasti, tre ai piatti e uno al servizio. In una struttura che ospita normalmente 13 o 14 persone, questo significa inevitabilmente ripetizioni, turni in giorni consecutivi, numero di turni a settimana variabile e sempre disuguale. Significa anche, dunque, che l'assegnazione dei turni è un momento frequentemente conflittuale, e nel corso della mia ricerca lo è diventato progressivamente di più. Nei mesi di novembre e dicembre 2017, i primi della mia presenza in comunità, ad assegnare i turni erano Chuck,

³⁹ Per quanto nella traduzione italiana la sigla dovrebbe dirsi al femminile (per «ispezione»), nell'uso quotidiano che qui riproduco era sempre utilizzata al maschile; un ulteriore segno della perdita del significato originario e dello spostamento semantico ad indicare una pratica senza dubbio simile, ma con presupposti e ricadute ben diverse.

Ernest e Agatha, senza che ci fosse partecipazione da parte degli altri utenti. Questi ultimi si lamentavano di percepite ingiustizie, ma la cosa non accadeva spesso. Ma con l'anno nuovo e gli ingressi che esso portò gli equilibri iniziarono a essere più precari, e questo momento divenne sempre più occasione di recriminazione e conflitto. Un conflitto nel quale gli operatori, e Jane in particolare, si mantennero vocalmente neutrali. «La questione riguarda i *vostr*i turni e la *vostra* organizzazione», fu la risposta di Jane ad una richiesta di intervento da parte di Ernest, «è una cosa che avete sempre fatto voi e che dovete essere in grado di fare da soli. Non possiamo stare sempre noi a togliervi le castagne dal fuoco».

La vita quotidiana in comunità è pensata anche per mettere gli utenti nella condizione di doversi assumere le proprie responsabilità in quanti più ambiti possibili. Gli operatori non cucinano, non lavano piatti e pentole, non puliscono le stanze comuni né quelle private, non fanno il bucato, non controllano la pressione della caldaia. Cercano, entro ragionevoli limiti, di non intervenire in niente di ciò che non riguardi direttamente il piano terapeutico. Di nuovo, la comunità è uno spazio «sicuro» all'interno della quale sbagliare e imparare; ma ciò implica la necessità di una partecipazione il più possibile attiva, il massimo coinvolgimento degli utenti. Implica lasciare spazi di autogestione, all'interno dei quali si possano – si *debbano* – incontrare ostacoli e conflittualità da risolvere. Perché l'ultimo punto di contatto con gli esercizi spirituali per come li rappresenta Hadot è proprio quello della *prefigurazione*: immaginando, e in questo caso in una certa misura *mettendo in scena*, situazioni che probabilmente ci troveremo a vivere in futuro, possiamo oggi prepararci, *esercitarci*, in modo da essere pronti in ogni momento, da avere sempre «i principi a portata di mano»⁴⁰.

Qui è una sigaretta, fuori è cocaina

22 marzo 2018, giovedì sera. Come accade due volte al mese, era giorno di «gruppo genitori». Il nome non è, in realtà, particolarmente accurato. «Familiari» sarebbe una dicitura più precisa, ma anche in questo caso non al 100%. Il gruppo è dedicato a tutti gli affetti degli utenti, alle persone con le quali hanno, fuori dalla comunità, le relazioni più strette. Spesso sono genitori, certo. Ma anche figli, mariti e mogli, compagni e compagne, fratelli e sorelle, parenti acquisiti. In alcuni casi, anche amici molto stretti. Tutti coloro che, una volta terminato il percorso riabilitativo in comunità, dovrebbero dare supporto diretto a ciascuno degli utenti. Essere una «rete di sicurezza», mi spiegò Jane. Il gruppo è interamente dedicato a loro: non solo gli utenti non vi partecipano, ma si tiene anche nel seminterrato, nella stanza in cui altrimenti dedicata al «laboratorio». E all'inizio di ogni gruppo, Jane, che lo conduce

⁴⁰ Hadot 1988.

in coppia con un altro operatore⁴¹, specifica sempre che «quello che ci diciamo qua dentro deve rimanere qua dentro. Se so che ne fate parola con quelli di sopra [gli utenti], non vi farò più partecipare».

È stato il gruppo che ho per più tempo evitato di frequentare. In parte, per una questione di delicatezza: nel mio progetto avevo specificato che avrei voluto partecipare a tutte le attività della struttura, ma non volevo impormi più del dovuto, in particolare in un contesto come quello del gruppo con i familiari, per i quali ero poco più che uno sconosciuto. In parte, perché avevo avuto notizie dei contenuti di questi gruppi, in particolare da Jane e da Virginia, e non ero particolarmente convinto di riuscire a sostenere il carico emotivo. Ma sapevo anche che sarebbe stata una componente fondamentale del mio lavoro, e quando Jane, verso la fine di gennaio, mi invitò a partecipare, accettai senza esitazione.

C'era un altro motivo per cui ritenni importante prendere parte a questi gruppi. Si tenevano il giovedì sera, due volte al mese, a partire dalle 18:30 e in genere almeno fino alle 20:30. Ma ai familiari era consentito entrare quindici minuti prima, alle 18:15; e, dopo il gruppo, chi lo desiderasse poteva rimanere a cena. Questi erano i pochi momenti, almeno nella regolare routine della comunità, in cui gli utenti potevano passare del tempo con le proprie famiglie, con i propri cari. Erano momenti di intimità, a volte di imbarazzo, spesso punteggiati di tensioni e di incomprensioni, ma sempre attesi con trepidazione. Erano i momenti in cui ricostruire quelle relazioni, quei fondamenti del vivere insieme che si erano infranti con la dipendenza attiva.

Jane era tesa. Sapeva che avrebbe dovuto affrontare situazioni spiacevoli e potenzialmente conflittuali, e non ne aveva gran voglia. Ma non per questo, ovviamente, avrebbe lasciato correre. Mi chiese se avessi intenzione di partecipare. Avevo pensato, per quella sera, di rimanere con gli utenti – mi incuriosiva vedere come vivessero l'attesa, la preparazione della cena, le aspettative – ma, alla fine, decisi di scendere.

Quella sera, prese parte anche la sorella di Agatha. Non partecipava spesso, al contrario: nei mesi precedenti l'avevo vista soltanto un paio di volte. Ma Agatha era ugualmente raggianti quando vedeva arrivare sua sorella. Non era soltanto l'ultima persona della sua famiglia con la quale aveva ancora rapporti, era anche l'unico tramite che aveva con il figlio, l'unico modo per avere notizie di lui. Sembrava venire soltanto per questo "obbligo" familiare che sentiva nei confronti della sorella. Arrivava tardi, andava via presto, parlava poco. Non sembrava avere grande desiderio di presenziare. Né aveva un buon rapporto con gli operatori, al punto di essersi sempre rifiutata anche di lasciare un recapito telefonico al quale rintracciarla in caso di necessità. In quell'occasione fu quasi costretta a venire a Lucerna. Nei giorni

⁴¹ Nella quasi totalità dei casi, durante il periodo della mia ricerca, Jane chiedeva a Virginia di partecipare: quest'ultima, di formazione una psicoterapeuta sistemico-relazionale, era ritenuta in genere la più adatta a prendere parte ad attività che includevano i familiari degli utenti – non soltanto i gruppi, ma anche colloqui singoli.

precedenti, pur *in absentia*, era stata protagonista di un episodio che aveva causato a Agatha notevoli problemi, oltre ad un lungo provvedimento disciplinare.

Durante la settimana appena trascorsa, erano stati denunciati numerosi piccoli furti. Sigarette, prodotti da bagno, persino vestiti misteriosamente scomparsi. Perciò, una mattina, mentre Percy, l'infermiere nonché il più giovane membro dell'équipe, accompagnava gli utenti a fare una passeggiata in paese, il «gruppo cammino» sempre apprezzato perché significava non dover affrontare una «vera» attività di gruppo in cui parlare di sé, altre due operatrici perquisirono le camere. Avrei scoperto che era prassi, periodicamente perquisire gli effetti personali degli utenti, per controllare che non fosse entrato niente di illecito all'interno della struttura. Ma, in questo caso, l'obiettivo era specificamente quello di verificare le denunce. Un obiettivo che non fu raggiunto – gli abiti scomparsi non furono ritrovati – ma la perquisizione trovò ugualmente qualcosa che non ci doveva essere. In camera di Agatha, nel cassetto del suo comodino, c'era un pacchetto di sigarette intero, la plastica intatta.

Chiaramente, questo segnalava una irregolarità di qualche tipo. Le sigarette della giornata venivano consegnate sfuse, mai a pacchetti interi; non solo, quando i familiari portavano sigarette per gli utenti, esse venivano lasciate in ufficio, perché gli operatori potessero mantenerne il controllo. Quel pacchetto intatto poteva dunque significare soltanto due cose: o Agatha lo aveva rubato a qualcuno degli altri utenti, oppure se lo era fatto consegnare di nascosto da qualcuno, interno o esterno alla comunità che fosse.

Confrontata, Agatha andò nel panico. Affermò di non saperne niente, di non avere idea di come quelle sigarette fossero arrivate nel suo comodino. Chiaramente, non le aveva nemmeno toccate. Accusò Christiane, sua compagna di stanza, di averle nascoste, con l'obiettivo di metterla in difficoltà, di farla passare male con gli operatori. Fra le due non correva buon sangue: Agatha imputava a Christiane di essere falsa, di avere un comportamento molto preciso e impostato soltanto per impressionare gli operatori, un comportamento che non rappresentava la sua «vera natura» ben più perfida; a sua volta, Christiane accusava Agatha di cercare costantemente di mettere zizzania fra le persone, di usare il pettegolezzo per tentare di manipolare i suoi compagni di comunità (e anche, in una certa misura, gli operatori). Nonostante queste permanenti tensioni, esacerbate dal fatto che le due erano anche compagne di stanza, le accuse di Agatha non furono considerate credibili. Preliminarmente, si vide assegnato un provvedimento disciplinare: due settimane senza caffè, oltre ovviamente al sequestro del pacchetto incriminato.

Dovette passare ancora qualche giorno prima che gli operatori ottenessero da Agatha una confessione. Non c'era stato nessun furto di sigarette, né tantomeno tentativi di incastrarla. Aveva avuto quelle sigarette da sua sorella, in occasione del gruppo genitori di inizio marzo. Semplicemente, la sorella le aveva date a lei, invece che in ufficio, e lei se l'era tenute:

«Non so se ti rendi conto della gravità della situazione», le aveva detto Jane, a seguito della confessione. «Ma quale gravità? Sono sigarette, mica niente di che. Ho sbagliato, va bene, ma non è la fine del mondo». «Non sono 'solo sigarette'. Non è il problema delle sigarette in sé. Non mi importa quanto fumi. Il problema è il significato del tuo gesto», le aveva risposto Jane. E poi, pubblicamente, durante un gruppo, qualche giorno prima del 22, riprese l'argomento per spiegarlo, questo significato. «Agatha ha pensato bene di nascondere un pacchetto di sigarette che le aveva portato la sorella. Ma Agatha non si è chiesta il perché delle regole che abbiamo stabilito. Voi ve lo siete chiesti? Perché le 15 sigarette al giorno, perché si perde il caffè se si arriva tardi alla colazione o ai gruppi? Secondo voi perché, perché siamo così gratuitamente crudeli? Rispondete». Silenzio. «Voi lo sapete cosa stiamo cercando di fare qui? Stiamo cercando di far sì che quando uscite non andiate immediatamente a farvi. Stiamo cercando di equipaggiarvi per poter affrontare la vita senza le sostanze. E come lo possiamo fare? Quali strumenti abbiamo? Caffè e sigarette. Solo caffè e sigarette. Perché qui dentro non c'è altro. Ma fuori c'è altro. C'è tutto quello che volete. Quindi, se non riuscite a stare alle poche regole che vigono qui, come pensate di stare astinenti fuori? Qui dentro ci sono le sigarette e il caffè, ma fuori c'è la cocaina, l'alcol, e tutto il resto. Quello che Agatha non ha capito ancora, e che spero che voi possiate spiegarle perché io non ci riesco, è che *se qui dentro sono sigarette, fuori è cocaina*».

La sorella di Agatha era stata informata di questo provvedimento, e del fatto che questo «illecito» passaggio di sigarette aveva infastidito molto gli operatori, Jane in particolare. Perciò, quando arrivò per il gruppo genitori del 22 marzo, mi venne immediatamente incontro, e mi consegnò le sue sigarette. Non è necessario, le spiegai. Se mi lascia la borsa, con le sigarette dentro, la vado a portare in ufficio, dove la potrà riprendere quando dovrà andare via. Acconsentì, un po' titubante, e poi scendemmo. Non ero sicuro se i suoi dubbi riguardavano la necessità di lasciare i suoi effetti personali in custodia a qualcun altro, oppure gli inevitabili rimproveri di Jane che la attendevano una volta unitasi al resto dei familiari. Rimproveri che arrivarono, puntuali, come tutti si aspettavano:

«Ve lo abbiamo detto molte volte, che dovete portare le cose a noi in ufficio, e non a loro. Non è difficile da ricordare. Non sono molte le cose che vi chiediamo». Jane era visibilmente infastidita, ma cercò di non limitarsi ad una ramanzina. Al contrario, l'obiettivo era di trasformare l'episodio in una spiegazione e una lezione. «Lo dico a voi come l'ho detto a Agatha, come l'ho detto a tutti. Qui non abbiamo grandi strumenti. Ci troviamo a dover affrontare la forza attrattiva delle sostanze, e delle abitudini con le sostanze, e cosa possiamo fare? Disponiamo soltanto di due cose: caffè e sigarette. Due caffè al giorno, 15 sigarette al giorno. Non abbiamo altri strumenti. Stiamo combattendo una guerra nucleare con le pistole ad acqua». La

sorella di Agatha provò a difendersi, sostenendo che aveva dato il pacchetto di sigarette a Agatha convinta che quest'ultima avrebbe comunicato la cosa in ufficio. Non aveva intenzione di infrangere le regole della comunità. «Sono sicura che lei non avesse cattive intenzioni», rispose Jane, con scarsa convinzione, «ma se mi avesse chiesto quante possibilità c'erano che Agatha facesse una cosa del genere, le avrei risposto *zero*. Ma va bene così. Non ci aspettiamo che loro siano in grado di fare queste cose. Se Agatha fosse venuta, due settimane fa, a consegnarmi il pacchetto di sigarette che lei le aveva dato, avrei pensato che non ha più bisogno di noi, di stare qui. L'avrei fatta uscire consapevole che non avrebbe più fatto uso di sostanze. Ma non mi aspettavo che consegnasse quelle sigarette. Queste cose richiedono *padronanza di sé*, e non è una cosa che possiamo chiedere a Agatha. Né a nessun altro qui dentro, in questo momento. Possiamo provare a insegnarla, e lo facciamo con gli strumenti che abbiamo: il caffè e le sigarette, in primo luogo. Ma a voi possiamo chiederla, la *padronanza di sé*. Anzi, da voi la *pretendiamo*, se volete fare qualcosa per i vostri familiari. Sa, signora», rivolgendosi direttamente alla sorella di Agatha, «così non aiuta sua sorella. Non l'aiuta per niente. Le fa soltanto male. La fa andare indietro nel suo percorso».

«Qui sono sigarette, fuori è cocaina» è un'efficace rappresentazione della «funzione», in ultima analisi, della comunità. Della funzione *prefigurativa* della vita in comunità, e del motivo per cui ho ritenuto efficacemente rappresentativo il *frame* degli esercizi spirituali. La routine che ho sopra descritto è, idealmente, sempre la stessa, ripetuta giorno dopo giorno, settimana dopo settimana, mese dopo mese. È un'organizzazione del tempo che «riproduce quella della *vita normale*»⁴², una vita «normale» che la maggior parte degli utenti non ha mai veramente avuto. «Uno dei luoghi comuni», mi spiegò Jane, «è la sicurezza che loro hanno di voler svoltare, di non voler più usare. Dopo un mese qui sono già tutti sicuri che non si faranno più, che non berranno più, e chi più ne ha più ne metta. Ma non hanno idea di cosa sia una vita normale. Guarda quante persone dicono di voler trovare un lavoro, che senza un lavoro non si vive. È vero, ma secondo te hanno veramente idea di cosa significhi lavorare tutti i giorni? Io non ne sono convinta». L'ordine, la regolarità, la *struttura* che la comunità cerca di dare agli utenti è uno spiraglio di «vita normale», con tutti i vincoli e i doveri che essa comporta. È, nella maniera più letterale, un percorso che deve «insegnare a vivere» quella vita che in quanto tossicodipendenti hanno sempre rifiutato. Ma prima di poterla imparare, gli utenti devono *esperirla*: perciò, dentro il perimetro della comunità, attraverso la routine, il lavoro, le responsabilità (tanto nel senso che questa parola assume nella suddivisione della giornata, quanto nel suo senso comune), sono in qualche modo una *performance di vita ordinaria*, una performance progettata per essere faticosa e consapevole. «E siamo anche generosi. A volte penso che li stiamo

⁴² Zigon 2011, 200; corsivo aggiunto.

viziando, invece che aiutarli a recuperare». Perché, a differenza del «mondo esterno», la comunità perdona sempre:

«[Stephen] è molto fortemente convinto della sua capacità e della sua forza d'animo. E una cosa della quale è convinto al 100% è che non ricomincerà più a bere. Un po' gli pesa, sicuro. Un po' ha paura dell'alcol, altrettanto sicuro, del fatto che lo può trovare facilmente ovunque, che bere è un'attività sociale. Ma non intende mollare. Ha fatto una promessa alla madre sul letto di morte, e non intende infrangerla. “E ce la faccio, perché ho due palle così”. Quindi, ogni discorso che voglia portare al centro la sostanziale problematicità della vita da sobrio non gli va giù per nulla. Per lui, è tutta una questione di volontà, e la volontà non gli manca. Jane ha cercato di metterlo un attimo in dubbio, di fargli notare che tante persone fanno le stesse promesse, si sentono altrettanto forti, si sentono altrettanto pronti e stanchi di stare in comunità, e quelle stesse persone poi ci ricadono con grande facilità, perché non hanno più paura della sostanza. “E la paura è la prima ad andarsene”. Ernest lo ha apostrofato in maniera ben più perentoria: “Tu non lo sai com'è fuori, com'è lavorare. Non ti conosci. Sei un bambino di 14 mesi [il periodo di astinenza di Stephen] in un mondo che non ti aiuterà”. Stephen lo ha guardato con espressione interrogativa, ma non ha ribattuto. Un po', forse, le sue convinzioni sono state scosse. Jane ha concluso con un'altra delle sue frasi ricorrenti. “Voletevi bene, non fatevi del male. L'unica certezza che io ho è che di qui uscite tutti. Il problema è come”»⁴³.

La storia di Stephen è un'efficace rappresentazione dell'immagine archetipica del tossicodipendente che «non conosce la vita» che circola all'interno della comunità (e non solo). Dei suoi trentasei anni, oltre venti sono passati nell'abuso di eroina e soprattutto di alcol – ha iniziato a bere a tredici. E ha potuto farlo perché la madre, fino alla fine, lo ha supportato in tutte le sue richieste. Prima di entrare in comunità, non aveva lavorato che qualche mese, lavoro stagionale estivo. «Per il resto, ogni tanto uscivo, andavo sempre allo stadio, ma passavo anche molto tempo di fronte alla televisione con una, due, tre birre in mano». Soltanto dopo la morte della madre le sue prospettive erano cambiate, in parte perché era venuta meno la base materiale del suo precedente stile di vita, ma sicuramente anche perché la forza morale della promessa fattale⁴⁴ lo aveva spinto a cercare aiuto. Non soltanto ai servizi sanitari e alla comunità, ma anche al ramo paterno della famiglia, con il quale da anni non aveva più rapporti. Uno slancio trasformativo senza dubbio fondamentale dal punto di vista della riabilitazione: Stephen aveva deciso, in prima persona, di introdurre una

⁴³ Diario di campo, 24/01/2018.

⁴⁴ Possiamo pensare alla «promessa» è un atto performativo che sottolinea l'impegno verso l'altro, un impegno che crea un legame *morale* fra due soggetti, ma è anche un «modo di vivere» una relazione, di rispondere alla «domanda etica» che l'altro ci pone, e sforzarsi di sostenere questo modo di vivere a fronte delle «logorazioni del tempo». Cfr. Garcia 2014, Ricoeur 1993.

discontinuità netta non solo con il suo stile di vita, ma con il suo *comportamento*, per utilizzare il lessico della comunità. Ma uno slancio dettato, secondo gli operatori, da un certo grado di ingenuità, di inconsapevolezza di «come funziona il mondo». Se per Stephen l'astinenza – e poi, auspicabilmente, la sobrietà – rappresentava una nuova vita, era una vita della quale non sapeva ancora niente. Dalla pianificazione a lungo termine sino alla sopravvivenza quotidiana, era entrato in un universo dalle regole, dai requisiti e dalle poste in gioco radicalmente diverse. Per chi, come lui, non aveva mai condotto una «vita normale», la comunità rappresentava un vero e proprio campo di addestramento. La rigida scansione del tempo, gli obblighi lavorativi, anche le regole sul «decoro» fanno parte della «messa in scena» della quotidianità. In parte insegnamento pragmatico, in parte vera e propria *paidèia*, in comunità Stephen avrebbe dovuto esercitarsi a «stare fuori», a essere indipendente senza essere sconsiderato, a essere affidabile e capace di guadagnarsi da vivere. Avrebbe dovuto imparare come recuperare i ventitré anni che aveva perso sul fondo della bottiglia.

Non soltanto questo: egli stesso si era imbarcato in un processo di trasformazione che lo avrebbe reso altro rispetto al suo periodo di dipendenza attiva. Non solo il mondo gli era sconosciuto, ma era anche sconosciuto a sé stesso. E di nuovo particolarmente rilevante è l'intreccio fra la cura di sé e la conoscenza di sé che sta alla base degli esercizi spirituali degli antichi. La comunità è uno spazio caratterizzato dalla ripetitività del lavoro, ma anche dalla ripetitività della riflessione. Il primo insegna a essere responsabili verso gli altri; il secondo ad essere responsabili verso sé stessi. Le frequenti attività di gruppo, i colloqui, la scrittura del diario giornaliero, sono tutti momenti in cui il soggetto si trova messo di fronte a uno specchio, spinto a guardarsi, a mettersi in discussione. Durante una conversazione, Stephen mi mostrò una sua vecchia foto. «Se ci penso io non mi riconosco. A parte il fatto che sono dimagrito, è proprio lo sguardo. Vedi? Avevo sempre lo sguardo di uno che non vede l'ora di spaccarti la faccia. Non so se mi hanno fatto il lavaggio del cervello, ma non mi sento più così. Me lo vedo proprio nel modo di ragionare che è cambiato il mio cervello. Ho cominciato ad andare in palestra, ho ricominciato a leggere, ho persino cominciato a rispettare un po' le regole – non ho mai rispettato le regole, me ne sono sempre fregato, ma ora sto facendo questo sforzo, perché lo voglio fare». Ma non è soltanto una trasformazione del suo atteggiamento. Riuscire a mantenersi sobrio, per Stephen, ha significato soprattutto acquistare un nuovo sguardo sul mondo, e in questo modo anche su sé stesso. «Ricomincio a stare bene con la gente quando esco. Prima non riuscivo a stare in mezzo alla gente se non ero bevuto, mi davano fastidio, mi sentivo osservato, fuori posto. Mi sentivo solo anche in mezzo a mille persone. Forse è per quello che bevevo e mi facevo. O forse mi sentivo così perché bevevo e mi facevo. È un cane che si morde la coda. Ora è diverso. La cerco proprio la gente, quando esco, mi metto a parlare, attacco bottone con tutti. Sarà la novità di uscire da lucido, che ne so. Magari mi stufo, ma per ora sto bene. Vedo il mondo con occhi diversi. Tante cose mi spaventa farle da lucido, ma

sono più belle». In che senso sono più belle, gli chiesi. «Eh, buona domanda. Non so se riesco a spiegarcelo. Forse è che mi emozionano di più queste cose. Prima facevo la mia vita, non me ne accorgevo nemmeno di quello che mi circondava. Ora me ne accorgo, e faccio anche lo sforzo di accorgermene».

È una rappresentazione frequente, quella della dipendenza come una «disease of frozen feelings»⁴⁵ e della riabilitazione come di un ritrovato contatto con la propria dimensione emozionale. Una rappresentazione fondamentale anche per la comunità di Lucerna, che dedica alla vita emotiva un intero gruppo tematico. Nelle narrazioni degli utenti, essa si presenta spesso in questa forma del «ricominciare a sentire», della (ri)scoperta di uno spettro di emozioni che erano state soffocate dall'abuso di sostanze, e che fanno paura oltre che piacere. Un'esplosione emotiva incontrollabile, che rivela facce della propria soggettività in precedenza sconosciute. E anche per questo, l'esercizio in comunità è determinante. Per chi, come Stephen, si sente «preso bene» da questa sua rinnovata capacità di «sentire»; ma anche per chi, come Agatha, si sente invece schiacciata, non in grado di guardarsi allo specchio. Per Agatha «conoscere sé stessa» è un peso, essere costretta a fronteggiare ciò che ha sempre cercato, anche attraverso le sostanze, di dimenticare. Ma dimenticare è impossibile, in comunità: a partire dalla filosofia affissa nella sala TV, tutto è progettato al contrario per *ricordare*, per *rievocare*, per spingere a riflettere. Finché ciascuno non sia in grado di essere padrone di sé. La strada è lunga, complessa e difficile. Perciò, l'ultima funzione della comunità è quella di fornire uno spazio entro il quale *sbagliare*. In questa prospettiva, l'episodio delle sigarette nascoste di Agatha, e le sue ricadute, sono ancora più significativi. Entro una certa misura, l'incapacità di seguire le regole, di stare al passo con la vita quotidiana imposta dalla struttura, è preventivata. L'apprendimento prevede che il discente non conosca già ciò che sta imparando, d'altra parte. Ma in comunità il margine dell'errore, e delle conseguenze dell'errore, è molto più ristretto. Le regole servono anche a limitare il sentiero che ciascuno degli utenti può percorrere. Provvedimenti disciplinari, privazioni di caffè o di uscite, turni di pulizia extra, sono tutte conseguenze relativamente miti per persone che sono state in carcere, hanno perso la propria casa, o persino rischiato di morire nelle loro vite precedenti. Ciò che tuttavia deve essere esplicitato è quel «nesso tra sigarette e cocaina» di cui Jane ha ripetutamente parlato, a Agatha e a tutto il gruppo degli utenti. Ovvero, il valore prefigurativo della vita in comunità. Riprendendo le parole della direttrice che ho citato sopra, «qui dentro non c'è altro. Ma fuori c'è altro. C'è tutto quello che volete». Le tentazioni sono superiori, i rischi altrettanto. Per questo il processo di conoscenza di sé richiede un riconoscimento dei propri errori, dei propri punti deboli, dei propri cedimenti, prima che essi provochino ricadute significative.

Anche le ricadute, tuttavia, sono una possibilità che gli operatori tengono sempre in conto. Alla fine di gennaio 2018, durante il primo gruppo familiari che

⁴⁵ Zigon 2010

frequentai, ci fu un confronto in questo senso molto rappresentativo. Piergiorgio era l'unico fra gli utenti a non stare in comunità con un programma residenziale: aveva ottenuto dagli operatori – e dai suoi servizi sanitari di riferimento – di seguire un programma diurno. Il che significava che ogni mattina arrivava in tempo per il primo gruppo, e ogni pomeriggio se ne andava alla fine delle attività lavorative. Nell'ultima settimana di gennaio, si assentò per qualche giorno. Il padre, che lo accompagnava e lo veniva a prendere a Lucerna tutti i giorni, aveva chiamato un lunedì per dire che si era ammalato, ragion per cui nessuno degli operatori sospettava niente di preoccupante. Giovedì della stessa settimana, il giorno designato per il gruppo dei familiari, mi ritrovai in ufficio a parlare con la consulente psichiatra, Octavia. Era lei che controllava e in caso di necessità modificava, durante le sue visite settimanali, le terapie psicofarmacologiche degli utenti; ma raramente si limitava a quello. Ero rimasto sorpreso dalla sua capacità di instaurare con loro un rapporto di fiducia, se non propriamente di alleanza terapeutica, e spesso i colloqui che teneva erano votati solo in minima parte alla revisione delle terapie. La sua capacità di comunicazione e di ascolto l'avevano resa un obiettivo ambito per tutti gli utenti, che facevano la fila per avere la possibilità di parlarle di qualsiasi difficoltà, dubbio, indecisione.

Quel giorno, il favore che godeva presso gli utenti le aveva fatto ottenere un'informazione inaspettata. Arrivò a metà pomeriggio, intorno alle 16. Gli operatori erano ancora in riunione, gli utenti ancora a pulire e ordinare le loro stanze. Fra le 14 e le 16 del giovedì mi trovavo spesso solo, in ufficio o in sala TV, e quel giorno non aveva fatto eccezione. Perciò, accolsi con piacere la possibilità di fare due chiacchiere con Octavia, prima che iniziasse chiamare persone a colloquio. «Avete saputo di Piergiorgio?», mi chiese immediatamente, con espressione fra il preoccupato e l'incredulo. Non so gli operatori, ma io non ho saputo niente, risposi. Che è successo, chiesi a mia volta. «Mi hanno telefonato i suoi stamani e mi hanno detto che lo hanno scoperto a sniffarsi il Neurontin⁴⁶. E pare che non sia nemmeno la prima volta in questi giorni». Scoprii un'ora dopo che anche la comunità aveva ricevuto una chiamata, quella stessa mattina, ma che non avevano avuto molti più dettagli – per quello ci sarebbe stato tempo al gruppo della sera.

All'apertura dei cancelli, alle 18:15, Piergiorgio e i suoi genitori erano in prima fila. Il primo aveva un'espressione sommesssa, sguardo basso, e rimaneva silenzioso quando si trovava vicino ai secondi, che invece sembravano furiosi. Ma iniziarono a parlare soltanto quando fummo tutti seduti in laboratorio, i familiari, Jane, Virginia e io. Il padre riusciva a malapena a trattenersi. Raccontò di aver trovato tracce di pasticche sbriciolate nel bagno, e di essere piombato in camera di Piergiorgio, che ancora diceva di stare male, per costringerlo a confessare. «Pensavamo che fosse droga, pensavamo che fosse ricaduto, e invece è soltanto un idiota». Dopo che Piergiorgio ebbe confessato, «io non ci ho più visto e gliele ho

⁴⁶ Un farmaco antiepilettico che faceva parte della terapia quotidiana di Piergiorgio.

suonate. Ora mi dispiace, ma se le merita. E se devo rifarlo lo rifarò». Ma dopo dodici ore, più che la rabbia era rimasta la delusione. «Sette mesi. È sette mesi che viene in comunità. Pensavo che stesse meglio. Sembrava che stesse meglio. E invece niente. Sette mesi buttati via». Era seduto con le braccia incrociate, quasi a rifiutare di accogliere qualsiasi altra prospettiva sugli eventi che aveva riferito.

Perché di altre prospettive ce n'erano. In particolare, di Jane e Virginia. Le quali non sembravano particolarmente stupite dall'accaduto, se non della scelta di «mimare» il consumo tramite inalazione di cocaina ma con degli psicofarmaci. «Guardi», iniziò Virginia, verso il padre di Piergiorgio, «questa cosa non è del tutto negativa. Era da un po' che avevamo l'impressione che suo figlio stesse covando qualcosa, che ci fosse qualcosa di cui non ci voleva parlare. Era talmente evidente che anche alcuni utenti sono venuti a dirci che si comportava in maniera 'strana'. E alla fine dei problemi c'erano, evidentemente». «Ci aspettavamo una ricaduta», intervenne Jane, «ma una ben più grave. Quindi, dal nostro punto di vista, questa è una cosa assolutamente positiva. Piergiorgio non avrà conseguenze, ma ha avuto un assaggio dei suoi limiti, delle dimensioni reali del suo problema con la cocaina. Non potevate chiedere di meglio. Questo errore è un passo importante sulla strada del recupero. Ricordatevi che vostro figlio, senza sostanze, ci deve stare tutta la vita». I genitori di Piergiorgio non sembravano molto convinti. Continuarono a insistere sul fatto che Piergiorgio non aveva capito ancora niente, che non aveva *imparato* niente, che avrebbe dovuto parlare con loro delle difficoltà che stava passando. «Forse la domanda migliore che vi potete porre è proprio questa. Perché non ne ha parlato con voi?»

A questa domanda, i genitori di Piergiorgio non seppero rispondere. Probabilmente, non se l'aspettavano. Spesso, i familiari immaginano il percorso in comunità come una forma di ricovero, ma non potrebbe essere più distante. Perché in comunità è legittimo e anzi necessario sbagliare, inciampare, cadere e rialzarsi, più e più volte. È legittimo e necessario perché la comunità si costruisce come uno spazio "sicuro" all'interno del quale sia possibile imparare nuovamente a vivere la propria quotidianità in maniera «sana», allontanandosi progressivamente dalle abitudini acquisite durante il proprio periodo di dipendenza attiva. La filosofia dell'esercizio ammette la possibilità dell'errore, finché esso rappresenta un ulteriore passo verso la padronanza di sé, verso la sobrietà.

Rendersi incapaci

«Il percorso in comunità è un percorso di cura, o meglio di *crescita personale*», disse Dacia, la vicedirettrice della struttura di Lucerna. Una mattina di ottobre, aveva deciso di dedicare il suo gruppo «consapevolezza» a guarigione e autostima. Insisteva molto su quest'ultimo punto in particolare. Se Jane predicava la necessità di tenere

sempre a mente gli errori che ciascuno aveva commesso nel corso della sua vita da dipendente, Dacia al contrario riteneva fondamentale «un certo grado di indulgenza con noi stessi». «Non vuol dire fare finta che non sia successo niente, ovviamente. E spesso è quello che voi fate, cercare di rimuovere il ricordo della vostra vita prima di entrare qui. È un'altra cosa. Significa cercare di non giudicarsi costantemente, di non flagellarsi per cose che non possiamo più cambiare. Riconoscere che abbiamo commesso degli errori ed essere in grado di perdonarci, per poter diventare persone migliori».

Poi prese un libretto, e iniziò a leggere un brano. Parlava della pratica giapponese del *kintsugi* o *kintsukuroi*, letteralmente «riparazione con l'oro»: l'arte di riparare oggetti in ceramica usando oro o argento fuso per saldare i pezzi. Il risultato non è soltanto un oggetto ristorato, ma un oggetto di valore maggiore, per l'aggiunta di materiale pregiato e per il casuale e irripetibile intreccio di linee che i frammenti di ceramica creano. Questa pratica ha anche un ulteriore significato simbolico: proprio perché ristora un oggetto di uso comune a un pregio e un valore artistico superiore, indica anche la capacità di superare difficoltà e ferite e farne occasione di miglioramento personale. «Il *kintsugi* è l'arte di esaltare le ferite. Può essere considerata una forma di arte-terapia, che vi invita a trascendere le prove affrontate trasformando in oro il piombo della vostra vita», lesse Dacia. E questo è molto simile a quello che vuole fare la comunità. Non solo riparare i frammenti di una vita infranta dalla dipendenza, ma realmente «rinascere» a vita nuova, senza nascondere le proprie ferite ma anzi rivendicandole, come segno di resistenza e capacità di rinnovamento. Non può significare soltanto tornare indietro, perché «indietro» ci sono le radici della dipendenza. Ci sono l'inconsapevolezza e l'irresponsabilità, c'è l'incapacità di costruire e mantenere relazioni, di conoscere e di prendersi cura di sé stessi. Ma non può nemmeno significare cancellare completamente ciò che è successo, seppellire la dipendenza e dimenticare che abbia avuto luogo, perché lascia vulnerabili ad una ricaduta, a nuovi errori che l'esperienza della dipendenza e della riabilitazione avrebbero consentito di evitare.

«Il mio cambiamento lo sento come una guerra tra la mia parte buona e la mia parte cattiva. Per cercare di trovare un minimo di equilibrio», mi disse Christiane. *Equilibrio* è qui la parola fondamentale. il processo di riabilitazione, di guarigione, è un processo di sintesi, che tiene insieme tutti gli aspetti della propria soggettività, ma si sforza anche di trasformarli, di «ricomporli» in una maniera diversa e migliore. Come la ceramica infranta non può recuperare il suo precedente aspetto senza nascondere le fratture e le imperfezioni, che prima o poi inevitabilmente si ripresentano, così per il tossicodipendente non esiste una 'cura' che riporti ad un grado zero di «salute». La patologia non è soltanto nel corpo, ma anche, soprattutto, nel *carattere*. Esiste, tuttavia, alla fine di un lungo e arduo percorso la possibilità di

*guarigione*⁴⁷, di una riparazione che sia *morale* e non fisica o psichica. Che insegni un nuovo modo di vivere, un modo moralmente e fisicamente *sano*⁴⁸.

Durande il medesimo gruppo, Dacia parlò anche del rischio di ricadere, o meglio ancora della *scelta* di ricadere. «La guarigione dalla dipendenza non può avvenire dimenticando o evitando queste sensazioni di soglia, non quando siete qui. È possibile soltanto se sappiamo modularle, controllarle, e se riusciamo a imparare a evitarle nella nostra vita quotidiana». La paura è una potente alleata, ma non dura molto. E può portare verso una sensazione di falsa sicurezza. *Scegliere* di aggirare le difficoltà della riabilitazione, di non fronteggiare i propri limiti, porta inevitabilmente sulla via della ricaduta. *Scegliere* di non pensare al desiderio di sostanze, di rifiutare la trasformazione attraverso l'esercizio, significa lasciarsi impreparati di fronte agli ostacoli che già hanno portato all'uso e all'abuso di sostanze, alla spirale discendente e, alla fine, alla comunità. Anche, soprattutto, questa è responsabilità. Se per la dipendenza non si può parlare di cura ma soltanto di guarigione, se l'intervento che si può fare sul piano neurobiologico non è che un palliativo che non estirpa la radice della patologia, allora questo percorso di guarigione può essere accompagnato, ma deve essere coerentemente scelto da chi lo intraprende. Come nel dialogo socratico, il soggetto deve «volere realmente» incamminarsi verso il bene, verso una trasformazione e un innalzamento della sua soggettività morale. Ma verso cosa tendere? Qual è l'obiettivo ultimo di questa trasformazione, la destinazione del percorso riabilitativo?

Il filosofo Bernard Williams, nel riflettere sull'intreccio fra azione, volontà e libertà nella vita etica, conia il concetto di *incapacità morale*:

«I am not concerned with an incapacity to engage or be engaged in moral life, but, on the contrary, with incapacities that are themselves an expression of the moral life: the kind of incapacity that is in question when we say someone, usually in commendation of him, that he could not act or was not capable of acting in certain ways»⁴⁹.

Williams distingue tre diversi tipi di «incapacità». La prima è un'incapacità fisica: ad esempio, sono incapace di sollevare un peso di 200 kg. La seconda è un'incapacità che potremmo definire «psicologica»: ci sono alcune cose che non sono in grado di fare *consapevolmente*, ma che potrei fare senza rendermene conto.

⁴⁷ Faccio qui riferimento alla distinzione fra «cura» e «guarigione» proposta da Allan Young (2006), che vede la prima come l'intervento sulla malattia come entità organica, e la seconda come un processo che più olisticamente «ripara» la soggettività del malato.

⁴⁸ Utilizzo qui il concetto di «morale» nell'accezione di Jarrett Zigon (2008), per il quale a livello individuale la morale non è altro che una serie di disposizioni incorporate, una modalità di «esserci-nel-mondo quotidianamente», utilizzando un linguaggio heideggeriano. È una morale non fatta di giudizi o di regole, ma di pratiche e relazioni.

⁴⁹ Williams 1995a, 46.

Soffrendo di vertigini, non potrei mai attraversare un ponte sospeso; ma se fossi bendato, e quindi non mi rendessi conto dell'altezza, potrei riuscire ad attraversarlo. L'incapacità *morale*, il terzo tipo di incapacità, non deriva da una costrizione esterna con la quale mi devo confrontare (peso eccessivo, vertigine), ma da una costrizione «interna», da una *deliberazione* che mi impedisce anche soltanto di tentare di compiere una specifica azione. Se tentassi di compierla potrei avere successo, ma qualcosa mi impedisce anche soltanto di fare un tentativo. E questo qualcosa «è espressione di, o fondato da, il carattere e le disposizioni personali dell'agente»⁵⁰.

Per passare dall'astinenza alla sobrietà, per riuscire veramente a liberarsi dello sforzo quotidiano di stare tutta la vita senza sostanze, allora è forse necessario raggiungere questa «incapacità morale». È necessario coltivare delle disposizioni che rendano impossibile e impensabile una ricaduta, passare, nelle parole di Williams, dall'*esse* al *posse*, o meglio dal *non esse* al *non posse*⁵¹.

L'unica reale possibilità di «guarigione» è il raggiungimento di questa incapacità morale, che potremmo definire anche *sobrietà*. Ed è anche l'unica possibilità di «recuperare» la propria libertà. Utilizzando sempre le categorie di Williams, potremmo collocare la tossicodipendenza fra il primo e il secondo tipo di incapacità, fra il fisico e lo psicologico. Senza un aiuto «esterno» (ovvero, farmacologico), è difficile – forse impossibile – per un tossicodipendente stare senza sostanze; ma questa è solo la dimensione neurobiologica della dipendenza, quella che Williams chiamerebbe «fisica». La dimensione psicologica, per come è definita all'interno della comunità, va oltre i circuiti di ricompensa del cervello, oltre lo spazio entro il quale la biomedicina può intervenire. Ci sono delle determinanti profondamente iscritte nell'abitudine, nella soggettività morale dei dipendenti, che li rendono «incapaci» di stare senza sostanze. Dei *non posse* che derivano da dei *non esse* eminentemente morali.

La differenza fondamentale con il terzo tipo di incapacità, con l'incapacità morale, è efficacemente espressa nel passaggio sopra citato. Essa non è una limitazione estrinseca, non riguarda l'incapacità di vivere una «vita etica»; al contrario, fa parte del modo in cui conduciamo la nostra vita etica. Se i primi due tipi di incapacità sono dei limiti alla nostra libertà, il terzo è, al contrario, un *esercizio* di tale libertà⁵². Coltivare quelle disposizioni morali che rendono *incapaci* di ricadere, di tornare indietro alla vita da tossicodipendente, che consentono di *deliberare* e di rifiutare, visceralmente, di prendere nuovamente il percorso che porta all'uso di sostanze, non è altro che lo stesso processo che restituisce a ciascuno la propria libertà.

Sono sicuramente presenti delle significative contraddizioni in questo progetto. La prima che potremmo individuare è logica: l'intersezione fra la «libera»

⁵⁰ *ivi*, 47

⁵¹ *Ibidem*

⁵² Cfr. Laidlaw 2014, 154

scelta delle sostanze – e della ricaduta – la limitazione della libertà causata dalla dipendenza, e la «libera» e «responsabile» scelta del recupero e della riabilitazione, rimane sempre molto ambigua. Il problema di individuare un confine fra il riconoscimento della volontarietà della scelta della sostanza, necessaria per l'attribuzione di responsabilità e colpa, l'eterodirezione nel momento della dipendenza attiva, e l'altrettanto necessaria volontarietà della scelta della riabilitazione, non è mai realmente risolto. Possiamo forse fare a meno di una risoluzione, in ogni caso. Lo stesso Williams sostiene che «il mio riconoscimento di responsabilità può coesistere con, anche essere fondato da, una consapevolezza che non sono nella posizione di scegliere fra percorsi che continuerò a percepire come egualmente aperti [alla mia scelta]»⁵³. La responsabilità, e in alcuni casi anche la colpa o il biasimo che ne derivano, non sono per Williams necessariamente legati ad una certezza di «poteva agire diversamente»; allo stesso modo per cui la capacità di scegliere e le determinanti «psicofisiche» che limitano lo spazio di possibilità entro il quale compiere le proprie scelte non si annullano a vicenda:

«If we are considering merely our freedom as agents, and not the more important question of our political or social freedom, we have quite enough of it to lead a significant ethical life in truthful understanding of what that life involves. A truthful life is (...) one that can include our best understanding of our psychological life, and we know that such an understanding is compatible with naturalistic explanation»⁵⁴.

Senza dubbio, possiamo affermare che la libertà di cui si interessa la comunità, la libertà che può essere riguadagnata ed esercitata attraverso la riabilitazione, è la libertà degli utenti «in quanto agenti», e che quindi può occupare lo stesso spazio delle determinanti «psicofisiche» che al contrario la limitano. Il rapporto tra le due non è a somma zero, ma semmai un costante spostarsi di equilibri, in cui ciò di cui la libertà «è capace» si espande e si contrae.

Riflessioni ultime

Il problema dell'acquisizione di una libertà «perduta» sta al centro dell'azione terapeutica della comunità – una libertà che è stata sacrificata sull'altare dell'abuso di sostanze e che dev'essere riconquistata attraverso un percorso di fatica quotidiana, di *esercizio*. La dipendenza, per come è rappresentata all'interno dei discorsi della comunità di Lucerna, crea una situazione di sostanziale *impasse*: l'uso di sostanze,

⁵³ Williams 1995b, 19. A sostenere una simile tipologia di «libertà storica», ovvero di libertà non come assenza assoluta di costrizioni ma come capacità di un soggetto di agire e di riflettere entro specifiche determinanti storiche, è anche James Laidlaw (2002, 2014).

⁵⁴ Ivi, 19-20.

«liberamente scelto», porta a una condizione di incapacità di esercitare la propria libertà, diventa la determinante primaria di ogni evento e ogni scelta della vita del dipendente. Ma, allo stesso tempo, l'avvento della dipendenza segnala anche una mancanza *essenziale* nella soggettività del dipendente, che viene alla luce con l'uso di droghe ma già esisteva, quella tendenza a «nascondersi da noi stessi», come recita la filosofia di Lucerna, che impedisce di affrontare in maniera diretta le difficoltà della propria vita quotidiana.

In questo senso, il lavoro di tutti i giorni all'interno della comunità svolge un duplice compito. Da un lato, nell'immediato, costringe a prendersi cura di sé e del proprio ambiente, delle proprie relazioni immediate – *costringe* in senso proprio, perché senza il lavoro degli utenti la comunità di Lucerna non può adempiere alla maggior parte delle sue funzioni fondamentali. Dall'altro lato, questo costante impegno quotidiano dovrebbe «responsabilizzare» gli utenti, compensare quella incapacità essenziale, profonda che hanno di «affrontare la vita», «insegnare loro a vivere». Ed è qui che la dimensione preparatoria, *prefigurativa* della quotidianità di Lucerna, delle sue regole e delle sue imposizioni, mostra tutta la sua centralità. Qui risulta evidente il principio che guida la strutturazione delle giornate, l'organizzazione e la divisione del lavoro, l'elaborazione di regole e proibizioni.

Per questo ritengo il concetto di *esercizio spirituale* particolarmente utile per comprendere il modo in cui sono strutturati e *pensati* questi percorsi riabilitativi. Hadot ci mostra come, nella filosofia antica, l'esercizio spirituale sia lo sforzo costante, quotidiano, di «imparare a vivere», di elevarsi ed essere migliori; Das ci ricorda che questi esercizi spirituali sono anche il modo in cui cerchiamo di prenderci cura di noi stessi, delle nostre relazioni, cerchiamo di «vivere bene» anche al di là di situazioni di marginalizzazione e sofferenza. E l'obiettivo della comunità di Lucerna è esattamente questo: creare uno spazio «sicuro» in cui le persone possano essere spinte a migliorarsi, possano imparare a «vivere bene», possano recuperare la libertà alla quale hanno abdicato con l'uso delle sostanze. Attraverso lo sforzo quotidiano, attraverso le regole e le restrizioni, la comunità vorrebbe insegnare al dipendente a resistere alla dipendenza, a smontare gli automatismi che essa ha creato, e in questo modo aprire la strada per un intervento più profondo, sulle cause *essenziali* della dipendenza stessa, per un ripensamento radicale della soggettività morale del dipendente.

È questo lo specifico, particolare concetto di libertà che agisce a Lucerna. Le pratiche terapeutiche attraverso le quali la riabilitazione si manifesta (ed è raggiungibile), gli *esercizi spirituali* della comunità, che ho illustrato in questo testo sono indice di come tale libertà si declina. Sono gli strumenti di acquisizione della libertà nella forma dell'incapacità morale. L'obiettivo ultimo della comunità, l'obiettivo ultimo della riabilitazione, è la *sobrietà*, che possiamo pensare proprio nei termini di Williams come incapacità morale. La sobrietà è la condizione ultima in cui non soltanto l'uso e l'abuso di sostanze sono al di fuori dello spazio di possibilità in

cui il soggetto si muove, ma anche quelle «mancanze» che avevano causato la dipendenza stessa sono state colmate.

Ancora una volta, questo è un progetto che ha delle forti componenti normative e delle significative contraddizioni interne. In primo luogo, la sobrietà di cui ho parlato è poco più che una chimera, un orizzonte inarrivabile. Il rischio di una ricaduta, fuori dallo spazio «sicuro» della comunità, è sempre presente. Il caso di Ernest, astinente per trent'anni dopo un primo percorso di comunità e ricaduto a 52 anni, ne è la drammatica dimostrazione. La sobrietà, come passaggio dal *non posse* al *non esse*, è lo scopo ultimo che guida il percorso di riabilitazione, ma che non può venire del tutto raggiunto – una componente di fatica dell'astinenza rimarrà sempre. Inoltre, quando si parla di «responsabilità» in un contesto di patologia, in particolare di patologia psichiatrica, una conseguenza è quella di caricare sulle spalle dei soggetti il peso morale della malattia stessa, anche nella forma della *colpa*⁵⁵. Un portato simbolico che non è che accentuato dall'insistenza su concetti come libertà e scelta. Tuttavia, nella declinazione quotidiana di questo progetto, in questa forma di riabilitazione, le stesse contraddizioni lasciano spazio a una prospettiva diversa, a un significato diverso di queste pratiche. In sé, «libertà» può non essere un concetto vuoto o portare ad aporie. Ma nella vita quotidiana di Lucerna essa ha un senso fluttuante ma individuabile. Significa essere in grado di prendersi cura di sé, sin dalle banali routine di tutti i giorni; significa apprendere e comprendere i propri limiti; significa riuscire nuovamente ad intessere relazioni, a stare non solo in mezzo a ma *con* gli altri. Significa poter finalmente scegliere, ma forse ancora di più *immaginare*, dopo anni di marginalizzazione e di sofferenze, di isolamento sociale ed emotivo, una *vita normale*. E se crediamo alle parole di una persona come Stephen, non possiamo fare a meno di considerare il valore che questo allargamento degli orizzonti immaginativi può avere nella vita delle persone coinvolte.

⁵⁵ Zigon 2011.

Riferimenti bibliografici

American Psychiatric Association

- *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition*, American Psychiatric Publishing, 1980
- *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition*, American Psychiatric Publishing, 2013

Bourgois, Philippe

- *In Search of Respect. Selling Drugs in El Barrio*, Cambridge: Cambridge University Press, 2003

Bourgois, Philippe – Schonberg, Jeffrey

- *Righteous Dopefiend*, Berkeley: University of California Press, 2009

Das, Veena

- *Life and Words. Violence and the Descent into the Ordinary*, Berkeley: University of California Press, 2007
- *Ordinary Ethics*, in D. Fassin (ed.), *A companion to moral anthropology*, Oxford: Blackwell, 2012
- *What does ordinary ethics look like?*, in M. Lambek et al., *Four Lectures on Ethics*, London: HAU, 2015

Foucault, Michel

- *La volontà di sapere*, Milano: Feltrinelli, 1978
- *Le tecnologie del sé*, Torino: Bollati Boringhieri, 1992
- *Mal fare, dir vero. Funzione della confessione nella giustizia*, Torino: Einaudi, 2013

Garcia, Angela

- *The Pastoral Clinic. Addiction and Dispossession Along the Rio Grande*, Berkeley: University of California Press, 2010
- "The Promise: On the Morality of the Illicit", *Ethos*, 42, 1, 2014, pp. 51-64

Hadot, Pierre

- *Esercizi spirituali e filosofia antica*, Torino: Einaudi, 1988

Laidlaw, James

- "For an Anthropology of Ethics and Freedom", in *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 8, pp. 311-332

- *The subject of virtue: An anthropology of ethics and freedom*, Cambridge: Cambridge University Press, 2014

Rabinow, Paul

- *Pensare cose umane*, Roma: Meltemi, 2008

Ricoeur, Paul

- *Sé come un altro*, Milano: Jaca Book, 1993

Robinson, Sean - Adinoff, Bryon

- "The Classification of Substance Use Disorders: Historical, Contextual, and Conceptual Considerations", in *Behavioral Sciences*, 6, 18, 2016

Singer, Merrill

- "Anthropology and addiction: a historical review", in *Addiction*, 107, 2012, pp. 1747-1755

Sloterdijk, Peter

- *Devi cambiare la tua vita*, Milano: Raffaello Cortina, 2013

Williams, Bernard

- *Moral incapacity*, in Id., *Making sense of humanity and other philosophical papers 1982-1993*, Cambridge: Cambridge University Press, 1995(a)

Williams, Bernard

- *How free does the will need to be?* in Id., *Making sense of humanity and other philosophical papers 1982-1993*, Cambridge: Cambridge University Press, 1995(b)

Young, Allan

- *Antropologie della 'illness' e della 'sickness'*, in I. Quaranta (a cura di), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Milano: Raffaello Cortina, 2006

Zigon, Jarrett

- *Morality. An Anthropological Perspective*, New York: Berg, 2008

- "A disease of frozen feelings: Ethically Working on Emotional Worlds in a Russian Orthodox Church Drug Rehabilitation Program", in *Medical Anthropology Quarterly*, 24, 3, 2010, pp. 326-343

- *HIV is God's Blessing. Rehabilitating Morality in Neoliberal Russia*, Berkeley: University of California Press, 2011

Autori di questo numero

FRANCESCA CANCELLIERE ha completato gli studi in psicologia dello sviluppo e dell'educazione all'Università di Torino ed è dottoranda in antropologia presso l'Istituto di Scienze Sociali dell'Università di Lisbona. Il suo lavoro di dottorato esamina le politiche dell'aderenza alla terapia antiretrovirale a Maputo, capitale del Mozambico e come queste incidano nella vita di giovani adolescenti sieropositivi che vivono in zone di estrema marginalità ed esclusione sociale.

È membro della *Missione Etnologica Italiana nell'Africa Subsahariana* dell'Università di Torino e fa parte del progetto *Integra Between Biomedicine and Local Therapies: Cross-Views on Mental Health in Mozambique*, in partenariato con l'Università di Lisbona, l'Università di Torino e l'Università di Maputo. Attualmente coordina la rete europea dei giovani ricercatori in antropologia medica (MAYS-EASA) e fa parte del gruppo di lavoro CEC (Centro di Etnopsicologia Clinica) dell'Istituto Superiore di Psicologia Applicata (ISPA) a Lisbona. Tra le sue pubblicazioni: *Visual Arts as Methods of Research: Some Reflections from an Ethnography with HIV Positive Teenagers*, in *Irish Journal of Anthropology* (2019) e *A doença do século. Giovani e AIDS nella città di Namaacha*, in *Intrecci. Quaderni di antropologia culturale* (2014).

DIEGO CUCINELLI ottiene nel 2013 il PhD in Letteratura Giapponese (Sapienza Università di Roma). In precedenza, compie periodi di studio e ricerca in qualità di borsista MEXT presso la Kyoto University (2002-2003) e la Waseda University (2005-2009). Attualmente, insegna Lingua Giapponese presso l'Università degli Studi di Firenze. Nel Luglio 2020 ottiene l'abilitazione a Professore di seconda fascia per il settore 10/N3.

Tra i principali interessi di ricerca la letteratura fantastica giapponese, le rappresentazioni del mostruoso nel mondo antico e moderno e la demonologia (*yōkaigaku*). Ha al suo attivo diversi articoli sul tema dei mostri giapponesi e una monografia dal titolo "Percorsi nella letteratura fantastica giapponese – Demoni e animali fantastici" (Gangemi, 2019). Nel corso dei suoi studi si è concentrato sulle rappresentazioni del gatto nel Giappone pre-moderno e moderno, sui bestiari del

periodo Tokugawa (1600-1867) e sulla figura del demone e di altre creature fantastiche nella letteratura giapponese. Attualmente, sta lavorando a una edizione critica che raccoglie storie fantastiche e aneddoti buddisti del Giappone antico e medievale.

diego.cucinelli@unifi.it

SABRINA FLAMINI, antropologa, è membro e segretario del Consiglio di Amministrazione della Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute (Perugia). Dal 2000 ha svolto per la Fondazione Angelo Celli, in qualità di ricercatrice, numerosi progetti, etnografie e ricerche qualitative (con specifiche competenze nell'ambito dell'antropologia medica); supervisione e coordinamento di progetti di ricerca-intervento; formazione; pubblicazioni scientifiche; mediazione socio-culturale nel rapporto tra servizi sanitari, sociali, educativi e loro utenti; editing e revisione di pubblicazioni scientifiche e divulgative, attività redazionali.

I principali campi di interesse sono: la migrazione (rapporto tra utenza, operatori e servizi socio-sanitari); le questioni di genere; le modificazioni genitali femminili; la medicalizzazione; la salute mentale e i processi di deistituzionalizzazione.

Svolge attività di sensibilizzazione, formazione, consulenza antropologica e svolge attività di mediazione etnoclinica per enti socio-sanitari e operatori, organizzazioni del terzo settore del territorio umbro. Nell'ambito delle cosiddette "mutilazioni genitali femminili" svolge attività di supporto e consulenza a donne, famiglie, operatori socio-sanitari e della scuola.

Nel 2010 ha ottenuto il Dottorato in educazione sanitaria e promozione della salute presso l'Università degli studi di Perugia con una tesi dal titolo: *Gruppo, narrazione e percorsi di salute. L'approccio biopsicosociale nell'esperienza del Servizio di psiconcologia di Perugia* (tutor Tullio Seppilli e Paola Rivosecchi).

È membro della Società Italiana di Antropologia Medica (Siam) e del Comitato di redazione di "Sistema salute. La rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute". Socia fondatrice e vice-presidente dell'associazione "Maka. Centro studi antropologici su corpi, generi e modificazioni dei genitali".

ALICE GATTARI, laurea magistrale in Antropologia Culturale ed Etnologia presso l'Università di Bologna, è una ricercatrice indipendente. Per la tesi di Laurea Magistrale, tra il 2017 e il 2018, ha condotto una ricerca etnografica sull'esperienza di sieropositività in Emilia-Romagna. Si interessa di Antropologia Medica, in chiave applicativa, e di Antropologia della Sessualità, a livello educativo. Ha collaborato con il Checkpoint Milano in qualità di assistente counselor per le attività di prevenzione e tutela della salute sessuale sul territorio milanese. Dal 2020 è co-fondatrice del

progetto professionale Seed Anthropology, volto all'impiego e alla divulgazione delle metodologie e dei saperi antropologici in ottica formativa e consulenziale.

SIMONETTA GRILLI è docente di Antropologia Sociale e Antropologia della Famiglia presso l'Università di Siena. Ha svolto ricerche in Somalia e in Italia sui temi della famiglia, della parentela, dell'emigrazione. Attualmente si occupa di questioni legate alle identità di genere, all'antropologia del corpo, al lavoro domestico e di cura e alle nuove forme di famiglia e parentela nella società italiana. Tra le sue pubblicazioni più recenti, *Scelte di famiglia. Tendenze della parentela nella società contemporanea* (ETS, 2010, con Francesco Zanotelli); *Per-formare corpi. Esperienze e rappresentazioni* (Unicopli, 2013); *Antropologia delle famiglie contemporanee* (Carocci, 2019).

NICOLA MARTELLOZZO è dottorando presso l'Università di Torino. I suoi principali interessi di ricerca riguardano l'antropologia dell'ambiente, le rappresentazioni culturali del corpo e le pratiche di patrimonializzazione. Ha condotto una ricerca etnografica pluriennale (2016-2020) presso Ronciglione (VT), riguardante il patrimonio immateriale comunitario. Per il comune di Sparone (TO) ha svolto un'attività di selezione e catalogazione museale. È autore di saggi e articoli scientifici per riviste nazionali e internazionali, come *Intersezioni*, *Im@go*. A *Journal of Social Imaginary*, *Dialoghi mediterranei*, *AM-Antropologia museale* (in uscita). Negli ultimi tre anni ha partecipato come relatore ai principali convegni nazionali di settore (SIAM 2018, 2020; SIAC 2018, 2019, SIAA 2018, 2019) e a conferenze internazionali. È membro dell'associazione psicoanalitica *Officina Mentis*, per la quale ha coordinato un ciclo seminariale su Ernesto de Martino (2018-2019), in collaborazione con l'Università di Bologna. Attualmente conduce la propria ricerca di dottorato in Val di Fiemme (TN), occupandosi delle relazioni culturali ed ecologiche tra foreste e comunità umana.

PASQUALE MENDITTO, iscritto al corso di dottorato in Storia, culture e politiche del globale presso l'Università di Bologna, ha conseguito la laurea magistrale in Antropologia Culturale e Etnologia nello stesso ateneo, con una tesi riguardante il sistema di prima accoglienza dei migranti nell'area di Parigi. Attualmente si occupa della crisi dei rifugiati siriani in Libano, con un focus sulle pratiche di governo disperate da agenzie internazionali e istituzioni locali, e sui processi di soggettivazione prodotte da quest'ultime. Sugli argomenti della sua tesi magistrale è stato autore di due articoli scientifici, dal titolo "Le Pieghe della terra. Analisi di una frontiera parigina" e "I luoghi della migrazione. Regimi di mobilità e necropolitica"

entrambi pubblicati dalla “Rivista di Politica” dell’università di Perugia. Inoltre, durante il suo soggiorno in Libano ha cominciato a collaborare con alcuni quotidiani nazionali e magazine online, scrivendo vari articoli riguardanti la rivoluzione libanese e l’attuale situazione siriana.

ANTONIO LUIGI PALMISANO ha lavorato come ricercatore e docente presso numerose Università italiane e straniere (Berlino, Leuven, Addis Abeba, Göttingen, Roma, Torino, Trieste) e svolto pluriennali ricerche sul terreno in Europa, Africa dell’Est e Asia Centrale.

In Europa è stato incaricato dal 1990 al 1992 al progetto internazionale “Foundations of a New European Legal Order”, presso il Centre for the Study of the Foundations of Law, Katholieke Universiteit, Leuven. In Ethiopia, presso l’Università di Addis Ababa, si è occupato di ricercare sui processi politici di manipolazione delle reti sociali nei processi di soluzione dei conflitti, analizzando dal 1992 al 1997 il diritto consuetudinario tribale in relazione al diritto statale federale. In Afghanistan, in qualità di Senior Advisor for Judicial Reform, ha lavorato con la Judicial Reform Commission dal 2002 al 2004. Insieme a questa e altre istituzioni internazionali (Kabul University, Unicef, Who) ha diretto ricerche estensive sulle forme alternative di soluzione dei conflitti e sulla struttura e organizzazione della giustizia informale in Asia. Ha condotto infine *survey researches* sulla relazione fra diritto consuetudinario, diritto informale e diritto statale in Ecuador, Paraguay, Guatemala, Argentina e Cuba, elaborando una analisi critica della relazione fra sistemi giuridici, ordine sociale e ordine dei mercati. Palmisano intende il *fieldwork* come stile di vita.

RAFFAELLA SABRA PALMISANO è Dottore di Ricerca in Medicina Clinica e Sperimentale e Medical Humanities (Università dell’Insubria), filosofa, è Editorial Board Coordinator della rivista scientifica internazionale DADA Rivista di Antropologia post-globale; Certified S.F.E.R.A. Coach, gioca con l’ipnosi costruttivista e la filosofia politica e morale. Si è occupata fin dalle sue prime ricerche della questione dell’Alterità, ciò la ha portata ad approfondire il concetto di corpo, dal mondo della guerra al mondo delle bodymodifications. La prospettiva emica è sua amica. Ha insegnato Etica della Comunicazione (Università del Salento) e collaborato con varie cattedre.

Ha pubblicato su politica e filosofia dell’azione, corpo e terrorismo, mito e legittimazione, trance, guerra e liberazione. Presto darà alle stampe due monografie: una sul solipsismo e l’altra su corpo e immaginario politico.

MAYA PELLICCIARI è antropologa, ricercatrice senior e docente. Il suo campo di attività è l'antropologia medica. Dal 2000 ha svolto per la Fondazione Angelo Celli, in qualità di ricercatrice, numerosi progetti, etnografie e ricerche qualitative; supervisione e coordinamento di progetti di ricerca-intervento; formazione; pubblicazioni scientifiche; mediazione socio-culturale nel rapporto tra servizi sanitari, sociali, educativi e loro utenti; editing e revisione di pubblicazioni scientifiche e divulgative, attività redazionali. Fino al 2017 ha fatto parte del Consiglio di amministrazione della Fondazione Celli. Membro del Consiglio direttivo della Società Italiana di Antropologia Medica (SIAM) fa anche parte del Comitato di redazione di "AM. Rivista della società italiana di antropologia medica". Le sue attuali e principali aree di ricerca sono le modificazioni genitali femminili, il genere e le pratiche corporee, i diritti di salute e la migrazione, la relazione medico-paziente, le politiche educative e le difficoltà di apprendimento.

Svolge attività di consulenza antropologica, sensibilizzazione, formazione e attività di mediazione etnoclinica per enti socio-sanitari e operatori, organizzazioni del terzo settore del territorio umbro. Nell'ambito delle cosiddette "mutilazioni genitali femminili" svolge attività di supporto e consulenza a donne, famiglie, operatori socio-sanitari e della scuola.

È dottore di ricerca in "Metodologie della ricerca etnoantropologica" con una tesi dal titolo: *La questione del "rapporto medico-paziente". Uno sguardo critico sulla letteratura e una ricerca etnografica in ambulatori di medicina generale nel Distretto n. 1 della Asl n. 2 (Perugia) della Regione dell'Umbria*, tutor: prof. Tullio Seppilli.

È socia fondatrice e presidente dell'associazione "Maka. Centro studi antropologici su corpi, generi e modificazioni dei genitali".

MARTA QUAGLIUOLO, laureata in Antropologia Culturale ed Etnologia nel 2018 con una tesi intitolata *Etnografia di un provvedimento giudiziario. Le potenzialità della Giustizia Minorile nel contrasto alla 'ndrangheta*, è oggi dottoranda presso la Scuola di Dottorato in Scienze Psicologiche, Antropologiche e dell'Educazione dell'Università degli Studi di Torino. Collabora con la cattedra di Antropologia dell'Infanzia. È autrice dell'articolo *Due o tre cose che ho imparato sulla "cultura mafiosa". Riflessioni antropologiche su un provvedimento giudiziario*, pubblicato da *MinoriGiustizia* nel 2018. Ha partecipato all'Anthropology of Children and Youth Conference (*Rethinking Child and Youth Marginalities: Movements, Narratives, and Exchanges*) nel 2019 e alla 16th EASA Biennial Conference (*New anthropological horizons in and beyond Europe*) nel 2020.

IVO QUARANTA è professore associato in discipline demoetnoantropologiche all'Università di Bologna, dove dirige il Centro studi e ricerche in salute internazionale e interculturale del Dipartimento di Storia Culture Civiltà. I suoi interessi scientifici spaziano dallo studio dei processi di produzione sociale della sofferenza, all'analisi delle pratiche di elaborazione culturale dell'esperienza di malattia. Al momento è impegnato in una ricerca sul rapporto fra disuguaglianze socioeconomiche e salute nella città di Bologna, con l'obiettivo di individuare possibili azioni per lo sviluppo di politiche di promozione della salute. Tra le sue pubblicazioni ricordiamo: *Corpo, potere e malattia. Antropologia e AIDS nei Grassfields del Camerun*, (2006), *Antropologia medica. I testi fondamentali* (2006); *Malati fuori luogo. Medicina interculturale* (con Mario Ricca, 2012); *Assemblages, Transformations, and the Politics of Care* (con Massimiliano Minelli e Sylvie Fortin, 2018).

FEDERICO REGINATO ha conseguito il diploma triennale in "Antropologia, Religioni e Civiltà Orientali" a Bologna, per poi proseguire gli studi tra l'Italia e il Marocco partecipando al Master binazionale di "Analyse Comparée des Sociétés Méditerranées". I suoi lavori si collocano nell'ambito dell'antropologia medica, caratterizzandosi per il costante esercizio di commistione tra i campi d'indagine della storiografia e dell'etnografia. I suoi interessi di ricerca attuali riguardano lo studio dei processi sociali tramite cui si costruiscono linguaggi e rappresentazioni della memoria, del territorio e della politica nel nord del Marocco: in particolare lavora sul rapporto tra politiche della cittadinanza, eredità coloniale ed ermeneutica della storia.

VERONICA RENDINI, PhD, è attualmente borsista presso l'Università di Padova in un progetto sull'accesso ai servizi sanitari delle donne migranti. I suoi principali interessi di ricerca riguardano il rapporto tra migrazioni, condizioni di lavoro e salute nella rete di produzione globale. Negli ultimi anni è stata coinvolta in numerosi progetti di ricerca e di analisi etnografica sull'industria manifatturiera nei Paesi a basso salario (Romania e Moldova) e in quella dei beni di lusso in Italia, sul mercato dell'assistenza sanitaria e la salute occupazionale delle lavoratrici domestiche migranti. È autrice di diversi saggi e monografie tra i più recenti dei quali si segnalano: "Commodity Fetishism Again. Labour, Subjectivity and Commodities in 'Supply Chains Capitalism'" (in *Open Cultural Studies*, 2018), "Working on Margins: An Anthropological Analysis of the Italian Supply Chains in two Eastern European Countries", (in *Journal des Anthropologues*, 2020).

PINO SCHIRIPA è professore associato alla Sapienza - Università di Roma, dove insegna Antropologia Medica e Antropologia Religiosa. È stato visiting professor all'Università Keio di Tokyo (Giappone), Università Federale di Stavropol (Russia) e Università Mekelle (Etiopia).

Dal 1989 lavora sul campo principalmente in Ghana e in Etiopia, lavorando sul pentecostalismo, medicina tradizionale, sistemi medici, prodotti farmaceutici. Attualmente sta portando avanti una ricerca su Pentecostalismo e sviluppo in Etiopia e Ghana.

È direttore della Missione Etnologica Italiana in Ghana e della Missione Etnologica Italiana in Tigray - Etiopia.

È vicepresidente della Società italiana di antropologia medica e membro della redazione di “AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica” e de “L’Uomo. Società- Tradizione – Sviluppo”

Ha scritto molti articoli in italiano, inglese, spagnolo e francese e i libri: *Competing orders of medical care in Ethiopia* (2019); *La vita sociale dei farmaci. Produzione, circolazione, consumo degli oggetti materiali della cura*, (2015); *Le politiche della cura. Terapie, Potere e tradizione nel Ghana contemporaneo*, (2005); *Profeti in città. Etnografia di quattro chiese indipendenti del Ghana*, (1992); e ha curato i libri: *Terapie religiose. Neoliberismo, cura, cittadinanza nel pentecostalismo contemporaneo*, (2012); *Health System, Sickness and Social Suffering in Mekelle (Tigray –Ethiopia)*, (2010); *Research materials on traditional medicine in the Nzema area (Ghana)* (2011; con Mariano Pavanello); *L'ambulatorio del guaritore. Forme e pratiche del confronto tra biomedicina e medicina tradizionali in Africa e nelle Americhe*, (2000; con Pietro Vulpiani).

LORENZO URBANO ha conseguito il titolo di Dottore di Ricerca in Antropologia presso l'Università di Roma “La Sapienza”, con una tesi etnografica sul rapporto fra responsabilità e malattia nella riabilitazione dalla tossicodipendenza. È docente a contratto presso l'Università di Pisa. È membro della Redazione delle riviste *Lares – Quadrimestrale di Studi Demoetnoantropologici* e *Studi Culturali*. I suoi interessi di ricerca si situano all'intersezione di antropologia medica, antropologia morale e antropologia delle istituzioni.

MARIA CAROLINA VESCE è docente a contratto di Antropologia Culturale presso l'Università degli studi di Siena. Nel 2017 ha conseguito il dottorato di ricerca in Antropologia e studi storico-linguistici presso l'Università di Messina e dal 2018 al 2020 è stata Alsos Research Fellow presso l'Università degli studi di Siena. Ha svolto ricerche sul campo in Italia (a Napoli e a Bologna), in Samoa e Nuova Zelanda. I suoi interessi si concentrano sui temi del corpo, del genere e della persona con particolare

riguardo per le esperienze di genere non-normativo e per l'impatto delle categorie biomediche sulle esperienze "indigene" di genere. È autrice di *Atri Transiti. Corpi, pratiche, rappresentazioni di femminielli e transessuali*, Milano, Mimesis 2017 e di saggi comparsi in volumi collettanei e riviste scientifiche.

FRANCESCA ALICE VIANELLO, PhD, è ricercatrice in sociologia dei processi economici e del lavoro presso l'Università degli Studi di Padova. Il suo ambito di ricerca riguarda in particolare l'analisi delle migrazioni lavorative con un'ottica di genere. Negli ultimi anni ha indagato l'impatto della crisi economica sui lavoratori e sulle lavoratrici migranti, le migrazioni femminili est-europee, le famiglie migranti multi-locali, il lavoro domestico e di cura e le sue implicazioni sulla salute. Ha recentemente concluso in qualità di PI il progetto di ricerca "Migration and Occupational Health: Understanding the Risks for Eastern European Migrant Women" ammesso al finanziamento sulla base di un bando competitivo STARS Grants 2017 – Consolidator dell'Università di Padova. È autrice di diversi saggi e monografie. Tra i più recenti ricordiamo: "Young adult migrants' representation of ethnic, gender and generational disadvantage in Italy" (con Toffanin A.M., in *Ethnic and Racial Studies*, 2020), "The Health of Migrant Women Working as Home Care Assistants in Italy: An Analysis of the Most Hazardous Factors of Home Care Work" (in *Research in the Sociology of Health Care*, Vol. 37, 2019).