

«*Une éducation thérapeutique très difficile...*». Ammalarsi di diabete in Marocco, tra prescrizioni sanitarie, cibo e cultura

Eugenio Zito

«*Une éducation thérapeutique très difficile...*». **Becoming diabetic in Morocco, among health prescriptions, food and culture**

Abstract

In the article the author, starting from different meanings related to the experience of becoming diabetic in Morocco, an Islamic country, discusses the cultural and social components of diabetes mellitus and its therapeutic processes here, according to a medical anthropology perspective. After the description of the biomedical care model of the endocrinological unit in the university hospital of Marrakech, he reports a part of his ethnographic research experience, still open in this context, concerning the participation in the weekly program of hospitalization of such patients, with a focus on cultural meanings conferred to the disease and with a particular attention to issues such as food and *Ramadan*. In this ethnography the author discusses in more detail the value of a specific educational health practice, that of the preparation of a complete meal by patients during the last day of their hospitalization, as a concrete experience in which bringing together the lessons learned on the proper management of diabetes with some Moroccan traditions.

Keywords: Morocco, food, Ramadan, diabetes; hospital ethnography

«Il Marocco non si lascia prendere di fronte:
la sua luce è abbacinante, il suo spirito si irradia,
fa smarrire il viaggiatore.
Bisogna cercare di avvicinarlo di sbieco.
Il Marocco non si concede, non si dà [...]
è un enigma da sedurre con garbo [...]
è così, sfuggente, inafferrabile.
Bisogna intuirlo, immaginarlo
e fare attenzione ad alcuni particolari della vita quotidiana».
(Tahar Ben Jelloun, *Marocco, romanzo*, 2010, p. 8)

1. Un enigma luminoso

Tahar Ben Jelloun, parlando dell'inafferrabilità del suo Marocco¹, terra dalla luce intensa in grado di far smarrire il viaggiatore, suggerisce di avvicinarlo di sbieco, in

¹ Il regno del Marocco, suddiviso in undici regioni riconosciute, è una monarchia costituzionale dal 1957 con la fine del protettorato francese (1912-1956), dalla prevalente religione islamica (non mancano tuttavia ebrei e cristiani), con una popolazione di circa trentatré milioni di abitanti di cui più della metà si concentra nelle sue città più grandi come Casablanca, Rabat, Fes, Marrakech e Tangeri. Paese con una storia di intensi flussi di emigrazione verso l'occidente e più di recente meta di immigrazione dall'Africa subsahariana, sta attraversando una transizione demografica con una riduzione dell'incremento della sua popolazione. Sul piano economico è a reddito medio, con

quanto luogo enigmatico che non si concede facilmente, per poi provare a intuirlo, se non immaginarlo, proprio da tale posizione, laterale, meno diretta. Il Marocco, nelle sue parole, «non si dà», tanto più che, come altrove nello stesso romanzo aggiunge, «L'anima di un paese è un enigma [...]. L'anima è qualche cosa che non si vede, non si tocca, ma che si percepisce senza poterlo spiegare né descrivere» (2010, p. 4).

A proposito di complessità e identità, seguendo ancora lo scrittore tra le stimolanti pagine dell'inconsueta guida-romanzo a questo paese, si trova conferma letteraria a quanto la documentazione storica mostra.

«Il Marocco è una nazione ben radicata nella storia; la sua identità è solida e forte. È un paese popolato da berberi, arabi, mussulmani ed ebrei. La sua storia è segnata da uno spirito di apertura verso il mondo. I francesi hanno firmato un accordo di protettorato, gli spagnoli hanno occupato il Nord e una parte del Sud sahariano, ma i turchi non sono riusciti a stanziarvisi come hanno invece fatto in Algeria, Tunisia e in una parte del Medio Oriente. I marocchini sono particolarmente fieri di essere sfuggiti agli ottomani, il che, fra l'altro, ha fatto sì che si preservasse la loro arte culinaria. Questa storia ha contribuito a consolidarne l'anima, la personalità e l'identità. Ciò significa che il Marocco è un paese romanzesco per eccellenza, dato che la diversità e la complessità dei suoi paesaggi umani lo collocano in una posizione tale da rendere necessaria qualche chiave di lettura particolare per capirlo, o almeno per coglierne alcuni aspetti fondamentali» (2010, p. 6).

In realtà, a ben vedere, oltre a evidenziare la complessa identità collettiva di questo paese (Aït Mous e Ksikes 2016), sedimentatasi nella sua lunga storia, Tahar Ben Jelloun ci offre anche, tra le righe, una possibile concreta chiave di accesso alla sua impenetrabile cultura, studiata da antropologi occidentali (Gellner 1969; Crapanzano 1973, 1995; Geertz, Geertz e Rosen 1979; Geertz 2008), oggetto poi della critica postcoloniale di intellettuali magrebini (Rachik 2012; Addi 2013) attenti a possibili derive orientalistiche (Said 1991). Infatti lo scrittore marocchino, come farebbe un etnografo, invita l'osservatore/viaggiatore a «fare attenzione ad alcuni particolari della vita quotidiana», cosa veramente possibile se vi è una profonda immersione in essa. Da antropologi sappiamo che l'etnografia ha come obiettivo, certamente arduo, quello di tentare il più possibile di avvicinarsi a capire il modo in

un'economia in crescita, un elevato grado di apertura agli scambi internazionali, con attività commerciali e agricole in grosso sviluppo, un turismo florido e in espansione. Da un punto di vista geografico si caratterizza per un territorio esteso e molto vario che occupa la parte più occidentale del Nord Africa, dalla cultura ricca e complessa, in cui si incrociano elementi berberi, arabi, africani ed europei, e in cui si parlano l'arabo (classico e marocchino) e la lingua berbera/*amazigh* (nelle sue diverse varianti) come lingue ufficiali riconosciute dalla nuova Costituzione del 2011, oltre al francese. Per approfondimenti in merito alla discussa questione berbera/*amazigh* in Marocco, e più in generale in Nord Africa, sul piano linguistico, politico e socio-culturale, si rimanda, tra gli altri, a Rachik (2006) e Di Tolla (2017).

cui i gruppi umani che si stanno analizzando vedono il proprio mondo, attraverso una o più chiavi di lettura che rimandano al bagaglio teorico di cui si dispone. In proposito Malinowski sintetizza tale concetto sostenendo che si tratta di «afferrare il punto di vista dell'indigeno, il suo rapporto con la vita, di rendersi conto della sua visione del suo mondo» (Malinowski 2004, p. 33), cosa realizzabile se si è sul *campo* con pazienza e potendo disporre di tempo. Per Piasere (2002) questo processo di comprensione del punto di vista dell'altro si rende veramente possibile solo quando l'etnografo “spugna” si lascia impregnare in modo profondo dalla cultura che studia, fino a una vera e propria identificazione con essa, attraverso esperienze, schemi, analogie, emozioni, posture. Dal canto mio, per quello che attiene all'esperienza sino ad ora fatta su questo *campo*, mi è sembrato che il Marocco ben si presti a favorire tale profonda immersione, anche per la dimensione ancora fortemente comunitaria della sua cultura e per la sua coinvolgente vita sociale, che a volte però possono diventare estranianti nel saturare con la loro complessità la mente di chi vi si immerge. In merito a ciò appare illuminante quanto un altro scrittore, Elias Canetti, scrive nel suo romanzo *Le voci di Marrakech* (1964), relativamente al bisogno di “riparare” in un luogo in cui far decantare il forte impatto delle voci nuove e incomprensibili della città marocchina esperita. Ci offre così un'utile metafora di un altro aspetto del lavoro etnografico, quello del problematico crinale, nel processo conoscitivo dell'alterità, tra immersione e necessità di distanziamento rispetto a quanto osservato e vissuto.

«Per prendere confidenza con una città straniera è necessario disporre di un luogo appartato, un luogo su cui ci si può contare e dove si può restare soli quando la confusione delle voci nuove e incomprensibili diventa troppo grande. Questo luogo ha da essere tranquillo e silenzioso, nessuno deve vederci quando in esso cerchiamo riparo, e neanche quando poi decidiamo di lasciarlo. La cosa più bella è sparire in un vicolo senza uscita, fermarsi davanti a un portone di cui si ha la chiave in tasca, e aprirlo senza che anima viva ci possa sentire» (Canetti 1983, p. 39).

Certamente, fare attenzione alle piccole-grandi cose della vita quotidiana, come ancora nelle parole di Tahar Ben Jelloun, quale possibilità reale e concreta di comprensione dell'alterità cui esse appartengono, ove c'è piena immersione nella vita degli altri, costituisce la strada più fruttuosa per questo scopo, così come la pratica del *campo* insegna, nonostante poi la fatica dell'incontro che ne deriva, di cui Elias Canetti ci parla.

Nei diversi viaggi intrapresi in Marocco², tra tutti i particolari della sua vita quotidiana e del suo territorio che hanno attratto subito e di più la mia attenzione,

² Ho cominciato a frequentare questo paese nel 2012 in concomitanza con la partecipazione a un gruppo di ricerca internazionale su tematiche di genere che mi ha portato in varie occasioni, fino al 2015, nelle città di Fes, Meknes, Rabat e Marrakech. A giugno 2018 sono ritornato in Marocco per un

anche e proprio sui piani sensoriale e percettivo – per tenere fede al suggerimento di Tahar Ben Jelloun - posso senza dubbio considerare, oltre alla sorprendente luce³ nelle sue diverse declinazioni stagionali, legate ai differenti momenti del giorno e alle variegate aree geografiche di un paese che si estende dal Mediterraneo all’Atlantico, dalle catene dell’Atlante al deserto del Sahara, e alla musica che attraversa profondamente la sua vita sociale e culturale, anche, senza dubbio, il cibo.

2. Cibo e diabete nel contesto marocchino

Nell’abbondanza della sua presenza sulla scena sociale, urbana e rurale, nella sua prepotente dimensione sensoriale (Le Breton 2007), fatta di colori accesi, odori forti, una materialità plastica, ma soprattutto nell’intensa socialità che vi ruota intorno, il cibo, fatto sociale e culturale⁴ pieno di valenze simboliche (Teti 1999, 2015; Guigoni 2009; Harris 2015), ha una centralità rilevante nella società marocchina, vestendosi di significati ragguardevoli e caratterizzanti l’identità di questo paese. La ben nota *hospitalité marocaine* non è uno stereotipo, ma una postura culturalmente strutturata che ha nell’offerta del cibo all’altro il suo asse centrale, come anche Ben Jelloun (2010) osserva. È un *habitus*, per dirla alla Bourdieu (2003), di cui certamente il viaggiatore può godere e che sembra connotare ancora il comportamento dei suoi abitanti, anche nelle grandi città del Marocco contemporaneo, nonostante il profondo e accelerato cambiamento sociale in cui sono immerse e, più in generale, i processi di globalizzazione e di omogeneizzazione della cultura che le investono. L’offerta all’ospite del tè alla menta, per esempio, con la singolare ritualità che la accompagna già nella preparazione, corredata dei dolci carichi di miele tipici della *pâtisserie marocaine*, è diventata quasi un emblema del paese, come restituiscono alcune sue

periodo di insegnamento con il Programma “Erasmus+ Staff Mobility for Teaching” International Credit Mobility KA107 presso il Centre Marocain des Sciences Sociales alla Faculté des Lettres et des Sciences Humaines dell’Università Hassan II di Casablanca con cui ho poi avviato un programma di cooperazione interuniversitaria. La ricerca cui mi riferisco in quest’articolo viene invece concepita nel novembre 2018 a seguito di un periodo di *visiting* presso il Département de Sociologie della Faculté des Lettres et des Sciences Humaines dell’Université Cadi Ayyad di Marrakech, a cui è seguito nel febbraio 2019 il suo avvio sul *campo* nel contesto ospedaliero scelto.

³ Sulla specificità della luce in Marocco ci sarebbe tanto da dire e certamente non si può non ricordare in questa sede che fu proprio quest’ultima a stregare, tra i tanti altri viaggiatori che di qui passarono, il pittore Eugène Delacroix che riuscì a fissarla in tele e in disegni di grande bellezza, oltre che di elevato valore in termini di ricostruzione storica ed etnografica.

⁴ Come mostra l’antropologia ogni cultura stabilisce le sue norme, in parte esplicitamente codificate, ma spesso implicitamente poste, di regolazione dell’alimentazione in società, determinando cibi commestibili o vietati, ma anche tecniche e pratiche di preparazione, condivisione e consumo, variazioni stagionali, contesti e luoghi, soggetti e tempi, significati e simbolismi associati (Lévi-Strauss 1958, 1968).

esotiche iconografie sui tabelloni pubblicitari che accolgono il viaggiatore appena atterrato in uno dei super-moderni aeroporti delle sue città più grandi, promessa di ospitalità sontuosa e di buon vivere. Anche la modalità di consumare una delle tante tradizionali *tajine* di carne, pesce o di verdura, tutti intorno a un unico grande incandescente piatto di terracotta da cui si attinge senza posate, semplicemente aiutandosi con una delle tipiche forme di buon pane chiaro o scuro, tonde e basse – circostanza in cui mi sono trovato più volte nell’ambito delle relazioni sociali costruite sul *campo* della mia ricerca - predisporre a un’intimità sociale con prossimità fisiche molto diverse da quelle a cui siamo abituati, anche in un paese mediterraneo come l’Italia e con specifico riferimento al suo Meridione.

Ancora, potrebbe in proposito sembrare un paradosso, ma a ben guardare non lo è, il dato che proprio nel mese del *Ramadan*, quando per i mussulmani dall’alba al tramonto c’è il divieto assoluto di mangiare e bere, il cibo resta simbolicamente, per contrapposizione, nel suo essere interdetto, centrale sulla scena sociale marocchina, proprio e nonostante la sua assenza, trasformando la giornata in una lunga attesa verso l’agognato pasto da consumare con l’arrivo dell’oscurità in un’atmosfera di intensa aggregazione comunitaria. L’avvicinarsi del tramonto porta una grande attivazione sociale perché la comunità si predispone per l’unico pasto possibile, affollando mercati e negozi al fine di accaparrarsi tutto il necessario a preparare un’abbondante cena che riunirà intorno allo stesso tavolo le famiglie, spesso ancora numerose perché allargate, nonostante il rilevante calo demografico rilevato in Marocco negli ultimi anni. È un momento di incredibile gioia che si ripete ogni sera ed ha nell’ultima sera, quella che segna la fine del mese di astensione, con l’*Aid el Fitr*, la festa dell’interruzione del digiuno, il massimo *exploit*, in cui la comunità si ritrova. L’allegria festosa che viene dalla condivisione del cibo in questa particolare circostanza contribuisce ad aggregare e rinforzare ulteriormente i legami sociali, consolidando un’identità e risultando estremamente coinvolgente anche per lo straniero⁵.

Il *Ramadan* è il nono mese del Calendario Islamico ed è vissuto dai mussulmani sparsi per il mondo come un periodo di digiuno e di purificazione, oltre che di carità e condivisione di beni con chi è più bisognoso, per commemorare la prima rivelazione del Corano al Profeta Maometto. Questo mese dura ventinove-trenta giorni, cade in diverse stagioni in relazione all’anno lunare e vede i mussulmani osservare il digiuno per quattordici-diciotto ore al giorno. La prescrizione è obbligatoria per tutti gli adulti con l’esclusione di persone malate, molto anziane, in viaggio o che per ragioni varie non possono tollerarlo. Il digiuno e l’astensione anche da bevande, fumo e pratiche

⁵ Mi sono trovato in almeno quattro circostanze a risiedere per un congruo numero di giorni in un paese mussulmano durante il periodo del *Ramadan* (due volte in Marocco, a Casablanca e a Marrakech, una a Monastir in Tunisia e una a Nablus in Palestina) e in tutti i casi, pur tra le differenze legate ai diversi contesti, sono rimasto sempre molto colpito dalla sua travolgente dimensione festiva di elevata socialità.

sessuali, è molto sentito perché, in quanto indicazione religiosa profondamente radicata, ha plasmato nel tempo l'identità culturale e collettiva dei paesi mussulmani come il Marocco (Capello 2011), al punto che anche chi potrebbe esimersi da questa pratica per motivi di salute, senza per questa ragione incappare in nessuna forma di riprovazione sociale e religiosa, cerca spesso di non farlo, con possibili pericolose conseguenze. Mi riferisco in particolare alle persone affette da diabete⁶ mellito di tipo 1 e 2, la cui esperienza di malattia sto studiando nella regione di Marrakech-Safi in Marocco.

Così, proprio a proposito della pratica di digiuno prescritta durante il *Ramadan*, un interlocutore incontrato sul *campo* mi dice:

«Non riesco a mangiare...mi sembra troppo strano...dovrei farlo per evitare rischi come mi hanno detto i medici, ma poi dovrei anche spiegare a tutti che mangio perché sono diabetico e comunque mi sentirei strano...proprio non riesco a immaginare di mangiare quando gli altri che lavorano con me nella stessa stanza non mangiano [...]» (Mohamed, 36 anni, impiegato, sposato e con due figli; Marrakech, 10 giugno 2019).

Nelle pagine che seguono proverò ad articolare alcune considerazioni antropologiche, esito di un progetto di ricerca sull'esperienza della malattia diabetica in Marocco, tutt'ora in corso, concepito nel novembre 2018 e avviato sul *campo* in contesto ospedaliero nel febbraio 2019 nella città di Marrakech, in collaborazione con il Département d'Endocrinologie, du Diabète, des Maladies Métaboliques et de la Nutrition del Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Mohammed VI e con il Département de Sociologie della Faculté des Lettres et des Sciences Humaines, dell'Université Cadi Ayyad. Quanto e in quali forme la cultura in Marocco, con particolare riferimento alla gestione del cibo, alla centralità del *Ramadan* e al complesso *management* della malattia in relazione agli stili di vita, entri prepotentemente nel quotidiano delle persone diabetiche ponendo diversi problemi ai diabetologi che se ne prendono cura secondo il modello biomedico (Adarmouch *et al.* 2013; Abdelgadir *et al.* 2016) e ai pazienti stessi che vivono dilemmi (Ababou e El Maliki 2017) in merito ai corretti comportamenti da assumere, costituisce la domanda intorno a cui è nata questa ricerca.

⁶ L'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1999 ha distinto il diabete mellito in tipo 1 che colpisce in maggioranza i giovani ed è caratterizzato dalla distruzione immuno-mediata delle cellule pancreatiche con una conseguente cronica deficienza di insulina da integrarsi con iniezioni quotidiane sostitutive ai pasti principali e il tipo 2, più prevalente negli anziani, connotato invece da inadeguato utilizzo del glucosio dalle cellule non ben rispondenti alla stimolazione insulinica, associato a sovrappeso e obesità e trattato con farmaci ipoglicemizzanti orali, dieta, attività fisica e, solo in alcuni casi, con insulina.

3. Diventare diabetico in Marocco: prescrizioni biomediche e tradizioni culturali

Il diabete mellito nelle sue forme 1 e 2 costituisce oggi, sempre di più, una vera e propria epidemia mondiale che preoccupa i governi di molti paesi per il suo impatto sulla salute pubblica. Tale patologia è in cima all'elenco delle malattie croniche che possono compromettere in modo rilevante la salute della popolazione mondiale con una spesa sanitaria elevata, presente e futura (Dinar e Belahsen 2014). Infatti, a causa della sua natura cronica, con lo sviluppo nel tempo di complicanze gravi, il diabete richiede programmi di trattamento e cura prolungati e costosi. Inoltre l'elevato peso economico di questa malattia in costante crescita sta gravando in modo particolare, per ovvie ragioni, sull'economia dei paesi a basso e medio sviluppo come il Marocco (Boutayeb *et al.* 2013). Secondo i recenti dati distribuiti dall'IDF DIABETES ATLAS (2017) nel mondo ci sono circa quattrocento milioni di persone affette da diabete, di queste quasi quaranta milioni si trovano in Medio Oriente e in Nord Africa (Area MENA), con una stima prospettica entro il 2045 che dovrebbe arrivare a circa settanta milioni di malati. In Marocco sono stati conteggiati nel 2017 più di un milione e mezzo di diabetici adulti con una prevalenza pari a circa il 7,3%⁷ della popolazione.

Il dato più preoccupante è che la maggioranza dei pazienti diabetici in Marocco, così come in altri paesi dell'Area MENA, non raggiunge l'equilibrio glico-metabolico raccomandato dalle linee guida nazionali e internazionali, necessario alla prevenzione delle sue più gravi complicanze, suggerendo l'esistenza, in questo territorio dalla così complessa cultura, di un elevato *gap* tra la gestione di tale malattia cronica basata sulla medicina dell'evidenza e le pratiche reali nella vita quotidiana delle persone (Chadli *et al.* 2016). Inoltre, nonostante in questo paese si continuino a fare intensi e significativi sforzi per aumentare le aspettative di vita della popolazione e più in generale migliorarne la qualità, implementando il sistema sanitario e le sue strategie di salute, sono ancora evidenti, per ragioni diverse e difficili da risolvere, disuguaglianze sociali nell'accesso ai servizi sanitari. Esse risultano, per esempio, molto evidenti nel caso del diabete mellito, a discapito di alcune fasce della popolazione, ma soprattutto emergono nel confronto fra aree urbane e rurali del paese. Pertanto, relativamente al diabete, migliorare *compliance* e *adherence* alle raccomandazioni basate su studi *evidence-based medicine* risulterebbe fondamentale per promuovere una più elevata qualità della cura, sia nel caso di bambini e adolescenti che di adulti, cercando ovviamente di coprire in maniera uniforme tutti i

⁷ Secondo quanto mi hanno riferito i diabetologi del CHU di Marrakech nel corso di un'intervista svolta il 28 febbraio 2019, questi dati sarebbero sottostimati, poiché, per la complessità geografica e socio-culturale oltre che linguistica dell'ampio territorio marocchino, non si riuscirebbero a tracciare precisamente tutti i casi.

territori del paese, non solo quelli urbani, ma anche quelli rurali più svantaggiati per diverse ragioni di natura geografica, linguistico-culturale, economica, sociale e talvolta politica.

Per poter realizzare tali obiettivi è necessario non solo rafforzare e implementare i programmi educativi sul diabete, l'uso precoce dell'insulina e in generale l'adesione ai più efficienti e aggiornati protocolli clinici, ma anche comprendere meglio quelle componenti sociali e culturali della malattia e quindi l'insieme complesso dei significati che i pazienti stessi vi conferiscono all'interno della specificità del contesto marocchino. Tali elementi infatti, spesso, possono essere di ostacolo a una piena e soddisfacente *compliance*. In proposito molti studi e ricerche suggeriscono, per esempio, che alcuni dei fattori di rischio responsabili dello sviluppo di complicanze acute e croniche del diabete in Marocco, soprattutto di quello di tipo 2, andrebbero ricercati proprio nella specificità del suo contesto socio-culturale (Selihi *et al.* 2017).

Che cosa significa ammalarsi di diabete in un paese islamico come il Marocco? In che modo la cultura incide sulle rappresentazioni della malattia e sulle pratiche quotidiane relative alla sua conduzione? Quanto la corretta gestione del cibo e più in generale dello stile di vita, centrale nell'educazione terapeutica di questa patologia cronica, insieme alle altre necessarie prescrizioni biomediche entra in conflitto con la tradizionale cultura alimentare marocchina e i suoi significati religiosi? Come è possibile conciliare l'aderenza al digiuno imposto per esempio dal *Ramadan* con la prevenzione delle complicanze acute del diabete legate a tale prolungata astensione?

Questi appena enunciati sono solo alcuni degli interrogativi in discussione nel gruppo di ricerca con endocrinologi e scienziati sociali dell'Università Cadi Ayyad con cui è iniziata nel febbraio 2018 la ricerca che sto conducendo.

Al fine di provare a esplorare tali questioni nel contesto della città di Marrakech, scelta come modello di area urbana marocchina, grande e complessa, che con la sua offerta sanitaria di elevata specializzazione copre un territorio esteso, abbracciando anche la zona rurale circostante, ho avviato, nella prospettiva dell'antropologia medica, un'indagine etnografica sul diabete mellito basata sull'analisi culturale e sociale delle sue narrazioni (Kleinman 1988; Bert 2007; Zito 2016a) e sugli specifici significati (Augé e Herzlich 1986; Augé 1986; Garro 1992; Mattingly 1998; Good 2006) attribuiti a tale condizione (Littlewood 2003; Mol e Law 2004; Mol 2008; Kumagai, Murphy e Ross 2009) nella cornice dell'osservazione partecipante in ospedale (Long, Hunter e van der Geest 2008; Zito 2016b, 2016c). Più nello specifico, l'obiettivo del progetto di ricerca è infatti di analizzare le componenti culturali e sociali del diabete mellito di tipo 1 e 2 e dei suoi processi di cura in persone di differenti fasce di età seguite presso il Département d'Endocrinologie, du Diabète, des Maladies Métaboliques et de la Nutrition del CHU, provando a esplorare una parte dei significati da esse attribuiti alla propria esperienza di malattia nell'ambito del contesto marocchino in relazione all'interpretazione biomedica della

patologia. In merito, nelle pagine che seguono, mi soffermerò a descrivere una parte della mia esperienza di ricerca etnografica relativa specificamente alla partecipazione al programma settimanale di cura di alcuni pazienti ricoverati presso tale reparto, con un particolare focus sui temi di alimentazione e *Ramadan*.

4. *Alsukari* e *Ramadan*: un connubio pericoloso

Dalla letteratura specialistica si sa che quasi due miliardi di mussulmani nel mondo obbediscono in modo più o meno puntuale alla prescrizione religiosa di digiunare un mese all'anno, quello del *Ramadan*. Questa consuetudine sociale e culturale può indubbiamente aumentare in modo rilevante il rischio di scompenso glico-metabolico in coloro che sono affetti da diabete (in arabo traslitterato *alsukari*), i quali, decidendo di attenersi alla prescrizione, possono incorrere, soprattutto se già con un controllo mediocre, nello sviluppo di alcune pericolose complicanze durante il periodo di *sawm* (digiuno). Nel corso del mese sacro del *Ramadan*, infatti, i mussulmani diabetici che evitano di consumare cibo e di assumere liquidi dall'alba al tramonto, si espongono a concreti elevati rischi di imbattersi in iperglicemia, ipoglicemia, chetoacidosi diabetica, trombosi e disidratazione, con un aumento dei ricoveri ospedalieri necessari a gestire tali condizioni, così come mostra chiaramente l'*EPIDIAR study* (Salti *et al.* 2004).

Inoltre, i dati sulla chetoacidosi diabetica⁸, una delle complicanze più pericolose, e del suo rilevante incremento proprio durante il *Ramadan* in Marocco e negli altri paesi islamici, secondo molti studi, risultano a oggi pochi e frammentari, non in grado di restituire in maniera chiara ampiezza e problematicità del fenomeno. Se come si è visto la prevalenza del diabete nella popolazione marocchina adulta supera il valore del 7%, tuttavia i dati sul tasso di ricovero durante il *Ramadan* restano di fatto limitati (Tazi *et al.* 2000). È interessante infine ricordare che il primo articolo su diabete e *Ramadan* sia stato pubblicato già quarant'anni fa, nel 1979 e da allora, però, risulterebbero relativamente ancora pochi i contributi scientifici che hanno affrontato questo delicato tema tanto culturalmente sensibile (Abdelgadir *et al.* 2016).

La letteratura medica disponibile riporta una pluralità di ragioni in base alle quali, nonostante l'indicazione contraria dei diabetologi, alcuni pazienti deciderebbero comunque di digiunare (Adarmouch *et al.* 2013). Tali ragioni includono l'impatto psicosociale che il mancato digiuno può determinare in termini di vissuti di esclusione rispetto alla comunità, la negazione di una malattia invisibile e il sentimento di un'opposizione della medicina degli uomini al potere divino. Dunque

⁸ La chetoacidosi diabetica è quella condizione per cui, in assenza di insulina, il corpo, non potendo usare il glucosio come fonte di energia, ricorre ai grassi, con la conseguenza di un elevato accumulo di chetoni altamente tossici.

condizionamenti socio-culturali e credenze religiose, intrecciandosi, hanno ancora oggi un impatto rilevante sulle decisioni di molti pazienti e sulle conseguenti pratiche messe in atto, con relativo aumento del rischio di scompenso glico-metabolico grave. Certamente, per gestire nel modo migliore questi pazienti, i medici possono riferirsi alle raccomandazioni scientifiche disponibili. Per esempio un'importante *consensus conference*, organizzata dalla Hassan II Foundation for Scientific and Medical Research on Ramadan, si è tenuta a Casablanca già nel 1995. Questa, con le altre posizioni e insieme a studi anche più recenti, aiuta a identificare coloro che possono digiunare rispetto a coloro per i quali è meglio evitare. I primi sono pazienti con diabete di tipo 2, obesi o con normale peso corporeo, in buon equilibrio glico-metabolico e che assumono ipoglicemizzanti orali, aderenti a un corretto regime alimentare, senza segni di complicanze degenerative. I secondi sono invece pazienti trattati con insulina, in scompenso glico-metabolico e/o con complicanze degenerative, ma anche anziani, indipendentemente dal tipo di diabete, nonché donne in gravidanza e allattamento. L'*American Diabetes Association consensus* ha categorizzato i pazienti con una storia di chetoacidosi diabetica e gravi iperglicemie negli ultimi tre mesi, e più in generale con controllo glicemico scadente, a elevato rischio, invitando gli stessi a non digiunare durante il *Ramadan*. Nonostante ciò moltissimi diabetici mussulmani insistono a digiunare (Al Arouj *et al.* 2015) per ragioni sociali e culturali che impattano profondamente sull'identità e che rendono loro difficile, nonostante potrebbero, esimersi da tale interdizione, su cui, tra l'altro, i medici non riescono a incidere. Tutto ciò è particolarmente evidente nella società marocchina.

Inoltre è importante ricordare che, sul piano delle credenze di tipo religioso, è diffusa l'idea del digiuno durante il *Ramadan* come pratica non pericolosa per la salute, perché sacra. Questa convinzione è molto radicata nel senso comune, nonostante le stesse autorità religiose in Marocco di solito raccomandino invece, ai diabetici, in prossimità del *Ramadan*, di consultare i propri medici come gli unici interlocutori in grado di giudicare i potenziali pericolosi effetti del digiuno sulla loro salute e quindi di seguirne in modo scrupoloso i consigli. Questi messaggi sono diffusi sia dai media che nelle moschee. Una circostanza comune che i medici si trovano a dover affrontare è però quella di pazienti che insistono nel voler digiunare nonostante non abbiano i parametri per poterlo fare senza incorrere in rischi seri per la propria salute (Adarmouch *et al.* 2013). In questo caso i medici dovrebbero discutere con essi gli obiettivi del trattamento, provando a negoziare lo stile di vita che include il bisogno di digiunare, eventuali cambiamenti nella terapia, nella dieta, nonché nell'automonitoraggio della glicemia (Al Arouj *et al.* 2005; Benaji *et al.* 2006).

Paradossalmente, come ancora la letteratura evidenzia, capita anche che alcuni dei pazienti diabetici che decidono di digiunare durante il *Ramadan* enfatizzino poi, rispetto alla qualità del loro controllo metabolico, la responsabilità dei propri medici,

i quali dovrebbero pertanto, a maggior ragione, intensificare il lavoro educativo con essi prima che si esponano al digiuno, in particolare nei due-tre mesi precedenti (Abdelgadir *et al.* 2016).

Nella pratica diviene fondamentale cucire su misura del paziente, in relazione al particolare contesto socio-culturale di appartenenza e alle convinzioni religiose che lo caratterizzano e che incidono sul suo stile di vita, un determinato programma terapeutico. Ciò richiede, da parte di medici e pazienti stessi, all'interno di un complesso processo di conoscenza e mediazione, molto più tempo e lavoro del modello di cura standard (Adarmouch *et al.* 2013), ma anche specifiche competenze in merito alla dimensione "cultura".

5. Tracciare il *campo*: Marrakech, la *ville rouge*, due mondi in una città

Arrivando a Marrakech⁹, un luogo simbolo del Marocco per la sua bellezza e il suo grosso potenziale evocativo e quindi per la visibilità internazionale di storica meta turistica, si ha immediatamente l'idea di trovarsi di fronte non una, ma due città, ciascuna con la propria cultura, eppure entrambe polarizzate intorno al comune valore del cibo: l'*ancienne médina* e la *nouvelle ville*.

La parte vecchia è la città imperiale, città dei sette santi, città di profonda spiritualità, ma anche centro commerciale a cielo aperto con i suoi caratteristici e brulicanti *souk* di mercanti e artigiani – così ben descritti ne *Le voci di Marrakech* (1964) da Elias Canetti che vi soggiornò nel 1954 - presi d'assalto da turisti in cerca di esotismo. La città vecchia si dirama nelle tante tortuose stradine che alla fine confluiscono tutte nella magnetica *place Jamaâ El-Fna*, dominata dal vicino imponente minareto della Moschea Koutoubia, dove, oltre a tutto il resto, l'abbondanza di cibo è in scena. La vita sociale di questa parte della città appare per molti aspetti ancora tradizionale, come un'osservazione attenta e paziente può restituire, soprattutto se ci si addentra nei suoi meandri, andando oltre la patina turistica. Sembra, per alcune sue dimensioni, come ferma nel tempo, nonostante la contemporaneità in cui è immersa. Ciò traspare anche dagli abiti tipici che le persone, in prevalenza, indossano qui, come *djellaba* per uomini e *kaftano* e velo scuro a coprire gran parte anche del viso per le donne, anziane, giovani e giovanissime. Più in generale si evidenzia anche per lo stile di vita e le abitudini alimentari osservabili, per esempio, in certi umili ristoranti dove possono veramente mangiare tutti o ancora nel cibo di strada e nelle relazioni sociali che vi ruotano intorno.

⁹ Relativamente alla mia permanenza per la ricerca in questa città, nei primi due soggiorni di novembre 2018 e febbraio 2019 ho scelto di abitare nell'*ancienne médina*, a giugno 2019 mi sono invece stabilito nella *nouvelle ville*, con l'obiettivo di osservare meglio le differenze urbane, sociali e culturali tra queste due distinte parti.

La città nuova, dall'*allure* architettonica coloniale e dallo stile, in parte, tardo *art déco*, che si estende subito fuori le mura fortificate di quella vecchia, e a cui si accede in uscita da una delle tante sue maestose porte, si mostra al contrario ampia e ordinata in *boulevard* squadrati. Costruita nel suo nucleo originario dai francesi durante gli anni del protettorato è quasi perfettamente sovrapponibile, per modalità di vivere, esercizi commerciali, bar, ristoranti e alberghi, stile degli abiti di chi la popola, a una città mediterranea contemporanea, piena di palme, contornata di lussureggianti giardini, con spazi urbani curati molto frequentati e con alcune emergenze architettoniche iper-moderne e di grande impatto come la *gare de Marrakech*, la stazione dei treni.

Questa dicotomia tra le due parti della città, che evidentemente rimanda a due umanità diverse, costituenti, volendo generalizzare e semplificare, il tessuto della popolazione di un paese a medio sviluppo come il Marocco, è subito evidente anche durante l'osservazione in ospedale, come riporto in uno stralcio dal mio diario di campo.

«Lo spazio della sala d'attesa del reparto diabetologico si estende subito fuori gli ascensori che conducono al quarto piano dell'Hôpital Ar-Razi all'interno del CHU, presentandosi come un'area ampia e luminosa dai grandi finestroni con una splendida vista sulla città rossa, accogliente e dotata di comode sedie per i pazienti che vi sostano. In essa confluiscono tre corridoi, quello del reparto di dermatologia, quello del reparto di endocrinologia con l'unità diabetologica e infine quello del reparto dedicato alla cura delle patologie gastro-intestinali. Lo spazio suggerisce igiene, ordine e buona organizzazione, in ciò molto diversamente da quanto osservato qualche giorno prima durante la visita dell'antico Hôpital La Mamounia nei pressi della città vecchia [...].

I pazienti che questa mattina attendono il loro turno di visita per una delle tre aree specialistiche presenti al quarto piano colpiscono subito la mia attenzione perché si mostrano raggruppabili, sul piano estetico e per le modalità con cui occupano lo spazio dell'attesa, pur nelle grandi differenze individuali, secondo due tipologie. Una parte di essi indossa abiti tradizionali, con *djellaba* o *kaftano* e *hijab* in base al genere, oltre alle tipiche babbucce in cuoio colorate. In particolare alcune donne, soprattutto anziane, hanno il viso e i capelli completamente velati di nero, indossando anche sottili guanti sempre di colore nero. Altre invece, col viso scoperto e i capelli raccolti in più vivaci *foulard*, esibiscono estesi e operosi tatuaggi all'*henné* sulle mani e sui piedi. Alcuni dei pazienti in attesa stazionano anche a terra poggiati con la schiena alla parete o, nel caso dei più anziani, si stendono approfittando di due-tre poltroncine consecutive vuote, forse stanchi per il lungo viaggio che hanno dovuto affrontare per arrivare al policlinico universitario. Altri ancora, nel tempo dell'attesa, consumano del cibo che tirano fuori da buste e altre ingombranti borse che hanno portato con sé. Sono perfettamente sovrapponibili, per aspetto e modalità

comportamentali, all'umanità che ho incontrato girando per l'*ancienne médina* dove ho vissuto durante i precedenti soggiorni in novembre e febbraio. Lo stesso comportamento di rilassata attesa e la medesima atmosfera da "accampamento" aveva già colpito la mia attenzione durante le osservazioni svolte nei giorni precedenti negli ampi viali alberati e contornati di giardini del CHU, dove si assiepano a volte intere famiglie in attesa di svolgere diverse attività sanitarie [...].

Le altre persone che attendono in sala questa mattina, in numero decisamente minore, dall'aria più cittadina, mostrano invece un *look* occidentale con abiti abbastanza conformi alla moda di una metropoli europea e con atteggiamenti più contenuti. Non mancano persone, in particolare donne, che si situano nel mezzo tra le due tipologie descritte, perché combinano in modo originale abiti tradizionali con altri più contemporanei e di gusto occidentale, rinunciando difficilmente all'*hijab*, sempre però vivacemente colorati e in prevalenza con motivi floreali, talvolta sormontati da vistosi occhiali da sole fermati sulla parte alta della testa, a cui certamente in una città dalla luce così intensa già da gennaio, non sembra possibile rinunciare» (Marrakech, 28 febbraio 2019)».

Queste differenze nell'aspetto e nei comportamenti durante l'attesa, che in qualche modo rimandano ai differenti contesti culturali di provenienza, non solo urbani/rurali, ma anche tra parte vecchia e nuova della città, si ripetono, diventando di nuovo evidenti durante le visite mediche a cui si sottopongono e che ho la possibilità di osservare durante la mia presenza sul *campo*. Comunicazione con medici ridotta al minimo *versus* attiva interazione con domande su diagnosi e terapia, uomini che parlano per le proprie mogli *versus* interazione in prima persona da parte delle donne-pazienti, utilizzo esclusivo dell'arabo e/o dei vari dialetti berberi/*amazigh* *versus* lingua francese, sono solo alcune delle differenze tra questi due gruppi che l'osservazione sul *campo* restituisce. Viene così a ripresentarsi nello spazio clinico la duplicità culturale del Marocco contemporaneo in equilibrio dinamico tra tradizione e globalizzazione. Tale duplice dimensione domina trasversalmente la mia percezione della vita sociale in questa città, riproponendosi durante la frequentazione dei suoi spazi pubblici, dove però questi "due mondi" a volte appaiono nettamente separati, altre si incrociano, sfumando e confondendosi tra loro in molte circostanze, come accade al tramonto nella *place Jamaâ El-Fna*, suo cuore pulsante tra parte vecchia e nuova, ma anche, talvolta, in uno dei grandi *boulevard* della *nouvelle ville* puntellato di caffè e di negozi alla moda appartenenti a catene internazionali.

A proposito ancora di Marrakech, sorprendente città dall'evocativo nome, sempre Tahar Ben Jelloun scrive:

«Questo nome suona come una promessa, un sesamo, una passione possibile. Intanto la luce, mutevole, sublime, inebriante. È il paese piatto con un palmeto che si estende a perdita d'occhio. In fondo, le montagne che conservano sulle loro vette un po' di

neve. In fondo, il cielo che in certe ore della giornata passa dall'azzurro al rosso. Un cielo spesso libero, limpido. Case basse, edifici che non superano i cinque piani, ville, le seconde case degli uomini d'affari di Casablanca» (2010, p.159).

Le due dimensioni individuate nello spazio urbano della Marrakech contemporanea da me esplorata, quella ancora tradizionale e quella più globalizzata, sono poi attraversate trasversalmente da una complessa umanità che vi affluisce per motivi turistici, non solo dalle città occidentali in cerca di esotismo e avventura, oppure in fuga dai lunghi e piovosi inverni di metropoli europee come Parigi, ma anche da città marocchine quali Casablanca e Rabat o da tanti altri paesi islamici del Nord Africa e del Medio Oriente, spesso uomini d'affari e famiglie abbienti che hanno eletto la *ville rouge* a luogo d'evasione con la sua grande capacità ricettiva e la sua promessa di divertimenti e buon vivere.

Poco prima, nello stesso romanzo, sempre a proposito di questa città, lo scrittore marocchino così ancora si esprime:

«Chiunque voglia essere accarezzato dalla luce di questo paese venga a Marrakech quando la primavera precoce si risveglia, bagliori rossi volteggiano in cielo [...]. Il vento risparmia Marrakech. Non soffia. Lì si riposa, si assenta gentilmente senza far rumore. Le montagne che si vedono da tutte le parti conservano la neve come una promessa. Il colore ocra si estende ovunque come un marchio di fabbrica» (2010, p. 129).

A Marrakech tutti gli edifici hanno il colore rosso-ocra per una precisa scelta di salvaguardia dell'immagine tradizionale della città e in questo, parte vecchia e nuova, si assomigliano e sfumano cromaticamente l'una nell'altra, presentandosi in lontananza come un'unica grande distesa piatta di volumi rossi e intense macchie di verde, i numerosi giardini pubblici e privati, alcuni segreti, disseminati nello spazio urbano della *ville jardin*. Tale singolare colore rosso-ocra resta lo stesso anche nel quartiere dove si concentra la maggior parte delle strutture dell'Università Cadi Ayyad, distante qualche chilometro da entrambe queste due parti della città, connotando ovviamente i numerosi edifici che compongono in particolare l'ospedale universitario Mohamed VI nel cui centro di diabetologia svolgo la mia ricerca.

6. Il servizio di diabetologia del Centre Hospitalier Universitaire di Marrakech e il suo programma di educazione terapeutica

Dopo il soggiorno di febbraio 2019, di conoscenza e presa di contatto con i diabetologi del CHU e di familiarizzazione con la struttura e i suoi servizi

endocrinologici mediante una prima intensa fase di osservazione non partecipante, dal 7 al 21 giugno¹⁰ successivo ritorno sul *campo* per l'osservazione partecipante in profondità, con una presenza quotidiana e prolungata negli spazi clinici, avendo l'obiettivo di studiare il modello di cura del diabete del Département d'Endocrinologie, du Diabète, des Maladies Métaboliques et de la Nutrition. Gli spazi osservati¹¹ includono la sala d'attesa, le stanze per le visite ambulatoriali, quella del *day-hospital (hôpital du jour)* con relativo spazio per l'accoglienza dei pazienti in attesa dei prelievi e per la consumazione del pasto dopo i prelievi, stanze per il ricovero nel caso di scompenso glico-metabolico o di altre patologie endocrinologiche, spazi per l'educazione terapeutica, l'educazione nutrizionale, l'educazione all'attività fisica e allo sport, il *counselling* psicologico di gruppo, le riunioni periodiche dell'equipe sanitaria.

La presenza quotidiana negli spazi clinici dedicati alla cura del diabete mi consente oltre che di entrare in una parte dei suoi processi di funzionamento anche di raccogliere alcune interviste in profondità al personale sanitario, composto da medici strutturati e da specializzandi marocchini, ma anche provenienti da altri paesi africani come Congo, Mali e Gabon, per una convenzione esistente tra le reciproche università, e chiaramente ai pazienti più disponibili. Emerge immediatamente, dall'incrocio dei dati osservativi con quelli desunti dalle prime interviste, come area specifica e critica da approfondire, quella in generale del rapporto tra malattia cronico-metabolica e sue necessità terapeutiche nel contesto sociale marocchino da un lato e in particolare l'impatto delle pratiche culturali legate al *Ramadan* nell'ambito della religione islamica, relative a cibo e stile di vita, sulla sua gestione quotidiana dall'altro lato.

Le attività previste dal programma di ricovero per i pazienti diabetici di volta in volta selezionati¹² dai medici come più adatti a questo tipo di educazione terapeutica

¹⁰ Questo soggiorno a Marrakech è stato finanziato dal "Programma di scambi internazionali tra l'Università degli Studi di Napoli Federico II ed Istituti di ricerca stranieri per la mobilità di breve durata di docenti, studiosi e ricercatori" alla cui selezione ho partecipato e in base al cui esito favorevole mi è stato concesso un *grant* il 21 marzo 2019 a sostegno della fase iniziale del progetto di ricerca di cui sono responsabile, sviluppato in collaborazione con l'Université Cadi Ayyad di Marrakech e intitolato "Analysis of cultural and social components of diabetes mellitus, its care processes and illness experience in Marrakech area (Morocco)", già approvato dal Comitato etico del CHU nel febbraio 2019.

¹¹ Nello stesso periodo di presenza in città sono riuscito anche a raccogliere alcune osservazioni nei vari spazi clinici (ambulatori e sala d'attesa) del Servizio endocrinologico di consultazione generale di Marrakech, disposto nel quartiere di *Guelitz* in pieno centro nella *nouvelle ville*, dove avviene lo *screening* dei pazienti diabetici poi inviati al CHU in quanto struttura universitaria di terzo livello in rete con le diverse unità territoriali.

¹² Sulla selezione dei pazienti per i ricoveri educativi mi vengono chiariti alcuni dei requisiti minimi necessari che, insieme a quelli clinici relativi allo scompenso glico-metabolico, includono motivazione e strumenti cognitivi e culturali adeguati a reggere l'intensa formazione erogata. Tutto ciò pone non pochi problemi rispetto a quei pazienti che invece, proprio per ragioni culturali e sociali, difficilmente

si svolgono sia di mattina che di pomeriggio e includono, oltre al monitoraggio della glicemia e alla gestione dell'insulina, lezioni in gruppo sul diabete e il corretto uso delle insuline, sul ruolo dell'alimentazione con nozioni di calcolo dei carboidrati, sull'importanza di sport e attività fisica con relativi consigli pratici. Rientrano nel programma settimanale anche una sessione di circa due ore di *counselling* di gruppo con uno psicologo del CHU in consulenza, per affrontare difficoltà emotive e relazionali prodotte dalla malattia, spesso causa di cattivo controllo e un'attività didattica nutrizionale finalizzata alla concreta preparazione di un pasto completo nella cucina disposta in reparto con la guida della dietista dell'équipe.

In particolare, nella parte restante di questo articolo, mi soffermerò a descrivere quanto rilevato durante la mia permanenza al centro diabetologico, partecipando quotidianamente, secondo la metodologia della ricerca etnografica, insieme allo staff sanitario e ai pazienti ricoverati, a tutto il programma settimanale di attività previste. Più in dettaglio mi focalizzerò sulla specifica pratica educativa della preparazione di un pasto completo da parte dei pazienti stessi durante l'ultimo giorno del ricovero, come esperienza concreta in cui confluiscono gli insegnamenti acquisiti sul corretto *management* del diabete con alcune tradizioni culinarie marocchine. La scelta di questo specifico focus di osservazione etnografica è dettata dall'idea che lo studio di una pratica educativa che ruota intorno alla preparazione di un pasto possa offrire un interessante varco di accesso a una serie di significati sociali e culturali inerenti la centralità del cibo nella cultura marocchina e la sua conseguente problematicità nella gestione di una malattia metabolica di natura cronica come il diabete mellito tutta centrata sull'autocontrollo.

6.1 Il cuore del problema

La responsabile dell'unità diabetologica il primo giorno del mio soggiorno di ricerca nel giugno 2019 mi mostra di nuovo, e questa volta più in dettaglio, gli spazi clinici della struttura, presentandomi le attività previste per i pazienti, dopo avermi fornito un camice del CHU recante sul taschino la palma simbolo dell'ospedale universitario che mi ospita (ma in qualche modo simbolo della città stessa, famosa per i suoi estesi palmeti) al fine di "facilitare" la mia presenza in reparto. Durante le nostre

lascerebbero la propria casa sospendendo le attività quotidiane per imparare a curarsi meglio, a meno di essere in critiche condizioni di salute (nel qual caso si tratterebbe però di un ricovero di urgenza), e che talvolta possono essere analfabeti o parlare solo le lingue berbere/*amazigh*, condizioni queste che li espongono di fatto a essere esclusi. I diabetologi del CHU, molto consapevoli di queste difficoltà, per altro indicate anche nella letteratura medica specialistica (Chadli *et al.* 2016), stanno lavorando con grande impegno e motivazione per elaborare strategie che richiedono certamente anche il coinvolgimento delle associazioni di pazienti e più in generale della società per l'allestimento di specifici programmi da portare in *loco*.

conversazioni, più volte, fa riferimento, parlando in inglese, a quanto nella pratica l'educazione terapeutica con i pazienti diabetici, sia di tipo 1 che 2, risulti molto faticosa da gestire, usando poi in francese l'espressione «une éducation thérapeutique très difficile». Tale enunciato mi colpisce molto per il tono intenso con cui viene recitato e perché, essendo formulato sul registro di una delle sue lingue ufficiali, mi sembra veicolare sul piano comunicativo e semantico l'importanza e la gravità della questione, suggerendo il cuore del problema nella gestione del diabete mellito in Marocco. Alla mia richiesta di chiarire la tipologia di difficoltà incontrate mi spiega che si tratta di un'utenza media, quella diabetica, estremamente complessa e variegata sul piano sociale, geografico e linguistico, per la presenza di precisi modelli culturali e religiosi che spesso confliggono con le prescrizioni sanitarie necessarie per mantenere un buon controllo glico-metabolico, anche per particolari modelli di genere, aggiungendo:

«*da'alsukari* [il diabete mellito] è una grossa sfida in Marocco e in altri paesi islamici per noi diabetologi, non solo perché non abbiamo tutte le insuline disponibili in Europa, né tanto meno alcune delle avanzate tecnologie per il monitoraggio delle glicemie e la gestione dell'insulina presenti sul mercato internazionale, ma soprattutto perché i nostri sforzi di educazione terapeutica sono spesso vanificati da una cultura tradizionale sul cibo e da uno stile di vita quotidiano molto radicato e difficilmente modificabile, spesso in aperto contrasto con le prescrizioni sanitarie che andrebbero seguite [...]. La nostra, con la maggior parte dei pazienti qui in Marocco, diventa *une éducation thérapeutique très difficile*, una grossa sfida nel caso di persone che, per esempio, pur non avendo un buon controllo glico-metabolico, insistono nel praticare il digiuno durante il *Ramadan*, esponendosi a grossi rischi di salute, oppure più in generale non riescono a regolare lo stile di vita e la qualità e quantità dei cibi consumati [...]. Qui in Marocco si eccede con zuccheri e grassi e sovrappeso e obesità sono in forte aumento» (Marrakech, 12 giugno 2019).

Queste parole mi ricordano le grosse quantità di zucchero che ho notato usare nella preparazione quotidiana del tè, un po' ovunque in giro per il Marocco. Mi riportano alla mente le abbondanti porzioni di dolci e gelati che ho visto consumare da adulti e giovani nella loro vita quotidiana nelle diverse città in cui ho soggiornato. Mi inducono a riflettere sui tanti sorrisi che ho incrociato sulla scena sociale, spesso già molto compromessi e danneggiati, nonostante la giovinezza, da una carente igiene orale media, ma anche da un'alimentazione con eccesso di zuccheri.

La responsabile dell'unità incalza spiegandomi ancora che un po' in tutto il Marocco, così come in altri paesi musulmani, i medici possono avere rilevanti difficoltà a gestire pazienti che insistono nel volere digiunare nonostante le contrarie indicazioni sanitarie o che, per seguire queste ultime, non digiunano, ma vivono poi pesanti sentimenti di colpa e di esclusione. Chiarisce inoltre che è dovere comunque

dei diabetologi assisterli nel migliore modo possibile, nonostante le loro decisioni. Secondo la sua esperienza e quella del suo *team*, con molti dei cui membri ho modo di confrontarmi nel mio stare sul *campo*, le ragioni prevalenti che spingono una buona parte di diabetici a digiunare durante il *Ramadan* sono l'abitudine strutturata nel corso della propria vita all'astensione da cibo in questa ricorrenza di alto valore simbolico – *habitus* che la malattia non può modificare - e convinzioni personali in merito alla necessità di dover comunque osservare tale pratica piena di significati religiosi. Per alcuni, mi spiega, il digiuno si configurerebbe come un vero e proprio imperativo socio-culturale, per altri l'imperativo diventerebbe più esplicitamente religioso, per altri ancora si tratterebbe semplicemente di sentire di poterlo tollerare bene senza grossi problemi e quindi di non poterne fare a meno per sentirsi "normali". Le sue parole mi confermano il fatto che il consumo del cibo, non mero atto fisiologico, ma pratica carica di significati simbolici, sociali, culturali e religiosi, sia sempre un procedimento materiale attraverso cui le società costruiscono regole sociali, valori, ma anche legami e gerarchie (Lévi-Strauss 1958, 1968; Teti 1999, 2015; Guigoni 2009; Harris 2015).

I diabetologi del CHU mi fanno capire in più circostanze che risulta fondamentale costruire un adeguato spazio di consultazione con i pazienti mussulmani strettamente osservanti, precedentemente al *Ramadan*, circa due o tre mesi prima, in modo da aiutarli a migliorare, in vista del digiuno programmato, il loro compenso glico-metabolico. Tutto ciò comporta – penso io - di dover tenere conto non solo degli aspetti biomedici del diabete, ma anche delle rappresentazioni sociali e culturali oltre che delle dimensioni relazionali dei pazienti e dei loro familiari, e quindi richiede risorse, tempo, pazienza e disponibilità nella cura configurandosi come una sfida. Inoltre l'esperienza con tale complesso problema spinge i diabetologi del CHU a sottolineare che, al fine di poterlo gestire nel migliore modo possibile, riducendo condizioni rischiose per i pazienti, è utile, non solo responsabilizzarli di più con un loro attivo impegno sul piano dell'auto-controllo, ma anche coinvolgere pienamente i familiari e con essi le autorità religiose per la grossa efficacia che queste ultime possono avere in termini persuasivi sul comportamento dei singoli, e con esse ovviamente anche le associazioni dei malati e l'intera società.

I discorsi medici sui rischi di un cattivo controllo metabolico trovano una densa e inquietante rappresentazione nell'immagine dei diversi pazienti con amputazioni che incrocio durante la mia permanenza al CHU (ma anche negli altri ospedali visitati durante questo soggiorno di ricerca), sia in sala d'attesa su opportune sedie a rotelle, sia nella stanza dei ricoveri. Qui, per esempio, durante il *campo*, incontro un uomo di cinquantotto anni da poco amputato di alcune dita del piede destro a causa del diabete curato male nel suo paese di origine a circa centocinquanta chilometri da Marrakech. La sua condizione mi riconduce a quella anche più drammatica di un altro uomo di 42 anni, la cui storia pure ho potuto raccogliere in questa città, con amputazione più estesa, di metà della gamba sinistra, quale esito sempre di una cattiva gestione

quotidiana nel tempo della sua malattia. Infine le parole del tesoriere di *AMD des diabetiques*, una delle due associazioni di pazienti diabetici adulti di Marrakech, che ho intervistato il 27 febbraio 2019 nella sede associativa disposta in una modesta palazzina di una strada secondaria del quartiere *Guelitz* nella *nouvelle ville*, rimarcano tutti i danni che il diabete negli anni produce se non lo si cura seriamente, come dimostra l'elevato numero di pazienti afferenti a tale associazione con complicanze già avanzate e in molti casi con varie amputazioni.

6. 2 «Essayons encore»: semantica della malattia, tra cibo, relazioni e cultura

Il gruppo di pazienti ricoverati con cui interagisco, condividendo con essi e il personale sanitario la maggior parte delle loro attività diurne, distribuite tra mattina e pomeriggio, previste dall'intero programma terapeutico ed educativo durante la mia seconda settimana del soggiorno di ricerca di giugno 2019, è piuttosto variegato. Si compone di cinque persone: Zakharia, giovane infermiere in formazione di 22 anni, celibe e originario di Marrakech dove vive con la sua famiglia; Ahmed, operaio di una fabbrica tessile di 33 anni, anch'egli celibe, ma proveniente da un paesino a pochi chilometri da Marrakech dove risiede con la famiglia, anche se presente in città quotidianamente per lavoro; Amal di 29 anni, di un villaggio distante più di cento chilometri da Marrakech, ma ivi domiciliata in un appartamento con altre giovani donne e con un impiego di contabile in un'azienda cittadina; Fatima-Zohra di 54 anni, infermiera residente a Béni Mellal, città piuttosto grande e distante circa duecento chilometri da Marrakech, ma che ha scelto volontariamente di farsi seguire al CHU per risistemare il suo diabete scompensato, motivando questa decisione in ragione dell'elevata qualità di cure che qui può ricevere rispetto ad altre strutture territoriali a lei più vicine; Hamza, studente universitario di economia di 20 anni, originario di Marrakech e residente nel vecchio *dar* (casa tradizionale nell'*ancienne médina*) di famiglia con la madre e i quattro fratelli, due dei quali sposati e con prole. Sono tutti e cinque diabetici di tipo 1 con diverse esperienze alle spalle, tutti ricoverati per scompenso glico-metabolico e tutti motivati a rimettere in ordine la malattia migliorandone la gestione quotidiana, come ironicamente mi dice Amal durante una nostra conversazione nel corridoio prima di una lezione prevista dal programma terapeutico del ricovero educativo, usando la significativa espressione «essayons encore» («proviamo ancora»). L'allusione alla necessità di tentarci di nuovo, dopo il fallimento nella cura, di riprenderla correttamente, è chiara. Nel «proviamo ancora» di cui parla Amal ritrovo l'idea complessa di dover far fronte anche e soprattutto a un cambiamento culturale, che si traduce in una modifica dello stile di vita quotidiano, con le sue pratiche e abitudini, e più in generale sul piano di modelli cognitivi e relativi comportamenti. *Essayons encore* è anche il nome che Amal sceglie per il gruppo da lei creato su *WhatsApp* l'ultimo giorno del ricovero, in cui include non solo

gli altri quattro pazienti, ma anche me insieme a una parte dello staff sanitario. Questo diventa il canale attraverso cui si avvia un processo di condivisione di foto e video relativi alle varie attività svolte insieme durante il ricovero con particolare spazio a quanto accaduto al momento della preparazione del cibo e alla sua successiva consumazione tutti insieme sul grande tavolo della stanza dedicata all'*hôpital du jour*.

La preparazione del pranzo a cui con l'equipe medica sono poi invitato in una gioiosa atmosfera di condivisione è preceduta nel corso della settimana, come già accennato, da alcune lezioni sui componenti generali dell'alimentazione, svolte in un'apposita saletta per la formazione, con l'utilizzo di un portatile con programma *power-point*, cui fanno seguito ulteriori lezioni più specifiche sul calcolo dei carboidrati per il corretto conteggio delle dosi di insulina necessarie e più adeguate a tenere in equilibrio il diabete. Le lezioni, condotte dai vari specialisti e specializzandi del *team* endocrinologico, che si alternano in reparto tra attività formative e più propriamente cliniche, ivi incluse quelle svolte presso il Centro di consultazione generale disposto nel quartiere *Guelitz* nella *nouvelle ville* ad alcuni chilometri dal policlinico universitario, sono molto interattive e dinamiche, con l'attenta partecipazione di tutti i pazienti e la presenza di un crescente ottimismo che coinvolge il gruppo di lavoro concentrato di volta in volta intorno a *slides* chiare ed esplicative, a tabelle con valori numerici ed equivalenze, ma anche coinvolti a utilizzare una bilancia per il laborioso processo del calcolo dei carboidrati.

La preparazione del cibo avviene durante l'ultimo giorno del ricovero, quando i pazienti si spostano nella cucina presente in reparto, a loro dedicata. Qui, potendo finalmente mettere in pratica quanto hanno appreso nel corso delle attività educative della settimana, pesano il cibo provvedendo alla sua preparazione, dividendosi i compiti in modo equo e senza differenze di genere. Uomini e donne sono tutti e cinque pienamente coinvolti. Resto con loro in cucina tutto il tempo mentre, dopo aver lavato e tagliato le verdure, le dispongono con il pollo nella *tajine* pronta a essere collocata sul fuoco, scegliendo le spezie più adatte alla preparazione di un piatto tipico della tradizione marocchina, avendo anche già conteggiato la quantità di olio d'oliva da usare. Intanto che cuoce provvedono alla preparazione della tipica insalata marocchina fatta con pomodori, cetrioli, peperoni verdi e cipolle tagliate fini e poi predispongono la frutta in un contenitore da servire in tavola dopo averla lavata. Successivamente è il momento dell'allestimento della tavola con una bella tovaglia stesa sul grande tavolo nella stanza dell'*hôpital du jour*, cui segue il coinvolgimento di specializzandi e specialisti disponibili, oltre che delle infermiere. Sono invitato anche io a consumare insieme a loro il pranzo con il cibo appena preparato e accompagnato da una giusta dose di tipico pane marocchino. È un momento di grande allegria e socialità con la condivisione del pasto, l'abbattimento di alcune barriere tra medici e pazienti e la possibilità concreta, in un clima scherzoso e ironico, frutto anche dell'intensa settimana trascorsa insieme, di integrare prescrizioni biomediche e

cultura tradizionale specialmente intorno al cibo. In quest'atmosfera si riescono, in qualche modo, a sciogliere alcuni dei dilemmi (Ababou e El Maliki 2017) che queste due dimensioni, spesso in conflitto tra loro, attivano nella mente di chi ha il diabete. Sono inoltre particolarmente colpito dal fatto che durante l'allegra convivialità del pranzo i pazienti riescano a parlare anche di fatti molto personali, più di quanto erano riusciti a fare durante la sessione di *counselling* di gruppo qualche giorno prima, al punto che, avuto il consenso, decido di audio-registrare una parte degli scambi verbali.

Con la sua simpatia Zhakaria rompe il ghiaccio, partendo dal cibo e dal fatto che ha imparato a cucinare nella famiglia della sua ex fidanzata con cui aveva anche programmato il matrimonio. Confida però che, dopo aver loro spiegato di essere diabetico, ha avuto come risposta, sei mesi fa, l'immediato scioglimento del fidanzamento durato quasi due anni, a causa della pressione esercitata dai genitori sulla sua ex ragazza. Zhakaria aggiunge a proposito del *Ramadan* (da poco conclusosi e al seguito del quale gli si è scompensato l'equilibrio glico-metabolico):

«durante quest'ultimo *Ramadan* ho avuto glicemie pazze, ma sono abituato a fare il digiuno, l'ho sempre fatto e quindi non mi sono posto il problema di non farlo...anche quando ero fidanzato come avrei potuto non digiunare se non avevo ancora detto alla famiglia della mia ex che ero diabetico? E come posso oggi non digiunare durante il *Ramadan* dato che molte persone non sanno che ho questo problema?» (Marrakech, 20 giugno 2019).

Amal, dalla testa avvolta in un *hijab* dai colori vivaci che le lascia scoperto un ciuffo di capelli castani, gli fa eco accennando alle sue difficoltà con il fidanzato che avrebbe deciso lei però, alla fine, di lasciare perché

«stava sempre a chiedermi se il mio diabete poteva compromettere la mia capacità di avere figli e di farli sani, non diabetici...alla fine non ne ho potuto più e ho deciso di interrompere il rapporto...la cosa che più mi ha ferito, ma mi ha convinto che stavo facendo bene, è che lui alla fine è sembrato quasi sollevato che il nostro fidanzamento durato quasi quattro anni finisse così...dopo sono stata male e ho avuto molti problemi con la mia famiglia al paese che ha giudicato malissimo la fine del fidanzamento, dando a me la colpa di tutto, e così sono stata male, trascurandomi fino ad arrivare tre settimane fa qui per la visita, quando le dottoresse mi hanno convinto a ricoverarmi per riprovarci» (Marrakech, 20 giugno 2019).

Fatima-Zohra anche lei in *kaftano* e *hijab ton sur ton* interviene specificando di essersi sentita quasi come una mamma per gli altri durante la settimana, perché tutti e quattro più giovani di lei, e perché unica ad essere genitore con tre figli adulti,

nessuno dei quali però con diabete. Aggiunge alle osservazioni di Amal in merito al tema dello scompenso glico-metabolico quanto segue:

«la mia difficoltà con il diabete è che spesso mi sembra di non avere il tempo per fare tutto...i turni di lavoro, la gestione della casa in cui sono sola perché ho tre figli maschi, il primo è sposato e vive altrove, ma gli altri due, uno lavora, l'altro studia...non mi hanno mai aiutato e poi c'è mio marito che ha un negozio che lo impegna molto...e allora finisco per mettere da parte le mie cose, la cura del diabete, noi donne lo facciamo spesso mettendo prima figli, marito, casa e lavoro quando c'è...[aggiungendo nel guardarmi] così funziona in Marocco» (Marrakech, 20 giugno 2019).

Hamza, più silenzioso e introverso rispetto al gruppo, come già mostrato nel corso della settimana, stimolato dalle confidenze degli altri, dice di essersi scompensato dopo l'improvvisa morte del padre avvenuta circa un anno fa a cui è seguito un periodo difficile per una relazione, anche nel suo caso, finita male.

«Qualche mese dopo la morte di mio padre ho conosciuto all'università una ragazza con cui mi sono fidanzato e quando il mese successivo mia madre ha saputo di lei e ha voluto incontrarla ha avuto uno *shock* perché di carnagione molto più scura, venendo da un villaggio del Sud ed essendo anche più grande di me di due anni...alla fine sotto la pressione dei miei due fratelli maggiori mi ha convinto a lasciarla...dopo sono stato male e mi sono trascurato molto con il diabete, non volevo saperne...sono contento di aver fatto questo ricovero con voi perché ho imparato tante cose e oggi mi sono divertito a cucinare tutti insieme...Non pensavo avrei imparato tanto sul diabete cucinando qui con voi, a casa mia non ho mai cucinato, mia madre non mi ha mai insegnato a cucinare» (Marrakech, 20 giugno, 2019).

Ahmed, al momento di prendere la parola, parla in arabo, avendo un francese insufficiente a permettergli di esprimere un discorso più ampio e chiaro e non conoscendo l'inglese. Dai commenti degli altri capisco che pone anche lui il problema del *Ramadan*, del non potere non digiunare nel luogo in cui lavora, dove non tutti sanno della sua malattia.

Le articolate storie di Zakharia, Amal e degli altri, raccolte in ospedale e qui solo accennate, consentono di iniziare a riflettere sull'intricata trama simbolica e di significati, la "semantica della malattia" (Good 1977), così come si dipana tra relazioni e narrazione nel contesto sanitario osservato, il cui ordito rimanda alla complessa dimensione culturale in cui sono immersi gli attori sociali considerati, suggerendo diversificati percorsi interpretativi da sviluppare in concomitanza con l'avanzamento della ricerca tutt'ora in corso.

7. Luce ed ombre

Le interazioni fino a ora osservate in questo reparto ospedaliero universitario per la cura del diabete mellito insieme con il punto di vista degli attori sociali protagonisti, pazienti e operatori sanitari, restituiscono in definitiva un mondo molto complesso, riproponendo la centralità della dimensione culturale (Capello 2011) come variabile indispensabile per la comprensione più in profondità dei fenomeni che ruotano intorno all'esperienza di malattia in tale contesto. La letteratura medica, ma anche il punto di vista diretto degli endocrinologi del CHU, su questo fronte, risultano chiari e precisi quando fanno riferimento, per esempio, a un'area grigia, difficile da capire e controllare (la cultura *enigma* di cui si è parlato in apertura?). Tale area rimanda in modo evidente all'*habitus* culturale dei pazienti, e in particolare di una grossa fetta di essi, come mostra il diffuso caso del non riuscire a esimersi dal digiuno durante il *Ramadan* per molti di loro, nonostante la condizione diabetica. I dettagli legati alle storie di vita emersi nelle interazioni con i pazienti ascoltati a Marrakech, come si evince dalle parole stesse dei protagonisti, restituiscono una trama simbolica legata alla cornice sociale e culturale di appartenenza in cui questo tipo di malattia si colloca, scatenando una serie di reazioni e dinamiche, in cui identità, relazioni, emozioni, significati, pratiche si interconnettono in una prospettiva di grande complessità producendo una serie di effetti.

In particolare, proprio per esempio in merito alla gestione del cibo e all'astensione da esso durante il *Ramadan*, può risultare interessante evidenziare che alcune ricerche mostrano come ci sia una difficoltà da parte dei pazienti stessi a rispondere chiaramente alla domanda sul perché, nonostante il divieto dei medici a digiunare, non riescano poi a evitare di farlo, lasciando intravedere tutta una composita area di senso che meriterebbe di essere esplorata attraverso indagini, come chiariscono i ricercatori stessi, di natura qualitativa (Adarmouch *et al.* 2013).

Inoltre, se è vero che le raccomandazioni scientifiche disponibili sono chiare e dovrebbero guidare sempre in modo lineare la pratica sanitaria, è anche vero che quando i pazienti insistono nel voler digiunare, i medici devono accompagnarli nel migliore modo possibile, come pure i diabetologi del CHU ci hanno mostrato. Adarmouch *et al.* (2013) sottolineano inoltre che convincere i pazienti diabetici a non osservare il digiuno per preservare la propria salute richiederebbe in realtà una più profonda comprensione dell'intreccio di fattori sociali e culturali, oltre che relazionali, che si intersecano tra loro in maniera inestricabile, con specifico riferimento anche a quelli di natura più propriamente religiosa, in grado di condizionare e modellare atteggiamenti poi inadeguati alla condizione diabetica, motivando così la necessità, già accennata, di sviluppare ricerche di natura qualitativa – penso in proposito a quelle etnografiche – per meglio approfondire tali questioni, difficilmente comprensibili con le sole metodologie quantitative.

Infatti, nella direzione di provare a rispondere agli interrogativi sottesi a queste tematiche, la distinzione (Kleinman 1988; Young 2006) tra l'interpretazione biomedica della malattia (disease), il significato conferito dai pazienti alla propria esperienza di malattia (illness), insieme alla totalità degli attributi più propriamente culturali che in un determinato contesto la società dà a una specifica condizione di malattia (sickness), secondo il paradigma dell'antropologia medica (Mattingly e Garro 2000; Pizza 2005; Quaranta 2006; Zito 2016a), può costituire un'utile prospettiva in grado di guidare la ricerca etnografica. Come mostrano le esperienze riportate dai pazienti appena proposte e le riflessioni degli operatori sanitari che se ne prendono cura, per la sua forte specificità esistenziale e per la modalità con cui essa interrompe l'esperienza della vita quotidiana, la malattia in generale, e quella diabetica in particolare, attiva in coloro che la sperimentano complessi interrogativi in merito al suo significato, producendo dissonanze e fratture rispetto alle normali abitudini di vita come nel caso esplicito della gestione del cibo in Marocco. Si tratta ovviamente di interrogativi che vanno oltre ed eccedono la capacità della biomedicina stessa di darvi un senso, poiché finiscono con il toccare il significato stesso della vita individuale e sociale (Augé e Herzlich 1986). Ciò, come ho già avuto modo di mostrare altrove, proprio a proposito del diabete mellito, sembra ancora più vero e forte nel caso delle malattie croniche, per l'esteso impatto che hanno sulla vita quotidiana e sulla prospettiva futura delle persone che ne sono affette (Zito 2016a, 2016b, 2016c). I tentativi da parte degli esseri umani di attribuire un significato simbolico, che è sempre socialmente mediato, a ciò che accade, diventano parte integrante della malattia e della sua terapia, includendo diverse tipologie di valutazioni a cui però di fatto nella pratica clinica viene data poi scarsa rilevanza. Inoltre la malattia che è sempre anche un riconosciuto "fatto sociale" (WHO 1948), oltre che biologico, viene percepita e agita attraverso modelli cognitivi e comportamentali che sono stati trasmessi e quindi acquisiti da un determinato soggetto all'interno di un dato gruppo sociale in uno specifico contesto socio-culturale (Pizza 2005; Quaranta 2006). Infatti, al fine di rispondere alla fisiologica angoscia derivata dalla crisi di senso che l'esperienza stessa della malattia comporta nella vita di chi la scopre, e anche nei continui aggiustamenti che richiede in relazione ai cambiamenti del ciclo di vita, i pazienti attribuiscono a essa una serie di significati personali, trovando ovviamente nella propria cultura una pluralità di risposte, in cui dimensioni sociali e individuali si intrecciano e si mescolano in maniera inestricabile, come le narrazioni dei pazienti a proposito del diabete possono chiaramente mostrare in Italia (Zito 2016a) e in Marocco. A sostegno di ciò sembrano andare anche i dati sul fenomeno dell'ampio ricorso al giorno d'oggi alla medicina tradizionale, sotto forma di consumo di piante medicinali, di consultazioni di guaritori e di pellegrinaggi a santuari, per la cura¹³ del diabete mellito in questo paese (Ababou e El Maliki

¹³ Già nel corso della ricerca sul diabete svolta a Napoli in contesto pediatrico (Zito 2016a) mi sono

2017). L'utilizzo massiccio di tali terapie tradizionali riconferma il bisogno più ampio e tutto umano dei pazienti di vedersi rassicurati e riconosciuti in un sistema culturale più vicino e comprensibile, centrato su un'efficacia di natura simbolica (Schirripa 1996, 2014a; Lupo 1999, 2012, 2014; Schirripa e Vulpiani 2000).

Da questo punto di vista l'applicazione della metodologia etnografica in ospedale (Long, Hunter e van der Geest 2008; Zito 2016a, 2016b, 2017) può offrire un'occasione estremamente utile per la comprensione della complessità dei processi coinvolti nella cura di una malattia cronica come il diabete mellito nella società marocchina, aiutandoci forse a sciogliere quella dimensione di mistero e di insondabilità della cultura – l'*enigma* di cui si parlava in apertura -, non sempre però così luminoso, e, con pazienza e tempo, affondando nella “semantica della malattia” (Good 1977), contribuire a dissolvere, in collaborazione con i medici e la società, alcune sue “ombre” per garantire, attraverso adeguate strategie (Seppilli 1996, 2014) sul piano anche pratico e applicativo (Palmisano 2014), una salute più equa (Schirripa 2014b) e consapevole per tutti, pur nel rispetto dei *frames* culturali di base, peraltro sempre dinamici e in cambiamento.

Riferimenti bibliografici

Ababou, M., El Maliki, A.

- *Sociologie de la maladie Chronique (Cas du Diabète au Maroc)*. Rabat: LASDES, 2017

Abdelgadir, E.I., Hassanein, M.M., Bashier, A.M., Abdelaziz, S., Baki, S., *et al.*

- “A prospective multi-country observational trial to compare the incidences of diabetic ketoacidosis in the month of Ramadan, the preceding month, and the following month (DKAR international)”, *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, vol. 15, 2016, pp. 1-6

imbattuto in storie di famiglie originarie del Marocco, ma anche dell'Algeria, poi stabilitesi in Campania a seguito di processi migratori, relative al ricorso a forme di medicina tradizionale per far fronte a tale patologia nei loro bambini. Alcune di esse, al rientro per le ferie estive nel loro paese, dopo aver ivi consultato dei guaritori locali (bisogno su cui ci si dovrebbe porre alcune domande), avrebbero deciso di sospendere l'insulina esogena giudicata da tali terapeuti come la “causa” della persistenza del diabete contratto in Italia dai loro figli, portando però questi ultimi quasi al coma, trattandosi infatti di casi di diabete mellito di tipo 1 caratterizzati da una condizione di insulino-dipendenza e quindi non di tipo 2, alla cui gestione, forse, tali guaritori sarebbero stati invece più abituati con il ricorso a trattamenti basati su piante medicinali.

Adarmouch, L., El Ansari, N., Ouhdouch, F., Amine, M.

- "The Behavior of Muslim Type 2 Diabetic Patients towards the Fasting of Ramadan", *Ibnosina Journal of Medicine and Biomedical*, vol. 5, n. 6, 2013, pp. 335-338

Addi, L.

- *Deux anthropologues au Maghreb: Ernest Gellner et Clifford Geertz*. Paris: Éditions des archives contemporaines, 2013

Aït Mous, F., Ksikes, D.

- (a cura di), *Le tissu de nos singularités. Vivre ensemble au Maroc*. Casablanca: En toutes lettres, 2016

Al Arouj, M., Bouguerra, R., Buse, J., Hafez, S., Hassanein, M., *et al.*

- "Recommendations for management of diabetes during Ramadan", *Diabetes Care*, vol. 28, 2005, pp. 2305-2311

Augé, M.

- "L'anthropologie de la maladie", *L'Homme*, vol. XXVI, n. 1/2, 1986, pp. 81-90

Augé, M., Herzlich, H.C.

- (a cura di), *Il senso del male: antropologia, storia e sociologia della malattia*. Milano: Il Saggiatore, 1986

Benaji, B., Mounib, N., Roky, R., Aadil, N., Houti, I.E., *et al.*

- "Diabetes and Ramadan: review of the literature", *Diabetes Res. Clin. Pract.*, vol. 73, n. 2, 2006 pp. 117-125

Ben Jelloun, T.

- *Marocco, romanzo*. Torino: Einaudi, 2010

Bert, G.

- *Medicina Narrativa*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2007

Bourdieu, P.

- *Per una teoria della pratica. Con tre studi di etnologia cabila*. Milano: Raffaello Cortina, 2003

Boutayeb, W., Lamlili, M.E.N., Boutayeb, A., Boutayeb, S.

- "Estimation of direct and indirect cost of diabetes in Morocco", *Journal Biomedical Science and Engineering*, vol. 6, 2013, pp. 732-738

Canetti, E.

- *Le voci di Marrakech*. Milano: Adelphi, 1983

Capello, C.

- "Anthropopoiesis, embodiment and religious ritual in Morocco: toward a new theoretical approach", *Journal of Mediterranean Studies*, vol. 20, n. 1, 2011, pp. 163-177

Chadli, A., El Aziz, S., El Ansari, N., Ajdi, F., Seqat, M., *et al.*

- "Management of diabetes in Morocco: results of the International Diabetes Management Practices Study (IDMPS) - wave 5", *Ther. Adv. Endocrinol. Metab.*, vol. 7, n. 3, 2016, pp. 101-109

Crapanzano, V.

- *The Ḥamadsha. A study in Moroccan Ethnopsychiatry*. Berkeley: University of California Press, 1973

- *Tuhami. Ritrato di un uomo del Marocco*. Roma: Meltemi, 1995

Dinar, Y., Belahsen, R.

- "Diabetes Mellitus in Morocco: Situation and Challenges of Diabetes Care", *Journal of Scientific Research & Reports*, vol. 3, n. 19, 2014, pp. 2477-2485

Di Tolla, A.

- (a cura di), *Percorsi di transizione democratica e politiche di riconciliazione in Nord Africa*. Napoli: Editoriale Scientifica, 2017

Garro, L.

- "Chronic illness and the construction of narratives", in M.J., Del Vecchio Good, P., Brodwin, B., Good, A., Kleinman (a cura di), *Pain as human experience. An anthropological perspective*, pp. 100-137. Berkeley: University of California Press, 1992

Geertz, C.

- *Islam. Lo sviluppo religioso in Marocco e in Indonesia*. Milano: Raffaello Cortina, 2008

Geertz, C., Geertz, H., Rosen, L.

- *Meaning and Order in Moroccan Society: Three Essays in Cultural Analysis with a Photographic Essay by Paul Hyman*. Cambridge: Cambridge University Press, 1979

Gellner, E.

- *Saints of the Atlas: Ernest Gellner*. London: Weidenfeld and Nicolson, 1969

Good, B.J.

- "The Heart of What's the Matter: The Semantics of Illness in Iran", *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. I, n.1, 1977, pp. 25-58

- *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*. Torino: Einaudi, 2006

Guigoni, A.

- *Antropologia del mangiare e del bere*. Campospinoso (PV): Altravista, 2009

Harris, M.

- *Buono da mangiare. Enigmi del gusto e consuetudini alimentari*. Torino: Einaudi, 2015

International Diabetes Federation

- *IDF DIABETES ATLAS Eighth edition*, 2017

Kleinman, A.

- *The Illness Narratives. Suffering, Healing and the Human Condition*. New York: Basic Books, 1988

Kumagai, A.K., Murphy, E.A., Ross, P.T.

- "Diabetes stories: use of patient narratives of diabetes to teach patient-centred care", *Adv. in Health Sci. Educ. Theory Pract.*, vol.14, n. 3, 2009, pp. 315-326

Le Breton, D.

- *Il sapore del mondo. Un'antropologia dei sensi*. Milano: Raffaello Cortina, 2007

Lévi-Strauss, C.

- *Anthropologie Structurale*. Paris: Plon, 1958

- *Mythologiques*. Paris: Plon, 1968

Littlewood, R.

- "Why narratives? Why now?", *Anthropology & Medicine*, vol. 10, n. 2, 2003, pp. 255-261

Long, D., Hunter, C., van der Geest, S.

- "When the field is a ward or a clinic: Hospital ethnography", *Anthropology & Medicine*, vol.15, n. 2, 2008, pp. 71-78

Lupo, A.

- “Capire è un po’ guarire: il rapporto paziente-terapeuta tra dialogo e azione”, *AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica*, n. 7/8, 1999, pp. 53-92
- “Malattia ed efficacia terapeutica”, in D., Cozzi (a cura di), *Le parole dell’antropologia medica. Piccolo dizionario*, pp. 127-155. Perugia: Morlacchi, 2012
- “Antropologia medica e umanizzazione delle cure”, *AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica*, n. 37, 2014, pp. 105-126

Malinowski, B.

- *Argonauti del Pacifico occidentale. Riti magici e vita quotidiana nella società primitiva*. Torino: Bollati Boringhieri, 2004

Mattingly, C.

- *Healing dramas and clinical plots. The narrative structure of experience*. Cambridge: Cambridge University Press, 1998

Mattingly, C., Garro, L.

- (a cura di), *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing*. Berkeley: University of California Press, 2000

Mol, A.M.

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

Mol, A.M., Law, J.

- “Embodied Action, Enacted bodies: the Example of Hypoglycaemia”, *Body & Society*, vol. 10, n. 2/3, 2004, pp. 43-62

Palmisano, A.L.

- “Prefazione”, *DADA Rivista di Antropologia post-globale*, n. 2, Speciale “Antropologia applicata”, 2014, pp. 9-12

Piasere, L.

- *L’etnografo imperfetto. Esperienza e cognizione in antropologia*. Roma-Bari: Laterza, 2002

Pizza, G.

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

Quaranta, I.

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

Rachik, H.

- *Usages de l'identité Amazighe au Maroc*. Casablanca: Imprimerie Najah El Jadida, 2006

- *Le proche et le lointain. Un siècle d'anthropologie au Maroc*. Marseille: Éditions Parenthèses; Aix-en-Provence: Maison méditerranéenne des sciences de l'homme, 2012

Said, E.W.

- *Orientalism*. London: Penguin books, 1991

Salti, I., Bénard, E., Detournay, B., Bianchi-Biscay, M., The EPIDIAR Study Group, *et al.*

- "A population-based study of diabetes and its characteristics during the fasting month of Ramadan in 13 countries: results of the Epidemiology of Diabetes and Ramadan 1422/2001 (EPIDIAR) study", *Diabetes Care*, vol. 27, 2004, pp. 2306-2311

Schirripa, P.

- "Promesse e minacce della medicina tradizionale africana", *AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica*, n. 1/2, 1996, pp. 155-178

- *Le politiche della cura. Terapie, potere e tradizione nel Ghana contemporaneo*. Lecce: Argo, 2014a

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

Schirripa, P., Vulpiani, P.

- (a cura di), *L'ambulatorio del guaritore. Forme e pratiche del confronto tra biomedicina e medicine tradizionali in Africa e nelle Americhe*. Lecce: Argo, 2000

Selihi, Z., Berraho, M., El Rhazi, K., El Achhab, Y., El Marrakchi, A., *et al.*

- "Risk factors for degenerative complications in patients with type 2 diabetes: nested case-control study 'epidiam' Morocco", *Journal of Diabetes, Metabolic Disorders & Control*, vol. 4, n. 2, 2017, pp. 40-46

Seppilli, T.

- "Antropologia medica: fondamenti per una strategia", *AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica*, n. 1/2, 1996, pp. 7-22

- “Antropologia medica e strategie per la salute”, *AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica*, n. 37, 2014, pp. 17-32.

Tazi, M.A., Abir-Khalil, S., Chaouki, N., Chergaoui, S., Lahmouz, *et al.*

- “Prevalence of the main cardiovascular risk factors in Morocco: results of a National Survey, 2000”, *J. Hypertens.*, vol. 21, n. 5, 2003, pp. 897-903

Teti, V.

- *Il colore del cibo. Geografia, mito e realtà dell'alimentazione mediterranea*. Roma: Meltemi, 1999

- *Fine pasto. Il cibo che verrà*. Torino: Einaudi, 2015

World Health Organization

- *Constitution of the World Health Organization: Basic Document*. Geneva: World Health Organization, 1948

Young, A.

- “Antropologie della illness e della sickness”, in I., Quaranta (a cura di), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, pp. 107-147. Milano: Raffaello Cortina, 2006

Zito, E.

- *Vivere (con) il diabete. Uno sguardo antropologico su corpo, malattia e processi di cura*. Milano: Ledizioni, 2016a

- “Tra Scilla e Cariddi: diventare adulti in un reparto di medicina”, *EtnoAntropologia*, vol. 4, n. 1, 2016b, pp. 131-150

- “Condividere l'esperienza, conoscere la malattia, comprendere il corpo: campi-scuola per giovani diabetici”, *DADA. Rivista di Antropologia post-globale*, vol. VI, n. 2, 2016c, pp. 77-106

- “Un antropologo in ospedale. Etnografia in un'istituzione biomedica universitaria, tra intersezioni disciplinari e contaminazioni metodologiche”, *Lares*, vol. LXXXIII, n. 3, 2017, pp. 509-525

