

Antropologia per la Società accoglie contributi di ricerca capaci di coniugare il rigore dell'analisi, l'attenzione alla comunicazione e l'inquietudine per l'applicazione dei risultati. Guidati dalla convinzione che lo strumento dell'indagine etnografica costituisca un "saper fare" scientifico e al contempo un'esperienza umana assolutamente calata nella società, i testi contenuti nella collana ambiscono a contribuire oltre che con delle interpretazioni, anche attraverso utili strumenti per l'azione.

Volumi pubblicati:

1. Zanutelli F., Lenzi Grillini F. (a cura di), *Subire la Cooperazione?*
2. Pinelli B., *Donne come le altre*
3. Pellecchia U., Zanutelli F. (a cura di), *La cura e il potere*

Di prossima pubblicazione:

Pellecchia U., Lusini V., *Incontro, Relazione, Comunicazione*

LA CURA E IL POTERE

SALUTE GLOBALE, SAPERI ANTROPOLOGICI,
AZIONI DI COOPERAZIONE SANITARIA TRANSNAZIONALE

a cura di
Umberto Pellecchia e Francesco Zanolli

ed.it

Proprietà letteraria riservata
© 2010 ed.it, Firenze-Catania
Via dei Rododendri, 1
50142 Firenze - Italy
www.editpress.it
info@editpress.it
Prima edizione: novembre 2010
Printed in Italy

Progetto grafico: ed.it
Foto in copertina:
© Simone Pierotti
www.simonepierotti.com

La cura e il potere / a cura di Umberto
Pellecchia e Francesco Zanotelli. -
Firenze : ed.it, 2010. -
268 p. ; 21 cm
(Antropologia per la società ; 3.)
ISBN 978-88-89726-57-0
ISBN eBook 978-88-89726-58-7
Permalink formato digitale:
<digital.casalini.it/9788889726587>



Provincia di Siena
Forum Provinciale della
Cooperazione e Solidarietà
internazionale



Con il contributo di



Sommario

- 7 Presentazione
di *Gabriele Berni*
- 13 Introduzione
di *Umberto Pellecchia, Paolo Rossi e Francesco Zanutelli*
- Parte prima
 Politiche internazionali e salute globale
- 45 La salute negata: da Alma Ata ai Millenium Development
Goals, e ritorno
di *Chiara Bodini e Ardigò Martino*
- 69 Accesso ai farmaci e ricerca nei Paesi in Via di Sviluppo
di *Giosué De Salvo*
- Parte seconda
 Strumenti antropologici tra corpi locali e politiche globali
- 89 Antropologia, corporeità e cooperazione sanitaria
di *Ivo Quaranta*
- 105 Antropologia e salute pubblica. Comprendere l'inintelle-
gibilità dell'AIDS in Sud Africa
di *Didier Fassin*
- 127 Cooperazione sanitaria e medicina tradizionale
di *Pino Schirripa*
- 145 Distanze e divergenze tra politiche globali della salute e
pratiche locali: il caso del Ghana e dell'Uganda
di *Elisa Vasconi*

- 163 Aspetti antropologici e giuridici della medicina islamica contemporanea
di *Dariussh Atighetchi*
- Parte terza
Azioni di cooperazione sanitaria transnazionale
- 183 La cooperazione narrata: un incontro tra saperi medici in Kenya
di *Giorgio Pellis* e *Marina Spaccini*
- 191 La cooperazione sanitaria decentrata: esperienze e prospettive dalla Toscana
di *Maria José Caldés Pinilla*, *Nicolò Bellanca*, *Elena Como*, *Renato Libanora* e *Andrea Rapisardi*
- 215 Corpi migranti: un dialogo tra istituzioni, associazionismo e antropologi sul diritto alla salute e sulle esperienze di cura in contesti di migrazione
con interventi di *Michela Ciminiello* (p. 210), *Cecilia Francini* (p. 212), *Giulia Capitani* (p. 214), *Suela Cadri* (p. 218), *Barbara Tomassini* e *Franco Bassi* (p. 219), *Fabio Mugnaini* (p. 221)
- 241 Conclusioni: prospettive applicative per la giustizia sociale
di *Francesco Zanutelli*
- 247 Riferimenti bibliografici
- 259 Autori ed enti organizzatori

Presentazione

di *Gabriele Berni*

(Provincia di Siena, Assessore alla Cooperazione Internazionale)

In questi anni segnati da una forte crisi economica mondiale, che sta provocando vere e proprie emergenze anche all'interno delle società più ricche mettendo a rischio quei livelli di coesione sociale che fino a ieri potevano sembrare acquisiti per sempre, continuiamo a pensare che l'attenzione verso la cooperazione allo sviluppo e la solidarietà internazionale non rappresenti solo un impegno doveroso (in ragione delle responsabilità che i paesi più ricchi portano verso il mancato sviluppo di altri) ma rappresenti anche un valore positivo in sé.

Un valore che si concretizza sia sul piano culturale sia nella prospettiva di costruire una comunità mondiale più equa e più giusta, per ciò stesso in grado di garantire a tutti standard più alti di convivenza e qualità della vita.

Fare cooperazione e solidarietà internazionale non significa, per noi che viviamo nella parte ricca del mondo, occuparsi di altro e di altri: ha sempre significato e a maggior ragione significa oggi riconoscere l'interdipendenza che ci lega a tutto il pianeta in una comunità davvero mondiale dove il "bene essere" di ciascuno è indissolubilmente legato al "bene essere" di tutti.

Il Forum provinciale della Cooperazione e Solidarietà Internazionale si è costituito tre anni fa per iniziativa della Provincia di Siena avendo tra le proprie finalità:

- a) stimolare e favorire l'attività di cooperazione allo sviluppo e solidarietà internazionale in provincia di Siena;
- b) promuovere un processo di reciproca conoscenza e scambio di esperienze tra le diverse realtà, valorizzandone le potenzialità,

- favorendone l'integrazione di attività e percorsi anche in vista dell'eventuale elaborazione di progetti comuni;
- c) collaborare alla definizione delle politiche di cooperazione internazionale a livello provinciale anche in relazione alle politiche regionali;
 - d) favorire lo scambio di informazioni e la collaborazione tra i soggetti interessati, nell'ottica di integrare le specifiche competenze e creare sinergie tra i vari attori con particolare attenzione alla presenza dei migranti sul territorio provinciale in quanto anello privilegiato di congiunzione con le comunità d'origine;
 - e) identificare e condurre azioni di sensibilizzazione, promozione e pubblicizzazione per attivare nuove energie;
 - f) promuovere percorsi di formazione per l'aggiornamento e la qualificazione continui degli aderenti al Forum;
 - g) essere un soggetto elaboratore e divulgatore della cultura della cooperazione internazionale allo sviluppo, mediante:
 - la promozione di azioni di educazione sul territorio;
 - la promozione di ricerche, studi e pubblicazioni;
 - la raccolta, valorizzazione e diffusione di informazioni e dati;
 - l'organizzazione di convegni, seminari, tavole rotonde e conferenze.

Il presente volume si inserisce perfettamente nei percorsi attivati dal Forum e rappresenta senza dubbio un prezioso contributo, reso possibile dalla collaborazione e dalla coprogettazione di due associazioni (CREA - Centro Ricerche EtnoAntropologiche e CUAMM - Medici con l'Africa) che hanno saputo operare su quella linea di "cooperazione tra cooperanti" di cui ancora troppo spesso si sente la mancanza.

La capacità di saper mettere a disposizione le proprie competenze e le proprie specificità all'interno di progetti e iniziative condivise con altri operatori del settore rappresenta un valore aggiunto di primaria importanza lungo il percorso di crescita complessiva e collettiva che è all'origine dell'idea stessa del Forum provinciale.

Sono tante e anche assai diverse tra di loro le azioni di cooperazione e solidarietà internazionale che si originano dal nostro territorio, come tanti e diversi tra di loro sono i soggetti attivi in questo campo. È una pluralità che rappresenta una grande ricchezza e che favorisce il maggiore coinvolgimento di singoli cittadini, organizzazioni e enti.

All'origine di queste azioni troviamo sempre una forte motivazione solidaristica, un atto di "buona volontà" sincero e per ciò stesso sempre apprezzabile e condivisibile.

Tuttavia, soprattutto quando da iniziative di tipo più occasionale ed estemporaneo passiamo a interventi più strutturati, di vera e propria cooperazione internazionale allo sviluppo, ci rendiamo conto che la buona volontà non è più sufficiente e che, sia pure con le migliori intenzioni, si rischia talvolta di attivare percorsi e progettualità non sempre in grado perseguire davvero gli obiettivi desiderati e talvolta addirittura tali da diventare controproducenti per gli stessi beneficiari.

In questo senso purtroppo la storia della cooperazione internazionale allo sviluppo, e quella italiana in particolare, è piena di esempi.

Da questa considerazione discende la priorità che tra le iniziative del Forum provinciale abbiamo voluto riconoscere a percorsi formativi che, facendo tesoro delle competenze già presenti sul nostro territorio, sapessero mettere a disposizione di tutti queste conoscenze non già per calare dall'alto nozioni e saperi da assumere acriticamente, ma come occasione per stimolare riflessioni e confronti critici e autocritici il più possibile aperti e condivisi.

La cura e il potere

Salute globale, saperi antropologici,
azioni di cooperazione sanitaria transnazionale

Introduzione

di *Umberto Pellecchia, Paolo Rossi e Francesco Zanutelli*¹

Miseria morborum genitrix. Con quest'espressione, a partire dal Medioevo, una parte della nascente scienza medica ha voluto sostenere una interpretazione rivoluzionaria della salute e delle pratiche mediche: la malattia, la sofferenza umana, affonda le sue cause nella povertà e, quindi, nelle condizioni sociali che la generano.

«La miseria è la madre delle malattie» è ciò che sosteneva, ancora nella seconda metà del Settecento, il medico igienista tedesco Johann Peter Frank². Anch'egli figlio di una concezione aperta della medicina, incline a comprenderne i fattori extra-medici che influivano nella diffusione delle pestilenze, Peter Frank capì che non era possibile combattere il male biofisico con una “teoria del morbo”, quanto piuttosto con una “teoria sociale” o “politica” che tenesse in conto le condizioni di vita degli affetti. Questa teoria trova il suo senso proprio nella “miseria”, causata dalle disuguaglianze economiche e di potere, che a loro volta sono alla base delle diseguali possibilità non solo di curarsi dalla malattia, ma di godere di un più generale stato di benessere psicofisico e sociale.

Sfortunatamente queste concezioni “illuminate”, nel corso della storia della disciplina medica, sono rimaste relegate negli strati sotterranei, sorpassate gradualmente ed egemonicamente da un approccio tecnicista della medicina e della cura e da una concezione sempre più biologica e sempre meno sociopolitica del malessere. La medicina si è pertanto affermata come scienza a sé stante, organizzata attorno ad un corpo di conoscenze proprio (il corpo umano, la patologia, ecc.), che utilizza un insieme di pratiche e tecniche meccaniche (per tale morbo occorre tale procedura clinica) oggi divenute vere e proprie tecnologie futuristiche³. L'affer-

mazione della medicina come scienza si è plasmata tuttavia sull'abbandono delle implicazioni etiche, filosofiche e soprattutto socio-politiche del benessere e del malessere. È proprio contro questo processo, soprattutto per come si è affermato nel Novecento, che il pensatore critico Ivan Illich nel 1976 lancia i suoi strali, mostrando come in realtà la medicina non manchi esattamente di etica, quanto piuttosto abbracci, più o meno consapevolmente, quella economicista del capitalismo. Per Illich i medici, come gli ideologi del capitalismo che evolucionisticamente naturalizzano la civiltà industriale e la pongono in cima alla classifica delle possibili società, hanno trasformato la malattia, il malato, la sofferenza, in eventi naturali sostenendo la medicina occidentale come una medicina universale che non sarebbe condizionata da valori storicamente prodotti. E questo, attraverso l'affermazione da un lato della tecnica e dall'altro di un approccio naturalizzante del corpo. Quest'ultimo diventa un insieme di organi da manipolare attraverso una tecnologia sempre più sviluppata. Con la "macchina medica", afferma sempre il pensatore, la medicina provoca essa stessa la malattia⁴ e forme di dipendenza, ad esempio dai farmaci, che la costituiscono come un dispositivo del capitalismo in grado di creare consumatori inconsapevoli (Illich, 2004).

In ogni caso, sia la teoria della "misera morborum genitrice" sia il pensiero di Ivan Illich permettono di introdurre la proposta di riflessione di questa raccolta di saggi. Quell'insieme di fenomeni – salute, medicina, politiche sanitarie, cura, malattia – che hanno a che fare con il benessere (o la sofferenza) bio-psico-fisica dell'essere umano, non possono essere intesi né a livello concettuale né a livello pratico come separati dall'insieme più ampio delle dinamiche sociopolitiche e dei rapporti di forza e di potere in cui sono immersi. Spingendosi più oltre, anzi, ciò che i capitoli di questo volume sembrano affermare è che i fenomeni correlati alla salute sono intrinsecamente connessi con il potere ed i rapporti di forza: la salute, di conseguenza, oltre ad essere una questione di ordine biologico (e quindi tecnico) è un processo politico (quindi sociale). In tal senso le pratiche relative alla salute – e soprat-

tutto alla risoluzione delle disfunzioni legate alla salute, le malattie – necessitano di soluzioni non solo di ordine medico-sanitario ma anche, e forse soprattutto, di ordine politico-sociale.

Politiche globali, saperi antropologici, azioni di cooperazione transnazionale

Abbiamo fin qui accennato a due snodi di carattere teorico dalle forti implicazioni pratiche: da un lato la naturalizzazione della malattia (e la tecnicizzazione della cura); dall'altro, la separazione, nell'ambito della scienza medica, tra la manifestazione del male sul corpo singolo e la sua contestualizzazione all'interno di rapporti di forza e di potere.

Nel corso del presente volume, questi due processi vengono descritti a partire da ambiti disciplinari diversi (storia della medicina, antropologia medica, economia dello sviluppo) così come a partire da esperienze diversificate (didattica della salute globale, ricerca etnografica, attività medica nell'ambito di Organizzazioni Non Governative). Ciò che unifica i diversi approcci e le diverse ragioni di interesse qui contenute – in particolare quella accademica della ricerca e quella applicativa delle azioni di cooperazione internazionale – è la medesima convinzione: che i processi citati sopra rappresentino degli ostacoli per la corretta comprensione, e quindi per la risoluzione, del male.

Una volta identificato l'ordine dei problemi, si tratta di collocare l'analisi in una scala adeguata. La precisa scelta contenuta in questo libro è di affrontare i temi della malattia e della cura sul piano globale, considerandoli per come essi si intersecano con le dinamiche politiche mondiali, con la storia recente dei trattati internazionali, con gli interessi commerciali e di ricerca delle imprese transnazionali, con i flussi migratori contemporanei⁵. Questa scelta deriva in primo luogo dall'incontro tra antropologi e medici, interessati al confronto sul piano delle ideologie e delle pratiche della cooperazione internazionale e dello sviluppo⁶. Per gli antropo-

logi – in particolare per coloro tra essi che assumono le dinamiche dello sviluppo come oggetti di osservazione e analisi – e per i medici impegnati in azioni di cambiamento, la discussione non può che collocarsi su un piano globale, in quanto nella loro pratica di ricerca e di azione, entrambi vivono esperienze incomprensibili se non accompagnate dalla capacità di tenere insieme gli eventi locali e quotidiani con le storie, le politiche, gli equilibri economici internazionali. Un ulteriore elemento che accomuna antropologi e medici cooperanti è la loro presenza sul terreno, spesso accompagnata dal viaggio e dall'estraniamento e pertanto dalla necessità di relativizzare il proprio sguardo al contempo allargandolo e comprendendolo in una dimensione più ampia. Tale sguardo è poi accompagnato dalla constatazione che i terreni frequentati (in questo volume osserviamo in modo particolare il continente africano) sono scenario, e manifestazione, di processi economici, politici, sociali disequilibrati.

Abbiamo quindi chiamato a raccolta esperti nell'ambito dell'antropologia medica, dei processi storico-politici globali e della cooperazione sanitaria internazionale con il principale fine di avvicinare, per mezzo di un medesimo contenitore, pratiche di ricerca e di azione diverse, ma in grado – insieme – di fornire un panorama di dati, strumenti concettuali e metodologie di intervento. Infatti, oltre a rendere evidenti i processi politici connessi con specifiche manifestazioni del disagio dei corpi, il nostro obiettivo è quello di offrire esemplificazioni e riflessioni sugli strumenti che pensiamo utili per chi opera singolarmente in ciascuno dei campi e settori menzionati. Su questo aspetto direttamente applicativo torneremo in sede di conclusioni.

La prima parte del volume, che raccoglie il contributo di Chiara Bodini e Ardigò Martino, e quello di Giosuè De Salvo, traccia una storia delle politiche di salute globale, e dei relativi trattati internazionali, dal secondo dopoguerra fino alla contemporaneità, individuando nel corso di circa 60 anni due paradigmi, tra loro divergenti, per l'azione internazionale nel campo della salute: quello basato sulla "salute come diritto per tutti", emerso nei decen-

ni della decolonizzazione e ripreso dalla conferenza di Alma Ata alla fine degli anni settanta, per il quale la salute è concepita come uno stato integrato di benessere fisico, mentale e sociale; e quello “neoliberista”, affermatosi negli anni ottanta e novanta, che favorisce la tecnicizzazione dell’intervento medico e la sua mercificazione, e che si realizza su scala globale attraverso l’implementazione di riforme sanitarie nazionali basate su questi principi. Bordini e Martino⁷, attraverso una esaustiva presentazione di dati epidemiologici, evidenziano il fallimento degli obiettivi che questo secondo approccio si è dato, e danno conto dell’attuale dibattito scientifico internazionale, caratterizzato da un progressivo ritorno verso posizioni maggiormente sensibili ad un approccio olistico alla salute.

Il testo di De Salvo⁸ si inserisce nella critica alla politica sanitaria neoliberista mostrando le difficili condizioni – e il mancato diritto – di accesso ai farmaci per le popolazioni del mondo attualmente colpite dalle principali pandemie quali AIDS, tubercolosi e malaria. La conflittualità politica ed economica che si scatena intorno alla ricerca, al brevetto e alla libertà di esportazione dei farmaci generici (fondamentali perché raggiungono un numero elevato di ammalati a costi bassi) vede agire in modo contrapposto lobbies dell’industria farmaceutica, organismi politici internazionali, governi nazionali dei paesi più poveri e Organizzazioni Non Governative. Il caso internazionale dei Trips (aspetti commerciali dei diritti di proprietà intellettuale) ricostruito in dettaglio da De Salvo, è esemplare della parzialità del discorso liberista, poiché in nome del diritto di brevetto, si raggiunge l’obiettivo di limitare la libera circolazione dei farmaci, mostrando inoltre la stretta connessione tra pratiche politico-legislative ed interessi economici legati al campo della ricerca e della commercializzazione dei prodotti medici.

Nella seconda parte del volume, il quadro politico internazionale passa sullo sfondo, lasciando emergere contesti nazionali, regionali e locali specifici, i quali però, come in un gioco di specchi, rimandano costantemente alle dinamiche globali affrontate nella

prima parte. L'analisi politologica, inoltre, cede il passo all'approccio antropologico. Il testo di Ivo Quaranta⁹ apre una densa sezione dedicata ad approfondire le concezioni sul corpo, i diversi saperi della cura, il ruolo della salute pubblica, dell'intervento umanitario e dell'etica in alcuni contesti africani (Camerun, Ghana, Sud Africa, Uganda) e nei paesi con diritto islamico. I capitoli di Quaranta e di Fassin mettono al centro della riflessione il processo sociale di costruzione locale della spiegazione intorno all'AIDS, una malattia che ha attirato l'interesse di molti antropologi non tanto per la sua estrema diffusione, quanto piuttosto perché diversamente associata – dai soggetti che hanno contribuito alla sua elaborazione culturale e istituzionale – ai comportamenti sessuali dei singoli, agli aspetti morali connessi con lo stato di salute o di malattia, ai processi storici della dominazione coloniale, agli interessi politici delle istituzioni in epoca postcoloniale. Quaranta, in questa occasione¹⁰, utilizza l'esempio camerunese da lui conosciuto, per richiamare l'attenzione almeno su tre aspetti che possono essere di insegnamento generale: innanzitutto che, al di là della visione biologista del corpo e della malattia, esistono ontologie che rimandano la malattia dal corpo singolo al corpo sociale, inserendo la comprensione anche di una patologia come l'AIDS, in una più ampia lettura delle (malevole) relazioni interpersonali, o addirittura di quelle tra gruppi¹¹. Ne consegue, ragionevolmente, che la ricerca della cura passi attraverso coloro che «si ritiene abbiano gli strumenti e le capacità per indagare il piano invisibile delle intenzionalità altrui» (Quaranta, *infra*). In secondo luogo, constatando come AIDS e altre pandemie contemporanee siano diffuse soprattutto tra le popolazioni maggiormente impoverite, si sottolinea il ruolo delle disuguaglianze locali, nazionali ed internazionali – e della violenza quotidiana funzionale a riprodurle – nel predisporre alcuni soggetti sociali e non altri a tali malattie. In terzo luogo, si introduce la questione della sofferenza e della sua problematica rappresentazione nel campo delle azioni umanitarie, un tema sul quale ritorneremo in sede di conclusione e sul quale Didier Fassin ha scritto pagine illuminanti (Fassin, 2000; 2006; 2007b).

L'antropologo e medico francese, nel contributo al nostro volume¹², si sofferma sul difficile caso dell'AIDS in Sud Africa, dove la difficoltà, oltre che materiale, è di ordine logico: come accettare e quindi affrontare una malattia che «promette alla morte un adulto su quattro?» (Fassin, *infra*). Il compito dell'antropologia, ci indica l'autore, è in questo caso quello di contribuire a spiegare, ossia a “dare senso”, ad un flagello di tale portata. Secondo Fassin ciò è possibile operando a partire dalla biografia delle persone per osservare come nei loro corpi siano iscritti molteplici ordini della disuguaglianza, e tra questi annovera la disuguaglianza in termini di salute; ma al contempo è interessato a mostrare l'azione dei corpi come soggetti che producono una interpretazione del malessere e della malattia, secondo quella che egli definisce “l'esperienza storica soggettivata”.

Nel caso del Sud Africa, l'enorme diffusione dell'AIDS è spiegata come oggettivazione della disuguaglianza sotto tre punti di vista: per le condizioni socioeconomiche (povertà, livello di istruzione e di professionalità) che si saldano tragicamente con la distinzione razziale costruita durante i secoli di segregazione; per la violenza criminale (tra cui quella sessuale), che si iscrive in un diffuso clima di violenza repressiva istituzionale sia durante che nel dopo apartheid; per i processi migratori, connessi con una più generale economia politica, che ha prodotto spostamenti in massa di soli uomini, o che ha indotto giovani donne alla prostituzione.

La soggettivazione della disuguaglianza passa, invece, attraverso le narrazioni individuali e di gruppo, dei malati come dei politici. Ma sono soprattutto i primi a farsi carico, oltre che del disagio fisico del male, anche di quello psicologico, legato ad un più ampio processo di colpevolizzazione della vittima per i suoi supposti comportamenti amorali; un processo che – ci dice l'autore – ha fatto riaffiorare in Sud Africa stereotipi di ordine razziale. A fianco degli stereotipi sui comportamenti culturali e sessuali, emergono i sospetti, resi più concreti in seguito alle audizioni della Commissione sulla Verità e la Riconciliazione, riguardo all'uso strategico del virus dell'AIDS durante l'apartheid con fini di controllo demografico della popolazione nera.

I saggi di Schirripa e di Vasconi, basati su materiale di ricerca raccolto in Ghana e in Uganda, affrontano un altro versante del rapporto tra la sfera politica e quella medica che non riguarda esplicitamente il corpo e la malattia, quanto piuttosto la cura e i sistemi di sapere che se ne occupano. In entrambi i casi, i lasciti dei due diversi approcci alla salute globale affrontati nella prima parte del volume, vengono richiamati a partire dalla specifica prospettiva delle medicine cosiddette tradizionali, nel loro rapporto con la bio-medicina di origine occidentale. Se infatti la conferenza di Alma Ata ha espresso il principio universalista della “salute per tutti”, le difficoltà insite nel diffondere sul territorio ospedali e presidi medici di stampo occidentale hanno progressivamente indotto a modificare tale prospettiva, volgendo il principio della “assistenza sanitaria di base per tutti” verso un concetto di “medicina di comunità” e verso la valorizzazione dei guaritori autoctoni già presenti e capillarmente diffusi sul territorio. Purtroppo, come spiega chiaramente Schirripa¹³, la compresenza dei medici occidentali (spesso afferenti a programmi di cooperazione internazionale) e dei guaritori tradizionali nei territori, non si sviluppa su un piano paritetico ma piuttosto diventa il terreno per la competizione tra competenze e saperi, oltre che per l'accaparramento di risorse. In particolare, nel presentare uno dei tentativi ufficiali più significativi di collaborazione tra sistemi medici diversi nel Ghana indipendente, Schirripa sottolinea la distanza che si è venuta a creare tra gli operatori sanitari occidentali per i quali sussiste l'interesse solamente verso quelle competenze erboristiche maggiormente assimilabili al proprio sapere, estrapolandole da una più ampia comprensione che sta alla base di quegli stessi saperi; parimenti, cresce la diffidenza da parte dei guaritori tradizionali che sentono minacciata la propria esclusività sui pazienti.

Elisa Vasconi opera una antropologia politica dei sistemi sanitari muovendosi dal contesto internazionale dei trattati di salute mondiale, alle riforme sanitarie nazionali di Ghana e Uganda orientate verso la decentralizzazione dei servizi, fino a vederne le

concrete attuazioni, e carenze, in due distretti regionali. La sua analisi, che parte dal duplice interesse verso le politiche della salute e verso la salute come spazio di contesa politica, evidenzia quanto, nella storia dei due paesi africani, la medicina tradizionale sia stata usata dai governi centrali in funzione nazionalista nell'immediata fase postcoloniale; e nell'ottica di una maggiore democratizzazione dei servizi in epoca più recente. Lo sguardo etnografico rivela però un elevato livello di insoddisfazione da parte dei settori rurali del territorio in merito alle politiche di decentralizzazione dei servizi, facendo supporre che al discorso sulla democratizzazione corrisponda invece una pratica politica di maggior dipendenza dagli organismi finanziatori internazionali (Banca Mondiale, ma anche ONG).

Il capitolo di Dariush Atighetchi¹⁴ conclude la sezione più propriamente antropologica del volume richiamando l'attenzione su un ulteriore ambito di intersezione tra il potere giuridico-politico, la dimensione religiosa e le pratiche mediche di azione sul corpo. Oggetto del testo di Atighetchi sono infatti le interpretazioni delle diverse scuole di diritto islamico intorno ai riferimenti contenuti nel Corano e nei detti del profeta (*ahadith*) sul tema dell'infusione dell'anima, ossia il momento in cui Dio infonde la vita al feto. Se la definizione di questo momento, stabilito dal Corano in 120 giorni dopo il concepimento, appare netta nelle sue conseguenze giuridiche sulla proibizione dell'aborto, l'analisi che l'autore compie a partire dai diversi pronunciamenti delle scuole sunnite in riguardo alla liceità o meno dell'aborto prima di tale data, mostrano un panorama al contrario molto variegato. L'analisi comparata della legislazione contemporanea sull'aborto in alcuni Stati a prevalenza musulmana mostra una altrettanto ampia variabilità. Il testo di Atighetchi ci induce pertanto a considerare il piano giuridico comparato come fondamentale per non assolutizzare letture di contesti culturali tra loro accomunati dalla medesima religione e al contempo ci induce a porre attenzione alle situazioni in cui il piano religioso assume importanza in medicina non solamente in termini etici ma anche in termini giuridici.

La terza ed ultima sezione del volume è dedicata alle azioni di cooperazione transnazionale in campo sanitario. Abbiamo inteso infatti far conoscere alcune esperienze dirette – per lo più sorte dal territorio toscano – di medici, mediatori culturali, amministratori pubblici e antropologi che sono coinvolti in azioni di intervento operativo o di analisi di un contesto sanitario con il fine di modificarlo. Nell’usare il termine “cooperazione transnazionale” ci riferiamo ad azioni che non si limitino a trasferire risorse materiali e conoscenze in contesti lontani, poiché agiscono a cavallo tra le frontiere producendo riflessioni ed effetti concreti nei presidi medici del nostro stesso sistema sanitario (nazionale, regionale, locale) e sul campo della salute come luogo in cui si esprimono relazioni politiche, sociali, umane.

Il concetto di cooperazione transnazionale si avvicina molto a quello di cooperazione decentrata, sul quale si soffermano gli autori del secondo capitolo di questa terza parte. A sostegno dell’innovatività di questo modello rispetto a quello tradizionale di cooperazione allo sviluppo internazionale, sta l’idea della relazione tra territori (associazioni, cittadini, istituzioni, imprese), molto spesso mediata dai migranti che stanno a cavallo tra i due territori. Nel campo della salute, l’esperienza della cooperazione sanitaria toscana viene analizzata come un possibile esempio di attuazione dei principi della cooperazione decentrata per i benefici che essa è in grado di apportare: di materiali, di risorse umane che migliorano l’offerta e l’accessibilità alle cure essenziali, di formazione, di supporto organizzativo. Il fatto che si svolga tra strutture di pari livello di paesi diversi (ospedali, amministrazioni comunali, etc.) facilita una cooperazione più paritaria e democratica, oltre che dare visibilità alle strutture locali nei confronti dei propri governi, attivando processi di *empowerment*. Inoltre ha delle importanti ricadute nel territorio toscano da diversi punti di vista, ma soprattutto nella capacità di affrontare con maggior consapevolezza e attenzione le cure verso i pazienti extracomunitari.

La dinamica ora accennata tra dispositivi della cura e immigrazione nel territorio italiano è approfondita nel dialogo a più voci

che costituisce il capitolo intitolato “Corpi migranti”. Ad esso hanno partecipato esponenti di associazioni di volontariato e Organizzazioni Non Governative che operano nel campo dell’assistenza agli immigrati (nei territori di Arezzo, Firenze e Siena), ed esponenti dei servizi sanitari a livello regionale (Toscana) e provinciale (Siena). I testi scaturiti dalla tavola rotonda¹⁵, oltre a far conoscere le modalità con cui operano alcuni segmenti del servizio sociale pubblico e del terzo settore, evidenziano alcune criticità che riguardano principalmente: le possibilità reali di accesso al sistema sanitario pubblico per i migranti, indipendentemente dal loro status di regolarità; la mancanza di chiarezza ed uniformità nell’applicazione della legislazione sull’accesso alla salute; e, infine, la difficoltà di mediazione tra medico e paziente connessa, anche se non esclusivamente, alla carenza di figure di mediazione linguistico-culturale.

L’intervento al dibattito dell’antropologo Fabio Mugnaini contribuisce a riportare questi processi sul piano, riflessivo, delle connessioni tra condizione sociale del paziente e sue ricadute nell’ambito del campo medico. Il *casus* dal quale sviluppa le sue riflessioni riguarda un’esperienza di etnografia svolta da un nutrito gruppo di studenti di antropologia dell’ateneo senese con la supervisione di alcuni loro docenti, presso l’improvvisato centro di accoglienza per stranieri richiedenti asilo a Follonica, in provincia di Grosseto, tra il 2008 e il 2009. La situazione descritta ben si presta ad una analisi di antropologia politica delle relazioni mediche in quanto la paura che la presenza degli immigrati alimenta – o viene alimentata dalla stampa locale – è declinata secondo il linguaggio dell’emergenza infettiva. Secondo l’analisi di Mugnaini, questo sentimento di paura del diverso e del suo corpo si diffonde e acquista consenso tra i diversi soggetti coinvolti (popolazione locale, istituzioni comunali, lavoratori della polizia, addirittura colleghi universitari e autorità accademiche), in ragione del fatto che – nella percezione locale – le individualità presenti nel campo di accoglienza si sono progressivamente trasformate in un “corpo unico”, e ipoteticamente infetto. L’autore punta il dito contro una politica im-

migratoria interessata al governo delle vite piuttosto che alla comprensione storica e umana della mobilità territoriale, richiamando in più occasioni l'attenzione sul concreto rischio che questo comporta per tutti noi. Un atteggiamento di esclusione dell'altro (il migrante, il rom) non solo dai confini nazionali, ma anche, una volta al loro interno, dalla possibilità di manifestarsi come portatore di una propria e specifica esperienza di vita, personale, costituisce una pericolosa falla e una possibile linea di sfondamento nei confronti del rispetto di noi stessi come esseri umani, e di quei diritti dei quali attualmente godiamo.

L'antropologia negli ultimi decenni si è impegnata molto nel denunciare tali rischi, elaborando teorie e pratiche di ricerca che utilmente possono entrare in collaborazione con altri saperi e altre prassi – come la stessa medicina o la cooperazione internazionale – al fine di prospettare un'idea di salute più concreta e più legata alle reali cause di sofferenza.

L'intervento intitolato “La cooperazione narrata”, che assume i toni di una testimonianza ragionata, è affidato a Giorgio Pellis e Marisa Spaccini, due medici che hanno costellato la propria vita personale e professionale di numerose e prolungate permanenze di cooperazione internazionale presso le popolazioni africane. Il loro racconto¹⁶ si sofferma sulla progressiva e necessaria opera di adattamento che i due medici volontari hanno operato su sé stessi negli anni, venendo a contatto non semplicemente con delle malattie da curare, quanto piuttosto con delle persone – prima che con dei pazienti sofferenti – con delle norme sociali, con specificità linguistiche e di organizzazioni del pensiero. In particolare, mostrano nel loro percorso una peculiare forma di convivenza riuscita, nella compresenza, tra la loro medicina occidentale e quella locale, maggiormente dedita e adatta, rispetto alla prima, a spiegare il male oltre che, se possibile, a curarlo.

La convinzione che muove nel complesso la presente collezione di saggi è che la salute e le azioni per affermarla necessitano di un approccio multiplo, cosciente e *politico* per poter essere elaborate come strategia di un benessere sociale; che non investe cioè

semplicemente la malattia in quanto tale, ma tutte le sfere della vita. È quindi dal contributo dell'antropologia, come illustreremo nei seguenti paragrafi di questa introduzione, che possiamo attingere per collocare in una nuova prospettiva problematiche usualmente relegate in alcuni settori della scienza medica o della politica internazionale.

Corpo e bio-potere: le novità dell'approccio antropologico

Un approccio di questo genere si rapporta inevitabilmente con quella rivoluzione tentata da molti antropologi medici che, trovando nella distinzione cartesiana tra mente e corpo la base epistemologica della medicina occidentale – la cosiddetta biomedicina (Piz-za, 2009: 51-57 –, sostiene invece una visione alternativa del corpo e della corporeità. Per gli antropologi si tratta di pensare il corpo come *mindful body*, «corpo pensante» (Scheper-Hughes e Lock, 1987) e l'essere umano come «essere che vive nel corpo» (Scheper-Hughes, 2000: 281). Come illustra Ivo Quaranta nel suo saggio in questo volume, partire da una concezione differente del corpo significa approcciare in maniera problematica il “terreno” su cui opera il sapere medico. Parallelamente, crediamo che la rivoluzione suggerita dall'antropologia medica consista nel comprendere come, nel corso della storia, la salute, la malattia ed i processi ad esse collegati, abbiano subito da parte delle istituzioni sanitarie e di governo occidentali un processo di de-politicizzazione che ha indotto a considerare la malattia una disfunzione del corpo e la cura come la tecnica per ripararlo. E questo ha effettivamente alimentato non solo un meccanismo di consumo di tipo capitalista (si pensi appunto ai meccanismi dell'industria farmacologica ben descritti nel capitolo di Giosuè De Salvo), ma anche e soprattutto l'idea di una ineluttabilità del male, come “fenomeno naturale”, svincolato da fattori sociopolitici.

Se il corpo, invece, diventa una premessa necessaria per arrivare al contesto (Scheper-Hughes, 2000: 282), gli spazi politici, sto-

rici e sociali diventano centrali nell'analisi della malattia e delle concezioni o narrazioni che gli specialisti medici mettono in campo per spiegarla. In tal senso viene immediato il riferimento a Michel Foucault e alle sue riflessioni sulla clinica (Foucault, 1998). Sofferamiamoci in particolare sulla traduzione italiana del sottotitolo di quest'opera del filosofo francese: *una archeologia dello sguardo medico*. Il tema dello sguardo viene posto dall'autore come chiave di lettura di un rapporto tra apparato medico e corpo che si viene a costituire nella storia occidentale grosso modo dalla Rivoluzione francese in poi. Più recentemente, il concetto di sguardo lo troviamo nel lavoro del medico-antropologo Byron J. Good (2006) e nel suo approccio critico al sapere medico così come viene trasmesso dall'Accademia. Torneremo più avanti su Byron Good; per ora, rimanendo su Foucault, occorre comprendere come il filosofo si ponga alla base di una concezione differente della medicina e della salute. Con lo strumento dello sguardo, Foucault vuole sostanzialmente mettere in luce come, nel corso della storia moderna dell'Occidente, la malattia si sgancia da un piano filosofico-metafisico per diventare un oggetto in sé appannaggio di una classe di specialisti (i medici), di una istituzione (la clinica) e di un insieme di conoscenze (il sapere medico). Questa procedura di settorializzazione, come si affermava poco sopra, non è per Foucault un fenomeno neutro: esso investe, più in generale, il rapporto tra soggetto e società nei termini in cui il sapere medico si pone come strumento privilegiato di conoscenza sul corpo; tuttavia:

[...] il corpo è anche direttamente immerso in un campo politico: i rapporti di potere operano su di lui una presa immediata, l'investono, lo marchiano, lo addestrano, lo suppliziano, lo costringono a certi valori, l'obbligano a delle cerimonie, esigono da lui certi segni (Foucault, 1976: 29).

Il corpo, per Michel Foucault, è uno spazio dove il potere esercita il suo controllo, e la conoscenza medica è funzionale a questa operazione. Il potere influenza la sessualità e le preferenze sessuali, così come categorizza i corpi "sani", distinguendoli dai cor-

pi “malati” sulla base di codici fissi che servono a reprimere la molteplicità delle identità. Il potere controlla ciò che non è previsto da lui stesso e ciò che non può controllare viene recluso e trasformato. In questo senso la clinica – così come la prigione e successivamente il manicomio – nascono per Foucault come strumenti del potere, istituzioni totali, dove cioè sul soggetto viene operata una disciplina della devianza su tutti gli aspetti che lo riguardano: corpo, fattezze, pensieri, comportamenti. Nelle sue opere sulla clinica, sulla psichiatria e la sessualità e sulla prigione emerge l’azione del potere, della società e dei rapporti politici operata sui corpi, la volontà di controllo, educazione, disciplina. Il corpo, in Foucault, da un lato è dominio in cui si inscrivono i rapporti di potere e dall’altro è strumento primo ed ultimo di potere sugli individui. Il potere per Foucault si afferma e si riproduce proprio attraverso il corpo. Esso è biopotere:

Le relazioni sociali e tecniche in campo biomedico sono attivate attraverso l’acquisizione di competenze corporee e si dispiegano in quel regime politico-sociale che Michel Foucault ha definito come “biopolitica”, un regime di sorveglianza e di controllo di tipo “panoptico”¹⁷, cioè di estensione capillare della visibilità dei soggetti da parte delle istituzioni (Pizza, 2005: 152).

La teoria del biopotere di Michel Foucault, come mostreremo più oltre, è funzionale ad un approccio critico ed alternativo alla medicina e serve, per i nostri fini, ancora una volta a sviluppare quell’idea che il sapere medico non può essere inteso come pura conoscenza tecnica sul corpo fisico e biologico. La medicina ed il controllo dei corpi, seguendo l’approccio foucaultiano, possono essere veicoli di controllo sociale nei termini in cui “medicalizzando” un fenomeno dalle implicazioni sociali lo estraggono dal flusso ordinario e dialettico dei rapporti sociali e politici.

Le questioni riguardanti le migrazioni contemporanee in Italia affrontate nel capitolo sui Corpi migranti, esemplificano quanto detto: i migranti sono soggetti ad un controllo sempre più forzato sia della loro mobilità sia dei loro percorsi di cittadinanza. Que-

sto controllo viene esercitato dagli organi dello Stato attraverso loro ramificazioni periferiche e specializzate; tra queste, le istituzioni sanitarie che in nome della loro responsabilità di salute pubblica operano sui “corpi migranti” protocolli di indagine medica. Uno degli effetti che si possono verificare è la costruzione del binomio migrante-portatore di malattia, le cui conseguenze nel senso comune sono di alimentare un clima di sospetto e diffidenza rispetto ad una presunta “diversità”. Un approccio epidemiologico mostra in realtà come le “malattie dei migranti” altro non sono che malattie di noi tutti o, se non così comuni, sono causate da gravi situazioni di marginalità e povertà conseguenti alle modalità del loro arrivo o permanenza.

Determinanti sociali della malattia e violenza strutturale

Ancora una volta, dunque, ci muoviamo in un mare molto più ampio di quello strettamente medico: la malattia, così come il sapere ad essa legata, è un fenomeno inserito in rapporti di forza e come tale va concepito. Assunto questo, si ritorna alla «miseria madre delle malattie»: così come la medicina è un sapere politicamente connotato, anche la malattia ha delle cause socialmente e politicamente definite, ben esemplificate nel caso dell’AIDS descritto da Didier Fassin nel suo capitolo. Le intuizioni della medicina progressista dei secoli passati, annebbiate dal tecnicismo e dalla naturalizzazione della medicina come scienza, riemergono nella contemporaneità come possibilità alternative di interpretazione della salute. Recentemente – e non solo in ambito socio-antropologico – molte critiche alla medicina nascono all’interno di istituzioni globali titolate alla regolamentazione di quelle che si usa definire “politiche sanitarie”. Con il rapporto *Closing the Gap* nel 2008 un gruppo di ricercatori e funzionari istituzionali mette in discussione il rapporto storico tra medicina e risoluzione dei malesseri, concentrandosi sulle cause – o determinanti – sociali della salute. La Commissione sulle Determinanti Sociali della Salute afferma che:

Le condizioni in cui le persone vivono e muoiono sono, rispettivamente, plasmate da forze politiche, sociali ed economiche [pertanto] la *giustizia sociale* è una questione di vita o di morte. [...] Il fatto che molte persone vivono con molto e altre con poco; che alcune godano di condizioni di vita confortevoli mentre altre in condizioni brutali, *non è un fatto di natura*. [Queste condizioni] sono create da profondi processi sociali strutturali, prodotti di politiche che tollerano o, addirittura, rinforzano la *disuguale distribuzione di potere, ricchezza e altre risorse sociali* (WHO, 2008b: 3 e 109, traduzione e corsivi nostri).

L'idea è che per combattere le malattie, in particolare le “pesti” contemporanee come l'AIDS, è necessario risolvere le contraddizioni storiche che hanno determinato le relazioni diseguali tra aree del mondo e popolazioni. Questo si ottiene indagando le differenze economiche e sociali in nome di una più generale giustizia sociale.

Il cambiamento di prospettiva che discende da un appello alle cause sociali delle malattie critica in primo luogo l'approccio biomedico delle politiche sanitarie nazionali e globali che sostengono la necessità di investire nella produzione delle prestazioni sanitarie per garantire maggiore salute (un aspetto al quale è dedicato il capitolo di Elisa Vasconi). In secondo luogo, appunto, si sostiene che la mortalità o la morbilità siano innanzitutto connessi a fattori di rischio non sanitari e pertanto occorre ripensare un orizzonte di collaborazione tra differenti discipline in grado di elaborare un percorso multidimensionale di risoluzione dei problemi di salute.

Importante, in questo senso, è innanzitutto notare come la suddivisione accademica tra antropologia medica ed antropologia politica – la prima concentrata sull'analisi delle differenti interpretazioni socioculturali della malattia e del corpo e la seconda sulla comprensione delle dinamiche di potere – decade nella pratica di ricerca. Come sostengono alcuni antropologi medici italiani che hanno contribuito al presente volume (ci riferiamo a Ivo Quaranta e a Pino Schirripa), spesso le differenze tra antropologia medica e politica sfumano, in grazia di un approccio che tiene in stretta re-

lazione i concetti di corpo, malattia, salute con quelli di potere, disuguaglianza e politica. Così come si è sostenuto finora, per l'antropologia contemporanea la salute non può essere sganciata dalle sue premesse ed implicazioni politiche.

È a partire dalla fine degli anni sessanta che le discipline etnoantropologiche cominciano a riflettere oltre che sui saperi medici "altri" anche sul sistema medico occidentale, inteso come costruzione storico-sociale di un sapere sul corpo e sulla salute. La biomedicina, come altri tipi di conoscenze, viene quindi problematizzata in chiave critica, decentrando l'ottica da una dimensione biologica ed organica ad una sociale. La malattia inizia ad essere intesa come incorporazione dell'esperienza sociale, intendendo sottolineare il fatto che il corpo, tutt'altro che elemento passivo, ingloba quelle dinamiche sociopolitiche che possono portare al malessere. Il concetto di incorporazione si accompagna a quello già citato di *mindful body*, rispettivamente di Thomas Csordas (1990; 2003) e di Nancy Scheper-Hughes (2000). Un esempio di questo modo di intendere la malattia ce lo fornisce proprio l'indagine etnografica di Scheper-Hughes presso i lavoratori salariati del Nordest del Brasile. Affetti da manifestazioni di malessere che la scienza medica riconduceva alla categoria nosologica della nevrosi psicologica e pertanto soggetti a medicalizzazione, essi vengono intervistati dall'antropologa statunitense al fine di raccogliere la loro soggettiva interpretazione della malattia. Con questa strategia metodologica, la narrazione, l'antropologa mette in evidenza l'esistenza di una pluralità di livelli attraverso i quali il corpo e le sue manifestazioni sofferenti possono essere elaborati. Tra essi, il livello clinico-medico è quello che meno riesce a cogliere l'aspetto essenziale – se vogliamo, la causa – della sofferenza degli operai: la malnutrizione, orari di lavoro insopportabili, scarsa possibilità di negoziazione politica sulle loro condizioni di vita. Queste condizioni di disagio esistenziale emergono attraverso l'ammalarsi del corpo. La malattia, pertanto, può essere intesa come incorporazione, in questo caso di un insieme di disuguaglianze sociali che compongono l'esistenza di quelle persone. Il paradigma dell'incorporazio-

ne evidentemente risente di un approccio foucaultiano: il potere, in questo caso economico, “usa” il corpo per manifestarsi non tanto come “istituzione” (nell’esempio etnografico, l’industria, il padrone) quanto piuttosto come insieme di pratiche diseguali.

L’esempio dei lavoratori brasiliani fornisce un’utile illustrazione anche di una possibile strategia alternativa di rapporto tra medico e paziente. Anche secondo Byron Good (2006) la formazione accademica dei medici impedisce di fatto una visione ampia di cos’è la malattia trascurando la soggettività del malato, il suo punto di vista, e categorizzando i sintomi come unici segnali adeguati ad una anamnesi. È necessario invece, per Good, comprendere la rete di significati entro cui il paziente narra la sua condizione di malato poiché in essa il medico può trovare un percorso completo di risoluzione. La condizione dei migranti ci offre ancora un esempio utile (Seppilli, 2000): la difficoltà che molte persone straniere hanno nel parlare dei loro problemi sanitari riscontrata dai medici in sede di anamnesi, non dipende tanto da una difficoltà linguistica – come afferma Fabio Mugnaini nel Capitolo *Corpi migranti* di questo volume – quanto piuttosto da un più generale stato di disagio “sociale” in cui esse sono posizionate, conseguenza dei rapporti di forza in cui vengono incluse fin dal momento del loro arrivo. Il medico deve tenere conto di questo per produrre un esame obiettivo dello stato di salute del paziente migrante: secondo Good, lo strumentario teorico della medicina non è sufficiente. Occorre un approccio narrativo che vada al di là della nosologia classica e che concepisca la malattia come una manifestazione dell’esperienza sociale in cui il malato è immerso e delle categorie culturali da esso utilizzate per narrarla (Pizza, 2005; Atighetchi in questo volume).

Un’esperienza che in molti casi è un vissuto di sfruttamento, di disagio, di contraddizioni storiche irrisolte, di disuguaglianze. La storia del paziente connessa con la storia sociale ed economica del contesto in cui vive, permette di capire cosa ha generato quel tipo di sofferenza. L’antropologo Paul Farmer (2004; 2006) ci fa comprendere questo concetto attraverso la storia di Acéphie, una del-

le tante vittime dell'AIDS dell'isola di Haiti dove lo studioso compie le sue ricerche. La giovane ragazza haitiana, figlia di una famiglia di contadini, si trova costretta ad abbandonare il suo villaggio in seguito alle inondazioni dei campi familiari causate dalla costruzione di una diga. Si trasferisce quindi in città, al seguito di un militare che la prende con sé come amante, sopportando la vergogna sociale generata dalla sua scelta, condizionata dalla speranza di ottenere dei benefici economici per sé e per i familiari. Dopo poco tempo, però, il militare si ammala di una "strana malattia" e Acéphie si ritrova a vivere di stenti, questa volta in un contesto urbano molto distante da quello a cui lei era abituata. Abbandonata dal suo amante ormai deceduto, la giovane rimane incinta dopo aver conosciuto un giovane nelle sue stesse condizioni precarie, lavora come cameriera in situazioni di sfruttamento e, dopo non molto, si ammala e muore di AIDS, in una clinica senza risorse a causa del regime politico dell'isola. Intanto la figlia di Acéphie e il suo giovane compagno rimangono affetti dal virus e nella stessa famiglia della ragazza il dramma del lutto porta a sofferenze diffuse e ad una stigmatizzazione sociale.

Con questo racconto, qui estremamente sintetizzato, Paul Farmer ci mostra ancora una volta quanto la malattia sia un fenomeno molto più complesso di quanto sembri. I livelli interpretativi della storia di Acéphie sono molteplici. Affiora la storia politica dell'isola di Haiti, sfruttata da interessi economici internazionali, che non permette il corretto funzionamento delle cliniche; la storia familiare di Acéphie che condiziona la sua scelta di diventare amante di un militare e che è condizionata a sua volta dalla morte della ragazza; l'indigenza della situazione in cui la ragazza si ritrova dopo la morte della persona su cui lei aveva investito le sue aspettative esistenziali. L'AIDS, per Farmer, è tutto questo: è una rete di relazioni diseguali che strutturalmente genera la sofferenza; è ciò che egli chiama violenza strutturale. Con questo concetto l'antropologo medico intende definire quel processo di incorporazione delle dinamiche diseguali dei rapporti di forza strutturali entro cui il soggetto è costretto a vivere la sua esistenza. La

violenza strutturale per Farmer è prodotta in forma “indiretta” dall’organizzazione sociale stessa e si articola attraverso degli assi di sofferenza (Farmer, 2004): i rapporti di genere; i rapporti etnici (cioè tra cultura egemonica e cultura subalterna); i rapporti culturali (Pizza, 2005: 101-102). La violenza strutturale non solo genera le condizioni sociali della sofferenza ma limita di fatto anche la capacità di azione dei soggetti (Farmer, 2003; Nguyen e Peschard, 2003): Acéphie è condizionata dallo status sociale in cui è inserita (donna, povera, ammalata), che ne limita la libertà di scelta tra le possibilità di cura offerte dalla medicina. Il “campo di forze” in cui è inserita veicola le sue strategie di risoluzione della sofferenza, che a causa delle basse condizioni materiali la porta inevitabilmente alla morte.

Il concetto di “campo di forze” elaborato da Pierre Bourdieu (1972) si può definire come una rete di relazioni e rapporti di forza che stabiliscono le regole entro cui si muove l’attore sociale. La libertà di quest’ultimo nello stabilire le sue scelte è conseguente alla sua posizione all’interno di questa rete e all’accettazione di queste regole. Il campo di forze struttura quindi le azioni di un individuo, ne costruisce l’*habitus*, ovvero i possibili modi di essere. Evidentemente il campo è strutturato su basi diseguali: un individuo che appartiene, ad esempio, ad una classe sociale bassa avrà una serie di condizioni di partenza dettate dal suo *habitus* molto più difficili di uno appartenente all’élite. Nel campo medico ciò significa che nonostante l’enorme investimento in tecnologia sanitaria, i benefici di quest’ultima sono appannaggio di quei pochi che, date le loro condizioni di partenza vantaggiose, possono beneficiarne. L’accesso alle cure e ai farmaci è, ad esempio, costoso; gli ospedali più attrezzati sono ubicati in contesti urbani, limitando l’accesso ai villaggi rurali; e così via. In più il “campo” è condizionato dalla storia e dai rapporti politici: una nazione colonizzata, ad esempio, avrà sedimentato nella contemporaneità dei fattori di disuguaglianza storica che limitano i cittadini nelle loro possibilità di scelta molto di più di una nazione che non ha mai vissuto il fenomeno del colonialismo.

Il dilemma della cooperazione internazionale: diritto alla vita o giustizia sociale?

La violenza strutturale è quindi radicata nei processi storici e politici, e diventa un fattore essenziale per comprendere e risolvere le cause che determinano la sofferenza e la malattia. È importante sottolineare la valenza attuale di questo concetto: le disuguaglianze, oggi, sono un fattore che difficilmente viene preso in considerazione nelle politiche sanitarie presentando ancora una volta la malattia come puro fattore “naturale”. È, questo, un rischio che corrono non solo le istituzioni sanitarie ma anche quelle organizzazioni che si occupano di cooperazione e solidarietà internazionale. L’approccio umanitario alla salute che contraddistingue moltissime Organizzazioni Non Governative spesso cade nella contraddizione di de-politicizzare le questioni legate alla salute delle popolazioni beneficiarie concentrandosi su risoluzioni di tipo “tecnico-sanitario”, tralasciando quindi le implicazioni legate alla violenza strutturale¹⁸. Tale comportamento è spesso giustificato sulla base della specializzazione “medica” che però, a ben vedere, diventa un modo come un altro per non influire sui meccanismi politici della sofferenza, poiché ciò significherebbe assumere una posizione troppo difficile da gestire in termini di relazioni diplomatiche (Pandolfi, 2005).

Concetti come “violenza strutturale” e “campo” ci portano a ragionare, ancora una volta, sullo stretto legame tra cura e potere, tra corpo e malattia e tra giustizia e sofferenza sociale. Per ritornare ad un concetto che sintetizza in una parola sola questi binomi, l’antropologo francese Didier Fassin ci suggerisce, nelle sue opere, di usare quello foucaultiano di biopotere (Fassin, 1996; 2004; 2007). Se il biopotere è potere sulla vita, quest’ultima viene isolata dalla scienza medica e dagli approcci tecnicisti alla salute (come quelli di molte politiche sanitarie) dalle sfere etiche e politiche diventando, secondo le parole di Giorgio Agamben (1995), “nuda vita”:

Nella prospettiva di Agamben, il potere agisce attraverso la capacità di controllare la “nuda vita”, non ammettendola a una vita significativa. La vita diviene parte del “potere” paradossalmente proprio attraverso la sua esclusione: è in quanto “nuda vita”, corpi sofferenti e da salvare, mera esistenza biologica che oggi gran parte della popolazione mondiale (dagli immigrati irregolari, alle vittime di tortura, ai richiedenti asilo, agli esclusi delle periferie urbane, alle vittime di catastrofi, ai sopravvissuti dei genocidi, ecc.) si vede riconosciuti quei diritti ascrivibili alla cittadinanza. La nuda vita, in altre parole, emerge come modalità storica di costruzione dei rapporti di potere, effetto di specifiche strategie di controllo (Quaranta, 2006c: 10).

Lo Stato, secondo Didier Fassin, ha una responsabilità strategica nella gestione della “nuda vita” in quanto organizzatore di tutta quella rete di decisioni istituzionali che determinano le politiche sanitarie ed i diritti di cittadinanza. Come si è detto in precedenza, la gestione della vita significa anche possibilità di esercitarvi un controllo: in tal senso le politiche sanitarie sono un obiettivo strategico dell’amministrazione di una comunità nazionale, che spesso impongono linee di discriminazione tra chi può godere di salute e chi no. Il diritto alla salute informa quindi più in generale del diritto che regola il rapporto tra l’individuo e lo Stato (Pizza, 2005: 93) e quindi delle politiche della cittadinanza.

È questo un punto estremamente delicato del rapporto tra medicina e potere: dopo aver dichiarato l’irriducibilità della salute a mero fattore biologico-tecnico e averne rivendicato le connessioni sociali e politiche, abbiamo visto come la disuguaglianza si incorpora nei soggetti diventando elemento strutturale della definizione della malattia. Con Didier Fassin e con il concetto di “nuda vita”, passiamo ora ad un possibile orizzonte di costruzione di un approccio alternativo alla sofferenza sociale¹⁹. La cooperazione sanitaria internazionale, così come le politiche sanitarie nazionali ed internazionali, sono portatrici secondo Fassin di un “ethos compassionevole”: anziché indirizzare sforzi di policy adeguati, sia gli attori della cooperazione sia le istituzioni globali rinunciano a pensare la disuguaglianza e la violenza strutturale come elementi sog-

getti a possibili cambiamenti, concentrandosi su piani di sviluppo sanitario poco dissimili dalla filantropia. Il risultato è una riproduzione dei rapporti di forza e una politica della nuda vita. Alla sofferenza, al contrario, si dovrebbe rispondere con un'etica della giustizia sociale, da sviluppare attraverso una volontà politica ed uno sforzo scientifico multidisciplinare atto a rispondere dei molteplici livelli di cui si compone la salute.

Intenzionalmente trascurata dalle politiche di giustizia sociale, anche se freneticamente sottoposta ad una varietà di investimenti globali che si perdono verso direzioni non risolutive, esiste una realtà geografica che purtroppo si offre come esemplificativa di quanto detto finora. Ci riferiamo al Continente africano, nelle sue plurali forme di espressione sociali e storiche, accomunate da una subordinazione costante ad una mentalità globale del potere contemporaneo che ha le sue radici nel colonialismo. La maggior parte dei saggi che compongono questo volume prendono come casi etnografici contesti africani (Camerun, Sud Africa, Ghana, Uganda, Kenya). Ciò è dovuto ad una oggettività storico-politica che rende le realtà africane protagoniste oscure della violenza strutturale e del biopotere. Le politiche globali della salute, nonostante le ingenti quantità di denaro pubblico investito, allo stato dei fatti si sono rivelate davvero poco risolutive. Ed il loro insuccesso ha alimentato il luogo comune che l'Africa fosse affetta da un "male ancestrale" di difficile comprensione.

I motivi del fallimento risiedono, in realtà, in dinamiche di potere tutt'altro che oscure. I programmi di intervento nella maggior parte dei casi si sono indirizzati verso obiettivi errati o sono stati guidati da premesse ideologiche che avevano il solo intento di riprodurre la subordinazione per interessi economici o ethos differenti da quelli di uno sviluppo reale. I ruoli dell'antropologia – e di una collaborazione tra antropologia, medicina e tutte quelle discipline che possono confluire verso un approccio teorico e pratico della giustizia sociale – sono molteplici ed il presente volume ne suggerisce alcuni. In primo luogo, però, crediamo che uno dei suoi compiti principali risieda nel decostruire quei luoghi comuni sedimen-

tati nel corso della storia che servono a giustificare gli *ethos* delle attuali politiche della salute in Africa. Le disuguaglianze di cui l’Africa è soggetta non sono un elemento inevitabile e necessario sulle quali non si può intervenire. Esse hanno una storia (quella coloniale), delle forme di cui è possibile fare un’analisi e delle ragioni che più che appartenere ad una presunta “natura ignota” delle società africane sono sociali e politiche. E pertanto modificabili.

Il futuro della cooperazione sanitaria internazionale

A ben guardare, nel mondo dei trattati e delle pratiche della cooperazione internazionale in campo sanitario, è esistita, e oggi torna a farsi sentire, una prospettiva medica fortemente implicata e cosciente della connessione tra cura, politiche sanitarie, e disuguaglianze socioeconomiche. Ce ne danno atto Bodini e Martino nel loro capitolo iniziale.

Partendo dall’assunto che la salute è un diritto universale ed un cardine fondamentale per lo sviluppo socioeconomico e culturale di tutti i popoli, essa, insieme allo stato di benessere, rappresenta uno dei principi fondamentali degli interventi di cooperazione internazionale. Tale congiunzione ha determinato nel corso degli anni una serie d’interventi, programmi, documenti che hanno tentato di trasformare il diritto in una pratica operativa.

Nel 1945 nasce il concetto di aiuto pubblico ai paesi più “arretrati”, teso a giudicare la promozione sociale ed economica di tali paesi come un impegno collettivo della comunità internazionale; esso produce un radicale mutamento della tipologia di interventi che molti paesi europei effettuavano singolarmente in quegli Stati sottoposti alla loro influenza e basati essenzialmente sul concetto di “colonialismo”. Il piano Marshall, studiato essenzialmente per dare corso alla ristrutturazione economica delle economie europee stravolte dal Secondo Conflitto mondiale, racchiude nella sua premessa questo nuovo concetto di cooperazione che nel 1948 avrà la sua consacrazione nella Dichiarazione Universale dei Diritti del-

l'Uomo, promulgata all'assemblea delle Nazioni Unite e sancita nell'art. 25:

Ogni individuo ha il diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione, e alle cure mediche e ai servizi sociali necessari, ed ha diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità vedovanza, vecchiaia o in ogni altro caso di perdita dei mezzi di sussistenza per circostanze indipendenti dalla sua volontà. La maternità e l'infanzia hanno diritto a speciali cure ed assistenza. Tutti i bambini, nati nel matrimonio o fuori di esso, devono godere della stessa protezione sociale.

Nello stesso anno nasce l'Organizzazione Mondiale della Sanità con lo scopo di condurre tutti i popoli al livello più alto di salute possibile, considerando la salute nella sua connotazione più ampia di "benessere fisico, mentale e sociale" e quindi come un diritto di tutti gli esseri umani, che va oltre il semplice concetto di assenza di malattia.

A queste prime e fondamentali affermazioni, fece seguito una presa di coscienza sempre più profonda dell'importanza del benessere dei paesi più poveri che si concretizzò nel corso degli anni in tre importanti dichiarazioni: la dichiarazione di Alma Ata (1978), nella quale si stabilisce l'obiettivo della garanzia della salute per tutti tramite la diffusione delle prestazioni sanitarie di base (*Primary Health Care*) entro il 2000; la Dichiarazione degli Obiettivi del Millennio, sottoscritta da tutti i 191 paesi aderenti all'Onu (2000) da raggiungere entro il 2015; la Dichiarazione di Parigi sullo stato e la sicurezza del lavoro (2005) ed il successivo Protocollo applicativo di Accra (2006).

Il variare delle condizioni economiche nel corso degli anni, e gli orientamenti di politica economica affermatasi a partire dagli anni ottanta, portarono ad un ridimensionamento degli obiettivi di Alma Ata. La scarsità di risorse umane e finanziarie non permise la diffusione della medicina di base nelle zone rurali più svantaggiate, men-

tre, anche nei paesi più poveri, la classe economica dominante, forte del suo potere e dell'incapacità dei governi a gestire un reale decentramento, indirizzò le risorse verso lo sviluppo di prestazioni a carattere ospedaliero e specialistico che, gravate da forti tickets, rimasero inaccessibili alla maggioranza della popolazione.

L'evoluzione economica portò in quegli anni nuovi attori sulla scena della Cooperazione Internazionale, come il Fondo Monetario Internazionale e la Banca Mondiale. Questi cambiarono radicalmente gli indirizzi dettati dall'accordo di Alma Ata, trasformando la cooperazione sanitaria in interventi contro le malattie più che nella ricerca di salute e di benessere; è questo il periodo dei piani di lavoro verticali con interventi mirati a poche malattie conosciute e di cui erano note le cure. Tale programmazione ha portato negli ultimi trent'anni ad un aumento della distanza fra paesi ricchi e paesi impoveriti; se è vero che in questo periodo l'aspettativa di vita nei primi è aumentata di sette anni, è altrettanto vero che tale aspettativa è diminuita tra i secondi, dove l'accesso a nuove e più efficaci cure è negato e dove l'HIV si diffonde con estrema rapidità.

Nel 2000 l'Assemblea della Nazioni Unite, preso atto del fallimento delle politiche sanitarie globali, definì una serie di irrinunciabili obiettivi da raggiungere entro il 2015 che dovevano coinvolgere tutte le nazioni in uno sforzo globale per garantire il minimo dell'assistenza a tutti i cittadini del mondo. Questo documento prese il nome di *Documento per lo Sviluppo del Millennio* e si articola in otto punti: sradicare la povertà estrema e la fame; garantire l'educazione primaria universale; promuovere la parità dei sessi e l'autonomia delle donne; ridurre la mortalità infantile; migliorare la salute materna; combattere l'HIV/AIDS, la malaria ed altre malattie; garantire la sostenibilità ambientale; sviluppare un partenariato mondiale per lo sviluppo.

La globalizzazione che progressivamente ha caratterizzato le economie e le comunicazioni nel nuovo millennio ha prodotto non solo un flusso costante di merci e di persone ma ha anche permesso di focalizzare maggiormente l'attenzione sul concetto di salute globa-

le rendendola un punto centrale delle politiche di sviluppo economico e sociale di ogni paese e diffondendo una metodologia multidisciplinare nell'affrontare il problema della salute globale.

In Italia, il 14 Luglio 2009 sono state elaborate le Linee Guida della Cooperazione. Già nel 1989 il nostro paese si era dato dei principi guida sull'attività di cooperazione internazionale, a cui faceva riferimento non solo l'attività pubblica, ma in parte anche l'attività di associazioni autonome. Oggi, con il documento *Salute Globale. Principi guida della Cooperazione Italiana*, si determinano gli indirizzi dell'Attività Pubblica dell'intervento italiano in tema di salute globale e di aiuto allo sviluppo. Il documento nasce dall'attività multidisciplinare del Comitato di Direzione Generale per la cooperazione allo sviluppo del Ministero degli Esteri. I Principi guida fanno riferimento ai principali documenti redatti da organismi internazionali – dalla Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo alla Dichiarazione degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio – completati dagli ultimi documenti delle conferenze di Roma, Parigi ed Accra. In essi si afferma la complessità del problema salute e lo si affronta riproponendo il tema della salute globale: il sistema d'intervento proposto dal documento di Alma Ata, la *primary health care*, torna a rappresentare il modello principale nello schema integrato fra medicina territoriale (distretto sanitario) ed ospedale, anche se non viene menzionata come fondamento della cura e del mantenimento della salute la *primary surgery*. Ma ciò che è maggiormente auspicabile e necessario, come sottolineavamo all'inizio di questa Introduzione, è un rinnovato approccio alla cura e alla salute globale, capace di integrare più sguardi: quella molteplicità di sguardi di cui anche questo volume è portatore.

Note

¹ La presente Introduzione è stata redatta da Umberto Pellecchia, ad eccezione della parte intitolata “Politiche globali, saperi antropologici, azioni di cooperazione transnazionale”, di cui si è incaricato Francesco Zanotelli e della parte intitolata “Il futuro della cooperazione sanitaria internazionale”, scritta da Paolo Rossi.

² Moini (2009); *Corriere Salute*, 12 dicembre 1994.

³ Si pensi, ad esempio, alla manipolazione genetica e alle tecnologie di chirurgia estetica, solo per fare due esempi comuni.

⁴ L’approccio di Ivan Illich perde le sfumature di presunta radicalità se lo confrontiamo con i recenti dati dell’Organizzazione Mondiale della Sanità che mettono in luce come, ad esempio negli Stati Uniti, i decessi per cause imputabili ad errori medici o ad errate terapie farmacologiche siano in aumento. Cfr. Moini, 2009.

⁵ Comprensibilmente, non arriviamo a contenere tutti i molteplici aspetti di queste relazioni, tra i quali uno di primario rilievo riguarda le manifestazioni mentali del disagio collegate con i processi di disegualianza citati. In quella direzione si può fare proficuamente riferimento a Beneduce, 2007 e 2010.

⁶ Il presente volume nasce dalla comune ideazione di un percorso di seminari organizzati nell’arco del 2009 a Siena dagli antropologi Francesco Zanotelli e Umberto Pellecchia (CREA - Centro Ricerche EtnoAntropologiche) e dal medico ospedaliero Paolo Rossi (CUAMM - Medici con l’Africa, sezione di Siena), nell’ambito delle attività di formazione alla cooperazione internazionale promosse dal Forum Provinciale di Siena per la Solidarietà e la Cooperazione Internazionale. In una occasione precedente, il Forum aveva ospitato una giornata di studio e di confronto tra antropologi e cooperanti organizzata dal CREA sulla sostenibilità dello sviluppo; i risultati sono poi confluiti nel volume *Subire la Cooperazione?*, pubblicazione a cura di Zanotelli e Lenzi Grillini, 2008.

⁷ Il loro testo si basa sulla relazione presentata a Siena il 17 aprile 2009 nell’ambito del seminario “La salute globale tra politiche pubbliche e mercati internazionali. Corpi, merci e valore della persona”.

⁸ Rielaborazione della relazione presentata a Siena il 10 dicembre 2009 nell’ambito dell’incontro su “Squilibri mondiali, accesso ai farmaci e sperimentazioni”.

⁹ Rivisitazione della relazione presentata a Siena il 21 marzo 2009 nell’ambito del seminario su “Concezioni del corpo e dibattiti bioetici. Alcuni strumenti utili, tra antropologia e diritto”.

¹⁰ Per ulteriori approfondimenti si veda Quaranta, 2006c.

¹¹ Si veda anche il capitolo di Schirripa in questo stesso volume.

¹² La conferenza di Fassin si è tenuta a Siena il 17 aprile 2009 nell’ambito dell’incontro su “Mercificazione del corpo e valore della persona: la salute tra politiche globali e mercati internazionali”.

¹³ Il suo testo trae spunto dalla relazione presentata a Siena il 28 marzo 2009 nell’ambito del seminario su “L’incontro tra saperi medici nel contesto della cooperazione internazionale”.

¹⁴ Riprende la relazione presentata a Siena il 21 marzo 2009 nell’ambito dell’incontro su “Concezioni del corpo e dibattiti bioetici. Alcuni strumenti utili, tra antropologia e diritto”.

¹⁵ Tenutasi a Siena il 17 aprile 2009 sul tema “Corpi migranti. Il diritto alla salute e le esperienze di cura in Toscana”.

¹⁶ Narrazione prodotta dagli autori a Siena il 28 marzo 2009 nell’ambito del seminario su “L’incontro tra saperi medici nel contesto della cooperazione internazionale”.

¹⁷ Il *panopticon* – da cui l’aggettivo usato nella citazione – è un progetto di costruzione di un carcere “ideale” realizzato da Jeremy Bentham nel 1791. In pratica l’edificio era concepito come una

struttura centrale dove il guardiano poteva osservare tutti i prigionieri in ogni momento. In questo senso nella sua opera sulla prigione del 1975, Michel Foucault prende il *panopticon* come metafora architettonica della sua concezione del potere come forma di controllo assoluto su corpi e mente dei soggetti.

¹⁸ Il caso delle popolazioni rom presenti negli stati dell'Unione Europea è esemplificativo. La gravità delle condizioni di salute di questi soggetti è determinata dall'incapacità e dalla non volontà politica degli Stati di deliberare politiche di salute adeguate che affrontino la marginalità sociale entro cui i Rom sono costretti a vivere. Questa incompetenza cosciente delle politiche statali viene scaricata sui Rom attraverso un paradigma culturalista, che massimizza o in alcuni casi addirittura "inventa" dei tratti culturali (il nomadismo, ad esempio) che giustificerebbero la difficoltà ad inserirli in percorsi di cittadinanza sanitaria. In realtà i Rom, come molti gruppi sociali marginalizzati, sono vittime di una violenza strutturale storica perpetuata proprio dagli Stati "di accoglienza" nei loro confronti. Sulle dinamiche politiche connesse con l'accesso alle cure sanitarie nel caso dei Rom si può proficuamente consultare Pellecchia, 2010.

¹⁹ È importante notare come, anziché parlare genericamente di "malattia", si vuole qui sottolineare l'uso di "sofferenza sociale" per indicare tutte le concause sociali di uno stato di salute negativo.

Parte prima

Politiche internazionali e salute globale

La salute negata: da Alma Ata ai Millenium Development Goals, e ritorno

di *Ardigò Martino* e *Chiara Bodini*

La medicina è una scienza sociale,
e la politica è nient'altro che una medicina su larga scala
(Rudolf Virchow, 1821-1902)

La salute ai tempi della globalizzazione

Rudolf Virchow era un famoso patologo e accademico tedesco dell'Ottocento, molto conosciuto per le sue scoperte mediche nel campo della biologia e della patologia, ma anche per aver individuato chiaramente nelle condizioni ambientali e sociali dei fattori di rischio per la salute. Virchow fu un fervente sostenitore della salute pubblica, e la sua produzione scientifica è ricca di osservazioni e raccomandazioni sui modi per migliorare la salute delle persone agendo sulle condizioni di vita, economiche e sociali. Per i suoi meriti, Virchow ebbe numerosi incarichi istituzionali, fu funzionario del *Reichstag* dal 1880 al 1893 e partecipò alla riforma del sistema sanitario tedesco (che diede origine al modello *Bismarck*, tutt'ora uno dei modelli di servizio sanitario più diffusi al mondo). È probabilmente a contatto con le istituzioni che Virchow ha maturato la consapevolezza del ruolo cruciale giocato dalla committenza politica nel contrastare le cause delle malattie, attraverso l'azione normativa ed economica. Si narra che Virchow si oppose così duramente all'eccesso della spesa militare rispetto a quella socio-sanitaria che Bismarck, irritato, lo sfidò a duello. Virchow, avendo il diritto di scelta delle armi, e per sottolineare il valore della prevenzione rispetto a quello della cura, scelse due salsicce di maiale: una salsiccia cotta per sé e una cruda, caricata con larve di *Trichinella* (il nematode che causa la *Trichinellosi*), per Bismarck, così

che il Cancelliere di ferro si vide costretto a rifiutare il duello perché troppo rischioso (Schultz, 2008: 1480-81).

L'idea che la salute, in quanto oggetto complesso egualmente biologico, politico e sociale, vada affrontata non solo sul terreno del corpo, è un'utile introduzione all'analisi della salute delle popolazioni in epoca di globalizzazione, e delle politiche sanitarie messe in atto a livello internazionale per promuoverla e tutelarla. Una delle caratteristiche della globalizzazione è infatti il grado di complessità delle sue dinamiche, dovuto alle fitte interazioni tra gruppi di individui, garantite dalle nuove tecnologie e sostenute dalla mondializzazione del commercio, dei viaggi e delle politiche. Gli effetti che tali interazioni producono a livello locale influiscono, nel bene e nel male, sulla salute, e non sono chiaramente comprensibili da una prospettiva meramente biologica. La salute ai tempi della globalizzazione è dunque un oggetto estremamente denso di rappresentazioni, indagabili nelle loro prospettive solo attraverso strumenti compositi e multidisciplinari.

Tra gli apporti fondamentali dell'approccio multidisciplinare vi è certamente la ridefinizione, o meglio l'ampliamento, del significato di malattia. Se ammettiamo infatti che la salute non dipende solo dalla sua componente biologica, quando analizziamo le condizioni di salute di un individuo o di una popolazione non analizziamo solo il successo o l'insuccesso della medicina nel garantire cure adeguate. Questo significa che lo stato di salute è molto più che un indicatore di una disfunzione fisiologica, dell'aggressività di una patologia o della potenza di un presidio diagnostico-terapeutico. Se la malattia è il risultato dell'effetto dinamico dei molteplici fattori che la influenzano, lo stato di salute diviene infatti anche un'indicatore di questi processi.

Per i gruppi di popolazione gravati da un maggiore carico di malattia, questa impostazione analitica è di estrema importanza perché, spostando l'attenzione dalla fragilità fisiologica o dalle mancanze dei servizi sanitari verso processi più ampi, ci aiuta a riconoscere gli altri fattori determinanti uno stato di cattiva salute, a definire i processi che li reificano e ad individuare strategie di contrasto ragionevoli ed efficaci.

Epidemiologia delle disuguaglianze

È in quest'ottica processuale che è possibile analizzare il differente peso della natura e della società come fattori di rischio, e la responsabilità degli individui, e dei processi che limitano le loro capacità di reazione, come cause di malattia. Se la salute è, in questa visione, uno stato socialmente definito, si può meglio comprendere anche il significato del titolo che abbiamo scelto per questo capitolo, *La salute negata*: la negazione della salute indica infatti i processi attivi ed arbitrari che agiscono a monte dei fattori determinanti un buono stato di salute, e ne causano l'effetto differenziale proprio in quelle persone con peggiori esiti. Identificare i processi attivi ci consente contestualmente di indicare un soggetto, un "agente", individuale ovvero collettivo e diffuso¹, responsabile della "negazione di salute". È in questo modo che la bassa aspettativa di vita di una parte della popolazione mondiale cessa di essere una fatalità naturale a cui la scienza, suo malgrado, non è riuscita a dare una risposta, per divenire invece un evento determinato, reversibile ed evitabile. Il significato sotteso del nostro titolo è dunque un pragmatico tentativo di comprendere perché, come e per causa di chi o che cosa alcuni gruppi di persone, nel contesto globale e locale, persistono nel presentare esiti in salute tanto svantaggiati, e di fare contestualmente emergere le strategie che, alla luce dei fatti, appaiono più credibili per modificare tali situazioni.

Per capire quanto il meccanismo descritto sia aderente alla realtà della globalizzazione, possiamo cominciare dall'epilogo: Richard Horton, direttore della prestigiosa rivista sanitaria britannica «The Lancet», nell'aprile del 2008 ha aperto il suo editoriale sulla salute materno-infantile in questo modo:

Bambini e donne stanno morendo perché coloro che hanno il potere di prevenire quelle morti hanno scelto di non agire. Questa indifferenza – da parte di politici, amministratori, donatori, finanziatori della ricerca, da parte della stessa società civile – è il tradimento della nostra speranza collettiva per

una società più forte e più giusta; per una società che dà valore a ogni vita, indipendentemente da quanto giovane o nascosta agli occhi del pubblico questa vita possa essere. Quello che abbiamo di fronte è un mondo squilibrato in cui solo coloro che hanno soldi, forza militare e influenza politica stabiliscono cosa conta e chi conta (Horton, 2008: 1219).

Horton giunge a queste conclusioni sulla scia di numerosi studi epidemiologici, pubblicati su prestigiose riviste mediche internazionali e nei rapporti ufficiali delle maggiori agenzie sanitarie mondiali. Questa mole di dati, solida e basata su evidenze, ha cominciato a mettere in crisi, in maniera sempre più acuta e su scala globale, l'intero apparato della promozione della salute, il concetto di sviluppo in cui è storicamente inscritto e la tecnica medica di cui si serve.

Nel corso degli ultimi anni è infatti emerso, con sempre maggiore chiarezza, quanto i notevoli miglioramenti nelle condizioni di vita e di salute ottenuti su scala planetaria nel corso del Novecento si siano di fatto realizzati in maniera estremamente disuguale tra diversi gruppi di popolazione. Il rapporto annuale del 2008 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nel rivedere le strategie di promozione della salute, riporta esattamente questa posizione:

Nel complesso, il progresso in salute nel mondo è stato considerevole. Se i bambini avessero continuato a morire con i tassi del 1978, si sarebbero contati 16,2 milioni di decessi a livello mondiale nel 2006. Nella realtà, si sono verificati 9,5 milioni di decessi. [...] Ma queste cifre mascherano alcune differenze significative tra i vari paesi. Dal 1975, il tasso di declino della mortalità sotto i cinque anni nel suo complesso è stato molto più lento nei paesi a basso reddito rispetto a quelli più ricchi (OMS, 2008).

Sempre secondo il rapporto dell'OMS, la prevalenza dell'uso di metodi contraccettivi rimane in Africa intorno al 21%, mentre in altre regioni a basso reddito si sono raggiunte coperture del 61% delle popolazioni target. L'aumento nell'uso dei metodi contraccettivi si è accompagnato ovunque ad una diminuzione dei tassi

di aborto, ma nell’Africa Sub-Sahariana il numero assoluto di aborti è invece aumentato, e quasi tutti sono stati eseguiti in condizioni insicure. Anche i servizi per mamme e neonati continuano ad essere problematici: ci sono ben 33 paesi al mondo in cui ancora meno della metà di tutte le nascite ogni anno viene seguita da personale sanitario qualificato, con picchi minimi addirittura del 6%, e l’Africa Sub-Sahariana è l’unica regione al mondo in cui l’accesso a servizi sanitari competenti al momento del parto non è in aumento². Questi dati sono particolarmente significativi e molto usati a livello mondiale perché, oltre a dare indicazioni sulle condizioni della salute materno-infantile e riproduttiva, sono raccolti in modo diffuso ed omogeneo, sono affidabili e rappresentano un buon indicatore per valutare anche la salute della popolazione generale e la competenza dei servizi sanitari.

Ancora, il rapporto dell’OMS riferisce che, in accordo alla crescita del reddito medio pro capite degli ultimi decenni, l’aspettativa di vita nel mondo è aumentata di quasi otto anni tra il 1950 e il 1978, e di altri sette anni da allora ad adesso. Il reddito però è aumentato in maniera disuguale nei vari paesi, crescendo più rapidamente nei paesi che già avevano un reddito alto e meno in quelli con reddito basso. La polarizzazione dei redditi ha creato un divario tra ricchi e poveri senza precedenti nella storia: il differenziale di reddito tra il quinto della popolazione mondiale più povera ed il quinto più ricco era di 11 a 1 nel 1913, è divenuto di 30 a 1 nel 1960, di 60 a 1 nel 1990 e di 74 a 1 nel 1997 (People’s Health Movement *et alii*, 2005: 4). Nel 2000, a livello globale, l’1% della popolazione adulta deteneva il 40% della ricchezza mondiale, ed il 50% della popolazione a malapena l’1%³.

Così come la disparità nella distribuzione di risorse, tra la metà degli anni settanta ed il 2005 il già allarmante differenziale nell’aspettativa di vita tra i paesi ad alto reddito e i paesi poveri, invece che ridursi, si è ampliato ulteriormente di 2,1 anni, mentre tra i paesi ad alto reddito e i paesi dell’Africa Sub-Sahariana il divario è cresciuto mediamente di 3,8 anni. Nel 2007 l’aspettativa di vita media in Giappone era di 82 anni, ma di soli 34 anni in Sierra Leone⁴.

I dati presentati sulla salute materno-infantile, sul reddito, sull'aspettativa di vita sono solo parte di una più ampia serie di solide evidenze, estese a diversi contesti del pianeta, che dimostrano in maniera allarmante quanto l'aumentare delle disuguaglianze sia di fatto un problema strutturale, e si venga a configurare come la nuova frontiera nella promozione della salute. A sostegno di quanto detto, nel 2005 è stata istituita in seno all'OMS una commissione apposita: la Commissione sui Determinanti Sociali di Salute. Presieduta da Sir. Michael Marmot, la Commissione ha svolto in tre anni un'importante lavoro di sintesi e rielaborazione delle esperienze internazionali, focalizzandosi su disuguaglianze, fattori sociali che le determinano, effetti nei paesi a sviluppo avanzato ed in quelli poveri. Nel 2008 ha pubblicato il suo rapporto finale, intitolato *Closing the gap in a generation*, che ricapitola le informazioni raccolte e suggerisce una serie di azioni di contrasto finalizzate, come dice il titolo, ad eliminare il divario esistente in termini di mortalità e morbilità nell'arco di una generazione. Nell'introduzione al volume gli autori sottolineano:

La giustizia sociale è una questione di vita o di morte. Influisce sulle condizioni di vita delle persone, sul conseguente rischio di malattia e di morte prematura. Guardiamo con ammirazione al continuo aumento dell'aspettativa di vita e di buona salute in alcune parti del mondo, e con allarme al fallimento del miglioramento in altri. Una bambina che nasce oggi in alcuni paesi ha un'aspettativa di vita di 80 anni ed in altri inferiore ai 45. Anche all'interno degli stati ci sono drammatiche differenze di salute, strettamente connesse con il grado di svantaggio sociale a cui le persone sono esposte. Differenze di questa portata, all'interno e tra i paesi, semplicemente non dovrebbe esistere (OMS, 2008).

Anche la Commissione fa dunque riferimento a disuguaglianze strutturali, esistenti sia tra paesi che all'interno dei paesi. Di queste ultime, nel rapporto *Closing the Gap* sono raccolti esempi recenti: in Inghilterra e Galles il rischio di mortalità aumenta parallelamente all'aumento dell'indice di deprivazione del proprio quartie-

re, ed il differenziale di mortalità tra chi vive in zone molto o poco svantaggiate è di oltre due volte e mezzo; il tasso di mortalità infantile in Bolivia è di 100 ogni 1000 nati vivi per i figli di donne non istruite, e di 40 ogni 1000 nati vivi per i figli di donne con almeno il secondo grado di istruzione (trend confermato in tutti i paesi inclusi nello studio: Uganda, India, Turkmenistan, Perù, Marocco); in Europa, il rischio di morte tra gli adulti di mezza età appartenenti alle classi socioeconomiche più basse è superiore del 25%, 50% o addirittura 150% rispetto alle classi superiori.

Come abbiamo visto, negli studi viene sempre utilizzato il termine disuguaglianze e non differenza, questo per rimarcare che il gap in salute tra individui non è un evento naturale e fortuito. Sempre da *Closing the Gap*:

Queste disuguaglianze in salute sono evitabili, non naturali, e dipendono, oltre che dall'efficacia dei sistemi sanitari, dalle circostanze in cui gli individui crescono, vivono, lavorano, ed invecchiano. Le condizioni in cui le persone vivono e muoiono sono, a loro volta, modellate da forze politiche, sociali ed economiche. Le politiche sociali ed economiche hanno un impatto determinante sulle possibilità che un bambino ha di crescere e svilupparsi nel suo pieno potenziale e nel determinare se vivrà una vita florida o avvizzita.

Il ruolo che la Commissione riserva alle politiche sociali ed economiche e alla giustizia sociale è cruciale, tanto che le raccomandazioni finali che sintetizzano il pensiero degli autori in merito alle azioni da intraprendere per contrastare e ridurre le disuguaglianze sono:

- migliorare le condizioni di vita quotidiane; contrastare l'inequiva distribuzione di potere, denaro e risorse;
- misurare e comprendere in maniera opportuna i problemi e valutare adeguatamente l'impatto delle azioni di contrasto.

Risulta significativo che gli autori non facciano cenno alla necessità di ulteriore sviluppo scientifico-tecnologico, né di maggiori investimenti economici. Anche secondo il rapporto indipenden-

te *Global Health Watch 2005-2006*⁵, «per risolvere la maggior parte di queste disuguaglianze non mancano né i fondi, né le risorse». Quello che manca è una committenza politica che sappia guidare interventi sanitari equi e basate sulle evidenze fin qui raccolte. Si legge invece, nello stesso rapporto, che

il predominio del pensiero conservatore e dell'economia neoliberale ha indotto le istituzioni preposte alla promozione della giustizia sociale ad imporre politiche e pratiche che hanno raggiunto l'esatto contrario dello scopo prefissato.

Le politiche globali della salute

Gli autori del *Global Health Watch* si riferiscono al fatto che, ad un certo punto della storia contemporanea, una serie di valori sono stati imposti in maniera arbitraria nel dibattito sulla salute, ed hanno prodotto una discontinuità rispetto al processo storico e culturale che la comunità sanitaria internazionale aveva sino ad allora maturato al suo interno. Analizzeremo ora le principali tappe di quanto accaduto.

La nascita delle istituzioni internazionali e della salute globale

Per comprendere il senso di quanto appena riportato, dobbiamo tornare al quadro originario in cui si è cominciato a pensare alla salute su scala globale. Alla fine degli anni quaranta, con il termine della seconda grande guerra e la ricerca di un novo assetto mondiale auspicato dalla nascita delle Nazioni Unite, la salute viene ripensata nella sua dimensione planetaria ed affidata a una agenzia dedicata, l'OMS. Uno dei primi compiti dell'OMS è stato quello di stabilire i limiti della propria azione, attraverso l'elaborazione di una definizione operativa di salute (come «stato di completo benessere fisico, mentale, sociale e spirituale e non semplicemente assenza di malattia o di infermità») e di una serie di linee guida per

trasferire questa definizione nella pratica, tra le quali si stabiliva che è compito dell'OMS

interagire con gli Stati Membri e con altre agenzie dell'ONU per promuovere il miglioramento della nutrizione, dell'abitazione, delle condizioni sanitarie, economiche, lavorative e ricreative e delle altre condizioni d'igiene ambientale⁶.

Inoltre la salute viene inserita nella Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo, il cui art. 25 recita che

Ogni persona ha diritto ad un adeguato livello di vita che assicuri a lui e alla sua famiglia la salute e il benessere, inclusi il cibo, il vestiario, l'abitazione, l'assistenza medica e i servizi sociali necessari, e il diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, disabilità, vedovanza e vecchiaia⁷.

e, più tardi, nel Patto Internazionale sui Diritti Economici, Sociali e Culturali (art. 12.1: «Ogni individuo ha il diritto a godere del più alto standard raggiungibile di salute fisica e mentale»⁸).

La comunità internazionale, quindi, riconosce fin da subito alla salute la valenza di diritto umano fondamentale, e vincola gli stati aderenti alle Nazioni Unite a promuoverla attraverso le proprie legislazioni, senza disgiungere in nessun momento gli aspetti biologici dalle dimensioni culturali, sociali, economiche e spirituali, né dalla protezione sociale e dalla sicurezza personale.

Nello stesso periodo, per affermare i principi che stava definendo, la comunità internazionale si dota di una serie di strutture operative. Durante la conferenza di Bretton Woods vengono istituite due agenzie economiche: il Fondo Monetario Internazionale (FMI), per garantire la stabilità economica tra gli stati, e la Banca Mondiale (BM), con il compito di finanziare la ricostruzione e lo sviluppo nei paesi sconvolti dalla guerra. Inoltre, al fine di gestire al meglio i fondi del piano Marshall viene creata l'Organizzazione per la Cooperazione Economica Europea (OECE).

Sulla scia del successo della ricostruzione post bellica in Europa, si fa largo l'idea di utilizzare la stessa strategia per promuovere lo "sviluppo" su scala globale. Tale concetto, allora come ai giorni nostri, era sinonimo di crescita economica, ed il mancato sviluppo di alcuni paesi veniva attribuito a vincoli interni, legati in prima istanza alla scarsa accumulazione del capitale e all'inefficiente impiego delle risorse. Per garantire lo sviluppo, diviene dunque prioritario assistere i risparmi e l'accumulazione di capitale, così da accelerare la crescita del settore industriale e favorire la modernizzazione. Per questo l'OECE incorporerà, negli anni sessanta, il Development Assistance Committee (DAC), il principale comitato dei paesi donatori, e verrà rinominata nel 1961 Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE).

La guerra fredda e le implicazioni a livello di salute internazionale

Ovviamente le grandi dichiarazioni di principio incontrano non poche difficoltà nell'essere messe in pratica. In primo luogo gli equilibri politici internazionali, nel bel mezzo della guerra fredda, ridimensionano il peso delle agenzie delle Nazioni Unite. Il Patto sui Diritti Economici, Sociali e Culturali, fortemente sostenuto dai paesi del blocco comunista (gli Stati Uniti infatti non lo firmeranno), verrà presto messo in secondo piano con l'affermazione dei paesi capitalisti sulla scena politica internazionale, e con la conseguente preminenza dei diritti civili ed individuali. Prende così piede l'idea di una promozione della salute meno vincolata alle condizioni sociali, in favore di un modello maggiormente basato sulla responsabilità dell'individuo e sulla "tecnica" medica. Questo anche grazie all'impetuoso sviluppo scientifico e tecnologico degli anni cinquanta e sessanta, che genera ed alimenta una vera e propria fede nel progresso. In campo sanitario, sull'onda del successo degli antibiotici, del vaccino per il vaiolo e del controllo degli infestanti con il DDT si afferma l'idea che farmaci, vaccini e tecnologie sanitarie possano sconfiggere ogni malattia. Con questa speranza, il modello biomedico basato sulla coppia corpo-patogeno prende lar-

gamente piede, i medici dominano i sistemi sanitari e praticano una sorta di “difesa corporativa” rispetto all’idea che la salute possa migliorare con interventi sociali.

Gli anni settanta e la Conferenza di Alma Ata

Nonostante queste difficoltà, lo spirito originario della promozione della salute su scala globale è mantenuto vivo grazie all’influenza crescente della società civile, alla comparsa di attori nuovi come le Organizzazioni Non Governative (ONG), e ai successi sanitari ottenuti attraverso le politiche sociali di paesi quali il Costa Rica, lo Sri Lanka e lo stato indiano del Kerala. Inoltre, all’inizio degli anni settanta si verificano alcune circostanze positive, efficacemente riassunte da Adriano Cattaneo⁹. In particolare, nel 1973 è eletto direttore generale dell’OMS il danese Halfdan Mahler, convinto sostenitore del fatto che molte delle cause dei problemi sanitari siano da ricercare nell’assetto sociale. Egli è infatti consapevole, grazie a precedenti esperienze di campo soprattutto nel subcontinente indiano, di quanto un approccio sanitario settoriale sia inefficace, e durante l’Assemblea Mondiale della Salute del 1976 lancia l’idea della “salute per tutti nell’anno 2000”. Il programma implica la rimozione dei principali ostacoli alla salute (malnutrizione, ignoranza, acqua contaminata, abitazioni inadeguate) nella stessa misura in cui implica la soluzione medica dei problemi di salute.

Nel 1978, sempre Mahler promuove una conferenza congiunta OMS-UNICEF che segnerà un punto di riferimento per la sanità pubblica internazionale: la Conferenza sull’Assistenza Sanitaria Primaria (*Primary Health Care*, PHC), più conosciuta come Conferenza di Alma Ata, tenutasi nell’omonima cittadina del Kazakistan. Alla conferenza parteciparono 134 governi e 67 organismi internazionali (governativi e non governativi), e l’incontro si concluse con l’omonima dichiarazione, di cui riporteremo qui alcuni punti salienti:

La salute, come stato di benessere fisico, mentale e sociale e non solo come assenza di malattia o infermità, è un diritto fondamentale dell'uomo, e l'accesso a un livello più alto di salute è un obiettivo sociale estremamente importante, d'interesse mondiale, e presuppone la partecipazione di numerosi settori socioeconomici oltre che di quelli sanitari [...].

Le profonde diseguaglianze nello stato di salute tra i paesi più industrializzati e quelli in via di sviluppo, così come all'interno dei paesi stessi, sono politicamente, socialmente ed economicamente inaccettabili e costituiscono motivo di preoccupazione comune per tutti i paesi [...].

Un livello accettabile di salute per tutti i popoli del mondo nell'anno 2000 può essere raggiunto mediante un uso pieno e migliore delle risorse globali, una parte considerevole delle quali è attualmente spesa in armi e conflitti militari (WHO e UNICEF, 1978).

La Dichiarazione di Alma Ata ribadisce l'importanza della *primary health care* (PHC) come strumento portante per la promozione della salute su scala globale. In particolare, viene definita *comprehensive PHC*

l'assistenza sanitaria essenziale basata su metodi praticabili, scientificamente validi e socialmente accettabili e su tecnologie rese universalmente accessibili a individui e famiglie nella comunità attraverso la loro piena partecipazione e a costi che la comunità e il paese possano permettersi di affrontare a ogni stadio del loro sviluppo, in uno spirito di autonomia e autodeterminazione (*idem*).

L'esperienza di Alma Ata non solo ribadisce la correttezza dei principi che, da Virchow in poi, hanno accompagnato la sanità pubblica moderna, ma definisce anche in maniera netta e sulla base di esperienze coerenti le strategie per i decenni a venire. La domanda cruciale è quindi come sia stato possibile che da questa strada tracciata verso un futuro con "salute per tutti entro l'anno 2000" si sia arrivati invece a disuguaglianze – e disuguaglianze in salute – senza precedenti nella storia?

Gli anni del neoliberismo

Per rispondere a questa domanda bisogna guardare ai cambiamenti sociopolitici che avvengono negli stessi anni in cui si prepara la conferenza di Alma Ata. È verso la fine degli anni settanta, infatti, che i proventi derivanti dalla globalizzazione del mercato rendono le imprese multinazionali attori politici di primo piano e con interessi che si dipanano su scala internazionale. È attraverso le risorse che possono spendere in attività di lobby che esse diventano in grado di influenzare in modo determinante le politiche nazionali degli stati. Con la copertura data dalle teorie economiche¹⁰ e grazie ad un blocco politico conservatore, l'approccio neoliberista si affaccia e presto si afferma sulla scena istituzionale globale. La portata ed il peso di questo processo è cruciale anche in ambito sanitario perché, come rileva Vicente Navarro,

il network delle agenzie internazionali, come l'OMS o le Nazioni Unite, è fortemente influenzato dalla distribuzione di potere a livello globale. È risaputo infatti che al giorno d'oggi i governi di alcuni paesi hanno più potere di altri. Ed è risaputo inoltre che all'interno di ogni paese alcune classi sociali, o generi o etnie hanno più potere di altre. Gli effetti che questa realtà ha sull'OMS è stata studiata solo di rado, anche se il differenziale di potere che queste nazioni, classi, etnie e generi predominanti esercitano è in grado di condizionare in larga misura i rapporti e i documenti pubblicati da questa agenzia internazionale (Navarro, 2004: 1-10).

Con l'inizio degli anni ottanta, il blocco ultra-conservatore neoliberista riesce a prendere le redini del governo degli USA, con Ronald Reagan, e della Gran Bretagna, con Margaret Thatcher. L'utilizzo coordinato delle risorse dirette messe in campo dalle multinazionali, unite a quelle di due grandi potenze economiche e militari come USA e Gran Bretagna, riesce ad imporre in breve tempo (e non senza violenza)¹¹ le nuove idee a livello globale e a trasformare, lentamente ma ineluttabilmente, il contesto politico internazionale in monopolare. I cardini della nuova ideologia do-

minante sono così riassumibili: gli Stati sono parte del problema e non delle soluzioni, e di conseguenza la loro influenza deve essere ridotta; il mercato del lavoro e quello finanziario devono essere deregolamentati al fine di liberare quella che viene chiamata “l’enorme creatività del mercato”; il commercio e gli investimenti devono essere stimolati eliminando vincoli di confine e barriere doganali per permettere la piena mobilità di lavoro, capitale, beni e servizi.

Le politiche delle agenzie internazionali seguono la tendenza dominante. Banca Mondiale e Fondo Monetario Internazionale si impegnano direttamente nella promozione dei principi liberisti concentrando gli sforzi sulla crescita economica, senza tuttavia prenderne in considerazione l’impatto sociale e men che meno quello sulla salute. L’idea è infatti che, sul lungo periodo, grazie all’“effetto sgocciolamento” la ricchezza generata pervaderà tutti i settori della società, beneficiando di conseguenza anche la salute. In particolare poi il Fondo Monetario Internazionale opera nei Paesi in Via di Sviluppo imponendo, al fine di “risanare” l’economia pubblica, i famigerati Piani di Aggiustamento Strutturale. Per il settore sanitario questo significa un vero disastro su larga scala:

il declino della spesa pubblica nei servizi sanitari; la privatizzazione dei servizi di cura; l’impoverimento se non lo smantellamento delle strutture sanitarie; la mobilità dei professionisti sanitari dai Paesi in Via di Sviluppo a quelli sviluppati, la piena mobilità delle tecnologie sanitarie e dei farmaci dai paesi sviluppati a quelli in via di sviluppo, senza protezione della popolazione e senza regolamentazione, producendo come effetto il *social dumping*¹²; pieno ricorso alle posizioni biologiste e comportamentiste della medicina, che hanno trasformato l’industria delle biotecnologie nella settima meraviglia finanziaria del mondo (Navarro, 2004: 1-10).

L’ideologia liberista pervade anche il sistema simbolico e culturale di riferimento per l’ambito sanitario, e lentamente nuove terminologie sostituiscono le vecchie. I pazienti diventano clienti, la promozione della salute viene sostituita da termini quali mercato

e competizione, tanto che la stessa OMS nel 2001 produce il suo rapporto *Macroeconomics and health: investing in health for economic development* (WHO, 2001), in cui l'impianto di Alma Ata viene completamente stravolto. Nelle conclusioni si afferma infatti che i servizi sanitari non sono un diritto, ma un bene di consumo, e sono quindi soggetti alla legge della domanda e dell'offerta, alle leggi del libero mercato, alle regole dell'Organizzazione Mondiale per il Commercio (WTO).

L'epidemia delle riforme sanitarie e i Millenium Development Goals

Con questi presupposti, alla fine degli anni novanta si arriva ad un cambio radicale dei sistemi sanitari in tutto il mondo, in quella che è stata definita una vera e propria "epidemia di riforme sanitarie" (Klein, 1995). A farne le spese sono soprattutto i paesi più poveri, in cui i servizi sanitari nazionali vengono smantellati, indipendentemente dai risultati che stavano generando, e sostituiti con sistemi di tipo commerciale dove farmaci e cure secondarie sono spesso soggette solo alle leggi del mercato e dove la programmazione sanitaria, frammentata e totalmente dipendente dalle politiche e dai capitali internazionali, si limita per lo più a programmi di tipo verticale indirizzati a singole condizioni o patologie.

Ma gli effetti delle politiche neoliberali cominciano ad emergere fin dai primi anni novanta. Il progetto "Salute per tutti entro l'anno 2000" viene soppiantato nel 1990 da una serie di obiettivi verticali e specifici: i *Millenium Development Goals* (MDG)¹³. Gli obiettivi del millennio dovrebbero essere raggiunti entro l'anno 2000, ma appare subito chiaro come gli indicatori non seguano gli andamenti desiderati. Alla fine degli anni novanta, quando ormai è lampante il fallimento del programma, l'intervento viene rinegoziato e la scadenza posticipata al 2015.

Anche questa riprogrammazione, tuttavia, non ha dato esiti positivi, e a pochi anni dalla seconda scadenza sarà nuovamente difficile centrare gli obiettivi prefissati. I rapporti mostrano un forte ritardo soprattutto in Africa Sub-Sahariana, e soprattutto per in-

dicatori come la mortalità infantile (si veda la Figura 1). Non è casuale, tra l'altro, che i peggiori risultati siano stati riscontrati proprio nei paesi in cui l'intervento di "sviluppo" neoliberale è stato più marcato.

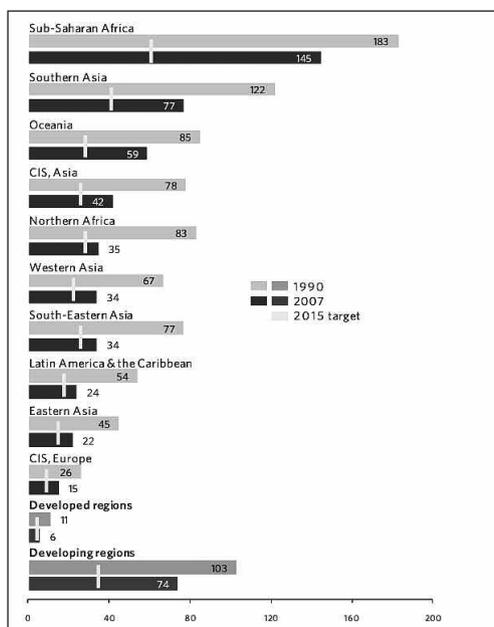


Figura 1 - Andamento della mortalità infantile a livello mondiale (adattato da <<http://www.un.org/millenniumgoals>>).

Un articolo comparso su «The Lancet» nel settembre del 2007 ha analizzato l'andamento dei *Millenium Development Goals* (MDG), in particolar modo l'indice di mortalità infantile. Nelle conclusioni, gli autori commentano: «Globalmente, per quanto riguarda la mortalità infantile, non stiamo facendo un lavoro migliore di quello che facevamo trent'anni fa» (Murray *et alii*, 2007: 1040-1054). Il fatto che la riduzione della mortalità infantile ottenuta attraverso programmi verticali non differisca dai risultati ottenuti con un approccio di Primary Health Care nasconde però un drammatico fallimento. Questi programmi, infatti, mobilitano una quantità enor-

me di risorse (economiche, umane, tecnologiche) che non sono aggiuntive, ma vengono per lo più sottratte competitivamente ad altri interventi (soprattutto quelli integrati, rivolti alla popolazione più svantaggiata) ed al funzionamento “di base” dei sistemi sanitari. É soprattutto la popolazione più vulnerabile che ha di conseguenza subito i peggiori contraccolpi a causa dell'accoppiata verticalizzazione/mercantilizzazione dei servizi.

L'impatto delle riforme sanitarie: alcuni esempi

Ad aggravare il quadro fin qui descritto vi è il consolidato utilizzo, su larga scala, di *user fees* (ovvero il pagamento di una quota diretta della prestazione sanitaria da parte degli utenti), uno dei provvedimenti più perversi adottati e imposti a livello globale dalle agenzie per lo sviluppo. Per quanto infatti la quota di pagamento richiesta alle famiglie sia bassa, la popolazione che vive con meno di uno o due dollari al giorno si è vista di fatto esclusa anche dagli interventi sanitari essenziali. Numerosi studi sulle spese per le cure hanno dimostrato come gran parte dei costi sia sostenuta direttamente dai cittadini, indipendentemente dal loro grado di povertà. Nei primi anni del 2000, ad esempio, le famiglie in Ghana dovevano sobbarcarsi – tra costi diretti ed indiretti – ben l'85% della spesa per la terapia della malaria (Ankomah Asante e Asenso-Okyere, 2003).

Nel 2001 un articolo pubblicato su «The Lancet» affronta le evidenze sugli effetti in salute di questo sistema:

L'introduzione di tasse per gli utenti dei servizi pubblici e l'aumento delle spese dirette per pagare i servizi privatizzati costituiscono, se combinati, una grande trappola di povertà. [...] L'ipotesi che queste strategie abbiano un effetto positivo sulla salute non è sostenuta da evidenze scientifiche. I risultati di studi empirici sugli effetti di queste politiche indicano conseguenze severamente negative. L'aumento delle spese dirette per pagare i servizi sanitari sia pubblici che privati sta trascinando nella povertà molte famiglie ed aumentando la povertà di quelle che erano già povere. L'ordine di grandezza di questi pro-

cessi – conosciuti come “la trappola medica della povertà” – è stato descritto studiando le famiglie in intere nazioni o attraverso studi sulla riduzione della povertà di tipo partecipativo (Whitehead, 2001: 833-836).

La trappola medica della povertà, citata nell’articolo, si riferisce al processo per cui le famiglie, per far fronte a un evento di malattia e non riuscendo a coprire le spese sanitarie con i propri redditi, tendono a vendere i propri beni o ad indebitarsi. Le condizioni di maggiore povertà che ne discendono rappresentano a loro volta un fattore di rischio per la salute, facilitando un ulteriore evento di malattia, in un circolo vizioso che rende le famiglie sempre più povere e malate.

	1990-1995	2000-2004
Nutrition (% of children with wasting)	6.2	7-8
Access to safe water (%)	39.4	53.8
Access to proper sanitation (%)	34	51
Infant mortality (deaths/1000)	81 (97)*	88 (100)*
Neonatal mortality (deaths/1000)	27	33.2
Malaria morbidity (%)	25	37
Diarrhoea (%)	17.7	17.8
Maternal mortality ratio (deaths/100 000 births)	506	505
Child mortality (deaths/1000)	147	151
Life expectancy (years)	50	47
% of deliveries in health facilities	38%	38%
Fertility rate (No of children)	7.4	6.9

*By indirect method.

Figura 2 - Andamento dei principali indicatori socio-sanitari in Uganda.

L’idea originale della crescita economica come motore del benessere della salute e delle giustizia è dunque evaporata alla prova dei fatti. Un altro studio pubblicato su «The Lancet» nel 2004, intitolato proprio *Morire per la crescita economica*, prende in esempio il caso dell’Uganda (vedi Figura 2). Gli autori scrivono:

L’idea era che le persone sarebbero state in grado di prendersi cura della loro salute attraverso la crescita economica. La crescita economica avrebbe portato maggiori entrate alle famiglie ed avrebbe permesso alle persone di comprare la salute da fornitori di servizi privati. Sebbene gli obiettivi macroe-

economici di contenimento del tasso di inflazione al 5,7% e di crescita economica al 7% all'anno siano stati raggiunti dal 1987 al 2004, l'Uganda ha fallito nel raggiungere un sistema sanitario funzionante. Le performance del servizio sanitario sono crollate dopo l'introduzione delle riforme, e le statistiche degli indicatori chiave della salute tra il 1990-95 e il 2002-04 sono peggiorate (Agatre Lukuonzi, 2004: 1632-1637).

Sulla stessa linea, un terzo esempio interessante è rappresentato dagli studi sugli effetti dei piani di aggiustamento strutturale nei paesi post comunisti. In particolare, uno studio pubblicato nel 2008 su «PlosMedicine» ha analizzato gli effetti degli interventi del Fondo Monetario Internazionale sull'andamento della tubercolosi (vedi Figura 3).

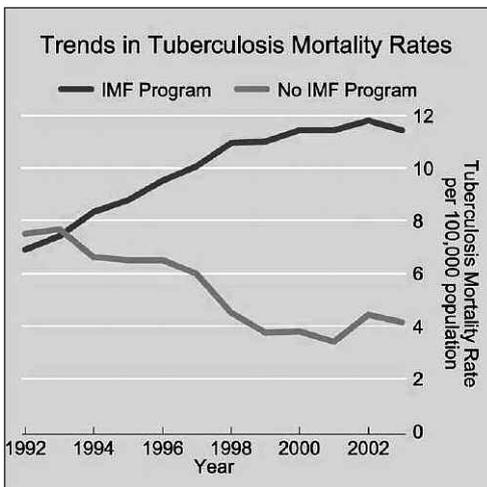


Figura 3 - Andamento della mortalità per tubercolosi nei paesi ex URSS, e stima dell'andamento senza Piani di Aggiustamento Strutturale (da Stuckler, 2008).

Nelle conclusioni, gli autori osservano:

I nostri risultati mostrano che i programmi di riforma economica del Fondo Monetario Internazionale sono fortemente associati all'aumento della mor-

talità per tubercolosi nei paesi post comunisti dell'Europa dell'Est e dell'Unione Sovietica [...]. Abbiamo potuto stimare che quando i paesi partecipano ai programmi del FMI si verifica un aumento della tubercolosi molto consistente rispetto al grado di riduzione che avrebbero ottenuto non partecipando [...]. Sebbene i nostri dati supportino l'ipotesi che l'associazione inversa tra programmi del FMI e controllo della tubercolosi sia dovuta alla riduzione delle infrastrutture di vigilanza sanitaria, ulteriori ricerche sono necessarie per chiarirne i meccanismi con maggiore dettaglio e comparare il peso di ciascun fattore. Infatti alcuni fattori, come il diminuito accesso alle cure derivante dal trasferimento dei costi di trattamento sui pazienti o la diminuzione della loro qualità derivante dalla privatizzazione dei servizi sanitari, potrebbero fungere da mediatori nell'esclusione dei gruppi emarginati. È probabile che i nostri risultati riflettano le conseguenze della redistribuzione sociale delle risorse dei programmi del FMI; questa ipotesi è avallata da studi precedenti che hanno evidenziato come i programmi del FMI abbiano danneggiato i poveri in modo sproporzionato. [...] Il mancato investimento in salute e la conseguente perdita di vite umane può essere giustificata dalla stabilità macroeconomica che il FMI potrebbe aver creato? (Stukler, King e Basu, 2008: 1079-1090).

Infine, nel 2009 l'organizzazione *Oxfam International* ha pubblicato i risultati di un'ampia revisione dei dati internazionali in un volume intitolato *Blind optimism. Challenging the myths about private health care in poor countries*¹⁴. Il testo analizza in maniera integrata i dati sugli effetti del settore privato sui servizi sanitari dei paesi poveri, raccogliendo evidenze che confutano le principali argomentazioni usate per sostenere queste riforme, e conclude:

Le prove mostrano che, dando priorità a questo approccio, sono estremamente poche le possibilità di produrre salute per le persone povere. I governi e i donatori dei paesi ricchi dovrebbero impegnarsi nel rafforzare la capacità dello Stato nell'espandere rapidamente servizi sanitari gratuiti e pubblici, come strategia provata per salvare milioni di vite in tutto il mondo.

Il ruolo della sanità pubblica alla prova della globalizzazione

Dalla breve panoramica tracciata sulle dinamiche di salute globale degli ultimi cinquant'anni, tra politiche pubbliche e mercati internazionali, scaturisce una riflessione importante sul ruolo della comunità scientifica nella ridefinizione delle politiche sanitarie. Attraverso gli esempi riportati emergono infatti due principali fattori che, soprattutto negli anni passati, hanno di fatto ostacolato un'efficace promozione e tutela della salute su scala globale: da un lato le difficoltà della medicina nell'identificare, comprendere ed analizzare gli eventi causa di malattia che non appartengono strettamente all'area biologica; dall'altro, la scarsa efficacia nel trasferire nelle politiche e nelle pratiche le conoscenze scientifiche, e nel contrastare adeguatamente le azioni, sanitarie e non, dannose per la salute.

È inoltre opportuno considerare che, in questi anni, lo spirito di Alma Ata è stato mantenuto in vita soprattutto grazie ad organizzazioni della società civile. L'esempio maggiormente significativo è rappresentato dal *People's Health Movement*, movimento nato nel dicembre del 2000 a seguito di un'assemblea tenutasi a Savar, in Bangladesh, a cui hanno partecipato ben 1453 delegati provenienti da 92 paesi. Dalla riunione è scaturita la *Carta della Salute dei Popoli*⁵, rapidamente divenuta strumento comune per un movimento globale di cittadini a difesa del diritto alla salute. A quell'evento ha fatto seguito una seconda assemblea, tenutasi a Cuenca (Ecuador) nel 2005, a cui hanno partecipato 1492 persone provenienti da 82 nazioni. Una terza assemblea mondiale si svolgerà in Sudafrica nel 2011. La comunità scientifica dovrebbe fare tesoro di queste esperienze, e mettere rapidamente in atto efficaci azioni per riconfermare al proprio interno il valore della salute come diritto umano fondamentale ed interesse della collettività. Inoltre, in accordo al mandato della comunità internazionale ed ai propri codici deontologici, i professionisti sanitari dovrebbero ricollocare al centro della propria azione la promozione della salute di tutta la popolazione, a partire dai gruppi più svantaggiati.

Per quanto riguarda le metodologie, la cornice di salute globale in cui siamo chiamati ad operare richiede professionisti che sappiano descrivere adeguatamente i processi sociali causa di vulnerabilità, malattia e disuguaglianza, ricostruendo la continuità tra i fenomeni locali e quelli globali. È compito degli operatori sanitari, quindi, analizzare in modo ampio i processi salute-malattia, rendendo tali analisi operative attraverso prospettive che sappiano uscire dallo sguardo meramente sanitario per trarre, con un approccio multimetodologico, saperi ed elementi utili dai diversi ambiti disciplinari. Dal punto di vista delle pratiche, invece, valorizzando le esperienze delle forze sociali e della società civile organizzata, i professionisti dovrebbero adottare un atteggiamento partecipativo ed orizzontale rispetto alle comunità in cui operano. Infine, è responsabilità diretta dei professionisti sanitari e della ricerca scientifica fare azione di *advocacy* a beneficio delle fasce di popolazione più fragili. È indispensabile sviluppare un rigoroso senso etico della professione che orienti un'azione sociale capace di influenzare le politiche di salute, ricordando che la medicina è anche una scienza sociale e che la politica è una medicina su larga scala.

Note

¹ Come nel caso della *structural violence* di Paul Farmer, 2004.

² United Nations, 2007, *The Millennium Development Goals report 2007*, New York (<<http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/mdg2007.pdf>>, visitato il 10 novembre 2009).

³ Dikhanov Y., 2005, *Trends in Global Income Distribution, 1970-2000, and Scenarios for 2015*, Human Development Report Office Occasional Paper, UNDP (<http://hdr.undp.org/en/media/globalincometrends.pdf>, visitato il 10 novembre 2009).

⁴ UN Statistic Division (<<http://unstats.un.org/unsd/default.htm>>, visitato il 10 novembre 2009).

⁵ Citato in People's Health Movement *et alii* (2005: 1).

⁶ Primo dei nove principi della Costituzione dell' OMS, adottata nel 1946 ed emendata nel 1999 durante la *World Health Assembly*.

⁷ United Nation, *Universal Declaration of Human Rights*, art. 25 (<<http://www.un.org/en/documents/udhr>>, visitato il 10 dicembre 2009).

⁸ United Nation, *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*, art. 12.1 (<<http://www.un-documents.net/icescr.htm>>, visitato il 10 dicembre 2009).

⁹ A. Cattaneo, *Le politiche sanitarie globali a trent'anni da Alma Ata*, in «Salute e Sviluppo», n. 3/2007 (<<http://www.mediciconlafrica.org/ita/rivista.asp>>, visitato il 13 dicembre 2009).

¹⁰ Milton Friedman vince il premio Nobel per l'economia nel 1976.

¹¹ Cfr. Klein, 2007.

¹² Pratica sleale nel commercio internazionale, che comporta l'esportazione di un bene da un paese in cui i costi sono mantenuti artificialmente bassi rispetto ai paesi concorrenti grazie all'assenza o alla scarsa applicazione di leggi per la protezione dei lavoratori. Questa pratica mette a rischio i lavoratori nei paesi di esportazione, diminuendone la sicurezza sul lavoro e gli standard sociali, e crea parallelamente disoccupazione nei paesi di importazione.

¹³ <<http://www.un.org/millenniumgoals>>, visitato il 13 dicembre 2009.

¹⁴ Marriot A., 2009, *Blind optimism. Challenging the myths about private health care in poor countries*, Oxfam (<http://www.oxfam.org.uk/resources/policy/health/bp125_blind_optimism.html>, visitato il 13 dicembre 2009).

¹⁵ <<http://www.phmovement.org/cms/en/resources/charters/peopleshealth>>, visitato il 13 dicembre 2009.

Accesso ai farmaci e ricerca nei Paesi in Via di Sviluppo

di *Giosué De Salvo*

In questo testo prenderò in esame alcuni aspetti di carattere economico, giuridico e politico che riguardano l'accesso ai farmaci nei paesi poveri e nei Paesi in Via di Sviluppo (PVS), ed in particolar modo: il fabbisogno di cure farmacologiche; la composizione del mercato farmaceutico globale e le caratteristiche del sistema di ricerca e sviluppo in essere; i regolamenti internazionali in materia di brevetti e gli effetti prodotti da tali regolamenti sul diritto alla salute dei popoli (anche alla luce della crisi economica in corso); infine, le iniziative condotte dalle agenzie internazionali e le proposte di cambiamento avanzate dalla società civile.

La parte analitica sarà accompagnata dalla ricostruzione storica delle tappe che dal 1995 (anno di fondazione dell'Organizzazione Mondiale del Commercio, OMC) ad oggi hanno segnato la lotta per vedere garantito un diritto umano fondamentale – quello alla salute – che, nella sua negazione fattuale, è oggi diventato un emblema delle ingiustizie strutturali del capitalismo moderno.

Quadro epidemiologico e stima delle necessità di trattamento

Tra le pandemie che affliggono il Sud del mondo, l'AIDS, la tubercolosi e la malaria sono sicuramente quelle più universalmente conosciute e riconosciute.

La Figura 1 riporta i dati aggiornati dell'UNAIDS (il programma speciale delle Nazioni Unite per la lotta all'HIV/AIDS) sul numero delle persone sieropositive viventi, sulle morti per immuno-

deficienza acquisita e sulle nuove infezioni, distinguendo tra uomini, donne e bambini sotto i quindici anni.

Number of people living with HIV in 2008	
Total	33.4 million [31.1 million–35.8 million]
Adults	31.3 million [29.2 million–33.7 million]
Women	15.7 million [14.2 million–17.2 million]
Children under 15 years	2.1 million [1.2 million–2.9 million]
People newly infected with HIV in 2008	
Total	2.7 million [2.4 million–3.0 million]
Adults	2.3 million [2.0 million–2.5 million]
Children under 15 years	430 000 [240 000–610 000]
AIDS-related deaths in 2008	
Total	2.0 million [1.7 million–2.4 million]
Adults	1.7 million [1.4 million–2.1 million]
Children under 15 years	280 000 [150 000–410 000]
The ranges around the estimates in this table define the boundaries within which the actual numbers lie, based on the best available information.	

Figura 1 - Malati, nuovi infetti e decessi da HIV, 2008.

Fonte: Unaid 2009 Epidemic Update

Ciò che importa ai fini di questa trattazione è che dei 33 milioni di persone che si stima vivano in condizioni di sieropositività o di AIDS conclamato, l'UNAIDS calcola che ce ne siano 9 milioni con un bisogno urgente di trattamento AntiRetroVirale (ART) e che, di questi, solo 3 milioni lo stiano attualmente ricevendo. Seppure ciò rappresenti un incremento del mille per cento rispetto a sei anni fa – grazie all'ottima performance dei programmi verticali quali il Fondo Globale per la lotta contro l'AIDS, la Tbc e la Malaria o UNITAID (di cui parleremo più avanti) – la tragica realtà dei numeri ci dice che 6 milioni di persone ne rimangono escluse.

Se poi si considerano le ultime raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per la prevenzione e il trattamento dell'HIV nei Paesi in Via di Sviluppo (PVS), secondo le quali l'inizio consigliato per la somministrazione di ART è un livello di CD4 (i linfociti attaccati del virus) pari a 350 cellule per millimetro cubo anziché 200 cellule per millimetro cubo, si raggiun-

ge la cifra record di 18 milioni di pazienti vittime di un vero e proprio “apartheid sanitario”.

La malaria è una malattia prevenibile e curabile ma può risultare fatale se non trattata prontamente e con medicinali efficaci. Colpisce tra i 350 e i 500 milioni di persone ogni anno e ne uccide circa 1 milione. Essendo la principale causa di anemia, scarso peso alla nascita, parti prematuri, mortalità infantile e materna, la maggior parte di questi morti sono bambini e donne incinte che vivono nell’Africa Sub-Sahariana (si veda la Figura 2). In più si produce un circolo vizioso che si instaura tra malaria e HIV visto che la prima aggrava le condizioni fisiche delle persone infette dal virus e ne accresce così le possibilità di trasmissione. L’HIV a sua volta aumenta il rischio di infezione con parassiti e decresce la risposta ai trattamenti antimalarici standard.

Region	Percentage of global cases	Percentage of global deaths
Africa	71%	85.7%
Asia	26%	9.4%
The Americas	1%	0.1%
Middle East	less than 3 %	approximately 5%

Figura 2 - Decessi per malaria secondo macroregioni, 2009.
Fonte: Roll Back Malaria fact sheet 2009

Ebbene, parlando di cure, uno dei maggiori problemi riscontrati negli ultimi decenni presso le aree endemiche del pianeta è stata la crescente resistenza della specie più pericolosa di parassita (il *Plasmodium falciparum*) alla cloroquina, un farmaco economico e comunemente usato per prevenire e curare la malaria. Nuove combinazioni di trattamenti contenenti artemisinina (ACT) sono stati prontamente sviluppati ma il loro prezzo di vendita è risultato dalle 10 alle 40 volte più alto delle vecchie famiglie di farmaci e ciò evidenzia un macroscopico secondo gap tra chi

oggi ha la fortuna di assumere un medicinale salvavita e chi invece no.

Di tubercolosi si registrano 9 milioni di casi all'anno e 1,7 milioni di morti (di cui 200 mila HIV positivi). Parlando di vie di trasmissione, una persona con una tubercolosi non trattata può infettare fino a 15 persone nell'arco di dodici mesi semplicemente tossendo loro vicino. Il numero di pazienti che annualmente fallisce nel tentativo di ricevere una cura è pari a 1,8 milioni.

Per completare il quadro, accanto alle tre pandemie "regine" non possiamo non annoverare le malattie tropicali dimenticate (in inglese *neglected diseases*), come la malattia del sonno, la leishmaniosi viscerale o il morbo di Chagas, che continuano a causare una significativa morbilità e mortalità nei PVS. Nonostante questo e nonostante tali patologie rappresentino oltre l'11% del *global disease burden*, secondo la rivista scientifica «The Lancet» (Chirac e Torreele 2006: 1560-1561), delle 1.556 nuove medicine approvate tra il 1975 e il 2004, solo 21 (pari all'1,3%) erano specificatamente sviluppate per combatterle.

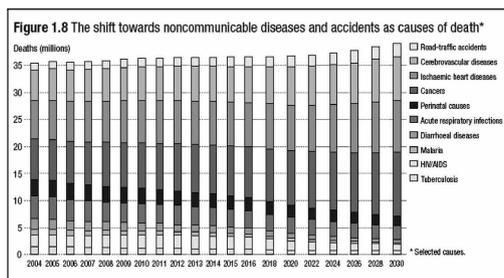


Figura 3 - Incremento delle malattie non trasmissibili e degli incidenti come causa prima di morte, previsioni 2004-2030. Fonte: Global Health Report 2009

Spingendo in là nel tempo la nostra rassegna dei bisogni farmaceutici globali, è infine fondamentale tenere in considerazione lo spostamento verso patologie non trasmissibili come principali cause di morte, così come prospettato dall'OMS (vedi Figura 3). I cambiamenti prodotti dall'urbanizzazione, l'invecchiamento

della popolazione e l'omologazione degli stili di vita stanno infatti ottenendo l'effetto combinato di far diventare le malattie croniche e quelle non trasmissibili (come la depressione, il diabete, i disturbi cardiovascolari e i tumori) sempre più importanti fra le cause di morbilità e di mortalità, ampliando i confini geografici dell'utilizzo dei relativi farmaci finora considerati appannaggio dei paesi ricchi.

Questi numeri costringono ad interrogarsi sulle cause degli errori della ricerca e sulle pratiche ad essa legate, tra le quali principalmente quella delle sperimentazioni illegali.

È del 3 aprile 2009 la notizia del maxi risarcimento della Pfizer allo Stato nigeriano di Kano per la sperimentazione del Trovan (un antibiotico ad ampio spettro spacciato per rimedio miracoloso alla meningite) su 200 bambini che nel 1996 causò 11 morti e 181 menomazioni. Ci sono voluti tredici anni e due avvocati coraggiosi, un nigeriano e un americano, prima che la Pfizer ammettesse – seppur implicitamente – le proprie colpe e decidesse di risarcire le vittime. L'accusa è riuscita a dimostrare il dolo da parte della multinazionale che ha sfruttato l'ignoranza della gente, mettendo in atto una sperimentazione che violava i principi etici per la ricerca medica così come sanciti dalla Dichiarazione di Helsinki del 1964. La Pfizer ha quindi deciso di accordarsi con il governo di Kano – pur continuando a proclamare la propria innocenza e imputando le morti all'epidemia di meningite – chiudendo la vicenda con un risarcimento da 75 milioni di dollari. Di questi, 35 andranno ai bambini e alle famiglie delle vittime, altri 30 saranno devoluti per i lavori di ristrutturazione dell'ospedale mentre il resto servirà a pagare le spese legali sostenute dallo Stato nigeriano. I cattivi esempi da citare non mancano, tuttavia come dato complessivo mi pare più significativo citare la stima dell'«Indian Journal of Pharmacology», secondo il quale il 25% della sperimentazione clinica globale sia oggi svolta nei PVS e lo studio effettuato di recente dal gigante della consulenza Mc Kinsey secondo cui nel 2010 le principali industrie farmaceutiche spenderanno 1 miliardo e mezzo di dollari per testare nuove molecole nella sola India.

Il punto è che se le sperimentazioni illegali, in quanto fuori legge, violano per definizione i fondamentali diritti umani, altrettanto viene fatto, nella sostanza, dalla ricerca medica così come oggi è caratterizzata e per come emerge dai dati che presento qui di seguito.

La spesa globale in questo settore è aumentata del 350% dal 1986 ad oggi, passando da 30 a 106 miliardi di dollari, ma il 90% di questi finanziamenti è speso per problemi di salute accusati da meno del 10% della popolazione mondiale. Allo stesso modo, secondo una notizia del IMS (Health Retail Drug Monitor) risalente alla fine del 2006, il mercato farmaceutico mondiale si concentra per l'87% delle vendite (pari a 518 miliardi di dollari all'anno) in Nord America, Europa e Giappone.

Il disinteresse verso le patologie tropicali è comprensibile se si considera che la ricerca medica è rivolta soprattutto a farmaci che garantiscono un ritorno commerciale, senza un provato aumento dei benefici terapeutici. Negli Stati Uniti un rapporto dell'OMS del 2006 dimostrava come tra il 1995 e il 2002 la spesa in ricerca medica raddoppiava e contemporaneamente la registrazione di nuovi prodotti farmaceutici declinava, così come la loro significatività: l'analisi dei 1.035 nuovi farmaci approvati dalla Food & Drug Administration rivelava infatti che più di tre quarti non avevano un reale beneficio terapeutico rispetto ai prodotti già in commercio. In Francia uno studio su 3.000 nuovi prodotti approvati tra il 1981 e il 2004 concludeva che il 68% di questi non portava nulla di nuovo e, in Canada, una recente pubblicazione del «British Medical Journal» ha evidenziato come questi farmaci *me-too* (fotocopia) siano responsabili dell'80% del brusco aumento dei costi da prescrizione medica.

La spiegazione risiede nel fatto che, con l'attuale sistema di ricerca e sviluppo, gli investimenti sono ripagati con i prezzi "gonfiati" dei medicinali, grazie soprattutto all'oligopolio garantito dal regime dei brevetti.

La globalizzazione del regime dei brevetti: il caso dei TRIPs

La teoria economica insegna che in condizioni normali di mercato, ovvero in presenza di concorrenza tra chi offre e chi domanda prodotti, si ha la differenziazione dei prezzi a seconda delle capacità di spesa dei pazienti nei diversi Stati nazione. In assenza di prodotti alternativi tra cui scegliere è invece possibile fissare un unico prezzo. Quello che i leader del settore farmaceutico devono quindi assolutamente evitare, secondo tale teoria, è la presenza sul mercato di medicinali generici perché ciò genererebbe la caduta del prezzo del *brand* (medicinale di marca).

La soluzione trovata dalle maggiori compagnie farmaceutiche (Big Pharma)¹ è disarmante per quanto è intuitiva: la sostituzione delle singole leggi nazionali (per cui si è sempre speso uno spropositato ammontare di soldi per lobby) con la globalizzazione del regime dei brevetti attraverso un trattato vincolante a livello multilaterale. Un trattato che ha preso il nome di TRIPs² ed è stato inserito come colonna portante dell'OMC, consentendo di ottenere il blocco in entrata ai farmaci generici e il mantenimento *ad libitum* dei vantaggi da oligopolio.

Per questa motivazione strategica i TRIPs possono essere considerati come l'origine del male, e il 1995 può essere preso come tappa iniziale di un racconto storico recente che riguarda la salute come diritto negato a milioni di persone nel mondo. I punti salienti dei TRIPs sono: la copertura brevettuale per 20 anni dei prodotti e dei processi (art. 33); le clausole di salvaguardia riguardanti le importazioni parallele (art. 6) e licenze obbligatorie (art. 30 e 31).

Per importazioni parallele si intende la capacità dei governi di importare farmaci brevettati venduti in paesi stranieri a prezzi più convenienti. Le licenze obbligatorie sono invece quegli atti normativi dei governi che consentono a terzi di produrre un farmaco sotto brevetto alle seguenti condizioni: 1) aver cercato di ottenere l'autorizzazione del detentore di brevetto a produrre attraverso negoziati commerciali; 2) pagare una *royalty* al detentore di

brevetto; 3) verificarsi di un caso di emergenza sanitaria o di uso pubblico non commerciale (per esempio, una campagna di vaccinazione).

Queste clausole sono l'espressione pratica del VIII principio dei TRIPs che recita:

I Membri possono, nella formulazione o revisione delle loro leggi e regolamenti, adottare misure necessarie a proteggere la salute pubblica e i livelli nutrizionali e a promuovere l'interesse pubblico in settori di importanza vitale per il loro sviluppo socioeconomico e tecnologico.

Eppure, attraverso una combinazione di pressioni politiche, sfide legali e tattiche di ritorsione commerciale (che poi vedremo in dettaglio), i paesi ricchi e la lobby delle aziende farmaceutiche hanno continuamente cercato di scoraggiare e prevenire l'uso delle licenze obbligatorie e delle importazioni parallele così come previste dall'accordo dell'OMC.

È storico da questo punto di vista il caso del Sudafrica. Nel 1997 il presidente Nelson Mandela firmò una legge, il Medicines Act, che consentiva tramite licenze obbligatorie o importazioni parallele di fornire medicinali a basso costo ai malati di HIV/AIDS (5 milioni su 35 milioni di popolazione complessiva). Sebbene ciò fosse perfettamente in linea con le prescrizioni dei TRIPs, 39 case farmaceutiche fecero ricorso presso il tribunale di Pretoria, con l'appoggio del governo statunitense e dell'allora vicepresidente Al Gore, bloccando la legge per tre anni, durante i quali migliaia di persone continuarono a morire, motivandolo con una generica violazione dei diritti internazionali sui brevetti.

Fu solo grazie all'indignazione generata dalle denunce della Treatment Action Campaign, e dalle Organizzazioni Non Governative Oxfam e Medici Senza Frontiere e alla conseguente mobilitazione mondiale (in Italia animata tra gli altri dalla Lila e da Legambiente) che si giunse al ritiro del ricorso in data 19 aprile 2001. E sulla scia di questa vittoria processuale e dell'emozione suscitata dagli attacchi alle Torri Gemelle venne votata la famosa "Dichia-

razione di Doha su Trips e Salute pubblica”. Era il novembre del 2001 in occasione del IV Summit OMC in Qatar. Al paragrafo 4, seppure ambigualmente³, si recitava:

Noi concordiamo sul fatto che l'accordo sui TRIPs non ostacola e non dovrebbe ostacolare i Membri nel prendere misure di protezione della salute pubblica... Affermiamo che l'accordo può e dovrebbe essere interpretato e applicato in modo da supportare il diritto dei Membri a proteggere la salute pubblica e, in particolare, a promuovere l'accesso ai farmaci per tutti.

E con esplicito riferimento al caso del Sudafrica (paragrafo 5) stabiliva:

(b) Ogni Membro ha il diritto di concedere licenze obbligatorie e la libertà di determinare le condizioni in cui tali licenze sono concesse”; “(c) Ogni Membro ha il diritto di determinare cosa costituisce una emergenza nazionale o altre circostanze di estrema urgenza, intendendo su questo punto che le crisi di sanità pubblica, incluse quelle relative al HIV/AIDS, Tuberculosis, malaria e altre epidemie, possono [costituire i suddetti casi].

Si lasciava però un vuoto legislativo sull'esportazione di farmaci generici (paragrafo 6):

Noi riconosciamo che i membri del OMC con insufficienti o nulle capacità manifatturiere nel settore farmaceutico potrebbero incontrare delle difficoltà nel rendere effettivo l'uso delle licenze obbligatorie all'interno dell'accordo TRIPs [ndr, vedi art. 31.f]. Noi istituimmo il consiglio TRIPs per trovare una sollecita soluzione a questo problema e riportare al Consiglio generale entro la fine del 2002.

L'articolo 31.f è quello secondo il quale «qualsiasi uso delle licenze obbligatorie è autorizzato predominantemente per il rifornimento del mercato domestico dello Stato membro che le ha emesse» e che quindi esclude la possibilità legale di esportare i farmaci prodotti sotto licenza obbligatoria.

Naturale, dal punto di vista di Big Pharma, aprire un vero e proprio fuoco di fila su questo articolo del trattato, facendo saltare la scadenza di fine 2002 attraverso proposte sempre più restrittive della sovranità dei PVS (la definizione a priori della lista di malattie capaci di determinare una crisi sanitaria; la definizione a priori degli standard di valutazione della loro capacità produttiva; la subordinazione dell'eleggibilità alla dichiarazione dello stato di emergenza nazionale, ecc.) che, seppur puntualmente bocciate dalla plenaria, rispondevano efficacemente al fine di protrarre la "soluzione al problema".

Si arrivò quindi alla "Decisione 30 agosto 2003 del Consiglio TRIPS di Ginevra". Presentata in pompa magna dal direttore dell'OMC, Pascal Lamy, e dall'allora Commissario UE al Commercio, Peter Mandelson, come soluzione definitiva per rendere disponibili i farmaci anti AIDS e gli altri farmaci essenziali ai paesi non in grado di produrli, il meccanismo in essa proposto si è rivelato talmente complesso da applicare (in termini di requisiti legali, tecnici ed economici), che da allora non è stato usato nemmeno una volta. D'altronde il suo unico scopo era quello di cercare di sbloccare le trattative complessive in sede OMC (la quinta Conferenza Ministeriale si sarebbe riunita quindici giorni dopo a Cancún in Messico), presentando il volto "umano" dell'organizzazione.

Fallita Cancún, il bluff è continuato e, senza considerazione alcuna dei diversi studi ed esperimenti (fra cui quello dell'associazione Medici Senza Frontiere che aveva provato invano ad importare copie generiche di antiretrovirali dal Canada al Rwanda) che ne mostrassero l'inefficacia, questa decisione è stata progressivamente incorporata nel testo ufficiale degli accordi TRIPs senza risolvere la questione aperta dell'export⁴.

Ad aggravare la situazione, il 22 marzo 2005 anche l'India è stata costretta a recepire i TRIPs. Il governo di Nuova Delhi aveva goduto per dieci anni, dal 1995 al 2005, di un regime di transizione durante il quale aveva mantenuto in vigore la vecchia normativa (il Patent Act del 1970) che riconosceva il diritto di proprietà intellettuale solo sui procedimenti produttivi e non sui compo-

sti in sé. Grazie all'ingegneria inversa (che dall'analisi del prodotto finito consente di risalire al suo processo di fabbricazione) i generici indiani avevano conquistato ampie fette di mercato interno, e soprattutto estero, garantendo prezzi fino a 40 volte inferiori ai medicinali "di marca". È il caso del Triomune, un antiretrovirale prodotto dalla Cipla che ha consentito di ridurre la quantità di pillole da assumere e quindi anche gli effetti collaterali. La nuova legge indiana sulla proprietà intellettuale riguarda i farmaci che sono stati immessi sul mercato dal 1995 e significherà che, nel tempo, la fonte di generici accessibili si esaurirà. L'unica consolazione è rappresentata dalle tutele previste dalla legge a parziale garanzia del diritto alla salute. La brevettabilità è stata per esempio ristretta per evitare brevetti *ever-greening*, vale a dire brevetti rilasciati su basi futuri o prolungati con la scusa che un farmaco già conosciuto si è dimostrato utile anche per la cura di malattie diverse da quella per cui era stato originariamente inventato. È stata inoltre inserita la possibilità dell'"opposizione preventiva": chiunque ne abbia interesse potrà opporsi alla concessione di un brevetto appena la richiesta viene presentata, senza dover attendere l'effettivo rilascio del brevetto stesso.

Infine l'esportazione dei farmaci generici prodotti in India potrà avvenire previa una semplice notifica da parte del paese che importa. È stata fortunatamente scongiurata la disposizione secondo cui i paesi importatori avrebbero dovuto a loro volta rilasciare una licenza obbligatoria per importare. Questo è importante per esempio nel caso in cui il paese importatore sia un paese molto povero dove i brevetti non sono riconosciuti³ e dunque non si fa ricorso alle licenze obbligatorie.

Mentre accadeva tutto ciò, Stati Uniti e Unione Europea non si sono limitati a influenzare gli esiti dei consessi internazionali, così come abbiamo sopra descritto, ma hanno sempre più spostato le loro attenzioni dal livello multilaterale a quello bilaterale, usando strumenti moralmente stigmatizzabili quali: lo *Special 301 Trade Mechanism*, attraverso cui il ministero del commercio americano valuta la tutela brevettuale degli stati partner ed eventualmente attua

ritorsioni di tipo economico; o i TRIPs Plus ovvero la declinazione in forma peggiorativa delle norme vigenti sulla proprietà intellettuale come condizione per la realizzazione di aree di libero scambio o altri trattati di cooperazione economica (vedi ALCA per gli Usa ed APE per l'Europa)⁶.

Gli effetti sul diritto alla salute

La negazione di questo diritto fondamentale è inequivocabilmente quantizzata dagli indicatori sanitari della Campagna del Millennio delle Nazioni Unite. Come è noto, tra gli otto obiettivi che si vorrebbero raggiungere entro il 2015 ci sono: ridurre di due terzi la percentuale di mortalità tra i bambini con meno di cinque anni di età (goal 4); arrestare e cominciare una inversione di tendenza della crescita dell'HIV/AIDS, dell'incidenza della malaria e delle altre grandi malattie (goal 6).

Le azioni da mettere in campo non riguardano ovviamente la sola terapia farmacologica, dimenticando così il lavoro di prevenzione, informazione ed erogazione di servizi di assistenza socio-sanitaria di qualità, ma è fuori di dubbio che l'accesso ai medicinali essenziali è la *conditio sine qua non* affinché questi obiettivi possano essere raggiunti.

I dati contenuti nelle Figure 4 e 5 (riferiti all'anno 2008 ovvero alla metà del percorso) più che generare buoni presagi, fotografano uno scenario sconsolante.

Goal 4. Reduce child mortality					
World	1990	1995	2000	2005	2008
Mortality rate, under-5 (per 1,000)	92	88	81	72	67
Mortality rate, infant (per 1,000 live births)	64	61	55	49	46
Immunization, measles (% of children ages 12-23 months)	73	74	73	79	83
Sub-Saharan Africa	1990	1995	2000	2005	2008
Mortality rate, under-5 (per 1,000)	185	180	166	152	144
Mortality rate, infant (per 1,000 live births)	109	106	98	91	86
Immunization, measles (% of children ages 12-23 months)	57	54	55	67	72

Tab. 5 fonte: World Development Indicators database (<http://ddp-ext.worldbank.org>)

Goal 4: Combat HIV/AIDS, malaria, and other diseases					
World	1990	1995	2000	2005	2008
Prevalence of HIV, total (% of population ages 15-49)	0,35	0,66	0,88	0,86	0,81
Prevalence of HIV, female (% ages 15-24)	..	..	..	0,69	0,69
Prevalence of HIV, male (% ages 15-24)	..	..	..	0,45	0,45
Incidence of tuberculosis (per 100,000 people)	125	128	136	142	139
Sub-Saharan Africa	1990	1995	2000	2005	2008
Prevalence of HIV, total (% of population ages 15-49)	2,14	4,43	5,54	5,13	4,95
Prevalence of HIV, female (% ages 15-24)	..	..	..	3,29	3,29
Prevalence of HIV, male (% ages 15-24)	..	..	..	1,14	1,14
Incidence of tuberculosis (per 100,000 people)	177	233	317	374	352

Figura 4, 5 - Lotta all'HIV/AIDS, malaria e altre malattie (1990-2008). Fonte: World Development Indicators database (<http://ddp-ext.worldbank.org>)

Considerando la premessa fondamentale che il rilevamento dei dati statistici è avvenuto prima dello scoppio della crisi economica globale e quindi prima di tutti i tagli ai fondi agli aiuti pubblici allo sviluppo che andranno inevitabilmente a depotenziare i “trend di azione prevalenti”, quello che si osserva è il fallimento annunciato della Campagna in tutte le macro-regioni del mondo e nell’Africa Sub-Sahariana in particolare.

L’assenza di una reale volontà politica a cambiare

Eppure il riferimento agli Obiettivi del Millennio è immancabile nelle dichiarazioni finali di G8, G20, Consigli dei Ministri UE, summit WTO, così come negli appelli dei politici ai vari livelli in occasione della Giornata mondiale di lotta all’Aids (1 dicembre), della Giornata mondiale contro la malaria (25 aprile), della Giornata mondiale contro la Tbc (24 marzo). E quando il presidente di turno assume un impegno, lo fa accompagnato da un tam tam mediatico di prima categoria. L’unico risultato politico concreto del G8 di Genova del 2001 fu il lancio del Fondo Globale per la lotta contro l’AIDS, la tubercolosi e la malaria. Il Fondo ha iniziato ad operare nel 2002 e fino ad oggi si è dimostrato di una efficacia senza pari, garantendo a 2 milioni e mezzo di persone di entrare in terapia ART, a 6 milioni di curarsi dalla Tbc e di distribui-

re 104 milioni di reti impregnate di insetticida contro la malaria (per citare solo alcuni dei risultati). In realtà, le richieste originarie di finanziamento formulate dall'allora presidente Onu Kofi Annan (a seguito di un gruppo di studio ad hoc) oscillavano tra i 10 e i 15 miliardi di dollari all'anno, mentre l'ammontare raccolto complessivamente dal Fondo dal 2002 ad oggi (in sette anni!) è pari a 13 miliardi di dollari.

Le parole sono quindi sempre più vuote e la serie ininterrotta di promesse, reiterate e poi puntualmente disattese, dai politici più potenti della Terra costituiscono oggi la principale causa di sfiducia verso gli attori della *governance* mondiale e conseguentemente verso il modello di globalizzazione da essi proposto.

La crisi finanziaria sta facendo il resto. Sia riguardo il livello di credibilità dei leader politici nei confronti dei loro elettori sia riguardo la quantità di finanziamenti destinati alla lotta alle tre pandemie. Il Fondo Globale, visto lo scarso afflusso di fondi rispetto agli ultimi impegni presi, sta infatti considerando una mozione per cancellare il decimo Round di finanziamento per il 2010. Se tale mozione fosse approvata, nessuna proposta di finanziamento verrebbe raccolta fino al 2011 e ciò significherebbe una interruzione di cura per il 23 per cento dei sieropositivi e il 60 per cento circa dei malati di Tbc e malaria. Allo stesso modo il PEPFAR (il piano di emergenza sull'AIDS della presidenza statunitense) ha pianificato il de-finanziamento dei suoi programmi di intervento fino al 2012, rinnegando le promesse fatte nel 2009 di supportare l'allargamento dell'accesso alle cure.

Per quanto riguarda il contesto italiano, recentemente l'appello delle ONG ai rappresentanti di Governo e Parlamento ha reclamato che «la manovra economica ripristini urgentemente il fondo destinato agli aiuti allo sviluppo riportandolo almeno a 500 milioni di euro»; che venga versato il contributo al Fondo Globale per il 2009 (130 milioni di euro) non ancora stanziato e a rischio dopo i tagli della legge finanziaria di quell'anno che hanno portato allo 0,11% la quota del PIL destinata ai PVS.

Le iniziative in corso

A fronte della drammatica situazione fin qui descritta, la domanda sorge spontanea: che spazio di azione è rimasto per la società civile e in particolare per le associazioni, le ONG, i movimenti sociali e i singoli che in ogni parte del mondo si battono per vedere finalmente riconosciuto il diritto alla salute per tutti? Ritengo si possano individuare tre piani di mobilitazione possibili.

Il primo è stato indirettamente suggerito nei paragrafi precedenti e riguarda il sostegno costante ai governi del Sud del mondo che decidono di ricorrere alle Licenze Obbligatorie per produrre o importare farmaci generici (vedi il caso Sudafrica citato ma anche il caso Thailandia/Sanofi Aventis del 2007) o che si rifiutano di sottoscrivere accordi di tipo TRIPs Plus (vedi la mobilitazione internazionale contro gli EPA che, tra gli altri risultati, ha ottenuto quello di escludere l'emanazione di leggi sulla proprietà intellettuale come contro partita alla creazione di aree di libero scambio con l'Unione Europea).

Ancora più nell'immediato ritengo utile spendersi per il successo dei Patent Pools di UnitAid⁷. Il *patent pool* è un meccanismo che permette la condivisione di un certo numero di brevetti detenuti da più soggetti e li rende disponibili agli altri membri del consorzio, che di conseguenza li possono produrre o sviluppare ulteriormente. I detentori ricevono le *royalty* da chi usa i loro brevetti. Sebbene siamo ancora agli inizi, si potrebbe in questo modo offrire sistematicamente licenze ai produttori di farmaci generici, riducendo i prezzi e facilitando la combinazione di farmaci di differenti case farmaceutiche in formulazioni a dose fissa. Una volta creata l'agenzia che gestirà il *patent pool* sarà quindi possibile avviare negoziazioni formali con le case farmaceutiche affinché prendano un impegno formale a concedere le licenze. Ma poiché questo è un meccanismo volontario, il risultato finale dipende dalla pressione che collettivamente si è in grado di esercitare sulle multinazionali di settore.

La terza campagna di mobilitazione, sicuramente la più complessa, è quella che dovrebbe essere indirizzata al sostegno a me-

dio termine della Strategia Globale ed il Piano d'Azione su Salute Pubblica, Innovazione e Diritti di Proprietà Intellettuale dell'OMS. Frutto del lavoro di un gruppo intergovernativo (IGWG) istituito nel dicembre del 2006 su proposta di Brasile e Kenya, nonostante la dura ostruzione delle delegazioni europea e statunitense, la Strategia Globale ed il Piano d'Azione segnano un punto di non ritorno per una piena assunzione di responsabilità da parte dei governi che intendano creare un ambiente politico e scientifico diverso, che vada oltre la mera ed esclusiva attuazione dell'accordo TRIPs sulla proprietà intellettuale

Essa offre ai governi, per la prima volta, la possibilità di sperimentare nuovi percorsi di ricerca preventiva e terapeutica. Percorsi in grado di svincolare il costo per la ricerca da quello dei farmaci, dei diagnostici o dei vaccini. Incoraggia i governi a promuovere l'innovazione medica essenziale e l'accesso, a stabilire nuove alleanze e coinvolgere i centri di ricerca, le università e gli altri attori interessati in processi innovativi per la definizione delle priorità e per il finanziamento della ricerca, per le sperimentazioni cliniche e per un maggiore utilizzo della medicina tradizionale, secondo tecnologie locali appropriate (come richiesto dai PVS). Il problema è che molti governi nazionali sono completamente assenti dalla partita e quello italiano è fra questi.

Note

¹ Con tale espressione si indica l'insieme di compagnie farmaceutiche con fatturati superiori a 3 miliardi di dollari e/o spese per Ricerca & Sviluppo superiori a 500 milioni. In pratica le prime venti nella classifica Fortune di settore.

² *Trade-related aspects on intellectual property rights*. In italiano: aspetti commerciali dei diritti di proprietà intellettuale.

³ L'ambiguità del testo sta nell'utilizzo di verbi al condizionale («non ostacola e non dovrebbe ostacolare», «può e dovrebbe essere interpretato») o nella scelta stessa dei verbi («promuovere» invece che «garantire») e aveva come scopo verosimile quello di lasciare aperto uno spazio di azione futura per la lobby farmaceutica presente tra i diplomatici riuniti a Doha.

⁴ Più precisamente, l'emendamento al testo ufficiale dell'accordo non è stato ancora ratificato dai 2/3 degli Stati Membri che hanno tempo per farlo fino al 31 dicembre 2011. Ma la ratifica è già avvenuta da parte di Stati Uniti, Unione Europea, Canada e Giappone e quindi per gli altri è solo una questione di tempi tecnici.

⁵ Perché per i più poveri (i cosiddetti LDC) vale ancora il regime transitorio fino al 2016. Ciò quindi facilita lo scambio internazionale ma non risolve il problema dell'importazione per i PVS come Thailandia, Indonesia, Kenya e Sudafrica.

⁶ ALCA - Area di libero commercio delle Americhe, APE - Accordi di partenariato economico tra UE e paesi ACP-Africa, Caraibi e Pacifico (più noti con l'inglese EPA - *Economic Partnership Agreement*).

⁷ Programma speciale per l'approvvigionamento di medicinali contro l'HIV/AIDS, la malaria e la tubercolosi fondato nel settembre del 2006 su iniziativa di Brasile e Francia.

Parte seconda

Strumenti antropologici tra corpi locali e politiche globali

Antropologia, corporeità e cooperazione sanitaria

di *Ivo Quaranta*

Le basi culturali della biomedicina

L'antropologia medica, negli ultimi decenni, ha elaborato numerose prospettive teoriche volte a mettere in luce le dimensioni socio-culturali di quelle problematiche esperienze della vita che culturalmente arriviamo a chiamare malattie.

Il primo passo sarà precisamente quello di segnalare in che termini le nostre concezioni mediche possano essere apprezzate nella loro veste culturale, al fine di evitare la loro acritica assunzione come parametri di valutazione universali, svincolati da condizionamenti storico-sociali.

Al cuore dei nostri saperi medici la malattia è generalmente assunta come un'alterazione nella struttura e/o nel funzionamento dell'organismo individuale. Venendo iscritta nel malfunzionamento organico, essa richiede un intervento volto a risanare l'alterazione sui piani biologico e/o psichico. A caratterizzare culturalmente la nostra medicina, la biomedicina è precisamente questa predilezione per le sole dimensioni bio-psicologiche del malessere, e dunque per le sole dimensioni individuali. Tale predilezione è a sua volta radicata in specifici assunti culturali circa la natura della realtà, della persona e della conoscenza.

Nel pensiero medico della nostra società, infatti, possiamo rintracciare una specifica visione della realtà (ontologia), a cui è ancorata una determinata concezione della conoscenza (epistemologia). Sul piano ontologico il reale è considerato nei termini di ciò che è materiale, osservabile, descrivibile, quantificabile e parallelamente (a livello epistemologico) la conoscenza è definita come

scientifico se in grado di pronunciarsi circa i meccanismi di funzionamento o di mal funzionamento di tale piano materiale. In questo orizzonte di senso culturale l'individuo rappresenta il terreno su cui è possibile cogliere la realtà della malattia, ovvero le sue dimensioni materiali, a discapito di ciò che osservabile non è ma che, come vedremo, è tuttavia determinante.

La stessa idea che la persona sia da intendersi in termini esclusivamente individuali è chiaramente frutto di specifici processi storico-culturali che hanno sempre più eliso la dimensione delle relazioni intersoggettive e più genericamente sociali che pure svolgono un ruolo decisamente costitutivo nei processi di costruzione della persona.

In molti hanno messo in luce come tali visioni del reale, della conoscenza e della persona abbiano una storia culturale che è possibile rintracciare nel suo cammino dal mondo classico, attraverso la rivoluzione scientifica del XVII secolo, fino all'epoca contemporanea delle biotecnologie.

È all'interno di questo processo culturale che si è giunti a produrre l'idea che le nostre categorie mediche siano universalmente valide in virtù del fatto che descrivono processi naturali, ancorati alle dimensioni organiche che seguono le leggi del funzionamento della materia.

Certamente alla biomedicina va riconosciuto il merito di aver prodotto un elevato grado di efficacia proprio attraverso il suo riduzionismo, rendendo possibili interventi tecnici capaci di interagire con le dimensioni bio-chimico-fisiche dell'organismo individuale. Tuttavia bisogna anche riconoscere che far coincidere tutta la realtà della malattia con le sole dimensioni bio-psichiche individuali è una finzione squisitamente culturale (Quaranta, 2006a).

In ottica antropologica le categorie (bio-)mediche non vengono infatti intese come mera descrizione obiettiva (epistemologia) di una realtà data oggettivamente (ontologia), quanto piuttosto come categorie culturali attraverso cui interpretiamo la realtà, e dunque la poniamo in essere in una certa veste piuttosto che in un'altra.

Con questo non si giunge certamente a delegittimare la biomedicina. Si apre però uno spazio concettuale per porsi una serie di domande, quali, ad esempio: cos'altro viene prodotto, oltre all'efficacia terapeutica, dal riduzionismo bio-psichico individuale? Cos'altro può essere prodotto da una considerazione anche dei processi di carattere socio-culturale ed economico-politico? Come ripensare il rapporto con altre forme di medicina? Cosa possiamo imparare da altre concezioni mediche della realtà clinica?

Pensando all'ambito della cooperazione sanitaria il primo effetto del riduzionismo biomedico potrebbe essere quello di produrre una delegittimazione di quelle forme di sapere terapeutico che non collimano con i nostri assunti ontologici ed epistemologici, generalmente attraverso il riferimento a concetti come quelli di credenza o di tradizione. Facilmente si può infatti giungere a rubricare sotto il termine di "medicina tradizionale" ciò che riteniamo non conforme alle concezioni scientifiche della biomedicina, istituendo più o meno esplicitamente una serie di antinomie fra: alterità, tradizione, cultura, credenza, errore da un lato e identità, scienza, natura, conoscenza, verità dall'altro. Le categorie terapeutiche locali, parimenti a quelle biomediche, andrebbero invece apprezzate come categorie culturali che recano in sé iscritte concezioni specifiche del reale, della conoscenza e della persona, concezioni che gli attori sociali vivono e considerano come naturali, così come per noi è naturale concepire la malattia come fatto di natura e la persona in termini esclusivamente individuali.

Riconoscere nelle proprie categorie mediche il precipitato di specifiche concezioni culturali rappresenta dunque il primo passo per poter avviare un confronto che, anziché delegittimare le concezioni altre come non scientifiche (tradizionali), dia vita ad un proficuo dialogo volto a comprendere quanto la malattia rappresenti anche una specifica forma di esperienza culturale, tutta da indagare rispetto alle locali forme di esistenza storica.

Mettere al centro di questa operazione il corpo emerge come fondamentale proprio al fine di comprendere quanto le differenze culturali non debbano essere intese esclusivamente nei termi-

ni di differenti modalità di concepire la realtà, ma piuttosto nei termini di differenti modalità di viverla.

In ottica antropologica l'uomo è considerato come biologicamente incompleto, in virtù del fatto che le informazioni trasmesse a livello bio-genetico non sono sufficienti a garantire la nostra sopravvivenza. È solo all'interno di un gruppo sociale che ci accoglie che apprendiamo quelle tecniche e quegli strumenti concettuali che ci consentiranno di orientarci attivamente nel mondo. Come sottolinea Francesco Remotti (1996), ci troviamo di fronte ad una seconda nascita sociale che si configura nei termini di un processo di completamento culturale dell'essere umano. In questo senso la natura umana viene ad essere intesa come intimamente, costitutivamente, culturale. È evidente a questo punto come ad essere universalmente umano sia proprio la nostra dipendenza da specifici processi di costruzione culturale dell'individuo che vedono la differenza come elemento irriducibile dell'umanità. Diventando dunque esseri umani, persone, attraverso diversificati processi di natura storico-sociale, emerge l'impossibilità stessa di ergere la propria forma di umanità a parametro di valutazione universalmente valido.

A caratterizzare tuttavia le nostre forme di esperienza è una profonda elisione delle dimensioni collettive e storico-culturali della natura umana. Tale elisione è radicata nella natura stessa dei processi di plasmazione culturale dell'essere umano: essi infatti sono processi che si realizzano in modo informale, attraverso la pratica esposizione ad un mondo sociale di cui incorporiamo i valori e le forme simboliche attraverso cui si realizza simultaneamente la nostra plasmazione e di conseguenza i nostri atteggiamenti nei confronti della realtà. Possiamo così parlare di una complicità ontologica fra soggetto e mondo, in virtù del fatto che interpretiamo la realtà attraverso i processi culturali della nostra plasmazione. Detto altrimenti, la realtà emerge come tale in virtù delle modalità della nostra plasmazione culturale attraverso cui la interpretiamo, senza essere coscienti del nostro ruolo generativo.

Il corpo non è un “elemento” marginale in tale processo di costruzione della realtà e di occultamento del nostro ruolo generativo. Da un lato, infatti, è attraverso le loro iscrizioni sui corpi che il sapere e l’ordine sociale vengono naturalizzati: nel penetrare l’esperienza vissuta, la loro storicità e contingenza recedono dalla sfera della consapevolezza. È attraverso questo processo di incorporazione che l’ordine sociale assume le vesti della naturalezza e della necessità, e che i processi sociopolitici che lo sostengono vengono ad essere opacizzati nell’immediatezza dell’esperienza vissuta.

Dall’altro lato è in quanto corpi culturalmente informati che percepiamo il mondo, interpretandolo percettivamente prima ancora di renderlo oggetto di una riflessione cognitivamente esplicita. Come sottolineava Merleau-Ponty (1945), percependolo intenzioniamo il mondo prima ancora di categorizzarlo. In virtù del fatto che tale processo è pre-categoriale, pre-oggettivo, pre-concettuale, percettivo appunto, ma non pre-culturale gli esseri umani sono artefici della costruzione culturale della realtà senza necessariamente esserne consapevoli. A questo proposito Pierre Bourdieu (1972) parla del “corpo socialmente informato” come generatore della ragionevolezza di pratiche (azioni, scelte, pensieri, emozioni, ecc.) che poniamo in essere senza bisogno di ragionarci su.

Necessaria a questo punto è l’adozione di una prospettiva autoriflessiva capace di mettere in luce come le nostre concezioni e le nostre tecniche del corpo non possano essere elette a parametro di giudizio universale: al contrario, la nostra è solo una delle tante possibilità storiche di costruire e vivere la corporeità. Lo stesso dualismo fra mente e corpo rappresenta una etno-psico-fisiologia affatto specifica, che in altri contesti storico-culturali non troviamo.

L’invito è dunque quello di guardare alla relazione fra esperienza e rappresentazioni socioculturali in termini costitutivi: non *abbiamo* semplicemente un corpo culturalmente elaborato, ma *siamo* corpi che vivono loro stessi e il mondo attraverso i dispositivi della loro costruzione culturale (e nel nostro caso all’insegna di specifiche concezioni ontologiche, epistemologiche, ecc.).

Le rappresentazioni culturali della sofferenza e del corpo non sono dunque semplici categorie attraverso cui gli esseri umani descrivono culturalmente un ambito universalmente dato. Queste rappresentazioni plasmano, al contrario, la corporeità e la malattia come forme di esperienza sociale. Le immagini storiche attraverso cui interpretiamo la sofferenza e la malattia organizzano le modalità attraverso cui viviamo quei particolari stati d'essere. Le simbologie del corpo che l'antropologia rintraccia attraverso le sue analisi vanno viste, dunque, come dispositivi della costruzione stessa della corporeità: della sua realtà come della sua esperienza storicamente soggettiva.

Sebbene sia fondamentale riconoscere la natura storico-sociale del corpo, è comunque riduttivo pensare ad esso come mero prodotto della storia e della società. Il corpo, infatti, non è solo oggetto del processo di plasmazione culturale, esso è anche soggetto attivo nel produrre significati culturali ed esperienze: i corpi non sono semplicemente costituiti da e attraverso pratiche e discorsi sociali, essi sono anche il terreno vissuto di questi discorsi e pratiche (Csordas, 1990; 1994). Se è vero che viviamo noi stessi attraverso immagini sociali, è altrettanto vero che ogni nostra esperienza è attualizzazione assai personale di queste immagini; ovvero: la nostra esperienza non è solamente socialmente prodotta, ma a sua volta essa produce sapere, significati, cultura. Ci troviamo di fronte ad una processualità dialettica alla cui luce il personale è sociale e viceversa. In questo modo giungiamo ad abbandonare l'idea di un corpo dato in natura, nella misura in cui la concezione del corpo come elemento naturale è essa stessa un prodotto storico attraverso cui noi concepiamo e, al tempo stesso, viviamo il corpo e i suoi stati d'essere.

Mettere al centro della scena il corpo culturalmente informato non significa delegittimare ciò che la fisiologia e l'anatomia hanno da dirci a proposito, ma significa piuttosto ribadire che la realtà del corpo non è riducibile solo a ciò che tali discipline hanno da dirci in proposito. Nell'apprezzare il corpo anche in termini fenomenologico-culturali arriviamo a comprendere quanto i suoi stati d'essere (emozioni, gioie, sofferenze, ecc.) non aspettano di es-

sere mediati dalle categorie mediche per assumere significati culturalmente variabili: le esperienze somatiche rappresentano già veri e propri discorsi sociali. In quest'ottica la malattia emerge come una particolare tecnica del corpo, come un'esperienza culturalmente informata che rischiamo di non comprendere se la riduciamo ai nostri parametri ontologici ed epistemologici.

Se, infatti, i corpi sono prodotti storici, ed i loro "stati d'essere" (in senso ampio: e quindi tanto in riferimento a condizioni esistenziali, quanto a stati di malattia) rappresentano forme di senso incarnato (ossia presentano articolazioni di incorporati scenari di senso legati a doppio filo con le pieghe più intime delle esperienze individuali), allora un segno, un sintomo rappresentano la manifestazione soggettiva di un intricato e profondo processo (incorporato) di senso. Detto altrimenti: la malattia non diviene culturale nel momento in cui è categorizzata all'insegna di una qualche tradizione medica, ma è già culturale in quanto esperienza vissuta secondo certi processi di plasmazione simbolica della persona.

Malattia, società e potere in Africa

A livello etnografico ci troviamo spesso di fronte ad interpretazioni della malattia che sfidano le nostre modalità di comprensione. Pensando alla mia personale esperienza di ricerca nel Nord-Ovest del Camerun (Quaranta, 2006b), ad esempio, ho avuto modo di riscontrare come l'AIDS venisse interpretato nei termini di una particolare forma di stregoneria che punta il dito accusatorio contro lo Stato nazionale e i paesi del Nord del mondo.

Ci troviamo infatti in un contesto in cui il corpo non è concepito come attributo esclusivamente individuale, in virtù del fatto che la persona stessa non è concepita se non in termini sociali. Se la natura della persona rinvia ai rapporti in cui è inserita, ne consegue che di fronte ad un episodio di afflizione, sarà proprio la natura della persona, ovvero i suoi rapporti sociali, ad essere indagata. Detto altrimenti siamo in un contesto in cui si ritiene come

assolutamente naturale che l'azione di un membro del proprio gruppo sociale si possa manifestare attraverso il corpo di un'altra persona a lui legata da vincoli di parentela. Più in particolare l'idioma della stregoneria in questo specifico caso parla della possibilità che la malevola intenzionalità di una persona possa intaccare l'integrità di un'altra. La ricerca di senso che l'afflizione genera non potrà che condurre una persona a consultare quegli specialisti locali che si ritiene abbiano gli strumenti e le capacità per indagare il piano invisibile delle intenzionalità altrui. Come per noi può essere normale interrogare chi ha le competenze per sondare la natura organica del nostro essere per rispondere alla ricerca di senso circa la nostra afflizione, così è naturale che in quel particolare contesto ci si interroghi intorno alle circostanze sociali della persona. Fare altrimenti non avrebbe senso.

Eleggere le nostre concezioni culturali a parametro di giudizio rischia di produrre non solo una delegittimazione delle altrui visioni del mondo, ma limiterebbe anche le nostre possibilità di comprendere ciò che non possiamo condividere a livello esperienziale. Se invece ci prendiamo la briga di capire cosa si intende quando si parla di stregoneria in riferimento all'AIDS in questo contesto giungiamo a comprendere quanto le locali forme discorsive della stregoneria emergono come pratiche interpretative attraverso cui si rende conto delle disuguaglianze sociali e delle differenze di potere. In un contesto caratterizzato da beni limitati, l'appropriazione di ricchezza e risorse da parte di alcuni è concepita come una sottrazione ai danni di altri. Jean-François Bayart (1996) mostra come la tematica dell'essere mangiato dagli stregoni rinvia sovente a due registri culturali strettamente collegati: quello della munificenza che, per esempio, fa della corpulenza fisica una qualità politica; e quello dell'invisibile, ovvero del mondo notturno degli antenati, del sogno, della divinazione, della magia e della stregoneria, di cui le viscere sono la sede:

Mentre gli africani affermano che la loro classe dirigente li mangia per dire che li sfrutta economicamente, essi danno a questa affermazione una con-

notazione inquietante, che li ossessiona dall'infanzia fino alla loro morte: lo spettro dell'attacco di stregoneria che genera, per l'aggressore, la prosperità e, per la vittima, lo scacco, la malattia, la sventura (Bayart 1996: 33).

La metafora alimentare in altre parole iscrive l'esperienza di afflizione individuale nel campo del potere, delle forze invisibili indispensabili alla sua conquista e al suo esercizio. Autori quali Edwin Ardener (1970) in passato, o Peter Geschiere (1997) ed Eric de Rosny (1981), in tempi più recenti, hanno messo in luce come le nuove concezioni della stregoneria abbiano integrato all'interno delle loro rappresentazioni i misteri dell'economia di mercato, al fine di fornire una spiegazione delle crescenti ineguaglianze che essa produce. È in questo senso che in Camerun, come altrove in Africa, modernità e stregoneria sembrano essere strettamente interconnesse (Geschiere, 1999).

Non solo l'idioma della stregoneria emerge come dotato di un significato comprensibile, ma dischiude anche il senso di profonda angoscia, legata al fatto che quella particolare forma di esperienza viene vissuta alla luce di simbologie del corpo che legano l'afflizione individuale all'essere mangiati, alla sottrazione di energia vitale, allo sfruttamento di chi si arricchisce sottraendo risorse agli altri. I segni di sofferenza che a livello biomedico tradurremmo culturalmente come sintomi di una condizione di immuno-deficienza, vengono in questo contesto tradotti culturalmente attraverso l'iscrizione dell'esperienza individuale in una storia di rapporti di dipendenza, di sfruttamento e di profonda ingiustizia.

A dispetto degli assunti culturali intagliati nei protocolli internazionali e locali di prevenzione, l'interpretazione dell'AIDS nei termini dell'idioma stregonico non appare come una forma di negazione o di mancanza di comprensione, al contrario: esso emerge come un idioma culturalmente connotato attraverso cui si punta il dito contro quei processi istituzionali e politici ritenuti responsabili delle disuguaglianze che espongono chi è sottoprivilegiato ai rischi della vita, non ultimo il rischio di AIDS.

Ma nel porre il corpo al centro della nostra riflessione non comprendiamo solamente che in ballo in altre concezioni mediche ci sono specifiche esperienze culturali della persona, della realtà e dunque anche della malattia. Possiamo infatti anche comprendere come esso sia il terreno in cui si materializza la sintesi finale di una molteplicità di processi, alla cui luce quella che la biomedicina chiama malattia rappresenta la traccia individuale, il piano bio-fisico, di più ampi processi sociali, economici e politici.

Continuando a seguire il caso dell'AIDS come esempio illustrativo, sebbene esso possa essere ricondotto all'azione di un agente virale, rispetto al quale certamente la virologia, la microbiologia e la biomedicina in generale possono darci informazioni irrinunciabili, la sua distribuzione nelle popolazioni è fortemente condizionata da processi di natura sociale, alla cui luce alcuni sono maggiormente esposti di altri al rischio di contagio (vedi *infra*, Fassin).

Nuovamente, la prospettiva antropologica non mira a delegittimare quella biomedica, ma a metterla in prospettiva: la realtà dell'AIDS non può coincidere esclusivamente con le dimensioni anatomico-fisiologiche sul piano individuale, mentre necessita di spiegazioni che leghino i processi economico-politici all'esperienza della sofferenza.

A questo proposito, l'antropologo medico Paul Farmer (2006) ha avanzato una proposta teorica fondata sul concetto di violenza strutturale, già definita dal filosofo Johan Galtung (1969) come quella particolare forma di violenza che non richiede l'azione di un attore per essere compiuta, nella misura in cui a caratterizzarla è la sua natura processuale e indiretta. Nel parlare di violenza strutturale si vuole dirigere l'attenzione verso gli effetti eziopatogenetici dei rapporti sociali, in diretto riferimento al tema delle disuguaglianze, tanto locali, quanto nazionali e internazionali, responsabili di creare ineguali speranze di vita per i soggetti in base alla loro posizione sociale.

In questa prospettiva la violenza è localizzata nelle strutture simboliche e sociali che consentono la produzione e la naturalizzazione dell'oppressione, della marginalizzazione, del bisogno e della di-

pendenza. Non è un caso che Farmer veda l'azione della violenza strutturale concretizzarsi principalmente lungo tre assi: quello del genere (la legittimazione dell'oppressione attraverso costruzioni culturali della femminilità che giustificano la marginalità e la debolezza sociale delle donne); quello delle discriminazioni perpetrate in nome di una qualche differenza "razziale" o "etnica", nuovamente concetti privi di alcun fondamento scientifico ma utilizzati nel promuovere iniqui assetti di potere fra differenti gruppi sociali; e, in ultimo, l'asse che vede la violenza strutturale essere rappresentata come differenza culturale: qui l'accusa è rivolta a tutte quelle strategie di presa in carico della sofferenza che interpretano le *patologie del potere*, prodotte da assetti sociali informati da profonde disuguaglianze, nei termini di conseguenze di errati comportamenti culturali locali.

All'interno di questa prospettiva la malattia viene concepita come un processo sociale che si iscrive nelle vicende individuali principalmente attraverso le limitazioni esercitate sulla loro capacità di azione. Quello della capacitazione è, infatti, secondo Farmer (1999; 2003; 2006), il terreno rispetto al quale possiamo cogliere l'intreccio fra esperienza individuale e forze di esclusione sociale: in estrema sintesi, la violenza strutturale si fa patologia principalmente limitando la capacità di azione dei soggetti. Ed è proprio attraverso l'analisi delle vicende biografiche dei soggetti stessi che possiamo cogliere l'impatto della violenza strutturale: le vittime dell'AIDS, della TBC multi resistente, della persecuzione politica, della malnutrizione emergono come legate dalla comune condizione di vivere ai margini di organizzazioni sociali informate da profonde disuguaglianze e dunque nella condizione di non poter negoziare i termini della propria esistenza.

Promuovere la coscienza politica nell'intervento medico

Una volta che la malattia viene concepita nei termini di un processo sociale, essa emerge come l'incorporazione psico-biologica di più ampie forze sociali e i temi della giustizia sociale e dei diritti

umani emergono come centrali per l'analisi antropologica. Se l'etnografia illumina i meccanismi attraverso cui specifiche forze sociali vengono incorporate come eventi biologici, è su questi meccanismi che l'intervento – anche quello della cooperazione internazionale – deve concentrarsi, potenziando la capacità d'azione dei soggetti attraverso la promozione dei loro diritti, non solo civili e politici, ma principalmente sociali ed economici. In questa prospettiva l'impegno dell'antropologia e della cooperazione sanitaria non si configura solo nei termini di un'analisi dei meccanismi che promuovono la sofferenza, ma anche nei termini di un intervento che non vuole essere esclusivamente medico, ma anche sociale, economico e, in sintesi, politico.

Prendiamo nuovamente ad esempio il caso dell'AIDS. Fin dai primi anni della presa di consapevolezza dell'epidemia la ricerca biomedica, nel caso dell'Africa sub-sahariana, si è concentrata principalmente su particolari gruppi "a rischio", quali militari, prostitute e camionisti, identificati attraverso il trionomio "prostituzione – vagabondaggio sessuale – avversione al preservativo" (Eboko 1996: 138). Al fine di comprendere i meccanismi della diffusione dell'epidemia, sono state indagate le pratiche sessuali di questi gruppi. Tuttavia l'attenzione esclusiva sulle pratiche sessuali ha prodotto l'idea che il modo migliore di procedere alla prevenzione dell'AIDS sia quello di fornire una corretta informazione circa la sua natura e trasmissione, in modo da generare un mutamento comportamentale. È evidente come questa strategia, che va sotto l'acronimo di KAP (*Knowledge, Attitudes, Practices*), poggi su un modello razionalistico dell'azione umana che privilegia il livello individuale: il comportamento non sarebbe altro che il risultato di un calcolo costi/benefici che, una volta fornita la corretta informazione, porterà i soggetti interessati ad agire in modo adeguato.

L'illusione dell'approccio cognitivo-comportamentale, alla base del KAP, consiste nel considerare il problema dell'AIDS in Africa una questione radicata nella locale cultura sessuale: obiettivo del KAP è, infatti, quello di giungere ad una comprensione dei saperi, atteggiamenti e pratiche relative alla sessualità, sì da mettere a

punto strategie di prevenzione che tengano conto dei codici locali. Attraverso l'adozione di questo protocollo, le agenzie internazionali hanno prodotto una visione *culturalista* del rischio, figlia di uno strisciante retaggio (neo-)coloniale.

In primo luogo bisogna mettere in luce come il concetto di persona alla base del KAP non sia affatto universale, ma piuttosto scaturisca dalla specifica cultura occidentale; in secondo luogo questo approccio non solo tende ad individualizzare i processi sociali della malattia e della sua trasmissione (depoliticizzandoli), ma offusca anche le reali dinamiche (non solo individuali ma anche collettive; non solo culturali ma anche economiche, sociali e politiche) che producono contesti di rischio. Ascrivendo quest'ultimo alle scorrette informazioni degli attori sociali, tale protocollo da un lato produce una visione della cultura locale come essa stessa fattore di rischio, dall'altro è strutturalmente destinato a non cogliere le decisive forze socio-economiche e politiche, tanto locali quanto globali, che fanno da contesto all'azione individuale.

Una volta che la malattia viene concepita come un processo sociale è evidente come anche il tema dell'intervento viene ad essere riproblematizzato: non più nei termini di mero trattamento farmacologico, ma di diritto di accesso ad esso; non più nei termini di modificazione del comportamento individuale, ma di aumentata capacità di negoziazione e di azione dei singoli (*empowerment*) attraverso la promozione dei loro diritti, non solo civili, ma anche sociali ed economici.

Il corpo emerge dunque come il terreno attraverso cui possiamo cogliere come specifici rapporti sociali vengono ad essere incorporati come eventi biologici, come fattori di rischio, come patologie. Oggi tuttavia, il corpo è proprio al centro di specifiche politiche in ambito umanitario su cui vale la pena soffermarsi nelle nostre battute conclusive.

Adottando una prospettiva biopolitica, ispirata direttamente dai lavori di Foucault e di Agamben, Vinh-Kim Nguyen (2006), infettivologo ed antropologo, tra i molti, indica come quanto più le ineguaglianze sociali fanno registrare il loro impatto nei corpi degli

svantaggiati, tanto più il loro destino è legato alla biologia e alle politiche di intervento su di essa. Prendendo spunto dalla diffusione degli anti-retrovirali (ARV) dopo il 2000 (anno in cui le cause farmaceutiche abbassarono i loro prezzi), Nguyen mette in luce come la condizione di sieropositività ha rappresentato per molte persone l'unico modo per avere accesso ad una serie di diritti che normalmente ascriviamo al concetto di cittadinanza: il proprio destino emerge sempre più legato alla condivisione di una condizione biologica. È in questo senso che possiamo parlare, seguendo Rabinow (1992), di "biosocialità", termine con cui si rimanda all'emergere di relazioni sociali e di movimenti organizzati intorno a una condizione biologica condivisa. Risulta chiaro, nel caso presentato da Nguyen, come la presa in carico della sofferenza possa risultare in una sua appropriazione all'interno di ulteriori dispositivi di potere, che oggi vedono la loro chiave di volta in quello che Didier Fassin definisce un *ethos compassionevole* (2006b): è, infatti, in quanto nuda vita, mera esistenza biologica, che si possono vedere riconosciuti diritti e la partecipazione a quella che Nguyen chiama una modernità derivata.

Il caso dei programmi per l'accesso agli ARV viene così iscritto in seno al più ampio ambito dell'industria umanitaria che oggi, sempre più, interviene (parallelamente ad azioni militari) a sopprimere le mancanze degli stati nazionali nell'assolvere le proprie funzioni biopolitiche (Fassin, 2007a; Pandolfi, 2005). Tuttavia, come questi autori sottolineano, sempre più spesso il complesso umanitario-militare è ben lontano dall'essere una forma transitoria che entra in scena in casi di emergenza, per emergere invece come forma di bio-sovrantà che corre sempre di più insieme alla globalizzazione delle tecnologie biomediche.

In questa direzione Leslie Butt (2002) sviluppa ulteriori riflessioni critiche mettendo in luce come le iniziative sanitarie perorate da organizzazioni umanitarie si iscrivano nella promozione di una nuova agenda politica che finisce con il legittimare nuove forme di intervento improntate a un problematico universalismo che tradirebbe la specificità stessa della riflessione antropologica: la sua

imprescindibile considerazione del punto di vista degli attori sociali circa la propria realtà. L'autrice, in modo assai poco caritatevole, mette in luce come nel parlare della promozione dei diritti degli svantaggiati si maschera l'assenza di una sfera pubblica internazionale in cui le voci di queste persone possano trovare legittimità ed essere udite (se non ascoltate). Leslie Butt sostiene quanto un serio attivismo dovrebbe non solo esaminare le distruttive relazioni di disuguaglianza, ma dovrebbe anche mettere in discussione gli assunti, culturalmente orientati e politicamente implicati in strutture economiche globali, su cui si fonda oggi una diplomazia sanitaria sempre più universalista che si arroga il diritto di sapere cosa sia meglio per gli altri, per i poveri e gli svantaggiati, ulteriormente privati della propria voce.

Ci troviamo qui di fronte ad una profonda tensione fra un'etica della nuda vita e un'etica della giustizia sociale, che certamente non possono e non devono essere pensate in termini mutuamente esclusivi (Fassin, 2000). Quello che va però certamente evitato è lo schiacciamento dei temi della giustizia sociale su quelli della promozione e salvaguardia della vita in termini meramente biologici.

Se la sofferenza è direttamente legata all'incorporazione individuale e collettiva di più ampi processi sociopolitici, al punto che la stessa possibilità di pensare individuo e società, biologia e storia come ontologicamente distinti emerge nei termini di una finzione culturale, allora è ovvio che ciò che riteniamo essere il più intimo e personale degli eventi è inevitabilmente implicato in trame storico-sociali. In questo senso la sofferenza è sempre e comunque una questione politica, nella misura in cui chiama direttamente in causa il rapporto fra soggetto e ordine sociale. Eppure oggi la sofferenza sembra onnipresente: dai media, alle scienze umane, alle azioni umanitarie e filantropiche; dai centri di ascolto all'industria degli aiuti umanitari, dalle guerre preventive alle politiche dei flussi migratori, dal conflitto sociale al disagio del lavoratore, ci troviamo di fronte ad uno stesso dispositivo che traduce un problema sociale e politico nel linguaggio della malattia e della salute mentale. Siamo di fronte a una politica che si impegna ad alleviare la sofferenza, allontanando al tem-

po stesso lo sguardo dalle sue cause. Il rischio è quello di rinunciare a pensare la disuguaglianza e la violenza sociali per quello che sono, preoccupandoci solamente di quello che fanno.

La sfida allora emerge nei termini non di una contrapposizione fra etica della nuda vita ed etica della giustizia sociale, quanto nell'incessante sforzo di non ridurre le questioni etiche alle sole dimensioni della mera esistenza biologica, ma di concepirle all'interno di una più robusta pratica e politica della cittadinanza (Comaroff, 2006) in cui le dimensioni biologiche dell'esistenza non siano svincolate dalle dimensioni politiche che le informano e che sollevano.

In questi termini possiamo ripensare la malattia come uno (certamente non il solo) degli ambiti dell'esistenza umana in cui cogliere analiticamente in che modo l'esperienza sociale viene ad essere culturalmente elaborata nell'esperienza vissuta, in termini che spesso sfidano le nostre tradizioni culturalmente legittimate secondo il linguaggio professionale della sintomatologia bio-psicologica.

In conclusione, è solo quando l'antropologia giunge a problematizzare la corporeità come un processo tanto storico-sociale quanto personale che concetti come quello di salute, malattia, disagio emergono come oggetti umani da analizzare nei termini dei loro molteplici processi di produzione. Quando la malattia viene interpretata come un processo sociale, e la sua esperienza e i dispositivi della sua costruzione vengono sottoposti ad analisi critica, la sofferenza non rappresenta più semplicemente un'esperienza individuale legata alle contingenze della vita. Questa esperienza, al contrario, emerge come attivamente creata e distribuita dall'ordine sociale. Le esperienze di sofferenza, sebbene radicate nei corpi individuali, rappresentano il marchio della società sui corpi dei suoi membri. I segni di malattia divengono così metonimie di più ampi processi socio-politici, collocando l'esperienza di sofferenza in una dimensione storica profonda e complessa.

Antropologia e salute pubblica. Comprendere l'inintelligibilità dell'AIDS in Sud Africa¹

di *Didier Fassin*

La tredicesima Conferenza Internazionale sull'AIDS, tenutasi a Durban dal 9 al 14 luglio del 2000, avrebbe dovuto segnare una svolta nella storia dell'epidemia. Per la prima volta, essa si teneva in una città del Terzo Mondo, per attestare, si diceva, la volontà della comunità scientifica e politica mondiale di affrontare la gravità della situazione epidemiologica dei paesi del Sud e, in particolare, dell'Africa. Come indicava il titolo scelto per la manifestazione, si trattava di "rompere il silenzio": silenzio sulle statistiche relative all'infezione, sull'esclusione dei malati, ma anche sulla debole mobilitazione delle nazioni ricche e sull'impossibile accesso ai trattamenti. La scelta del Sud Africa, in questo contesto, era fortemente simbolica, sei anni dopo il ritorno della democrazia in questo paese così lungamente messo al bando dalle nazioni per la sua politica di apartheid, ma anche a causa dell'intensità dell'epidemia di AIDS, che ne faceva il paese più colpito al mondo.

Tuttavia, la tensione nel mondo medico e associativo aumentava a mano a mano che ci si avvicinava all'evento. Da qualche mese, infatti, il presidente sud-africano Thabo Mbeki si era mostrato sensibile alle tesi dei ricercatori dissidenti nord-americani che negavano la relazione causale tra il virus e l'infezione, tanto da invitare alcuni di loro a un contraddittorio con dei rappresentanti del sapere ufficiale, e aveva finito per interrompere il programma di prevenzione della trasmissione madre-figli, chiamando in causa la tossicità delle medicine utilizzate². Di fronte a ciò che molti consideravano come una minaccia non solamente per l'ortodossia scientifica, ma soprattutto per la sanità pubblica, alcuni esperti avevano preso in considerazione l'idea di non andare a Durban per ti-

more di aprire le porte alla dissidenza. Alla fine, nonostante tutto, la conferenza ha potuto tenersi, preceduta da una dichiarazione solenne firmata da cinquemila esperti mondiali che riaffermavano la loro convinzione di un'origine virale della malattia e dell'efficacia dei trattamenti antiretrovirali. Il discorso di apertura è stato pronunciato da Thabo Mbeki, davanti a una sala per metà vuota, palesemente disertata dai partecipanti in segno di protesta.

Che cosa diceva il presidente sudafricano? Con uno stile visionario, dichiarava di essersi interrogato a lungo sul flagello che trascinava le popolazioni africane alla ricerca di ciò che potesse spiegare la virulenza di un'infezione molto più estesa di come essa appariva nel mondo occidentale. E la sua conclusione era che occorreva incriminare la povertà, più che il virus, per l'ecatombe africana³. Del resto, se i partecipanti non si rendevano essi stessi conto di tutto ciò, era perché ignoravano completamente la storia del «mondo africano della povertà» a cui proprio Thabo Mbeki, «in quanto africano», si proclamava intimamente legato. Questa conclusione era ovviamente inaccettabile per la comunità scientifica e attivista internazionale, poiché essa poneva in secondo piano la spiegazione biomedica, per preferirle un'interpretazione socioeconomica. È precisamente sulla base di questa opposizione che si è costruita, durante i due anni successivi, la più violenta controversia mai conosciuta sull'AIDS. Fronte contro fronte, si sono scontrati con grande violenza verbale il campo della contestazione, rappresentato dalla formula «la povertà è la causa dell'AIDS» (con il presidente sudafricano come suo araldo) e il campo dell'autorità scientifica, che riuniva militanti, medici e oppositori politici sotto la bandiera dell'«eziologia virale dell'AIDS». Thabo Mbeki, che alcuni hanno persino accusato di genocidio, è stato ripetutamente etichettato con l'epiteto stigmatizzante di negazionista.

L'obiettivo di questo testo è quello di comprendere questa controversia e più precisamente di mostrare come il lavoro antropologico possa rendere intellegibile ciò che, in prima analisi, sembra irrazionale o addirittura incomprensibile. Per fare questo, occorre passare per un'indagine etnografica, vale a dire un'indagine lun-

ga e approfondita, attenta ai punti di vista degli attori piuttosto che pronta a giudicarli, attenta anche a legare il presente con il passato. Ho condotto questa indagine tra il 2000 e il 2007, nelle *townships* di Johannesburg e nei vecchi *homelands* del nord, ma anche nelle strutture di cura e nelle arene scientifiche. I miei interlocutori sono stati i malati e i medici, gli abitanti di città e delle aree rurali, i membri delle associazioni e i responsabili politici. È alla luce di questo lavoro, di cui qui presento solamente alcuni elementi, che propongo un'interpretazione dell'epidemia.

Crisi nella realtà, crisi nel discorso

Come capire che il Sud Africa abbia conosciuto un avanzamento così drammatico dell'AIDS in un periodo così breve? All'inizio degli anni novanta, il tasso di sieroprevalenza tra la popolazione generale era inferiore all'1%. Dieci anni più tardi esso superava il 25% e toccava il 33% nella provincia dello Kwa-Zulu Natal. Una tale evoluzione è inedita, anche per l'Africa. O piuttosto, essa non trova equivalenze, ovviamente con le sue variazioni e specificità, negli altri paesi dell'Africa australe: Namibia, Botswana, Zimbabwe, Zambia. La regione australe dell'Africa, risparmiata dall'infezione retrovirale fino alla fine degli anni ottanta, ne è diventata l'epicentro mondiale⁴. Questa esplosione dell'epidemia corrisponde a un periodo di intensi sconvolgimenti politici, sia con la fine dell'apartheid e il ritorno alla democrazia in Sud Africa, sia con l'indipendenza della Namibia e la fine di una serie di guerre, in particolare in Mozambico e in Angola. Una coincidenza che non hanno mancato di rilevare tutti gli osservatori. La catastrofe sanitaria è dunque concomitante con questi cambiamenti forieri di speranze.

In Sud Africa si stima che vi siano più di cinque milioni di persone infette. Le proiezioni demografiche indicano che tra il 1990 e il 2010 la speranza di vita potrebbe essere diminuita di venti anni per i Neri, passando da 60 a 40 anni. Già nel 2000, la mortalità degli uomini tra i 30 e i 39 anni rappresentava il doppio di quello che

era nel 1985, e il tasso di decessi delle donne tra 25 e 29 anni era tre volte e mezzo superiore al suo livello di allora. L'AIDS era così diventato la prima causa di morte nel paese, rappresentando il quarto dell'insieme dei decessi e addirittura la metà nella fascia tra i 15 e i 49 anni. La curva di mortalità per classi di età si è considerevolmente modificata, con i giovani adulti che muoiono in numero molto maggiore rispetto alle persone anziane (Dorrington *et alii*, 2001). Le statistiche sono solamente l'espressione disincarnata di questa evoluzione. Ma la popolazione sudafricana, in particolare quella delle *townships*, ne ha fatto esperienza concreta, ed è sufficiente consultare le pagine dei necrologi del *Sowetan*, giornale particolarmente orientato verso il pubblico "africano", per scoprire, attraverso i volti dei giovani uomini e donne, le crescenti devastazioni dell'AIDS.

Parlare di crisi epidemiologica, in questo contesto, non significa semplicemente fare riferimento alla progressione dell'infezione o alla gravità delle sue manifestazioni, ma anche, letteralmente, considerare le difficoltà di pensare e di dire l'AIDS. La crisi è anche quella del discorso sull'AIDS. Soprattutto una crisi di cifre: sia i dati sulla sieroprevalenza che le statistiche sui decessi sono stati contornati tanto dall'incredulità quanto dalle polemiche. Sono stati contestati i risultati delle indagini, la scelta delle donne incinte come gruppo di riferimento, i valori dei test sierologici d'identificazione dell'infezione. Sono stati messi in discussione i tassi di mortalità, talvolta indicando che le comparazioni con l'epoca dell'apartheid non erano valide, talvolta suggerendo che gli eccessi constatati erano dovuti agli omicidi e agli incidenti. E poi crisi delle interpretazioni: come dappertutto nel resto del continente africano, i modelli comportamentalisti e culturalisti, più o meno associati tra loro, hanno conosciuto il loro momento di gloria. Sul versante dei comportamenti, il tema della promiscuità sessuale è stato messo in risalto per qualificare la sregolatezza delle condotte, la moltiplicazione dei partner, la perdita delle norme tra le popolazioni africane. Sul versante della cultura, l'evocazione delle credenze che presumono la purificazione attraverso delle relazioni con

delle giovani donne vergini ha dato una dimensione esotica alla violenza ordinaria degli stupri.

Questa crisi del discorso sull'epidemia è strettamente legata alla crisi provocata dalla realtà stessa dell'epidemia. Ciò che un po' troppo facilmente si è avuto la tendenza a chiamare "negazione", è piuttosto il risultato di un'incapacità di dare senso all'esperienza collettiva dell'AIDS. La "negazione" di una realtà intollerabile deriva infatti da due logiche che si possono distinguere analiticamente (Cottureau, 1999: 159-178). Secondo la prima di esse, si è tentati dal dire: non può essere così, questo è impossibile. È una negazione di realtà. A partire dalla seconda, si argomenterà piuttosto come segue: non dovrebbe essere così, questo non è giusto. È una negazione di giustizia. Nel nostro caso, i due elementi si agguingono e si mischiano. Da un lato è impossibile comprendere la realtà di una malattia che promette alla morte un adulto su quattro, che si stima debba ridurre di venti anni la speranza di vita nell'arco di due decenni e di cui il direttore del Medical Research Council, la più alta autorità scientifica in materia, affermava nel 2000 che essa rischiava di fare degli africani una minoranza nel Sud Africa del futuro. Del resto, questa in-intellegibilità vale tanto per l'abitante delle *townships* quanto per il responsabile amministrativo del ministero della sanità, nonché, in una certa misura, anche per l'esperto demografo o epidemiologo che deve, più che mai, indicare i margini di errore delle sue tecniche e i limiti della sua interpretazione. D'altro canto è insopportabile che questa disgrazia senza precedenti si abbatta sul Sud Africa nel momento in cui il paese ha appena scoperto i diritti civili per tutti. È inaccettabile che ancora una volta gli africani debbano pagare il tributo più pesante alla sfortuna, loro che non hanno smesso di essere le vittime della storia del loro paese. Infine, è inconcepibile che il primo governo democratico possa essere accusato di genocidio quando questo termine non è mai stato utilizzato contro il potere bianco. Per il semplice cittadino, come per il ministro della sanità, l'ingiustizia della situazione supera qualsiasi discorso, qualsiasi significazione.

Si parla dunque a torto di negazionismo, che è la cattiva fede del carnefice o dei suoi complici, per definire una forma di disconoscimento, che al contrario traduce l'incredulità della vittima o dei suoi rappresentanti di fronte all'afflizione che li opprime. Può essere che, per rendere conto allo stesso tempo della crisi della realtà e della crisi del discorso, della violenza del fatto epidemico e della violenza della verità epidemiologica, occorra passare attraverso un'altra lettura e ritornare sulla questione iniziale: come spiegare che l'AIDS abbia potuto sconvolgere così rapidamente e sino a tal punto la società sudafricana? Come comprendere sia la moltiplicazione dei casi che lo scatenamento delle passioni? Come analizzare questo doppio eccesso di sofferenza e di significazione? Riformulato alla luce di un mondo sociale coerente nel quale il reale e la sua rappresentazione sono legati, la questione può quindi essere enunciata in questo modo: come si iscrive nei corpi l'ordine di una società, vale a dire il prodotto della sua storia? E per corpi, occorre intendere sia la componente fisica che la componente psichica, l'infezione che distrugge le difese immunitarie e la narrazione che rende conto dello sconforto individuale e collettivo.

Parlando di disuguaglianza incorporata, si tratta dunque di seguire una doppia linea d'analisi. La prima, appoggiandosi sulla constatazione della distribuzione ineguale della malattia e della morte nella società sudafricana, cerca di dimostrarne le logiche: come fanno le disparità sociali a diventare delle disparità epidemiologiche? Rispondere a questo quesito non implica affatto l'adozione di un ragionamento determinista univoco: come la povertà non è una causa necessaria e sufficiente della tubercolosi, ma ciò che gli epidemiologi chiamano un fattore di rischio, così si tratta nel nostro caso di analizzare la relazione tra una realtà sociale e dei fatti biologici, ciò che l'antropologo chiamerà una condizione strutturale di sviluppo dell'epidemia. Ma non potremmo attenerci solamente a questa lettura, materiale, dell'incorporazione. Ve ne è un'altra, simbolica, di cui le polemiche sudafricane hanno mostrato la pertinenza. Seguire la seconda linea di analisi implica percorrere un cammino pressoché opposto a quello della prima; si risale in

questo caso dal biologico al sociale: come fa l'AIDS a divenire un fatto di società, interpretato culturalmente? Difatti, esso non deriva solamente da un processo patologico che colpisce il corpo fisico; esso rivela una verità storica che mette alla prova il corpo sociale: ciò che i malati raccontano e ciò di cui dibattono gli ambienti politici, i racconti degli uni e la negazione degli altri, tutta questa attività di definizione, interpretazione e giustificazione deriva anche dall'incorporazione della disuguaglianza.

Di questa incorporazione si distingueranno quindi due dimensioni. La prima dipende da un'operazione di oggettivazione. Essa si riferisce al modo in cui le strutture e le norme sociali si traducono nella vita quotidiana in termini di assunzione del rischio, di sicurezza individuale, di diritto sul proprio corpo, di accesso all'informazione, alla prevenzione e al trattamento. Si può parlare di condizione sociale della persona o del gruppo. La seconda deriva da un'operazione di soggettivazione. Essa si riferisce al modo in cui le persone danno forma e senso a quello che vivono nel contesto dell'epidemia, in termini di interpretazione del malessere o della malattia, di ciò che gli succede individualmente o collettivamente. La definiremo esperienza storica, anche in questo caso, della persona o del gruppo.

Oggettivazione della disuguaglianza: l'AIDS come condizione sociale

Secondo Hannah Arendt (1964), la "condizione umana" si caratterizza per tre attività fondamentali: il lavoro, l'opera e l'azione. Per lavoro Arendt intende il processo biologico del corpo; per opera, la produzione di un mondo artificiale di oggetti; per azione, la competenza sociale che consente agli uomini di costruirsi un mondo comune. Queste tre attività sono, dice Arendt, «intimamente legate alla condizione più generale dell'esistenza umana: la vita e la morte, la natalità e la mortalità». L'AIDS mette direttamente alla prova questa trilogia della condizione umana: attraverso l'alterazione e la cor-

ruzione del corpo; attraverso la moltiplicazione degli artefatti destinati a prevenirlo e a trattarlo, dal preservativo agli antiretrovirali; attraverso la necessità di fare vivere insieme malati e sani, presunti individui a rischio e persone considerati vulnerabili. Questa definizione è strettamente determinata da una visione universalizzante dell'esistenza umana: le tre attività, e la finitezza della vita che le sottende valgono per tutti, da sempre. Siamo tutti mortali, come dice il personaggio di Molière, e quindi condividiamo la stessa comunità di destino, sia che siamo forti o deboli.

Al contrario, parlando di “condizione sociale”, piuttosto che di “condizione umana”, si tratta qui di enfatizzare l'iscrizione di questa condizione nell'ordine della società, con le sue disuguaglianze e le sue gerarchie (Fassin, 2001). Ciò significa allo stesso tempo sottolineare la dimensione storica, ricordare che essa è il prodotto dei rapporti di forza assunti in una storia. L'AIDS è una condizione sociale nel senso che esso non è solamente una malattia che unisce gli esseri umani nella stessa sofferenza, ma anche un'afflizione che li divide dal punto di vista dell'esposizione al rischio e dell'accesso ai trattamenti, della capacità di fargli fronte o di morire degnamente. La distribuzione delle ricchezze, la circolazione delle persone, lo statuto delle donne, le politiche sanitarie e sociali, la mobilitazione delle associazioni e dei professionisti, sono tutti elementi di differenziazione dello spazio sociale dell'epidemia, dei fattori di disparità tra gli individui.

La condizione sociale dell'AIDS si radica così nella violenza strutturale che caratterizza il mondo contemporaneo, sia a livello internazionale, come rivelano gli scarti considerevoli nel tasso di infezione o la disponibilità di trattamenti tra paesi occidentali e africani, che sul piano locale, come mostrano le statistiche per categorie sociali quando esse esistono. Il presidente sudafricano, quando parla, nel suo discorso di apertura della Conferenza di Durban, della povertà come causa primaria di mortalità in Africa, indica questa doppia realtà della divisione internazionale e locale dei beni e dei valori, che qui preferiamo definire come disuguaglianza per preservarne la dimensione relazionale. Trattandosi di Sud Africa, tre

elementi sembrano particolarmente importanti: la situazione socioeconomica, la violenza e le migrazioni. Essi diventano comprensibili unicamente alla luce della storia di questo paese.

La situazione socioeconomica sembrerebbe un fattore determinante della distribuzione dell'epidemia (Farmer, 1999). Se, negli anni ottanta, all'inizio della definizione del virus in Sud Africa, si è potuto credere che esso colpiva soprattutto gli omosessuali bianchi degli ambienti benestanti delle grandi città, ci si è presto arresi all'evidenza che gli abitanti delle *townships* e delle *homelands*, detto in altro modo gli abitanti degli spazi di confinamento delle popolazioni nere, pagavano proporzionalmente un tributo ben più pesante alla malattia. Gli studi epidemiologici più recenti mostrano una doppia linea di differenziazione (Johnson e Budlender, 2002). La prima, socio-professionale, mette in luce dei tassi di sieroprevalenza tanto più elevati quanto il grado di qualificazione è basso, e questo indipendentemente dall'appartenenza etnica. La seconda, socio-razziale, mette in evidenza, a situazione professionale costante, dei livelli di infezione molto più elevati tra i Neri che tra i Bianchi. La combinazione dei due fattori produce una frequenza di infezione dieci volte più elevata tra i lavoratori neri non qualificati che tra i quadri superiori bianchi. Più generalmente, le stime realizzate a partire dalle inchieste sierologiche condotte sulle donne incinte mostrano che la contaminazione delle popolazioni nere è sei e otto volte più frequente rispetto alle popolazioni dette meticce e bianche.

Nel Sud Africa del post-apartheid le disuguaglianze socio-economiche sono in questo senso iscritte nelle distinzioni razziali costruite durante diversi secoli di sfruttamento, di dominazione e di segregazione. Esse trovano una loro traduzione nelle condizioni materiali che influiscono sui rischi di contaminazione: precarietà delle risorse che mettono le giovani donne alla mercé delle esigenze sessuali degli uomini più fortunati; insicurezza dei quartieri che accresce i rischi di stupri; assenza delle madri che lavorano lontano dal loro domicilio, lasciandovi i loro bambini soli. Il debole investimento nell'educazione dei Neri ha come conseguenza anche

una minore conoscenza dei modi di trasmissione e di prevenzione, nonché una più marcata ignoranza dei diritti della persona. Infine, è probabile che la lunga storia di de-valorizzazione degli africani incida in una certa perdita di rispetto della vita e alla mercificazione del corpo, proprio e degli altri.

La violenza sessuale costituisce un secondo elemento strutturale dell'epidemia di AIDS in Sud Africa, come in molti posti del mondo (Wood, Maforah e Jewkes, 1998). Essa è stata messa in primo piano dai media per una serie di fatti drammatici di stupri di bambini dei due sessi avvenuti ad opera di genitori o vicini: in un programma locale di aiuto alle vittime di sevizie sessuali, intitolato *Greater Nelspruit Rape Intervention Project*, nella Provincia Settentrionale, tra le 477 persone violentate assistite, 285, quindi tre su cinque, avevano meno di 15 anni, e 45, vale a dire una su dieci, avevano meno di 5 anni. Questa rappresentazione del problema in termini di disumanità estrema, rafforzata dalla ripetuta evocazione di credenze tradizionali nelle presunte virtù purificatrici dello stupro di giovani donne, ha contribuito a fare della violenza sessuale una realtà lontana, letteralmente straordinaria. Pertanto, sia le inchieste sulle vittimizzazioni che le testimonianze raccolte nelle associazioni attestano la banalità delle pratiche di stupro e, più in generale, delle pratiche sessuali attraverso la coercizione, comprese quelle tra partners regolari e coppie sposate. Ma anche qui, la violenza sessuale non può essere separata dalla violenza fisica quotidiana, quella della strada e del quartiere, dei furti e degli omicidi, delle esecuzioni pubbliche e degli omicidi durante le rapine, dato che i responsabili sono spesso le stesse persone.

Se i lavori storiografici testimoniano l'esistenza di violenze tribali precoloniali, è altrettanto sicuro che le condizioni della conquista e dell'amministrazione delle popolazioni africane abbiano provocato una radicalizzazione delle forme di violenza sociale attraverso un doppio processo: da un lato, la violenza diretta dei coloni, poi del potere bianco, nei confronti delle popolazioni nere, e sappiamo bene quanto sia stata sanguinosa l'imposizione dell'ordine razziale e la repressione dei movimenti di protesta; dall'altro

lato, la violenza indotta dal ritiro dei poteri bianchi dalle *townships* e dalle *homelands*, ampiamente abbandonate all'autorità delegata di un'amministrazione nera più o meno corrotta. Questo doppio gioco di potere, per eccesso e per difetto, da parte dello Stato bianco, teoricamente detentore del monopolio della violenza legittima, ha condotto a una banalizzazione della violenza come espressione dei rapporti sociali ordinari. La maggior parte degli adulti africani sono cresciuti senza conoscere nessun'altra forma di relazioni di potere, sia da parte dell'autorità pubblica che nella loro stessa comunità. A questo apprendimento della violenza si aggiunge la facilità dell'accesso all'alcool, che ha da tempo preso parte alla remunerazione dei lavoratori e che oggi scorre negli innumerevoli bar informali aperti nel corso dell'ultimo decennio.

Le migrazioni rappresentano un fattore di rischio ben conosciuto delle malattie infettive, a maggior ragione quando esse sono sessualmente trasmissibili (Wed, 1998). Questa designazione è tuttavia fuorviante poiché, da un lato, essa lascia immaginare un fenomeno relativamente omogeneo, mentre dall'altro essa invita a considerarlo come un fatto in sé. Doppio scoglio essenzialista che occorre quindi correggere, visto che esso dà credito a una lettura pressoché naturalista della diffusione della malattia, secondo un principio vettoriale autenticato dall'epidemiologia tradizionale. Gli spostamenti degli individui o delle popolazioni rivestono infatti dei significati molto diversi e si inscrivono in delle logiche profondamente differenti: è proprio questa complessità che occorre introdurre per comprenderli, non come fenomeni demografici, ma come dei fatti sociologici.

Esistono almeno cinque diverse dinamiche migratorie nella storia recente dell'Africa del Sud.

I movimenti tra le aree urbane e rurali corrispondono alla dinamica più classica: migrazioni di lavoro legate all'insufficienza di risorse dell'agricoltura e alla domanda industriale o domestica di manodopera. Esse si sono considerevolmente amplificate dopo la fine dell'apartheid, con la scomparsa degli umilianti lasciappassare che autorizzavano gli spostamenti al di fuori delle *townships* e del-

le *homelands* solo se si era muniti di permesso di lavoro. Questa migrazione è rapidamente diventata il punto di riferimento obbligato della sanità pubblica, con l'immagine di uomini che partivano per lavorare in città o nelle miniere lasciando donne e bambini nei villaggi, e creavano una seconda o persino una terza famiglia sul posto di lavoro, prima di ritornare e contaminare la loro sposa. Recenti studi epidemiologici hanno infatti mostrato che nello Kwa-Zulu-Natal rurale, nelle coppie in cui uno dei due è sieropositivo e l'altro no, è la donna, nel 40% dei casi, ad essere infettata: quindi il ruolo dei due sessi nella trasmissione dell'AIDS va probabilmente riconsiderato, cosa che anche l'osservazione etnografica della miserabile vita negli "hotels" e nelle "shacks"²⁵ invita a fare. Di fianco alle migrazioni interne, altre quattro dinamiche attraversano le frontiere. Queste sono innanzitutto gli spostamenti di popolazioni che fuggono dalle guerre e dalle repressioni, rifugiati dell'Angola, ma anche del Ruanda, del Burundi e del Congo, verso i campi profughi e più spesso verso le periferie delle città. Vi sono poi le caserme dei Veterani del *South African National Defence Corps*, militari ritirati dalle loro basi in Namibia, in Mozambico e da tutti i luoghi di conflitto in cui il regime d'apartheid era impegnato. Vi sono poi i ritorni in patria dei vecchi esiliati dell'African National Congress, e del South African Communist Party, a lungo interdetti dal territorio nazionale. Infine, vi sono gli arrivi per ragioni economiche degli Africani del centro e dell'ovest, o spesso provenienti dai paesi limitrofi, soprattutto lo Zimbabwe pauperizzato, tutti alla ricerca di questo nuovo Eldorado che è il Sud Africa democratico.

Situazione socioeconomica, violenze e migrazioni si trovano spesso intrecciate nelle storie dei singoli. Così, ciò che talvolta viene definita "sessualità di sopravvivenza" riguarda delle giovani donne venute dalle aree rurali povere insieme al loro corpo come unica risorsa, che vanno in locali pubblici in cui l'ubriachezza riduce presto le inibizioni e che hanno relazioni sessuali con degli uomini appena incontrati in cambio di soldi o cibo, a volte di un tetto o anche di un po' di calore umano (Wojcicki, 2002). Ma anche

qui, l'immagine del partenariato sessuale multiplo, troppo facilmente generalizzato sulla base di queste realtà estreme, è fuorviante. Più precisamente, essa è allo stesso tempo pericolosa e infondata. Pericolosa, poiché è sullo stereotipo di una presunta promiscuità sessuale che la stigmatizzazione si è prodotta e che, in risposta, si è sviluppata la resistenza a una prevenzione considerata razzista: la vittima non si biasima impunemente. Immagine infondata, poiché i dati epidemiologici hanno stabilito che in alcune città minerarie con una forte prevalenza di AIDS, le donne delle *townships* vicine erano sieropositive al 50% quando avevano avuto tre partner in tutta la loro vita, al 35% quando ne avevano avuti due, e ancora al 22% quando ne avevano avuto solamente uno: numerosi studi epidemiologici in Africa hanno offerto, da questo punto di vista, risultati concordanti (Williams *et alii*, 2000). In altre parole, il partenariato sessuale multiplo non è una spiegazione sufficiente dell'esplosione epidemica in queste circostanze, anche se esso costituisce un fattore logicamente aggravante. Più che la cultura o i comportamenti, sono le condizioni di vita che occorre considerare per comprendere le pratiche sessuali (Fassin, Le Marcis e Lethata, 2008). È importante ricordarlo, dal momento che a molti uomini e soprattutto donne sudafricane sembra doppiamente ingiusto di dover morire così giovani per una malattia che viene letta, contro ogni evidenza statistica, come conseguenza della loro presunta devianza.

Per interpretare le cifre terribili sopra menzionate occorre piuttosto fare appello a un'economia politica della salute. Dalla fine del XIX secolo, quando i primi giacimenti d'oro e di diamanti sono stati scoperti, l'industria mineraria si è sviluppata sulla base di prelievi di forza lavoro nei villaggi, per rispondere ai bisogni crescenti di manodopera. Questo sfruttamento violento è stato fatto con un costo elevato di vite umane e malattie come la tubercolosi e la silicosi, che hanno decimato i lavoratori delle miniere (Packard, 1992; Katz, 1994). D'altronde, esso è stato facilitato da un'organizzazione sociale interamente concepita a beneficio della miniera: gli uomini venivano fatti alloggiare in baracche sul luogo di

lavoro, lontani dalle città, in un confinamento poliziesco; l'impresa offriva loro sul posto tutte le facilità per il consumo di alcol e il commercio sessuale. Allora si può quasi parlare di istituzionalizzazione del rischio, il cui risultato è tristemente noto: a Carletonville, vicino a Johannesburg, i tassi di sieroprevalenza erano del 29% tra i minatori, del 37% tra le donne della *township* e del 69% tra le prostitute residenti sul posto. Si può vedere quanto le analisi comportamentiste e culturaliste solitamente proposte falliscono nel rendere conto di una realtà epidemiologica che le strutture economiche e i processi politici rendono intellegibili alla luce della storia. Ma a fronte di questa lettura oggettiva della condizione sociale dell'AIDS, occorre considerare anche la dimensione soggettiva della sua esperienza sociale.

Soggettivazione della disuguaglianza: l'AIDS come esperienza storica

Secondo Reinhardt Koselleck (1997), la storia è prima di tutto il prodotto di un'esperienza, individuale o collettiva: essa è esperienza di ciò che è avvenuto, trasmessa di generazione in generazione. Perciò essa è socialmente situata rispetto a chi la riporta: tutte le storie non si equivalgono, o meglio tutte le ricostruzioni del passato non sono sovrapponibili. Egli sostiene anche che «la storia è sempre fatta per i vincitori a breve termine, che essi potrebbero forse controllarla a medio termine, ma che non saprebbero in nessun caso dominarla a lungo termine». In effetti, la legittimazione del loro successo li conduce a sovrastimare ciò che si è determinato secondo una «teleologia *ex-post*». Al contrario, il racconto dei vinti è più fecondo «in quanto tutto è successo in altro modo rispetto a quanto essi avevano previsto o sperato». L'esperienza storica dunque, per quel che li riguarda, va presa nel senso forte di ciò che trasforma lo sguardo sul mondo, piuttosto che di quello che conferma ciò che già si sapeva, a cominciare dalla fondatezza della propria posizione.

Questa non è semplicemente un'esperienza di tipo intellettuale. Essa è di natura più profondamente carnale ed è vissuta nel corpo sia come una ferita mai chiusa che come un *habitus* sempre presente. Si tratta di una storia incorporata, per i dominati molto più che per i dominanti (Fassin, 2008). Si parlerà quindi di esperienza sociale dell'AIDS per designare il modo in cui l'epidemia si incarna allo stesso tempo nella biografia degli individui e nella narrazione dei gruppi. È il modo in cui i malati scrutano il loro passato alla ricerca di errori commessi, visto che il discorso epidemiologico si unisce alla retorica religiosa, facendo della "promiscuità sessuale" la fonte della diffusione dell'epidemia, e facendo di una "polizia dei costumi" la soluzione più efficace per il suo controllo: così si sentono persone sulla soglia della morte tentare di disculparsi, affermando la moralità della loro stessa esistenza e puntando il dito contro un congiunto criminalmente infedele o, al contrario, confessare i propri peccati di carne per ottenere un ultimo perdono. Ma è anche il modo in cui il governo, in alternanza con ampi segmenti dell'opinione pubblica, mette sotto accusa la sua opposizione politica, gli attivisti dell'AIDS, le multinazionali della medicina, i Bianchi o gli Occidentali in un processo in cui sono incriminati ora gli sforzi di destabilizzazione della giovane democrazia, ora una volontà di ridurre la popolazione nera: così il presidente sudafricano stesso evoca nella sua lettera ai capi di Stato occidentali l'ombra inquietante dell'apartheid nelle critiche che gli vengono indirizzate. Esperienza della colpevolezza, da un lato, esperienza del sospetto, dall'altro: anche se questi due aspetti interpretativi dell'AIDS non sono gli unici reperibili, si può vedere quanto essi dominino, con le loro poste in gioco morali e politiche, l'esperienza che i sudafricani hanno dell'AIDS.

L'esperienza della colpa rimanda alla lunga storia dell'opera missionaria di cui si sa che essa ha consentito, molto più efficacemente della conquista militare, il controllo ideologico delle popolazioni colonizzate (Comaroff & Comaroff, 1991). Un processo sicuramente complesso, non esente da ambiguità e manipolazioni da ambo le parti, ma che ha largamente contribuito a promuovere un

senso di responsabilità dell'individuo di fronte al proprio destino e un senso di colpevolezza della persona di fronte a un insieme di condotte costituite come devianti. Questo processo di soggettivazione era strettamente legato a un dispositivo di normalizzazione. In questo dispositivo, la medicina ha giocato un ruolo particolare e la malattia è servita spesso come giustificazione. Così è stato anche nel caso della sifilide (Butchart, 1998). La sua diffusione nei primi decenni del secolo XX è stata interpretata come la conseguenza di comportamenti "a-morali" da parte delle popolazioni africane, e più particolarmente delle donne, facilmente etichettate come "prostitute". Espressioni come "promiscuità sessuale" servono, già da quest'epoca, a qualificare gli africani.

Con l'AIDS abbiamo visto riapparire gli stessi stereotipi. La razzializzazione non solo delle rappresentazioni del mondo sociale, ma anche delle istituzioni incaricate di amministrarlo, poco importa se nel campo dell'educazione o in quello della sanità, ha avuto come conseguenza la riattivazione dei pregiudizi nei confronti delle popolazioni africane (Packard e Epstein, 1992). La stigmatizzazione delle pratiche coniugali e delle condotte sessuali è stata fatta senza alcun riferimento alle realtà storiche della destrutturazione familiare da parte dell'apartheid, e nel quadro di programmi orientati esclusivamente alla trasformazione dei comportamenti. Così, ancora una volta, gli africani si sono trovati nella posizione di accusati, secondo il principio già da lungo tempo identificato nella sanità pubblica del "blaming the victim", un principio che in precedenza era servito per tutte le malattie infettive che il Sud-Africa aveva conosciuto. Da qui nascono questi discorsi difensivi e queste pratiche confessionali nelle costruzioni narrative dei malati.

L'esperienza del sospetto si iscrive in maniera ancora più marcata nella storia del Sud Africa. Essa è certamente vissuta in tutte le situazioni di dominio e, nel caso dell'AIDS, le voci di complotto virologico, nella maggior parte dei casi ordito dagli Stati Uniti contro i paesi del terzo mondo, hanno cominciato a circolare in Europa dell'est, in America Latina e in Africa sub-sahariana sin dai primi tempi dell'epidemia, all'inizio degli anni ottanta. Tuttavia, da

nessuna parte più che in Sud Africa essa si è trovata espressa con così tanta costanza nei media e rilanciata con una tale veemenza dai poteri pubblici. L'idea che il virus potrebbe essere stato introdotto intenzionalmente, quella secondo cui le tesi eterodosse verrebbero censurate perché spiegano una realtà più profonda dell'epidemia e gli anti-retrovirali potrebbero risultare pericolosi per le popolazioni nere, o ancora l'idea che i programmi di salute pubblica contribuirebbero a screditare le società africane e i loro governi, hanno tutte avuto un eco particolarmente forte nell'opinione pubblica. Per definire questo generale discredito sulle certezze relative all'AIDS o, più esattamente, questo dubbio diffuso gettato sui saperi riguardanti l'epidemia, si è parlato di "negazionismo", ovvero di un'ideologia che si strutturerebbe intorno alla negazione. Tuttavia questa lettura è riduttiva, nel senso che essa oppone asimmetricamente un lato della verità e un lato dell'errore, rigettando nella fantasmagoria malsana non solo le interpretazioni del presidente sudafricano e del suo entourage, ma anche quella di larghi segmenti degli ambienti popolari. Ora, se si esaminano più da vicino queste affermazioni, si può constatare che esse trovano la loro origine in un'esperienza storica e che esse contengono una parte di verità, non sulla malattia in quanto tale, ma sulla società. Parlando di sospetto, piuttosto che di negazione, si tratta di darsi i mezzi per apprendere questa parte di verità, cercandola in un passato prossimo.

La storia della salute pubblica, in Sud Africa, è strettamente legata all'esperienza del dominio razziale. Le prime misure di segregazione spaziale furono prese durante l'epidemia di peste del 1900 a Città del Capo (Swanson, 1977). Rifacendosi al *Public Health Act* del 1897, le autorità decisero l'espulsione degli abitanti africani dalla città e la loro re-installazione in delle *native locations* situate qualche miglia nell'interno; misura che traduceva ai residenti molto di più i pregiudizi sul pericolo sanitario verificatosi a causa delle condizioni di vita miserabili di questa popolazione che un pericolo epidemiologico effettivo, a giudicare dal numero ristretto di casi di malattia al suo interno. Comunque, la salute pubblica era servita da ar-

gomento per poter condurre al meglio la politica che, dopo diversi anni, si tentava di imporre al fine di liberare la città dai suoi quartieri neri. Poco più tardi, tra il 1910 e il 1935, sono le interpretazioni mediche di un'altra infezione, la tubercolosi, a venire in soccorso dell'industria mineraria (Packard, 1990). Lo sviluppo epidemico drammatico di questa infezione tra gli operai africani venne messo sul conto di una predisposizione ereditaria piuttosto che sulle condizioni di lavoro e di vita che li esponevano particolarmente alla contaminazione. L'idea che un rinnovamento regolare della manodopera avrebbe permesso di ridurre la diffusione della tubercolosi servì da giustificazione per uno spostamento regolare di forza lavoro tra le zone rurali e le regioni minerarie, accelerando l'avanzata dell'epidemia nelle campagne. Con l'AIDS, alla fine degli anni ottanta, il tema del pericolo africano tornò di nuovo attuale, ma la violenza inaudita dei conflitti razziali di quell'epoca condusse a un'escalation verbale. Così, alcuni deputati conservatori poterono rallegrarsi per la prospettiva così aperta di uno sradicamento delle popolazioni nere ad opera del virus provvidenziale (Van der Vliet, 2001). Una tale radicalizzazione del discorso lascia spazio, come si può immaginare, a tutti gli ulteriori sospetti.

Ma la tesi del complotto non trova elementi di conferma unicamente nelle dichiarazioni provocatrici di alcuni illuminati. Da diversi anni, poco a poco, i sudafricani stanno scoprendo la realtà materiale di una vera macchina da guerra delle razze messa in atto dal governo dell'apartheid. La *Truth and Reconciliation Commission* non era essa stessa a conoscenza di questa realtà ed è in seguito alle rivelazioni nell'ambito delle audizioni dei responsabili dei servizi di sicurezza interna che essa decide, nel 1998, di aprire un nuovo dossier sul *Chemical and Biological Warfare*⁶. I medici e i ricercatori che testimoniano sono gli stessi che dichiarano di aver partecipato alla produzione di armi chimiche e biologiche, alcune delle quali erano volte non solo ad eliminare i nemici politici, in particolare attraverso l'uso del bacillo dell'antrace, ma anche a sradicare la stessa popolazione africana, ricorrendo a dei metodi di sterilizzazione, soprattutto all'insaputa delle donne. Ma durante il processo al

principale protagonista di questa operazione, il dottor Wouter Basson, direttore scientifico del programma, che si è tenuto dal 2000 al 2002 al tribunale di Pretoria, i sudafricani hanno saputo che, tra gli agenti infettivi presi in considerazione per questo progetto genocida, il virus dell'AIDS era stato oggetto di sperimentazioni che consistevano nell'inviare dei militari neri contaminati negli hotel per appuntamenti dei quartieri popolari, al fine di infettare le popolazioni nere attraverso le loro prostitute⁷. Queste informazioni, ampiamente riportate dalla stampa e distillate da diversi anni, danno un rilievo singolare all'interpretazione persecutiva dell'AIDS. Ciò che si sarebbe potuto prendere come una visione fantastica sembrava invece la cruda realtà. Alla luce di questi fatti, poi resi pubblici, il sospetto nei confronti della scienza e della medicina, delle loro scoperte e dei loro rimedi, visti come degli strumenti della dominazione bianca, assume una dimensione tragica. Nelle inchieste realizzate nelle *townships*, il riferimento a questo programma e al suo direttore, comunemente ribattezzato Dr. Morte, ritorna costantemente in riguardo ai dubbi sulle affermazioni che vengono fatte intorno all'AIDS. Questo per dire quanto l'esperienza sociale dell'AIDS è dolorosamente inscritta in una memoria collettiva che il lavoro politico e giudiziario riattualizza quasi quotidianamente.

Conclusioni

Apprendo la Conferenza di Durban, Thabo Mbeki aveva contrapposto al modello biomedico la sua lettura sociale dell'AIDS. Durante i due anni successivi i media non smisero di fargli dire se lui credesse o meno che il virus fosse la causa dell'AIDS. Nessuno si interrogò su una possibile interpretazione che renda compatibile la tesi biomedica e quella sociale. Pertanto, un'antropologia politica dell'epidemia come quella che ho proposto consente di rendere udibile una doppia verità contenuta nel discorso di apertura del presidente sudafricano. Prima verità: le spiegazioni biologiche

e comportamentali non esauriscono l'interpretazione dell'epidemia; la disuguaglianza osservata deve trovare il suo posto nel modello eziologico dell'AIDS. Seconda verità: la prospettiva dei dominati sulla loro propria storia deve essere ascoltata; la disuguaglianza vissuta fa parte della scena globale dell'AIDS.

È ovviamente spiacevole che queste verità importanti siano state seppellite sotto delle tesi dissidenti ambigue e approssimative. È altrettanto incredibile che si siano trovati così pochi ricercatori delle scienze mediche e sociali per sbrogliare la matassa delle interpretazioni ortodosse ed eterodosse. Parlando qui di incorporazione della disuguaglianza, ovvero rendendo giustizia alla verità del corpo e alla verità della società, ho cercato di compiere questo lavoro di ritessitura di un'interpretazione generale dell'epidemia. Non si è trattato semplicemente di fare un'opera dotta di messa in discussione di un certo unilateralismo scientifico attraverso i concetti di condizione sociale e di esperienza storica, ma anche di dare a questo lavoro un significato politico, rivisitando l'ingiustizia che impedisce di criticarlo. I grandi dolori del nostro tempo non sono sciagure unicamente naturali: esse ci parlano dell'ordine e della memoria delle nostre società.

Note

¹ Il seguente testo è la versione modificata di un articolo del 2003 pubblicato con il titolo *The embodiment of inequality. A political anthropology of AIDS in South Africa*, EMBO Reports, Special Issue Science and Society, vol. 4, S4-S9. Ad esso sono stati aggiunti elementi delle mie recenti indagini; per una versione più ampia dell'antropologia storica dell'epidemia in Africa del Sud si veda Fassin, 2006; 2007. Traduzione dal francese di Nicola Perugini.

² Per una presentazione della controversia, si può fare riferimento a Schneider, 2002 e a Fassin, 2002.

³ Si veda, per il testo della conferenza: Thabo Mbeki, *Speech at the Opening Session of the 13th International AIDS Conference*, 9 July 2000, <<http://www.polity.org.za/polity/govdocs/speeches/2000/sp0709.html>>, consultato il 30 ottobre 2010.

⁴ Department of Health, 2000 e Whiteside & Sunter, 2000.

⁵ Insediamenti urbani di tipo precario (N.d.C.).

⁶ Truth and Reconciliation Commission, 1998, *Chemical and Biological Warfare Hearings*, June 8-July 31, p. 639, <www.justice.gov.za/trc/media/pr/1998/p980522a.htm>, consultato il 30 ottobre 2010.

⁷ Tra i diversi interventi sulla stampa si vedano: De Lange I. 2000, *HIV blood 'was stored for war'*, in «The Citizen», May 25; Sapa 2000, *I froze blood that had HIV*, in «Sowetan», May 25; Hogan H. 2000, *Apartheid atrocities unravel in Basson trial*, in «Mail & Guardian», May 26-June 1; Gould C. & Folb P. 2000, *Perverved science and twisted loyalty*, in «Sunday Independent», October 8.

Cooperazione sanitaria e medicina tradizionale

di *Pino Schirripa*

Il mio intervento vuole fare il punto non tanto sulla cooperazione sanitaria – operazione ciclopica probabilmente visto che una buona parte della cooperazione, sia bilaterale che multilaterale sia, infine, non governativa, ricade nel settore sanitario – quanto invece su un suo aspetto particolare. Mi riferisco a quei progetti, incentrati comunque nel settore sanitario, nei quali si fa esplicito riferimento alla medicina tradizionale. Di più, potrei addirittura stringere il campo a quei progetti nei quali si parla di una forma di collaborazione – o di integrazione o di complementarità, se si preferisce – tra medicina tradizionale e biomedicina.

Vorrei partire tentando di delineare come, e in seguito a quali processi di carattere sociale e politico, si è configurato l'intervento in questo campo. Dato che normalmente mi occupo di Africa, lo farò concentrandomi principalmente su questo continente – anzi su di una singola nazione – anche se, è bene ribadirlo, processi di questo tipo si ritrovano tanto in Asia che in America centrale e meridionale.

Alma Ata e la rivalutazione delle medicine tradizionali

Nel 1978 ad Alma Ata, attuale capitale del Kazakistan, si tenne l'assemblea mondiale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)¹. Si trattò di un'assemblea molto importante, durante la quale venne votato un documento che per molti versi divenne il caposaldo della politica di questa agenzia internazionale nei decenni a venire: *Health for all by the year 2000*. Da allora l'OMS ha vara-

to linee guida per i decisori politici e organizzato incontri, seminari e conferenze il cui tema di fondo era lo sviluppo delle medicine tradizionali all'interno di sistemi sanitari che integrassero tali medicine con la biomedicina. Si trattava dell'esito di un processo, iniziato diversi anni prima, di rivalutazione delle medicine tradizionali. Molti governi dell'Africa, dell'Asia e dell'America latina da allora, e alcuni anche da prima², hanno attivato politiche che si intonano a queste linee guida; agenzie internazionali, governi occidentali e Organizzazioni Non Governative hanno nel contempo sviluppato attività di cooperazione dedicate proprio allo sviluppo della medicina tradizionale (Last e Chavunduka, 1986; Schirripa e Vulpiani, 2000).

In quel documento, per raggiungere l'ambizioso obiettivo della salute per tutti nel giro di un ventennio, si proponeva come pietra angolare della strategia, principalmente nei Paesi in Via di Sviluppo, il potenziamento della *Primary Health Care*, cioè dell'attenzione sanitaria di base. In breve, piuttosto che investire nella costruzione di costose strutture centralizzate, occorre dare la precedenza alla realizzazione di una rete di servizi di base. Questa nuova prospettiva nasceva da una serie di considerazioni, molto critiche, sui risultati ottenuti dall'OMS nei decenni precedenti e soprattutto da un crudo bilancio della situazione sanitaria nei paesi del Terzo Mondo³. In effetti era facile constatare come in quei paesi l'80% della popolazione non utilizzasse i servizi sanitari, di norma incentrati sulla biomedicina, e si rivolgesse in maniera esclusiva alle differenti tradizioni terapeutiche – cioè le medicine tradizionali – presenti nel territorio. Il perché di questa situazione era facile intuirlo. Buona parte dei servizi sanitari in quegli Stati era concentrato nelle aree urbane. Questo per diversi motivi: innanzitutto perché sono comunque le aree dove vi è una maggiore concentrazione di popolazione; inoltre perché, essendo comunque le aree più ricche, i medici trovavano una maggior convenienza ad aprire cliniche lì piuttosto che a prestar servizio, poco remunerativo, nelle aree rurali⁴. Aree quindi poco servite dai servizi sanitari, e in cui la dispersione della popolazione rendeva difficile per un cospicuo numero di perso-

ne accedere con facilità a tali servizi. Per alcuni decenni si è pensato che la soluzione consistesse sostanzialmente in una loro maggiore diffusione nel territorio. Il problema era che l'idea di potenziarli e di portare il personale medico lì si era rivelata poco fruttuosa: pochi i mezzi e poche le risorse, finanziarie e umane, per sperare in una riuscita positiva. Inoltre gli investimenti in materia di sanità continuavano a concentrarsi nelle aree urbane e principalmente sul versante curativo a spese di quello preventivo. Ciò probabilmente anche per la maggiore visibilità e prestigio politico che deriva dagli investimenti in grandi opere quali gli ospedali, rispetto a quelli per la costruzione delle infrastrutture necessarie ad un'opera di prevenzione (Twumasi, 1981: 148 e segg.).

I sempre maggiori costi necessari per la costruzione delle infrastrutture e soprattutto la dipendenza tecnologica, anche in questo campo, dall'Occidente e la necessità di importare un buon numero di farmaci causavano un indebitamento sempre più gravoso per i vari governi nazionali (Destexhe, 1987).

Naturalmente quello della concentrazione delle risorse sanitarie di tipo biomedico non è che una delle difficoltà che si possono rilevare. In effetti occorre sottolineare anche come tali servizi, proprio perché basati sulla biomedicina, spesso si sono rivelati lontani dalle prospettive e dalle concezioni sui processi di salute e malattia delle popolazioni locali. Insomma vi era senza dubbio una difficoltà strutturale – la concentrazione dei servizi nelle aree urbane – ma anche una distanza culturale. Come dirò meglio nel prossimo paragrafo, i presupposti della biomedicina sono molto lontani dalle concezioni locali rispetto alle eziologie e ai modi di intervento terapeutici. Ciò rendeva ancora più problematico l'utilizzo dei servizi.

La nuova strategia che l'OMS inaugurò si basava principalmente sulla *Primary Health Care* (PHC), l'uso di risorse disponibili *in loco* e la partecipazione della comunità nella pianificazione e incremento dei servizi sanitari. Inaugurando la strategia della PHC, l'OMS spostava il suo interesse da una politica sanitaria basata sugli ospedali a una basata sulle comunità; inoltre piuttosto che concentra-

re risorse e sforzi sulla formazione di un numero limitato di medici, attraverso un processo educativo pluriennale, i quali poi spesso andavano a svolgere la loro attività nei grandi centri urbani, si preferiva concentrarsi sulla formazione di un numero maggiore di operatori sanitari di villaggio (i *local health workers* oppure *community health workers*) attraverso corsi di breve durata.

È proprio mentre si delinea questo contesto che Pillsbury (1979) pubblica un articolo sulla prestigiosa rivista «Social Sciences and Medicine» il cui titolo sembra quasi un manifesto programmatico: *Raggiungere le realtà rurali povere: i guaritori tradizionali sono già lì*. In quel contributo si proponeva che si utilizzassero i guaritori tradizionali proprio per garantire quell'assistenza sanitaria di base diffusa, che stava diventando il nuovo perno delle politiche di intervento. Del resto il lavoro che gli antropologi avevano svolto, non solo in Africa, fino a quel momento aveva permesso di leggere le medicine tradizionali sotto una nuova luce. Infatti le ricerche condotte inducevano a guardare alle tradizioni terapeutiche “altre” non già come a un insieme giustapposto di pratiche erboristiche e manipolative – empiricamente rivelatesi più o meno efficaci – e di concezioni della malattia e interventi magici di più dubbio carattere operativo, ma invece come sistemi integrati e coerenti in cui la dimensione empirica discende, ed è fortemente correlata, ad un più vasto ordine di carattere simbolico e cognitivo. Di più, tali sistemi, oltre a manifestare un buon grado di coerenza interna, operano non soltanto al livello della eziologia e della cura dello stato di malattia, ma si pongono su una dimensione più globale in cui anche la prevenzione della malattia ed il mantenimento dello stato di salute giocano un ruolo fondamentale (Janzen, 1978 e 1979). Di tale nuova consapevolezza, quindi si può dire di una legittimità – culturale certo, ma anche di carattere operativo e terapeutico – vi è una traccia profonda anche nel già citato documento di Alma Ata, dove non a caso le medicine tradizionali vengono definite: disponibili, accessibili, adattabili e compatibili (Anyinam, 1987). Disponibili perché largamente diffuse nel territorio; accessibili perché facili da raggiungere, anche se occorre dire che non sempre il loro

costo è minore di quello delle strutture biomediche; adattabili perché, a differenza di quello che si potrebbe a tutta prima pensare, si tratta di tradizioni terapeutiche che non sono fisse e immutabili, ma permeabili al cambiamento e adattabili al mutare dei contesti; compatibili, infine, proprio perché condividono con le popolazioni lo stesso orizzonte culturale e lo stesso idioma rispetto ai processi di salute e malattia. Certo queste proposizioni appaiono, agli occhi di un antropologo, fin troppo ottimistiche e decisamente semplicistiche, perché non tengono conto della complessità delle dinamiche culturali in atto, né delle relazioni di potere interne al campo delle terapie attraverso cui la biomedicina e le medicine tradizionali si posizionano e, per molti versi, si costruiscono (Schirripa, 2005).

Questi appena citati non sono che alcuni dei fattori che hanno favorito il radicale mutamento di atteggiamento nei confronti delle medicine tradizionali. In tale processo le aspettative politiche degli idealisti occidentali si sono trovate fianco a fianco con i cinici calcoli della casa farmaceutiche, con le convenienze politiche dei governi e dei burocrati africani e con le genuine aspettative di molti intellettuali africani in una composita e varia “coalizione” che, con una buona dose di ironia, Last (1986: 1) riassume così:

I governi (uomini di partito, burocrati e militari) che hanno la necessità di tagliare le spese e di mantenere l'appoggio popolare; l'OMS (o una parte al suo interno) che spinge su questi governi con idee e pressioni internazionali; gli psichiatri intrigati in soluzioni ai problemi dei pazienti di culture differenti e i farmacologi alla ricerca di nuovi composti; gli idealisti che cercano di sviluppare una medicina veramente nazionale e gli scettici disgustati dalla professione medica, dalle sue rivendicazioni e dalle sue compagnie farmaceutiche; i radicali di varie convinzioni, che sostengono per esempio la campagna contro la città o i “popolani” contro la borghesia; o i realisti i quali sottolineano semplicemente che in effetti la “medicina di base” è già, di fatto, quasi per intero surrogata dalla medicina tradizionale e che in ogni caso vorrebbero veder riconosciute per il loro effettivo valore le conoscenze e le capacità indigene.

A questa lista, non senza ragione, Green (1988: 1125) aggiunge «un buon numero di antropologi occidentali, i professionisti della sanità pubblica e studiosi assortiti».

Questa composita coalizione dà il senso di quali siano le contraddittorie spinte che stanno alla base del processo di legittimazione. Comunque quello qui brevemente delineato, è il contesto in cui bisogna collocare quegli interventi di cooperazione cui si faceva riferimento più sopra. Nelle prossime pagine, per rendere più chiaro il senso del discorso che si sta qui facendo, accenno sinteticamente ad alcuni caratteri delle medicine tradizionali che si ritrovano in Ghana. Successivamente, anche attraverso l'analisi di un progetto specifico, sottolineo alcune delle aporie che più spesso si riscontrano nei tentativi di collaborazione tra biomedicina e medicine tradizionali.

Un ulteriore e importante problema dei progetti di integrazione risiede proprio nella definizione della controparte, cioè dei guaritori tradizionali con cui interagire. Questo per motivi diversi. Innanzitutto spesso vi è un atteggiamento di chiusura da parte dei medici di formazione occidentale (Green, 1988: 1126), i quali spesso giudicano la loro pratica incompatibile con quella dei guaritori. È bene comunque render subito conto di una differenza su cui spesso si insiste. In genere i medici di formazione occidentale si dicono disposti a lavorare con gli erbalisti, intendendo con questo termine quel tipo di terapeuti tradizionali che operano attraverso manipolazioni del corpo o medicinali ricavati da sostanze vegetali, mentre hanno molte più difficoltà ad accettare una collaborazione con i sacerdoti (spesso noti come *priest-bealers* o *fetish-priests*), cioè quei terapeuti tradizionali che agiscono in stato di possessione. La preferenza che viene accordata ai primi da parte dei medici di formazione occidentale è giustificata con il fatto che i metodi degli erbalisti sarebbero comunque sottoponibili ad un controllo di tipo scientifico, tanto sul genere di sostanze usate quanto sulla somministrazione delle stesse (Anyinam, 1987: 807-808). È lecito sospettare che tale atteggiamento sia dettato dalla volontà di mantenere comunque un controllo sulla loro attività. Avo-

care a sé e agli strumenti del proprio sapere la valutazione dell'efficacia di una pratica "altra" è quanto mai arduo. Si pone infatti il problema del come e del cosa valutare, con quali criteri. Non a caso Lionetti (1993), partendo dall'esperienza di Bandiagara, e sottoponendo a dura critica il pregiudizio biomedico che vuole che la valutazione della medicina tradizionale sia fatta a partire da criteri scientifici occidentali, propone che si consideri la valutazione come un processo aperto in cui siano messi in gioco valutatore e valutato.

Il problema della valutazione non è l'unico che si pone. C'è da dire infatti che la stessa suddivisione tra una medicina tradizionale di carattere più erbalistico ed una invece più embriata nel soprannaturale, benché spesso accettata forse un po' acriticamente anche nella letteratura etnografica, è spesso artificiosa. Poiché la medicina tradizionale non presenta i caratteri di un sistema⁵, propri invece della biomedicina, i confini tra i suoi ambiti sono quanto mai fluidi e mutevoli. In realtà spesso i singoli guaritori si muovono tra questi due ambiti, ricorrendo a seconda dei casi a pratiche erbalistiche o all'aiuto degli spiriti. In ogni caso le pratiche di tipo erbalistico condividono lo stesso sistema simbolico di quelle spirituali, ed è dunque difficile isolarne gli aspetti riducibili ad un'analisi scientifica, ammesso che ciò sia lecito, senza mutilare l'orizzonte di senso in cui esse si muovono.

Non bisogna infine dimenticare che le difficoltà dei medici di formazione occidentale a collaborare con i terapeuti tradizionali nascono anche dalla volontà di mantenere, almeno a livello di riconoscimento ufficiale, l'esclusività nel campo delle terapie. La legittimazione ufficiale dei terapeuti significherebbe infatti per i medici di formazione occidentale l'ulteriore rafforzamento di un concorrente già temibile. Si affacciano dunque dietro tale atteggiamento motivazioni di potere e di carattere economico.

Anche da parte dei guaritori tradizionali vi sono comunque molto spesso difficoltà ad accettare la collaborazione con i medici di formazione occidentale. Esse nella maggior parte dei casi nascono dal rifiuto del guaritore stesso di accettare il ruolo subalterno

che gli si vuole imporre. In effetti in molti casi la sua figura viene vista come un surrogato di quella dell'infermiere, utile in quanto vi è una forte carenza di personale (Bibeau, 1979; MacCormak, 1981).

I processi di salute e malattia in Africa occidentale

È sempre complesso per un antropologo tentare un discorso generale su una vasta area. Siamo fin troppo abituati a render conto delle differenze che caratterizzano piccoli pezzi di mondo, per poter poi procedere a generalizzazioni su scala regionale o addirittura più ampia. Però ritengo che per molti versi, e se ci si concentra su di un'area che storicamente ha conosciuto scambi continui di merci e genti, è possibile rintracciare degli elementi comuni che permettano di costruire, sia pur in linee generali, un quadro unitario.

Voglio dire che la pluralità di saperi e di tradizioni terapeutiche non impedisce di poter ritrovare dei principi costitutivi, delle forme ideologiche e delle tecniche terapeutiche largamente condivise che permettono dunque di trattare il tema in maniera unitaria. Ciò anche in presenza di una pluralità di culture, che comunque sono legate tra loro da un fitto reticolo di scambi e dialoghi che, come ci dicono gli storici, si dipana da secoli.

Del resto proprio Warren (1996), a proposito del quale tornerò in seguito, descrivendo il contesto della sua ricerca a Techiman nel Brong-Ahafo (una regione del Ghana) sottolinea quanto sia complesso e plurale il panorama della medicina tradizionale:

La mia ricerca ha mostrato come lo stereotipo dei guaritori tradizionali come individui che vivono in comunità chiuse e al di fuori di influenza esterne, si dimostra fallace. A Techiman molti dei guaritori locali hanno studiato con guaritori di altre regioni del Ghana o anche di altri paesi dell'Africa occidentale. Si possono anche trovare a Techiman apprendisti che vengono da altre regioni, così come alcuni da altri gruppi etnici. Le comunicazioni entro

le varie categorie di guaritori erano ampiamente diffuse, e le informazioni erano disseminate entro le loro reti intra e inter-etniche (Warren, 1996: x).

Uno dei tratti comuni che permette di riunire diverse tradizioni terapeutiche è l'ideologia della malattia. È ormai un fatto accettato, negli studi sulle medicine tradizionali, che la concezione della malattia differisce in maniera sostanziale da quella che si ritrova nella biomedicina. Che si faccia riferimento a sistemi governati da categorie "personalistiche", nei quali cioè la malattia è dovuta ad un intervento attivo di un agente umano (stregone, fattucchiere) o soprannaturale (spirito, dio, antenato); o invece governati da categorie "naturalistiche", nei quali la malattia è imputata ad un disequilibrio delle forze che regolano il corpo e l'universo (caldo/freddo, *yin/yang*), per usare una non troppo convincente dicotomia di Foster⁶; la malattia presso gran parte dei popoli non occidentali non si presenta mai come un evento fortuito. Di più, essa è il segno di qualcosa d'altro cioè di un incrinarsi di un ben più profondo equilibrio che trascende l'individuo e che investe la società o il cosmo. Per usare una felice espressione di Augé (1986 [1983]: 33) «i sistemi di interpretazione gestiti all'occasione da specialisti ma in linea di massima conosciuti, o quanto meno riconosciuti, da tutti fanno di ogni disordine biologico il sintomo di un disordine sociale».

Tale concezione, per quel che riguarda lo specifico del Ghana, è stata già ampiamente descritta⁷. Lanternari soprattutto ha posto l'accento ripetutamente su come non sia possibile scindere la malattia, evento concepito sempre in maniera *causale* e mai casuale, da un più vasto mondo dei valori, intesi come i concetti cardine su cui si poggia l'esistenza della società. La malattia anche per il noto studioso italiano non può dunque essere compresa al di fuori di questo più ampio contesto. Essa rimanda a qualcosa d'altro, ed è su ciò che gli specialisti interpellati dovranno intervenire.

In breve, la spiegazione del male risiede, in molti casi, in precise cause di ordine "morale", che il più delle volte coinvolgono la responsabilità della vittima o del suo parentado. Essa è vista come

l'effetto di una colpa dell'individuo o di un membro del suo gruppo parentale che ha infranto il giusto codice di comportamento sociale o ha omesso di tributare le offerte in onore degli antenati e degli spiriti (infrangendo così il corretto comportamento religioso). Altre cause dell'insorgere del male sono considerate uno stato di tensione nei rapporti sociali dell'individuo, o l'azione malefica di una strega o di un fattucchiere (si noterà come anche in questi casi si fa riferimento a comportamenti antisociali o ad una situazione di tensione che può influire negativamente sull'equilibrio della comunità).

Oltre ai fattucchieri ed alle streghe, gli agenti che possono causare l'insorgere della malattia sono gli dèi e gli antenati; essi intervengono ogni qual volta sia violato l'ordine tradizionale. In altre parole ogni volta che viene trasgredita una norma di comportamento o infranto un tabù, puniscono il responsabile possedendolo e rendendolo in tal modo malato. Da questo punto di vista essi fungono da elementi che garantiscono il rispetto dei valori e dell'ordine da parte della comunità⁸.

Di norma è compito del guaritore interpellato comprendere dove risieda la causa della malattia, cosa che egli farà attraverso la divinazione o interpellando gli dèi che lo possiedono. Il momento di individuazione della causa, che vede in genere presenti oltre al paziente alcuni membri del suo gruppo familiare, è fondamentale per il buon esito della terapia. Infatti non scoprendo la causa profonda, cioè la colpa o l'attacco stregonico che sta alla base del disagio del paziente, ben poco risolutive saranno le cure. A volte la seduta divinatoria assume proprio l'andamento di un colloquio in cui il guaritore si informa di come si sia manifestata la malattia, di quali eventi siano di recente avvenuti nella famiglia, di eventuali situazioni di tensione che potrebbero giustificare un attacco da parte di una strega o di un fattucchiere. L'esposizione minuziosa dei fatti, le risposte alle domande continue del guaritore, che ricevono via via conferma o smentita dal procedere della divinazione, permettono a poco a poco di isolare un evento, un fatto o molto più spesso un orizzonte di tensioni inesprese dentro il gruppo, che assu-

me i contorni minacciosi di un attacco stregonico; a quel punto il terapeuta è pronto per la sua interpretazione. La malattia è da imputarsi a questo o quest'altro evento. Lì inizierà il suo paziente lavoro di ricucitura di una comunicazione interrotta con gli antenati o di ripianamento di tensioni. Lavoro lungo e complesso che presenta molteplici fasi e che mai è uguale a se stesso. A volte sarà necessario sacrificare alcuni animali, fatto che può tradursi anche in un costo molto elevato per la famiglia; altre il paziente dovrà sottoporsi ad una serie di rituali atti a scacciare le influenze negative di un attacco stregonico. Ma nei casi più resistenti, molto spesso quelli dovuti ad un dio che si ostina pervicacemente a molestare la sua vittima rendendola malata, si interverrà con rituali atti ad esorcizzarlo, o frequentemente volti a rappacificarlo con la sua vittima. In quest'ultimo caso essa inizierà un'esperienza personale di convivenza con il dio, ed i segni della malattia verranno letti allora come segni di una vocazione, che la porterà ad intraprendere a sua volta la carriera di sacerdote-guaritore.

Il cammino verso la guarigione è comunque sempre molto lungo e complesso. Si richiederanno diversi interventi da parte del guaritore. Del resto anch'egli nell'evolversi del caso potrà dare nuove interpretazioni, dirigere la cura verso nuove strade. Poiché la diagnosi, se pur tale nome può bastare a spiegare la seduta divinatoria, non è mai definitiva e «la malattia si svela nel corso della lotta con il terapeuta, che deve saperla stanare, smascherare, sopportare e vincere» (Coppo, 1994: 42).

Intraprendere la cura può significare per il paziente ripetute visite al *compound* del guaritore, molto più spesso soggiornare lì, sovente in compagnia di un familiare, fino a quando non si è decisamente intrapresa la strada della guarigione. Il soggiorno è reso necessario dalla continuità di cure cui il paziente deve essere sottoposto, o anche dalla volontà del guaritore di controllare che il suo paziente esegua esattamente le sue istruzioni di cura. Istruzioni di cura che, a loro volta, non sono quasi mai le stesse. Ogni guaritore ha sue precipue tecniche, ed ogni patologia può richiedere forme differenti di intervento.

Questioni di spazio mi costringono a sintetizzare la complessità di queste tradizioni terapeutiche, ma soprattutto a darne un quadro che, complice anche l'uso del presente etnografico, non dà il senso di quanto queste siano fluide e in continua trasformazione. Fluide perché i loro confini sono sfumati e difficilmente definibili una volta per tutte; in continua trasformazione perché, come si è già accennato, lungi dall'essere tradizioni fisse e immutabili legate magari a una improbabile arcaicità – spesso più presente nella mente di chi osserva che nelle concrete situazioni che si vanno a osservare – esse invece accolgono al loro interno elementi provenienti dall'esterno e hanno una forte plasmabilità. Come pensare infatti queste medicine tradizionali senza far riferimento al lungo confronto che hanno avuto e tuttora hanno con la biomedicina? Dal momento della penetrazione coloniale – e per certi versi prima grazie all'azione dei missionari – le strutture mediche occidentali si sono imposte nel paese, con il loro bagaglio tecnologico ma soprattutto con la propria prospettiva, che dalla rivoluzione pasteuriana in poi è quella che sinteticamente possiamo definire biomedica. In oltre cento anni, la medicina tradizionale si è definita, e ovviamente è anche mutata, proprio in relazione alla biomedicina.

Le due tradizioni terapeutiche – quella biomedica e quelle locali – in queste zone non si sono meramente sviluppate fianco a fianco; ci sono aree di contatto, sincretismi di cui occorre dar conto. Il rischio maggiore è quello di tentare di fornire una sistematizzazione precisa che non dia a pieno il senso dei confini sfumati e fluidi tra una tradizione e l'altra, delle zone di interpenetrazione e di influenza reciproca. Infine vi è il rischio, quanto mai concreto, che una tale rappresentazione non riesca – se il suo obiettivo tende ad essere quello tassonomico della classificazione delle diverse concezioni – a dare il senso dei rapporti reciproci e delle linee di forza, delle pratiche egemoniche e di resistenza che tali rapporti hanno modellato.

Delineato, sia pur a grandi linee, l'orizzonte di senso entro cui le pratiche terapeutiche dette tradizionali prendono forma, si può tor-

nare al rapporto tra le due forme di terapie. Nel prossimo paragrafo mi concentrerò, anche se non in maniera esclusiva, proprio su una esperienza di collaborazione che ha avuto luogo in Ghana.

White man's things?

In Ghana la politica di attenzione verso le forme terapeutiche locali ha una lunga tradizione. Subito dopo l'indipendenza⁹ l'allora presidente Kwame Nkrumah attuò una politica tesa alla rivalutazione ed alla rivitalizzazione della cultura, dell'arte e della medicina africana, alla cui base «vi era la conscia richiesta di un modo africano di fare le cose che distinguesse l'africano dall'europeo» (Twumasi e Warren, 1986: 122). Ciò nasceva dal fatto che il Ghana, da semplice unità amministrativa dell'epoca coloniale che governava su popoli affatto differenti e spesso competitivi, era diventato uno Stato. Vi era dunque la necessità di creare una coscienza ed un'identità nazionali come fondamento di un sentimento di unità tra i differenti popoli del paese, nella comune opposizione al colonizzatore europeo. Da qui la necessità di "inventare" un modo supertribale, africano, in opposizione al modo europeo.

Per quel che riguarda l'argomento di pertinenza di questo saggio, la politica di Nkrumah si concretò nella creazione di una società il cui scopo era quello di riunire tutti i guaritori tradizionali, sia erbalisti che spirituali, del paese (*Ghana Psychic and Traditional Healers Association*). Nel 1974 il generale Acheampong, per molti versi continuatore della politica di Nkrumah, diede vita al *Centre for Scientific Research into Plant Medicine*, il cui obiettivo principale era lo studio scientifico dei rimedi erbalistici usati dai guaritori, per isolarne gli eventuali principi attivi allo scopo di attivare la produzione industriale di farmaci che da quei rimedi si potevano ricavare (Twumasi e Warren, 1986; Schirripa, 1993). Benché queste iniziative esprimessero un genuino interesse verso i saperi tradizionali dei popoli del Ghana, vi si poteva scorgere anche una motivazione squisitamente politica: la creazione di una coscienza naziona-

le. In tal senso la medicina tradizionale ha funzionato da operatore simbolico; come richiamo ai saperi più propri, all'orgoglio delle proprie radici contro la cultura imposta dal colonizzatore (e più tardi dallo straniero europeo), alla riscoperta dei propri valori e delle proprie tecniche, all'unità dei popoli neri contro il potere dell'europeo. Sono questi i messaggi che veicola, in Ghana come in molti altri paesi africani, il recupero recentemente valorizzato della medicina tradizionale. Va da sé che in tal modo il propugnatore del riconoscimento ufficiale della medicina tradizionale, diventando di fatto il difensore dei *veri* valori africani e della tradizione, acquista una nuova legittimità.

È questo il contesto in cui vanno collocati i progetti di integrazione tra le diverse medicine, spesso portati avanti da agenzie internazionali e organizzazioni non governative. Tali progetti hanno spesso incontrato molte difficoltà nella loro realizzazione. A volte è stata proprio l'idea stessa della cooperazione ad essere stata osteggiata, dal personale biomedico così come dagli stessi operatori tradizionali. Di certo hanno avuto un maggior sviluppo i progetti in cui erano coinvolte, spesso in maniera esclusiva, le levatrici tradizionali (Pilsbury, 1979). Anche in Ghana si assiste a un processo del genere: nel 1970 viene inaugurato il *Danfa Comprehensive Rural Health Project*, che era basato proprio sulla formazione delle levatrici tradizionali con l'obiettivo di assicurare una maggiore protezione igienico-sanitaria alla madre e al nascituro.

Pur se con una diffusione minore, comunque, ritroviamo in questo paese diversi progetti che avevano invece come punto focale lo sviluppo delle forme di collaborazione tra guaritori tradizionali e sistema sanitario. Vorrei, proprio per meglio mettere in luce quelle potenzialità, rischi e aporie cui si accennava alla fine dello scorso paragrafo, descrivere brevemente l'esperienza del primo di questi progetti: il *Primary Health Care Training for Indigenous Healers Programme* (PRHETIH), che ebbe luogo, a partire dal 1979, a Techiman, nella regione del Brong-Ahafo. Il programma prevedeva una formazione per i guaritori tradizionali incentrata sulla preparazione e conservazione delle erbe mediche che rispettasse norme igieniche di base.

Inoltre si fornivano agli stessi guaritori nozioni base che permettesero loro di riconoscere – dal punto di vista della nosologia biomedica – alcune delle patologie più diffuse nel territorio (si andava dalla diarrea infantile, alle convulsioni e al morbillo), fornendo inoltre elementi di primo soccorso atti a rendere possibile un primo intervento. I guaritori inoltre erano edotti della necessità di inviare al più vicino centro medico i casi più gravi e infine erano anche forniti loro elementi di pianificazione familiare.

Il programma finì nel 1988; fino a quel momento furono formati più di 120 guaritori. Venne poi ripreso nel 1990 ma con obiettivi meno ambiziosi: di fatto si limitò a fornire ai guaritori alcuni elementi di primo soccorso e di medicina di base.

Come tracciare il bilancio di quell'esperienza? L'obiettivo era chiaro, almeno nelle intenzioni di uno dei suoi principali animatori, D.M. Warren: a partire da un sostanziale mutuo rispetto delle due forme terapeutiche, incentivare la loro collaborazione per incrementare lo stato di salute della popolazione. Si è visto come tale obiettivo si sia tradotto nella pratica: ai guaritori tradizionali furono fornite una serie di nozioni biomediche di base, sia di carattere igienico che sanitario, con l'obiettivo da una parte di rendere più sicure le loro pratiche, dall'altra – attraverso l'incentivazione della collaborazione – fare in modo che i casi più gravi potessero essere inviati al presidio biomedico più vicino.

Qualche anno più tardi un antropologo olandese, Peter Venetvogel (1996), svolgendo una ricerca a Techiman traccia un bilancio di quel che è rimasto di quell'esperienza. Lo stesso titolo del libro dell'antropologo olandese mostra quanto egli sia critico sui risultati ottenuti: *White man's things*. I contenuti del corso erano considerati dai guaritori da lui intervistati non come nozioni da applicare ma, appunto, come “cose dell'uomo bianco”, sottolineando dunque una distanza, se non una incompatibilità di fatto, tra le due tradizioni di sapere.

Un primo accenno critico deve riguardare proprio lo scambio di saperi: il programma prevedeva che ai guaritori tradizionali fossero fornite nozioni di biomedicina, ma non, al contrario, che gli

operatori biomedici acquisissero informazioni sulle pratiche tradizionali e sul loro orizzonte di senso. Inoltre il programma si basava su un'idea che si è mostrata illusoria: che bastasse fornire elementi di biomedicina per cambiare la pratica di intervento dei guaritori. Non si è tenuto conto, insomma, che questa è imbricata in un preciso orizzonte di senso, e che discende da peculiari idee rispetto ai processi di salute e malattia. In breve, a dispetto degli interventi di formazione, lo studio di Ventevogel dimostra come i guaritori continuano ad applicare le loro pratiche senza tener conto delle eziologie e delle pratiche biomediche: delle cose dell'uomo bianco, appunto. È in questa distanza, e nella scarsa considerazione delle pratiche tradizionali come parte di un più ampio sistema di riferimento, che si misurano i limiti di intervento di quel progetto.

Occorre pertanto tracciare un bilancio negativo di questa esperienza, che del resto ricalca molte altre? Sicuramente occorre tener presente i limiti denunciati in modo da programmare interventi di cooperazione sanitaria che siano più efficaci. Che riescano insomma a tener conto del fatto che le pratiche terapeutiche tradizionali vanno viste entro il loro complesso orizzonte di senso. Che lo scambio per essere proficuo deve essere pensato su un orizzonte paritario e non solo come passaggio di nozioni a senso unico. Inoltre tali interventi devono tener conto di un più ampio contesto, e quindi non possono prescindere da un'analisi delle pratiche terapeutiche nella loro complessità così come dalle dinamiche di scambio e dai sincretismi, e ancor di più dalle relazioni di potere e di resistenza entro il campo delle terapie.

Ma c'è uno spazio per pensare a una possibile e proficua collaborazione? Parlando del comportamento dei pazienti scrive Ventevogel:

Gli abitanti [...], indipendentemente dalla loro età, sesso o inclinazione religiosa dicono di utilizzare sia i servizi di medicina occidentale che quelli tradizionali. La gente distingue tra malattie che possono essere curate con le terapie tradizionali da quelle che sono meglio trattate dalle istituzioni bio-

mediche. Le malattie sono quindi prese in carico in due “circuiti” di cura: il sistema biomedico ufficiale e il sistema tradizionale dei guaritori che usano principalmente rimedi locali. I pazienti fanno riferimento a differenti tipi di sintomi e disturbi quando utilizzano uno dei due sistemi. Tutte le due forme di medicina classificano i disturbi a partire dalle diagnosi loro proprie, basate su differenti eziologie, e applicano terapie diverse (1996: 117).

È possibile osservare un’integrazione tra sistemi di cura solo se ci rivolgiamo alla prospettiva dei pazienti, e quindi solo se osserviamo le pratiche concrete, i comportamenti che informano la ricerca della cura e della salute. A partire da essi possiamo osservare che l’integrazione è già presente.

Come sottolinea van der Geest (2000: 63-64): «coloro che usufruiscono dell’assistenza sanitaria sono convinti di aver già raggiunto una “integrazione” delle tradizioni mediche. Hanno precise opinioni su quale medico sia in grado di curare quella malattia. Nella loro mente esiste un complesso “sistema di riferimenti” tra le varie istituzioni mediche». Perché, dunque, nella programmazione degli interventi di cooperazione sanitaria non partire da qui?

Note

¹ Per una presentazione generale della conferenza di Alma Ata si veda l'intervento di Bodini e Martino in questo stesso volume.

² È il caso, ad esempio, della Cina, dove la politica di rivalutazione della medicina tradizionale inizia negli anni cinquanta. È interessante sottolineare come tale politica trasforma la stessa medicina tradizionale, almeno quella soggetta al processo di istituzionalizzazione, purgandola dei suoi elementi sovranaturali. Si tratta di un processo che, per molti versi, si ritroverà pure nelle esperienze degli ultimi decenni, cfr. Bibeau, 2000.

³ So che l'espressione "Terzo Mondo" non riscuote molto favore, ed è da molti considerata etnocentrica, contenendo a loro parere un implicito giudizio sulla supremazia del Primo mondo, cioè il nostro. A mio avviso invece è un'espressione molto più corretta di altre, ad esempio: "Paesi in Via di Sviluppo". Mi pare inoltre che l'espressione Terzo Mondo, nella sua crudezza, richiami un dato mai ineludibile: quello della ineguale distribuzione delle risorse e delle ricchezze tra un primo mondo, il nostro, e un Terzo, il cui tratto distintivo è la povertà e la spoliazione delle risorse cui è soggetto.

⁴ Va però precisato che nelle aree urbane, proprio perché più ricche, si concentra ogni tipo di risorsa sanitaria, e non solo la biomedicina. Nelle città infatti si può ritrovare una presenza numericamente molto significativa di guaritori tradizionali e certamente un'offerta maggiore dei loro servizi. È quanto ad esempio sottolinea Anyinam (1991) rispetto a Kumasi, seconda città del Ghana.

⁵ Last (1986) a ragione sostiene infatti che i criteri che permettono ad un insieme di pratiche terapeutiche di essere percepite come sistema dai pazienti e dai suoi "professionisti" sono essenzialmente: «a) L'esistenza di un gruppo di professionisti che, tutti, aderiscono in modo chiaro ad un comune e consistente corpo di teorie e che basano la loro pratica su una logica che deriva da quelle teorie. b) I pazienti riconoscono l'esistenza di questo gruppo di professionisti e di un consistente corpo di teorie e, benché essi non siano in grado di dar conto delle teorie, ne accettano la loro logica come valida. c) La teoria è in grado di spiegare e trattare la maggior parte delle malattie di cui la gente fa esperienza» (p. 389). Tali caratteristiche, che sono facilmente riscontrabili nella biomedicina, raramente si ritrovano nella medicina tradizionale.

⁶ Foster (1976). Analoghe posizioni si ritrovano in Murdock, Wilson e Frederick (1978). In realtà tale dicotomia appare poco utile in quanto, tentando di stabilire delle macro categorie in cui possano trovar posto le differenti concezioni eziologiche, di fatto tende ad oscurare la complessità delle ideologie tradizionali della malattia; inoltre è ben difficile pensare forme terapeutiche governate da una soltanto di queste due logiche, spesso infatti entro le differenti concezioni della malattia (quando non l'eziologia di uno stesso "evento malattia") sono governate allo stesso tempo da concezioni naturalistiche e personalistiche, rendendo con ciò tale distinzione euristicamente poco spendibile. Per una critica puntuale all'impostazione di Foster si veda tra gli altri Augé (1986 [1983]).

⁷ Lanternari (1988; 1994); Appiah-Kubi (1981).

⁸ Una tale funzione potrebbe far rientrare il culto degli antenati in quei culti che Lewis (1987) classifica come "culti centrali a carattere morale", in cui prevale la funzione degli enti sovranaturali come custodi e garanti del buon ordine della società.

⁹ Il Ghana raggiunge l'indipendenza nel 1957.

Distanze e divergenze tra politiche globali della salute e pratiche locali: il caso del Ghana e dell'Uganda

di *Elisa Vasconi*

Partendo da un'analisi del discorso delle politiche internazionali della salute, questo capitolo si propone di mostrare l'esistenza di un gap tra i programmi sanitari promossi a livello sovranazionale e nazionale e la diffusione dell'assistenza sanitaria nei singoli contesti rurali. I dati etnografici e politici raccolti durante la ricerca sul campo, tuttora in fieri in due contesti dell'Africa sub-sahariana¹, inducono a riflettere sulle retoriche delle politiche globali, sulla loro promozione nelle diverse entità statali e sulle pratiche che nel campo della salute mettono in atto i soggetti dinanzi alle risorse terapeutiche offerte dal contesto sociale. Tale indagine sarà peraltro arricchita da un'osservazione storica e strutturale del sistema sanitario² del Ghana e dell'Uganda, con una prevalente attenzione al ruolo delle politiche internazionali, alla seguente promozione dei processi di democratizzazione e di estensione del diritto sanitario ed infine allo sviluppo della decentralizzazione delle istituzioni mediche in due distretti: il *Jomoro District*, nel Ghana, e *Moroto District*, in Uganda.

Ritengo rilevante sottolineare come una ricerca di carattere antropologico nel contesto della Sanità Pubblica implichi l'impiego di un'analisi non esclusivamente correlata all'antropologia medica. Porre lo sguardo sulle politiche sanitarie e sulla gestione politico-istituzionale della salute induce a sviluppare un approccio interdisciplinare in cui affiorano elementi e strumenti analitici relativi all'antropologia medica, politica e delle istituzioni. Si viene pertanto a configurare un'antropologia politica dei sistemi sanitari, le cui riflessioni non si delineano solamente intorno all'esperienza del corpo, della salute e della malattia in quanto costruzioni e rappre-

sentazioni culturali, ma anche alla coniugazione di queste ultime con i processi politici ed istituzionali.

L'esperienza etnografica e le relative riflessioni mi hanno indotta ad evidenziare la correlazione tra la politica e la salute ed in particolar modo la notevole rilevanza del binomio stato-salute. Lo stato interpreta un ruolo fondamentale nella sanità pubblica in quanto influenza e condiziona la definizione del diritto e del concetto di salute pubblica³. Il punto di osservazione che qui propongo, caratterizzato dall'analisi politica dei sistemi sanitari e del cosiddetto "spazio politico" del concetto di salute⁴, contribuisce alla qualificazione e all'interpretazione politica di quest'ultima. Ma cosa si intende per declinazione ed osservazione politica della salute? È indispensabile a questo punto dichiarare il valore semantico del termine politico e l'accezione con cui verrà impiegato in queste pagine. Possono essere identificate due differenti relazioni tra la salute e la politica correlate a due divergenti tipologie di analisi e di osservazione di tali dinamiche. Le due accezioni del "politico" nel contesto sanitario fanno riferimento alla salute come oggetto di specifiche politiche e alla salute come oggetto politico (Fassin, 1987; 1992). La prima definizione rimanda alla programmazione delle misure sanitarie, dei budget e delle politiche nazionali ed internazionali. La seconda accezione, invece, evidenzia come la salute e la malattia siano esse stesse oggetti politici. Le interpretazioni dei processi di salute e malattia, le pratiche terapeutiche, le modalità con cui gli individui tentano di riacquistare lo stato di salute, le rappresentazioni del disagio e le sue eziologie rivelano giochi sociali in cui si dispiegano rapporti di forza e di potere. La salute emerge così come il prodotto, in continuo cambiamento, delle lotte che i diversi soggetti agenti nel campo sociale mettono in atto⁵. Queste due differenti definizioni sono peraltro correlate in quanto, nonostante in una prima fase dell'indagine etnografica l'attenzione del ricercatore sia prevalentemente rivolta alle politiche sanitarie, l'osservazione di queste ultime non può prescindere dall'analisi delle relazioni e dei rapporti di forza e di potere che si vengono ad istituire nel campo della salute.

Il ruolo degli enti internazionali: l'Organizzazione Mondiale della Sanità e la Banca Mondiale

L'esperienza etnografica nelle due realtà africane mi ha indotta a porre l'attenzione sulla conduzione e sulla direzione globale della salute, in quanto gli enti internazionali influiscono, condizionano e dominano la gestione politico-sanitaria dei singoli ambiti statali. Gli organismi sovranazionali hanno ricoperto e tuttora interpretano nella sanità pubblica un ruolo assolutamente rilevante tanto da influenzare e determinare in molti contesti dell'Africa subsahariana una condivisa svolta politica negli anni novanta. I due enti che sembrano sistematicamente intrattenere rapporti e supportare tecnicamente e finanziariamente i singoli *Ministry of Health* sono l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e la Banca Mondiale.

L'OMS sin dalla sua nascita ricopre un ruolo di estrema rilevanza nella Sanità internazionale e nella gestione della Salute Pubblica. Nell'atto costitutivo del 1948 promuove una nuova definizione del concetto di salute, definita e percepita non solo in quanto dimensione biologica bensì in quanto "stato di benessere fisico, psichico e sociale". Nel 1978 organizza una rilevante assemblea mondiale, tenutasi ad Alma Ata⁶, in cui accredita un nuovo orientamento delle politiche sanitarie: la lotta contro le malattie deve iscriversi nella tensione verso uno "stato di salute positivo", considerato un fenomeno "multidimensionale" che necessariamente sollecita un approccio "multidisciplinare". Tale conferenza ha assunto una rilevanza epocale grazie alla promozione della strategia globale definita come la *Health for all by the year 2000* e i progetti di *Primary Health Care*⁷, a cui sono correlate le politiche di legittimazione e di riconoscimento della medicina tradizionale (WHO 1978). L'OMS raccomanda ai paesi membri di promuovere e favorire, soprattutto nel cosiddetto Terzo mondo, l'uso della medicina autoctona nell'attuazione di programmi sanitari e la sua interazione con la biomedicina (WHO, 1978)⁸, tanto che ancora oggi supporta i Ministeri della Sanità ghanese ed ugandese nella promozione di poli-

tiche di professionalizzazione delle risorse terapeutiche indigene. Inoltre, dalla fine degli anni ottanta esalta notevolmente la partecipazione della comunità⁹ e della cosiddetta società civile nei programmi sovranazionali, valorizzando il decentramento sanitario ed il ruolo dei distretti in quanto agenti primari nelle politiche sanitarie nazionali. Il distretto è identificato come il livello più appropriato per coordinare i diversi progetti e per coinvolgere la comunità nella messa in pratica degli stessi.

Il contatto diretto con la comunità facilita la comprensione dei suoi problemi. È a livello di distretto che i membri del team possono seguire in maniera sistematica il processo di identificazione dei problemi, la messa in atto delle soluzioni e la loro valutazione. Il problema viene identificato con chiarezza, le sue cause definite e i dati raccolti vengono documentati dal manager (WHO, 1988).

Dalla metà degli anni novanta la Banca Mondiale inizia ad interpretare un ruolo rilevante nell'ambito sanitario internazionale anche a causa dei fallimenti dell'OMS, relativi al mancato raggiungimento dell'estensione globale della salute, all'indebolimento della sua funzione guida nella definizione delle politiche, ed in particolar modo alla mancata promozione di strategie internazionali concernenti il cambiamento della politica economica e finanziaria del sistema sanitario (Zwi, 2000). La Banca Mondiale si è così introdotta nell'agenda del settore sanitario internazionale con il *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform*, un primo documento redatto nel 1987, ed ha in seguito consolidato il proprio ruolo con la pubblicazione nel 1993 del *World Development Report: Investing in Health*, testo che ha notevolmente modificato la gestione della Sanità nei Paesi in Via di Sviluppo. È un trattato in cui viene proposto un cambiamento nella gestione dell'intero sistema sanitario attraverso l'inaugurazione di una stretta collaborazione tra il settore pubblico e privato e l'applicazione di nuove strategie economiche, funzionali nel garantire degli introiti ed il sostentamento del sistema sanitario nazionale (Hill, 2002; Baru

e Jessani, 2000). Le strategie medico-finanziarie indicate fanno prevalentemente riferimento all'introduzione delle *user fees* e della *National Health Insurance*¹⁰ come modalità di sostentamento finanziario della sanità, le quali implementano un decentramento sanitario per cui da tempo la Banca Mondiale supporta tecnicamente e finanziariamente il *Ministry of Health* ghanese ed ugandese. L'ingresso della Banca Mondiale nella Sanità internazionale e le proposte sovra citate sono inoltre conseguenti ai risultati estremamente negativi dei programmi di aggiustamento strutturale¹¹ degli anni ottanta, i cui disastrosi impatti sono stati criticati da numerose agenzie internazionali (Hill, 2002; Collier, 2009 [2007]). Il fallimento dei piani e delle politiche macroeconomiche hanno pertanto indotto la Banca Mondiale ad un cambio di rotta, transitando dalla promozione della privatizzazione ad una collaborazione tra settore pubblico e privato e, dunque, ad un nuovo ruolo dello stato nel settore sanitario.

Peraltro negli ultimi anni la relazione tra gli enti sovranazionali e le singole realtà nazionali si è ulteriormente intensificata. Nel 2005 a Ginevra è stato istituito il *Providing for Health*, un nuovo gruppo costituito dalla Banca Mondiale, dall'OMS, dall'Organizzazione Internazionale del Lavoro, dalla cooperazione tedesca, francese e norvegese, che agisce a livello internazionale assistendo direttamente con meeting ed incontri periodici i rappresentanti del Ministero della Sanità dei diversi Paesi in Via di Sviluppo, al fine di supportare e garantire la promozione di un sistema finanziario sostenibile relativo principalmente all'introduzione della *National Health Insurance*.

Il Ghana e l'Uganda: due contesti a confronto

Il Ghana e l'Uganda sono due paesi in cui emergono notevoli differenze di carattere geografico, storico, economico, politico e finanziario, e che tuttavia presentano dei considerevoli punti di contatto nel settore sanitario che consentono lo sviluppo di un inte-

ressante progetto e di una rilevante analisi comparativa¹². In entrambi i contesti l'osservazione etnografica si configura, e si sta tuttora configurando, intorno al sistema sanitario pubblico e alla gestione politico-istituzionale della salute, sebbene l'attenzione sia prevalentemente rivolta alle strategie e alle programmazioni sanitarie definite ed esaltate dagli stessi rappresentanti ministeriali incontrati¹³ come programmi di democratizzazione della Salute Pubblica. I progetti presi in esame sono relativi al decentramento delle istituzioni mediche, alle nuove strategie economico-finanziarie applicabili ed applicate al sistema sanitario e al riconoscimento della medicina tradizionale. Piani, questi ultimi, definiti democratici in quanto connessi al miglioramento della distribuzione delle risorse mediche e dell'accesso alle istituzioni sanitarie sul territorio nazionale e all'estensione del diritto alla salute¹⁴. Tuttavia, la ricerca etnografica nei due paesi non si è esclusivamente concentrata sull'analisi delle politiche globali e nazionali, ma anche sulla promozione di queste ultime nei contesti locali e sul cambiamento medico-sanitario da esse apportato nelle zone rurali, come il *Jomoro District* nel Ghana e *Moroto District* in Uganda.

Nei due paesi, come nella maggior parte dell'Africa sub-sahariana, il sistema sanitario nasce e si istituisce parallelamente all'introduzione e alla diffusione della biomedicina¹⁵, connessa a sua volta all'espansionismo coloniale. La medicina occidentale si afferma difatti nei territori africani come risorsa terapeutica egemonica durante il colonialismo, periodo a cui risalgono le prime norme legislative di carattere sanitario ispirate alla gestione politica della salute nella madrepatria. In Ghana e in Uganda, essendo entrambi territori sottoposti al colonialismo britannico, ci si trova quindi dinanzi alla nascita e alla strutturazione di un sistema sanitario pressoché analogo. Nonostante il colonialismo abbia avuto un impatto storico-politico notevolmente divergente, nelle due colonie emerge una gestione della Sanità Pubblica affine e correlata a conformi norme legislative ispirate al contesto britannico. Numerosi difatti sono i documenti storici ritrovati negli archivi nazionali, dai quali¹⁶ emergono regolamenti e normative che impongono una me-

desima gestione delle strutture e delle istituzioni sanitarie in tutte le colonie sottoposte all'*indirect rule* inglese.

Sin dall'origine del sistema sanitario è dunque evidente come la salute possa essere interpretata sia in quanto oggetto di specifiche politiche sanitarie, sia in quanto oggetto politico correlato a relazioni e a rapporti di forza e di potere¹⁷. Ad ogni modo, non solo durante il colonialismo bensì in tutta la fase postcoloniale è possibile osservare la rilevanza del binomio stato-salute e l'evidente strumentalizzazione politica di quest'ultima. Nel postcolonialismo le politiche sanitarie, sia di carattere biomedico che relative alla promozione della medicina tradizionale, divengono strumenti di dominio e di controllo impiegati dallo Stato per imporre l'autorità e garantirsi l'egemonia sul territorio nazionale (Schirripa, 2005: 114).

Per ciò che concerne la medicina autoctona nella fase immediatamente successiva all'indipendenza si evince nei due paesi una cospicua promozione delle politiche di riconoscimento delle risorse terapeutiche tradizionali, connesse ad una politica generale di rivalutazione delle tradizioni culturali africane e di difesa della propria identità culturale¹⁸. In Ghana ciò è avvenuto con la formazione della *Ghana Psychic and traditional healers association* (GHPTHA) nel 1960¹⁹ e con l'inaugurazione nel 1975 del *Centre for Scientific Research into Plant Medicine* (CSRPM) di Mampong²⁰. In Uganda, invece, il Ministero della Sanità nel 1963 ha dato vita al *Natural Chemotherapist Research Laboratory*, istituto che ancora oggi si occupa del controllo dei prodotti erboristici. Differentemente per ciò che riguarda lo sviluppo della medicina ortodossa, a seguito della prima fase di definizione ed organizzazione di un analogo sistema sanitario nelle due colonie, con l'indipendenza²¹ sono stati inaugurati ed introdotti numerosi e divergenti elementi. I due paesi manifestano dagli anni sessanta considerevoli diversità di carattere finanziario, economico, storico, sociale e politico, che hanno inevitabilmente determinato lo sviluppo di un disuguale sistema sanitario. Tuttavia, la peculiarità che rende l'analisi comparativa di notevole interesse è che dagli anni novanta ci si trova dinanzi ad un riavvicinamento delle politiche nazionali, ad una simile gestione della salute e ad una condivisa svol-

ta politico-sanitaria. Gli enti istituzionali ghanesi ed ugandesi iniziano a dibattere ed approvare medesime strategie di carattere medico-finanziario, progetti e programmi sanitari di decentramento e di riconoscimento della medicina tradizionale, relativi alla già citata democratizzazione della Sanità Pubblica. Gli anni novanta sono d'altronde definiti come l'era della "seconda indipendenza" (Gentili, 2002: 304) e della "transizione democratica" degli Stati Africani (Bayart, 2006: 38). La svolta democratica è condivisa e diffusa in gran parte dei paesi dell'Africa sub-sahariana, e tra essi il Ghana e l'Uganda sono due esempi utili e funzionali all'analisi della relazione tra il globale ed il locale. Nel rapporto tra il sovranazionale ed il nazionale si tratta di due modelli adeguati ed efficienti per osservare l'influenza degli organismi internazionali nelle singole realtà, le relazioni ed i rapporti di forza e di potere che si vengono ad istituire e le dinamiche di dipendenza successive agli aiuti e agli apporti di carattere tecnico e finanziario. Sono due esempi che permettono di analizzare le pratiche e i discorsi, in senso foucaultiano, con cui le politiche si declinano nei due contesti in relazione ai divergenti fattori economici, sociali e politici. Difatti, sebbene si possa individuare una condivisa svolta politica negli anni novanta, dettata in particolar modo dal ruolo degli organismi sovranazionali, vi sono delle diversità nella gestione e nella promozione nazionale delle medesime politiche sanitarie che emergono palesemente nella mia esperienza etnografica.

Il Ghana, definito "la perla della democrazia in Africa", è un paese in cui vige una notevole alternanza politica ed in cui, nonostante perdurino nel sistema politico-sanitario strutture di natura neopatrimonialista e clientelare²², non sussiste quella forma di corruzione strutturata che sta letteralmente dilaniando l'Uganda. Numerosi sono i fattori che hanno istituito e garantito una fluidità nelle relazioni e nella collaborazione tra gli enti internazionali ed il governo ghanese, di modo che gli interventi ed i programmi di sviluppo andassero a buon fine in un tempo ridotto rispetto a quello ugandese. In Ghana, difatti, nel 2000 è stata approvata la legge di riconoscimento e di legittimazione della medicina tradizionale²³, per cui l'OMS ha lavorato e

sta tuttora lavorando ardentemente, e sin dai primi anni novanta sono state attivate le *user fees*²⁴ sostituite nel 2005 dall'assicurazione sanitaria nazionale. Tutto ciò rende il sistema sanitario ghanese un positivo e concreto esempio, percepito difatti dai rappresentanti ugandesi dell'OMS, della Banca Mondiale e del *Ministry of Health* come un rilevante punto di riferimento²⁵. L'Uganda invece, definita "una democrazia a partito unico o senza partiti"²⁶ e caratterizzata da una tangibile e strutturata corruzione, evidenzia delle divergenze nell'implementazione delle medesime politiche sanitarie. Si sta tutt'oggi discutendo all'interno del Ministero della Sanità la legge relativa alla medicina tradizionale; nei primi anni novanta sono state introdotte le *user fees* abrogate nel 2001 da Museveni²⁷; nel 2006 è stata presentata in parlamento la legge relativa all'assicurazione sanitaria nazionale; è stata recentemente approvata la *Public and Private Partnership Policy* che inaugura e legittima la collaborazione tra il settore pubblico e privato, sponsorizzata dalla Banca Mondiale, ed è in atto la costituzione delle regioni in quanto livello amministrativo intermediario tra il centro ed i distretti, per altro già presente in Ghana.

In realtà, nonostante la svolta politico-sanitaria ed il mutamento legislativo, nei singoli ambiti nazionali continuano ad emergere delle rilevanti criticità. Sebbene cospicui siano gli aiuti di carattere finanziario e tecnico degli organismi sovranazionali e considerevole il cambiamento delle retoriche apportato dalla Banca Mondiale nel 1993, per cui emergono temi quali la collaborazione, la *partnership*, l'*empowerment*, la democratizzazione e la *good governance* (Hill, 2002: 1729), notevoli sono i limiti di carattere terapeutico-assistenziale osservabili nei contesti analizzati ed in particolar modo nei distretti rurali precedentemente citati.

Pratiche locali e disuguaglianze

Sia in Ghana che in Uganda affiora ancora oggi il problema dell'emergenza del diritto alla salute in quanto, nonostante la promozione delle politiche di decentramento, il mancato accesso alle isti-

tuzioni e l'assenza di una distribuzione delle risorse mediche inducono a definire la decentralizzazione come una messa in pratica di una politica che, guardando all'efficacia terapeutico-assistenziale agisce solamente sul piano simbolico. In primo luogo l'eccessivo decentramento amministrativo, correlato alla creazione di numerosi distretti sul territorio nazionale che sta caratterizzando i due contesti presi in esame²⁸, ostacola la distribuzione delle strutture mediche. Il Ministero della Sanità presenta dei limiti finanziari e strutturali che non permettono di garantire una rilevante copertura sanitaria ed un'adeguata distribuzione delle risorse nei numerosi e recenti territori distrettuali.

After the decentralization government wants to create more districts because more districts take us more closely to the community. Now in Uganda we have about eighty-three districts, but actually I think even the parliament is going in a wrong way. They more create, they more create and they more create problems. The district has not money to built and guarantee hospitals and health center in every sub-county. [...] The problem is always funding, we don't receive enough funding for training and for drugs from national level (18 Novembre 2009).

Tale è lo scenario descritto dal Direttore del *District Health Office* del distretto di Moroto nella regione della Karamoja del nord est dell'Uganda. Un contesto in cui emergono notevoli divergenze tra le politiche promosse a livello nazionale e le forme di decentramento e di assistenza terapeutica offerte nel contesto rurale. I programmi di decentramento medico-sanitario, come gli *Health center* ed i *Village Health team (VHT)*²⁹, implicano la nascita di empiriche istituzioni mediche che tuttavia non sono in grado di interpretare il proprio ruolo terapeutico e non coprono il raggio di azione dei cinque chilometri previsti dall'OMS.

We don't have one health center every five Kilometers, some health center are very far and a lot of people continue to use traditional medicine. [...] For a long time this region has been depending and actually it is depending on

traditional medicine. The number of health units it's few, so people continue to use traditional medicine that was here before (18 Novembre 2009).

Sottolineando i limiti strutturali e finanziari della decentralizzazione il Direttore evidenzia l'indispensabile e fondante ruolo della medicina tradizionale, spesso unica risorsa terapeutica presente ed offerta dal contesto sociale. La distanza dalle strutture mediche, l'assenza di queste ultime e l'inefficacia della biomedicina sono tra i fattori determinanti l'uso delle tradizioni terapeutiche autoctone. Anche nel *Jomoro District* della *Western Region* del Ghana emergono numerose difficoltà terapeutiche-assistenziali. Nonostante il *Community Based Health Planning and Service*³⁰ sia un programma di decentramento in grado di garantire una notevole distribuzione delle strutture mediche sul territorio distrettuale, l'assenza di farmaci e la presenza di personale non specializzato induce la popolazione a rivolgersi alla medicina autoctona.

I begun to be sick ten years ago [...]. I have a problem with stomach and I went to Ekwi. [...] I don't go to Half Assini because it's far and sometimes from there they send the people to Ekwi because they are good. [...] But they didn't tell me «this is a specific disease», the name, they just gave me the medicine to use [...]. I continued to be sick, came to the doctor and he changed the medicine. But the problems continued and I came here to the CHPS twice [...]. The problem was still there so my mother advice me to use traditional medicine, some herbs that she knows because she believed in it. So I use both (10 Agosto 2006)³¹.

Indubbiamente i percorsi terapeutici sono espressione della complessità dei contesti sociali in cui coesistono diversi sistemi medici (Vulpiani, 2000). È difatti estremamente difficile individuare un modello comportamentale dei cosiddetti “itinerari terapeutici”³² in cui emergono diversi fattori di ordine economico, socioculturale e pragmatico, correlati all'insuccesso o all'efficacia terapeutica dei sistemi medici, ed infine fattori connessi alla tipologia della malattia e alle differenti interpretazioni che quest'ultima comporta (Zú-

niga Valle, 2000: 302). Tuttavia ciò che mi preme maggiormente sottolineare, e che emerge dalle affermazioni sovra riportate dalla paziente incontrata a Mpataba, un villaggio del *Jomoro District*, è l'inefficacia terapeutica dei trattamenti biomedici nella molteplicità dei fattori che intervengono nell'elezione del tipo di sistema medico a cui far ricorso. Da numerosi percorsi terapeutici si evince un sorta di scetticismo riguardo la medicina ortodossa, conseguente all'inefficacia della biomedicina nei confronti di alcune particolari malattie, alla distanza delle strutture e all'assenza di adeguate politiche di assistenza (Vasconi, 2008a; 2008b).

Here we don't have light, we can't communicate with the District. We can't recover the patients so we refer them to Half Hassini o Ekwe even if they are very very far [...]. At first when the clinic was opened they didn't give me drugs [...]. I can't do all the services that the CHPS usually has to do, I can't go to other villages because here there is the bush, I can't do the immunization day because I don't have the fridge and I can't go to Half Hassini to pick it (7 Agosto 2006).

L'infermiera del CHPS di Ghana Nungua, piccolo villaggio distante dalla sede del Distretto sanitario, sottolinea le notevoli difficoltà e l'impossibilità di garantire un'assistenza medica e terapeutica decentrata. Nelle zone rurali la mancanza di disponibilità finanziaria e l'assenza di farmaci e di personale specializzato rendono le strutture mediche decentrate dei luoghi vuoti, utili esclusivamente ad imporre l'autorità dello stato e a garantire la sua presenza nel territorio nazionale. Emerge dunque una netta dicotomia tra la svolta politica presente a livello nazionale e ministeriale e la promozione dei medesimi programmi sanitari nei contesti locali e rurali distanti dai grandi centri urbani. Ci si trova ancora oggi dinanzi a forme di disuguaglianza e a "vecchie gerarchie" ereditate dal periodo coloniale (Mbembe, 2005 [2001]). Mi chiedo allora quanto la promozione dei programmi di democratizzazione della Sanità Pubblica continuino a rafforzare i rapporti gerarchici tra zone rurali ed urbane e dunque tra centro e periferia (Mamdani, 1996).

Inoltre, l'influenza e l'incombente presenza dei *donors* e degli enti internazionali sta attuando e costituendo delle forme di dipendenza economica e politica. Una dipendenza che diviene strutturale in particolar modo in Uganda dove il sistema sanitario si presenta più debole e poco organizzato rispetto a quello ghanese, poiché fortemente dipendente dagli aiuti esterni³³. L'Uganda è difatti stimato tra i Paesi in Via di Sviluppo riceventi annualmente la maggiore quantità di aiuti finanziari, sebbene continui a presentare rilevanti limiti di accesso alle istituzioni mediche soprattutto nelle zone rurali. L'assenza e la mancata distribuzione di capitali sull'intero territorio nazionale, come ha sottolineato il Direttore sanitario di *Moroto District*, sembra connettersi al più ampio e discusso tema della corruzione, argomento costante e ricorrente durante i colloqui e le interviste intrattenute con i rappresentanti istituzionali incontrati. La maggior parte di questi ultimi interpreta gli aiuti finanziari come strumenti e dispositivi determinanti una dipendenza e subordinazione, in quanto sovvenzionatori dell'élite politica e del sistema di corruzione che non garantisce una distribuzione equa ed imparziale nel territorio nazionale³⁴.

Le origini della dicotomia tra una condivisa svolta politica e l'assenza di un mutamento e miglioramento nell'ambito terapeutico-assistenziale sono indubbiamente individuabili in alcuni fattori endogeni, ovvero appartenenti alle singole realtà statali in cui le élite politiche continuano a proporre e consolidare strategie neopatrimonialiste e clientelari. Ma parte della responsabilità va anche ricondotta al ruolo e all'approccio degli enti internazionali che sembrano concedere una eccessiva e predominante rilevanza alla questione economica delle politiche sanitarie. Una delle maggiori critiche mossa alla Banca Mondiale è proprio quella di una smisurata promozione delle politiche di carattere economico-finanziario e di una percezione ed esclusiva considerazione della salute in quanto prodotto economico, che rischia di limitare l'estensione dei diritti sociali, civili e sanitari.

È dunque raramente possibile individuare e riconoscere una reale democratizzazione delle istituzioni decentrate ed un'adeguata di-

stribuzione delle risorse. Le rilevanti politiche sanitarie, nonché la diffusa presenza di strutture mediche vuote ed incapaci di distribuire un'assistenza terapeutica, sottolineano la necessità di proseguire a riflettere sui processi di democratizzazione del sistema sanitario pubblico, il quale, come da più autori segnalato (Adujemo-bi, 2001; Gentili, 2002; Sandbrook, 2000) dovrebbe garantire una distribuzione equa delle risorse agevolando l'instaurazione di una democrazia orientata verso una nuova forma di cittadinanza e di eguaglianza.

Note

¹ Le mie esperienze etnografiche in Ghana fanno riferimento ai seguenti periodi: Agosto-Ottobre 2005, Luglio-Settembre 2006, Agosto-Settembre 2007, Aprile-Maggio 2009, Marzo-Aprile 2010. In Uganda la ricerca sul campo ha invece avuto luogo nei mesi di Ottobre, Novembre e Dicembre 2009.

² Sistema sanitario definito e percepito in tale sede come gestione politico-istituzionale della salute. Un concetto divergente da quello di sistema medico definito come «l'insieme delle rappresentazioni, dei saperi, delle pratiche e delle risorse, nonché le relazioni sociali, gli assetti organizzativi e normativi, la professionalità e le forme di trasmissione delle competenze, che in un determinato contesto storico-sociale sono finalizzate a individuare, interpretare, prevenire e fronteggiare ciò che viene considerato come "malattia" o comunque compromissione di un "normale" stato di salute» (Schirripa e Zúniga Valle 2000b: 210).

³ La Salute Pubblica è generalmente definita e percepita come una gestione collettiva della salute governata dallo stato che pone il problema della possibilità di accesso e di distribuzione delle risorse su scala nazionale al fine di garantire il benessere della totale popolazione (Pizza, 2005: 93).

⁴ «Spazio politico» inteso come l'insieme delle pratiche e delle azioni della salute che da essa discendono e che contribuiscono a costruirla, qualificandola in termini di costruzione politica (Pizza, 2005: 92).

⁵ Tale specifica interpretazione induce a prendere in considerazione la definizione di campo delle terapie (Schirripa, 2005) ed il concetto di campo di forza di Bourdieu (1971; 1995 [1994]), che si presenta come una struttura gerarchizzata sulla base di posizioni dominanti e dominate e come un sistema dinamico che dipende ad ogni momento dai rapporti di forza, dalle negoziazioni e dalle lotte di potere, funzionali nel trasformare e conservare le posizioni ed i ruoli al suo interno.

⁶ Alla conferenza partecipano centotrentaquattro paesi e sessantasette delegati delle Nazioni Unite, insieme a numerose organizzazioni non governative (Pizza, 2005: 95).

⁷ La *Primary Health Care* è uno strumento per lo sviluppo sanitario, in particolare modo per le zone rurali. L'idea principale è difatti quella di una forte collaborazione nei progetti con i membri delle comunità locali. «Key concepts in primary health care are the use of locally available resources and the participation of the community in planning and implementation of health services. The primary health care approach implies a shift away from hospital-based health care to more community-based health care and a movement away from the education of a relatively small number of medical doctors to the (re)training of many local health workers through short term courses. It also implies a change of priority from curative work to comprehensive health care with more attention for prevention and health education. [...]The contribution of traditional healers to the solution of prevalent health problems in developing countries was taken into consideration» (Ventevogel, 1996: 42).

⁸ Si veda a questo proposito il capitolo di Schirripa in questo volume.

⁹ Per una analisi critica del concetto di "comunità" utilizzato dal WHO vedi Jewkes e Murcott (1996).

¹⁰ Le *user fees* prevedono il pagamento ad ogni servizio sanitario erogato. La *National Health Insurance* è invece un programma di assicurazione sanitaria che prevede il pagamento annuale di una quota che dovrebbe garantire la copertura del 95% delle malattie presenti sul territorio nazionale.

¹¹ I programmi di aggiustamento strutturale sono stati promossi negli anni ottanta dal Fondo Monetario Internazionale e dalla Banca Mondiale per implementare, attraverso un approccio neoliberista, la crescita economica dei Paesi in Via di Sviluppo. L'obiettivo era quello di promuovere meccanismi di mercato e privatizzare aziende e servizi diminuendo l'intervento statale nelle economie (Kan-

kwenda, 2004; Triulzi e Ercolessi, 2004). Tuttavia, è ancora oggi evidente il fallimento sociale e politico di tali programmi in quanto il patrimonialismo non è stato debellato, ma si è piuttosto adattato alle nuove regole, e le privatizzazioni sono andate a favore delle élite locali (Gentili, 2002).

¹² Per una ricostruzione storico-politico-sanitaria vedi Addae, 1997; Schirripa, 2005 e Twumasi, 1975 per il Ghana; Owor, 1987 e Okuonzi e Macrea, 1995 per l'Uganda.

¹³ I rappresentanti ministeriali, con cui ho svolto interviste e colloqui strutturati e non, appartengono prevalentemente alla *Policy Planning Monitoring Evaluation* del *Ministry of Health* di Accra, Ghana, e all'*Health Planning Department* del *Ministry of Health* di Kampala, Uganda. I due dipartimenti citati si occupano rispettivamente della definizione e della promozione delle politiche e dei programmi sanitari nazionali.

¹⁴ Diritto alla salute inteso come miglioramento dell'accesso e della distribuzione delle risorse medico-sanitarie su scala nazionale.

¹⁵ Il termine biomedicina si riferisce generalmente alla medicina occidentale, alla "nostra" medicina, ovvero a quella "ufficiale", "scientifica" e "moderna". La biomedicina, termine che vuole essere una contrazione per "medicina biologica", è così definita in quanto indica la prevalenza e la massima attenzione all'aspetto biologico rispetto alla dimensione socio-culturale che viene ridotta e talvolta negata. Confronta al proposito anche il capitolo di Quaranta in questo volume.

¹⁶ La ricerca d'archivio in Ghana e in Uganda è avvenuta nei *National Archives* di Accra, nell'archivio della *Ghana health Service* e nell'archivio del *Ministry of Health* di Kampala.

¹⁷ Non casualmente numerosi sono gli studi che identificano la biomedicina come uno strumento di espansionismo coloniale, come un apparato di potere, di dominio e di controllo sui territori africani, come un dispositivo di sorveglianza ed addomesticamento dei corpi e come promotore di disuguaglianze e di rapporti gerarchici strutturati (Vaughan, 1991; Comaroff e Comaroff, 1992; Mbembe, 2005 [2001]). Studi in cui domina chiaramente una prospettiva di tipo foucaultiano ed in cui prevale l'ipotesi della biopolitica e del biopotere (Foucault, 1972 [1971] e 1977).

¹⁸ Per una ricostruzione del riconoscimento della medicina tradizionale in Ghana vedi Schirripa, 2005.

¹⁹ Scopo dell'associazione è riunire sia i guaritori tradizionali legati alla dimensione spirituale della cura e sia quelli caratterizzati da un sapere prettamente erboristico. Ad ogni modo gli obiettivi primari dell'associazione sono promuovere lo studio della conoscenza erboristica e l'efficacia dei rimedi tradizionali in Ghana ed in Africa, per la successiva applicazione nella salute pubblica ed in altri ambiti ad essa relativi; disporre di un'organizzazione centrale ghanese per la ricerca sulla medicina tradizionale; realizzare cliniche in varie regioni, accanto ad operatori di formazione ortodossa, sia per il trattamento delle patologie per cui la medicina occidentale non ha trovato cure adeguate, e sia per la cura delle più comuni malattie (Schirripa, 2005: 130).

²⁰ Centro di ricerca che vuole incrementare lo studio scientifico dei rimedi e di ciò che concerne la medicina tradizionale, al fine di attivare possibili istituzioni di indagine, la produzione di farmaci e la formazione di organizzazioni commerciali, direttamente ricavati dalle conoscenze erboristiche.

²¹ Il Ghana ottiene l'indipendenza nel 1957, pur se solo nel 1960 viene proclamata la Repubblica. L'Uganda, invece, diviene indipendente nel 1962 a seguito di un rilevante processo di democratizzazione degli anni cinquanta.

²² Continua difatti a persistere una medesima classe dominante ed una configurazione storica dei rapporti di potere da cui emerge la cosiddetta "politica del ventre" intesa come forma di governamentalità (Bayart, 1989).

²³ Il *Traditional Medicine Practice Act 575* è il decreto legge che ha istituzionalizzato definitivamente nel 2000 la medicina tradizionale, definendo in modo specifico le modalità con cui identificare e

registrare i terapeuti, indicando le norme con cui rilasciare le licenze ai guaritori e soprattutto individuando il *Traditional Medicine Practice Council*, interno al *Ministry of Health*, come struttura ed ente istituzionale adeguato a gestire i guaritori sul territorio nazionale.

²⁴ Il sistema delle *user fees* è definito in Ghana come *Cash and Carry* che, come già gli stessi termini evidenziano, consiste nel pagamento di ogni servizio erogato.

²⁵ Alcuni degli informatori appartenenti all'*Health Planning Department* mi hanno rivelato che negli ultimi anni numerosi sono stati i viaggi da loro intrapresi verso il Ghana ed altri paesi per osservare la gestione e la struttura del sistema sanitario.

²⁶ Dal 1986 viene fondato un sistema di legittimazione di un unico movimento, il *National Resistance Movement* del Presidente Yoveri Museveni, originariamente concepito come una forma transitoria necessaria a consolidare l'unità e la stabilità ritrovata dopo il lungo tragico periodo di autocrazia e divisioni (Gentili, 2002: 310).

²⁷ L'abolizione delle *user fees* è una strategia politica adottata dal Presidente ugandese a seguito del calo della percentuale di pazienti recatisi nelle strutture mediche pubbliche. Dal 2001 la percentuale degli accessi ambulatoriali sembra essere difatti incrementata dell'84% (Tagliaferri e Maciocco, 2009).

²⁸ Il Ghana conta oggi centosettanta distretti mentre l'Uganda ottantatré. Ogni distretto dovrebbe godere di un ospedale governativo e di un elevato numero di istituzioni mediche con un raggio di azioni di cinque chilometri l'una, tale da garantire l'assistenza sanitaria su tutto il territorio.

²⁹ Il progetto relativo agli *Health center* in Uganda prevede la nascita di piccole cliniche biomediche nei villaggi distanti dall'ospedale distrettuale. Il programma dei VHT, fortemente sostenuto dall'OMS in particolar modo in Karamoja, prevede invece la formazione medico-sanitaria e la distribuzione di farmaci di base ad alcuni esponenti della comunità.

³⁰ «CHPS is essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation and at cost that the community and the country can afford to maintain at every stage of their development in the spirit of self-determination- It focused on the health by the people by placing people's health in people's hands» (Ghana Health Service, 2005: 7). I servizi più importanti erogati dalle cliniche sono: basic health service; immunization o clinic day; home visits; family planning; health education; health promotion, disease prevention and basic surveillance activities; ante-natal and post-natal health activities.

³¹ Half Assini è il capoluogo del distretto di Jomoro in cui è presente l'unico ospedale distrettuale governativo, mentre ad Ekwi, piccolo villaggio del Jomoro, vi è un ospedale cattolico privato che solo da tre anni è entrato a far parte del programma dell'assicurazione sanitaria nazionale (NHIS), presente nel paese dal 2005, grazie al quale i pazienti usufruiscono gratuitamente dei servizi pagando una quota annuale.

³² «La nozione di *itinerario terapeutico* designa l'individuazione dei soggetti cui pare opportuno rivolgersi per un efficace dialogo operativo intorno al proprio disturbo e i percorsi di guarigione, talora assai estesi, che ne conseguono. La negoziazione fra pratiche e saperi è spesso direttamente messa in atto dagli agenti, in situazioni emotivamente dense e coinvolgenti, di fronte alle manifestazioni della malattia» (Pizza, 2005: 191).

³³ Museveni, attuale Presidente dell'Uganda, dal 1986 a seguito dei disastrosi anni di Idi Amin inaugura numerosi programmi verticali di carattere sanitario gestiti da missionari ed organizzazioni non governative che ancora oggi rappresentano una parte rilevante dell'ossatura del sistema sanitario.

³⁴ Come osserva Collier, «i paesi che hanno i problemi più gravi dovrebbero ricevere meno fondi degli altri» (Collier 2009 [2007]: 125). L'economista sottolinea come talvolta i supporti di carattere tecnico possano favorire le riforme rispetto ad un supporto esclusivamente finanziario, come

accade ad esempio in Uganda. «I finanziamenti durante le prime fasi delle riforme sono di fatto controproducenti. In quel caso, le riforme hanno meno probabilità di mantenere il loro slancio. [...] Potreste pensare che il miglioramento delle condizioni di scambio dovrebbe facilitare le riforme – dopo tutto entra più denaro nel paese. Invece accade esattamente il contrario: un inatteso miglioramento di tali termini all'inizio di una fase di riforme ha lo stesso effetto negativo dell'incremento degli aiuti, nel senso che i finanziamenti prematuri annullano le prospettive di consolidamento delle riforme» (Collier 2009 [2007]: 142).

Aspetti antropologici e giuridici della medicina islamica contemporanea

di *Darlusch Atighetchi*¹

In questa sede si intende fornire una panoramica introduttiva ad un importante dato antropologico proveniente dal diritto e dalla teologia islamica, vale a dire l'infusione dell'anima. Questa concezione ha una grande incidenza sulle valutazioni giuridiche, penali e cliniche di molti eventi di interesse medico, quali l'inizio della vita, l'aborto, la contraccezione, la produzione e l'utilizzo di cellule staminali, la fecondazione artificiale. Inoltre, questo elemento di origine giuridico-teologica compare in tutte le elaborazioni giuridiche effettuate dai "dotti" islamici dei secoli scorsi circa l'aborto. Esso incide profondamente, tuttora, nel dibattito bioetico tra le autorità giuridico-religiose e mediche islamiche sui temi citati, oltre a rientrare in varia misura nelle legislazioni di parecchi Stati musulmani. L'aborto è l'argomento in cui l'infusione dell'anima risulta tradizionalmente determinante.

Le parole di Dio e del Profeta

Il Corano e i "detti" (*abadith*, sing. *badith*) del Profeta Muhammad (m. 632 d.C.)² contengono numerosi riferimenti allo sviluppo dell'embrione. Il più completo tra questi passaggi è il Corano 23,12-14 che presenta sette tappe dell'evoluzione dell'embrione nel ventre materno a partire dalla creazione:

E certo Noi creammo l'uomo d'argilla finissima [lett. "da quintessenza d'argilla", *min sulalah min tin*] poi ne facemmo una goccia di sperma [*nutfā*] in ricettacolo sicuro. Poi la goccia di sperma trasformammo in grumo di san-

gue [*alaqa*], e il grumo di sangue trasformammo in massa molle [*mudgha*], e la massa molle trasformammo in ossa, e vestimmo l'ossa di carne e produciamo ancora una creazione nuova [*khalqan akhbaran*]³.

Secondo la Tradizione, l'ultima frase del passo 23,12-14 «una creazione nuova» fa riferimento all'animazione del feto da parte di Dio.

I “detti” autentici del Profeta integrano i passi del Corano. Poiché il Corano 23,14 non precisa quando avviene l'animazione, una simile indicazione viene esibita da diversi “detti” (*abadith*) presenti nelle raccolte più autorevoli, a partire da quelle di Bukhari, Muslim e Nawawi.

Nel “detto” più famoso raccolto in Bukhari, Muhammad afferma: «ciascuno di voi viene creato nel ventre della madre per quaranta giorni; in altri quaranta diventa un grumo di sangue; in altri quaranta un pezzo di carne [...]. Poi Dio soffia in lui lo spirito»: 40 + 40 + 40 = 120 giorni. Contemporaneamente sono sempre esistite posizioni minoritarie che possono sostituirsi a quella dottrinalmente prevalente ma anche convivere con essa. Ad esempio un “detto” in Muslim indica come nella 42^a notte dall'eiaculazione un angelo inviato da Dio inizi a differenziare gli organi del feto; due *abadith* in Nawawi citano la discesa dell'angelo dopo 40 o 45 notti, e così via.

I passi citati hanno storicamente suscitato una mole di valutazioni disperate ed appare scontato il fatto che ogni valutazione giuridico/etica dell'interruzione della gravidanza sia influenzata dalla presenza o meno dell'anima nell'embrione o feto.

L'animazione del corpo

È utile offrire una sintetica panoramica delle posizioni elaborate sul tema dell'aborto precedentemente all'infusione dell'anima da parte delle principali correnti giuridiche sunnite (l'Islām sunnita comprende l'85% circa dei fedeli musulmani). Secondo la scuola o cor-

rente *hanafita* (maggioritaria nell'Islam sunnita a partire dall'Impero Ottomano) l'aborto veniva consentito oppure biasimato con scarsa severità. Nel frattempo, tuttavia, era richiesta una valida giustificazione per interrompere la gravidanza, la più frequente tra le quali era l'esistenza di un bimbo da allattare mentre sta per iniziare la nuova gravidanza. La richiesta di un motivo giustificante poteva restringere notevolmente la disponibilità di partenza.

Tra le più significative opinioni di scuola *shafi'ita* emerge quella di Ghazali (m. 1111) che parte dalle sette fasi elencate nel Corano 23,12-14. Ghazali dichiara:

Il primo grado dell'esistenza è quello in cui lo sperma scorre nell'utero e si meschia con lo sperma della donna divenendo in tal modo ricettivo alla vita; distruggere ciò costituisce (già) un attentato contro un essere esistente; se la goccia di mélange diventa *mudgha* e *alaqa* (grumo), l'attentato è già più grave; lo è ancora di più quando l'anima vi è stata infusa ed esso ha assunto forma umana; ma il massimo dell'atrocità viene raggiunto quando il crimine è commesso dopo che il feto è nato vivo (*Ihya Ulum al-Din* 2,58) (Ghazali, 1953: 90).

L'opinione di Ghazali rappresenta, a nostro avviso, il punto di partenza delle due interpretazioni tradizionali, ma potenzialmente contrapposte, presenti storicamente nel diritto musulmano. La prima vieta l'aborto sin dalla fecondazione ad eccezione dell'aborto terapeutico. La seconda interpretazione, forse la più diffusa, pone l'accento sulla progressione della gravità dell'atto abortivo. A parte Ghazali, la maggioranza dei giuristi *shafi'iti* consentiva l'aborto entro 40 o 42 giorni col permesso degli sposi, aborto che rimaneva un atto giuridicamente detestabile (*makruh*).

Parecchi giuristi di scuola *hanbalita* tolleravano la pratica abortiva nei limiti di 40, 80 o 120 giorni dalla fecondazione. Uno dei più famosi giuristi musulmani, l'*hanbalita* Ibn al-Qayyim (m. 1350 d.C.), affermava che il feto prima dell'animazione ha una vita e si nutre come una pianta mentre acquisisce la personalità solo quando viene animato.

L'ultima scuola "canonica" sunnita, quella *malikita*, risulta la più rigida proibendo a maggioranza l'aborto anche anteriormente ai 40 giorni dall'inizio della gravidanza; contemporaneamente i *malikiti* concordano nel vietarlo dopo quattro mesi, tuttavia si accettava l'aborto terapeutico. La ragione di tale rigidità deriva dalla concezione dell'embrione inteso quale creatura in attesa dell'anima a cui è destinato da Dio; infatti, non è concesso all'uomo interrompere un processo creativo iniziato da Dio se non ricorrendo ad eventuali giustificazioni accordate da Dio stesso.

L'oscillazione evidenziata finora sussiste anche tra le correnti "non canoniche". Ad esempio gli *zayditi*, una setta shi'ita, affermano che il feto privo di anima è paragonabile al seme per cui l'aborto sarebbe lecito. Posizione opposta è quella della scuola *zahirita* (scuola scomparsa) che vietava sia l'aborto che la contraccezione.

Successivamente all'infusione dell'anima, l'interruzione della gravidanza viene tradizionalmente vietata. L'accettazione dell'aborto terapeutico deriva da uno specifico giudizio di valore tra le due vite. La maggioranza dei dottori della Legge riconosce alla madre un valore superiore a quello del feto in quanto forma di vita già sviluppata e possibile fonte di una nuova vita; inoltre, si può ricorrere al principio giuridico del "male minore" e a quello dell'albero e del ramo in cui il secondo (il feto-ramo) è sacrificabile alla sopravvivenza del primo (la madre-albero). Meno noto è il fatto che sull'aborto terapeutico è sempre esistita una minoranza trasversale di giurisperiti appartenenti alle diverse scuole di pensiero contraria ad esso, anche prima dell'animazione, in base ad un'obiezione di principio: non è affatto sicuro che la madre muoia se il feto non viene abortito; tale dubbio è una giustificazione sufficiente per non ucciderlo secondo quanto sostenuto, ad esempio, da Ibn Abdin, il maggior giurista *hanafita* del XIX secolo.

In conclusione, storicamente è sempre esistito un sostanziale accordo nel vietare (*baram*) il procurato aborto dopo l'infusione dell'anima (120 giorni dalla fecondazione o altra data precedente), tranne nel caso di un aborto terapeutico. Al contrario, prima dell'in-

fusione le opinioni sul procurato aborto risultano storicamente contraddittorie oscillando dall'autorizzazione fino alla condanna.

La distinzione inanimato-animato può incidere sulla liceità del ricorso a un funerale e ad una sepoltura islamica. Secondo l'*hāna-fita* Ibn Abdin (m. 1836) il feto che non emette vagiti alla nascita (cioè nasce morto) dovrebbe subire un bagno cerimoniale (*ghusl*), essere nominato, posto in un pezzo di stoffa e sepolto senza preghiere; ciò indipendentemente se possieda o meno l'anima. Altri autori pensano che non si debba dargli un nome, né lavarlo, né recitare preghiere ma solo seppellirlo dentro una stoffa. Altri ancora ritengono che tali atti vadano eseguiti solo se il feto possiede l'anima. Muhammad Salam Madkur afferma che quando la moglie non-musulmana è resa gravida dal marito musulmano, se la donna muore prima dell'infusione dell'anima nel feto, la madre non-musulmana deve essere sepolta tra i non musulmani perché il feto non è ancora un essere umano. Se la gravida muore dopo l'infusione del feto, quest'ultimo è musulmano ex-lege e la donna va sepolta nel cimitero musulmano.

Non è da trascurare l'aspetto escatologico legato all'infusione. Qualcuno si è chiesto se il feto che muore privo di anima verrà risuscitato da Dio nel Giorno del Giudizio (Atighetchi, 2009: 99). Una traccia di questo problema è rilevabile nella glossa di Ibrahim Baguri (1783-1861) al poema teologico *Gawharat al-Tanbid* di al-Laqqani in cui Baguri asserisce che un feto rigettato dopo l'animazione verrà risuscitato mentre il feto privo di anima, trovandosi in uno stato analogo a quello di un corpo inanimato (es. pietra) diverrà polvere.

Storicamente il diritto musulmano puniva tendenzialmente il procurato aborto di un feto animato (cioè dopo 120 giorni o termine precedente) che esce vivo (avendo manifestato determinati segni vitali) ma subito dopo muore, per mezzo della *diyya* o prezzo intero del sangue, analogamente all'omicidio di un individuo adulto. Invece, se dopo l'animazione il feto nasce morto si ricorre alla *ghurra*, variante ridotta rispetto alla *diyya*. Gran parte dei giuristi calcolò il valore della *ghurra* in 1/20 o 1/10 della *diyya*.

Circa il periodo precedente l'infusione dell'anima vigeva tradizionalmente l'assenza di un consenso tra i "dotti" persino sull'obbligo di pagare la *ghurra* (per un procurato aborto) entro quella scadenza. Se la *Shari'a* fissa il periodo minimo di gravidanza in sei mesi⁴, non ne stabilisce, invece, il periodo massimo. In realtà l'idea che la gravidanza potesse durare 9 mesi era sostenuta da una scuola minoritaria, gli *zahiriti*, mentre tra le correnti canoniche sunnite si ricorreva spesso alla teoria del feto dormiente che consentiva di protrarre la gravidanza molto oltre tale limite. Tra i *malikiti* si arrivava persino a credere che la gravidanza del feto addormentato potesse durare 7 anni. Tale credenza soddisfaceva un preciso scopo: in caso di rapporto illecito di una donna sposata il figlio illegittimo poteva in tal modo e in determinate circostanze favorevoli essere legato al marito legittimo della madre in modo di evitare che il figlio venisse giudicato un bastardo e che la madre venisse accusata di adulterio; in tal modo si intendeva garantire la pace familiare e sociale.

Infusione e problematiche contemporanee

Si noti che se l'infusione viene concepita come un evento reale essa impone una trasformazione nella vita nascente con dei riflessi sul suo "diritto" alla vita. Ad esempio, nel 1989 lo sheikh egiziano Shariawi ha sostenuto che al 120° giorno il feto passa da una condizione di potenziale essere umano dotato di pochi diritti a quella di un vero essere umano contro il quale qualsiasi aggressione è perseguibile. In realtà la *Shari'a* tutela alcuni diritti del feto già prima della nascita: se quando si apre una successione sta per nascere un erede, si deve sospendere la divisione della successione fino al parto oppure, secondo altri giurisperiti, riservare la quota spettante al nascituro. Tuttavia la distribuzione delle quote citate rimane subordinata alla effettiva nascita del feto. Un simile approccio era condiviso dal Profeta quando posticipava la punizione corporale su una gravida adulterina dopo la nascita del bimbo, oppure successivamente allo svezzamento.

Ai nostri giorni si possono citare testimonianze che ignorano o criticano la concezione dell'infusione. Si tratta prevalentemente di medici orientati ad un rifiuto radicale dell'aborto in quanto percepiscono nell'infusione dell'anima una scansione che indebolisce la tutela dell'embrione. Non a caso una contestazione della concezione dell'infusione è operata oggi da Hassan Hathout. A suo dire le fatawa (semplici "opinioni giuridiche" emesse da autorità giuridico-religiose islamiche) del passato erano condizionate dalle errate concezioni mediche dominanti nelle loro epoche. In base a tali concezioni l'infusione dell'anima era manifestata dai movimenti del feto a partire dal quarto mese. Al contrario l'embriologia moderna non prevede linee o frontiere che separino nettamente lo sviluppo continuo dell'embrione, mentre il feto si muove molto prima del quarto mese.

Nel valutare l'insieme delle molteplici posizioni assunte sull'aborto da singoli giurisperiti e medici islamici, da organismi giuridici e medici e dalle leggi di alcuni Stati musulmani è d'obbligo notare come le posizioni seguano alcune articolazioni-chiave: l'aborto terapeutico può riferirsi alla salvezza della vita materna e/o della salute psichica della stessa; alla salute e/o vita del feto; può essere considerato sempre lecito, o permesso esclusivamente prima dell'infusione dell'anima al 120° o altra data precedente, oppure può essere sempre vietato. A volte l'aborto è giudicato lecito prima dell'infusione per motivi diversi dalla tutela o salvezza della madre e/o del feto. In altre parole, al di là di facili slogan su una esclusiva e mitizzata posizione dell'Islam in materia (tesi generalmente sostenuta in chiave apologetica in competizione con un criticato pluralismo etico Occidentale), risulta evidente la complessità del quadro islamico già nel delinearne per sommi capi.

Negli ultimi anni il Comitato Etico dell'Associazione Medica Islamica del Nord America ha supportato la liceità dell'aborto nei primi 120 giorni per salvare la vita e/o la salute materna da gravi danni psicofisici. L'aborto è altresì permesso, nello stesso periodo, nel caso di malformazioni letali del feto ma anche non letali; inoltre è consentito in caso di stupro, incesto e crimini di guerra.

Nel 2004, l'ultima versione del Codice Islamico di Etica Medica dell'Organizzazione Islamica per le Scienze Mediche (IOMS), approvata ad Alessandria d'Egitto, proibiva l'aborto tranne nel caso in cui la salute e la vita materna risultino minacciate. Tuttavia ciò vale solo prima di 120 giorni.

Molti documenti contemporanei appaiono più restrittivi in quanto abbracciano – più o meno esplicitamente – l'impostazione tradizionale *malikita*, anche se con diverse “sfumature”. Nel 1971, ad esempio, la dichiarazione finale del Congresso sull'Islàm di fronte alla regolamentazione delle nascite svoltosi a Rabat (Marocco) recitava:

Il congresso è dell'opinione che i giureconsulti musulmani sono concordi nel dichiarare l'aborto vietato (*haram*) dopo il quarto mese tranne per salvare la vita della madre. Inoltre, la sana opinione giunge a proibirlo in ogni fase della gravidanza, tranne in caso di necessità, cioè per proteggere la vita materna, nonostante l'esistenza, in proposito, di divergenti opinioni tra i giureconsulti.

Si noti come il documento nordamericano accettava l'aborto terapeutico (vita e salute materna) solo entro 120 giorni mentre il documento di Rabat del 1971 accetta l'aborto terapeutico (solo vita materna) anche dopo 120 giorni. Nell'agosto 1994, in occasione della Conferenza del Cairo su “Demografia e Sviluppo”, l'Accademia Islamica delle Ricerche dell'Università di Al-Azhar definiva l'aborto illecito anche nei casi di adulterio e violenza carnale (diversamente dal citato documento dell'Associazione Medica Islamica del Nord America) tranne quando la vita materna è in pericolo. La preferenza accordata alla salvezza della vita della madre rispetto a quella del feto si fondava sulla concezione secondo cui il feto è solo un organo materno e, come tale, non indipendente da essa.

Circa una gravidanza frutto di adulterio o fornicazione, a giudizio di molti esperti, la vita non può terminare con l'uccisione del feto che finirebbe per pagare con la propria esistenza per il pec-

cato commesso dalla coppia. Per condannare una simile circostanza si può ricorrere al Corano 17,15 «Nessun'anima sarà caricata del peso di un'altra». Inoltre, il diritto alla vita sarebbe superiore ed indipendente rispetto alle circostanze e modalità del suo inizio. I numerosi casi di stupro di musulmane da parte di non-musulmani in Bosnia e Kosovo aveva riattualizzato l'interrogativo (per altro mai scomparso) sulla liceità dell'aborto in analoghe circostanze. La *Shari'a* tende sistematicamente a tutelare lo sviluppo numerico della comunità islamica (la *umma*) che si ottiene anche grazie all'obbligo del matrimonio tra partner musulmani o tra uomo musulmano e donna fedele di un'altra religione del Libro (Ebrei e Cristiani) in quanto la religione del figlio deve essere quella paterna. Nel caso di padre non musulmano, invece, la *umma* potrebbe risultarne indebolita. Ad ogni modo lo stupro compromette la condizione sociale della donna musulmana che diventa oggetto di ostracismi da parte della società con la conseguenza di non trovare marito; il figlio illegittimo, invece, in quanto figlio spurio (*walad zina*) o "bastardo" rischia una costante emarginazione. Tali situazioni hanno convinto parecchi giurisperiti ad una notevole tolleranza riguardo l'aborto di donne violentate soprattutto per le musulmane di Bosnia, oggetto di stupro da parte di infedeli; in questi casi l'aborto andrebbe effettuato il prima possibile.

Un esempio interessante delle differenti opinioni esistenti sul tema della violenza carnale è dimostrato dalle opposte tesi sostenute in tempi successivi da due Gran Mufti della Repubblica araba d'Egitto. Nell'Ottobre 1999, sul giornale Al-Ahram, Nasr Farid Wassel, Gran Mufti d'Egitto, ha affermato che in caso di stupro è lecito (*halal*) per una donna abortire entro i primi 120 giorni di gravidanza, in quanto la violenza carnale equivale, per la donna, ad un omicidio psicologico in un contesto culturale e religioso in cui la verginità femminile è condizione indispensabile per il matrimonio. Viceversa, nel 2005, il Gran Mufti d'Egitto, Ali Gomaa, ha qualificato come omicidio l'uccisione di un feto innocente frutto di incesto o stupro; l'aborto è lecito esclusivamente per salvare la vita materna ma solo prima dell'infusione dell'anima al 120° giorno.

In questo ambito si può inserire un ulteriore argomento. In parecchie aree del mondo arabo, una ragazza scoperta non vergine la notte del matrimonio rischia di essere uccisa dai propri familiari allo scopo di lavare l'offesa. Per tali motivi, Nasr Farid Wassel, quand'era Gran Mufti d'Egitto, giudicava lecita la ricostruzione chirurgica dell'imene di una ragazza stuprata. Tale operazione è illegale ma realizzata frequentemente negli ospedali egiziani e di altri Stati musulmani quale rimedio per occultare gli effetti di uno stupro o di rapporti sessuali prematrimoniali; si tratta di un intervento che solleva parecchi problemi etici (Atighetchi 1990: 117-118). In precedenza, molte autorità religiose di Al-Azhar avevano condannato l'operazione, considerandola un inganno in quanto il Corano richiede alla sposa di essere vergine; nel caso non lo sia più, è inutile mentire al marito.

Le posizioni dei "dotti" musulmani circa l'aborto di feti con gravi handicap fisici e/o mentali oscillano tra un consenso limitato ed una proibizione. Ricordiamo soltanto che nel 1990, nella XII sessione, l'Accademia di Diritto Musulmano della Mecca (organo della Muslim World League) ha approvato l'aborto di feti handicappati incurabili, ma solo entro 120 giorni qualora esista il consenso dei genitori.

È opportuno sottolineare come a seconda del valore e dello status riconosciuto dai differenti giurisperiti islamici (ma anche dalle legislazioni vigenti) alla vita nascente priva di anima si possono ottenere risposte differenti sulla liceità del ricorso a molte nuove tecniche: alla diagnosi genetica pre-implantatoria; alla diagnosi genetica prenatale; alla preselezione del sesso; alla produzione, utilizzo e crioconservazione delle cellule staminali embrionali; all'aborto di feti gravemente handicappati, e così via.

Le normative statali

Solo una minoranza di Stati fa esplicito riferimento a qualcuno dei parametri giuridici risalenti alla *Shari'a* per regolamentare l'inter-

ruzione della gravidanza. Tra questi si possono citare Iran, Arabia Saudita, Pakistan e Kuwait le cui normative, tuttavia, appaiono non poco differenti tra loro. In questi casi tutto l'impianto si articola e si sviluppa intorno al criterio dell'infusione dell'anima. Tra le normative che citeremo, quelle di Tunisia e Indonesia ignorano i criteri sharaitici tradizionali.

Tunisia

Il decreto-legge del 26/9/1973 modificava in senso liberale l'articolo 214 del Codice Penale tunisino che tuttora prevede il libero aborto praticabile in ospedale nei primi tre mesi di gravidanza (République Tunisienne, 1997: 54-55). Dopo tale periodo è permesso abortire quando la salute e l'equilibrio psichico della madre sono a rischio oppure se il bimbo soffrirà di una grave malattia o handicap. In altri termini la legge consente l'aborto durante tutto il periodo della gravidanza. Come già esposto, la dottrina giuridica islamica fissa l'infusione al 120° o altra data precedente, ma non al 90° giorno. Poiché il passaggio dallo stadio embrionale a quello fetale avviene tra l'ottava e la dodicesima settimana è forse a questa informazione scientifica (non giuridico-religiosa) che il legislatore ha fatto riferimento per stabilire il termine di 90 giorni. In ogni caso, rispetto al diritto positivo tunisino, la maggioranza degli ulama tunisini sembra seguire l'impostazione classica, tollerando l'interruzione della gravidanza entro l'infusione a 120 giorni dalla fecondazione in specifiche circostanze.

Indonesia

Il Codice Penale indonesiano, approvato nel 1918, era modellato sul Codice penale olandese allo scopo di contrastare la pratica dell'aborto nel paese. Il paragrafo 348 e successivi vietano in tutti i casi l'aborto (incluso quello terapeutico) comminando pene severe per i responsabili. Dal 1992, la Legge sanitaria n° 23 accetta l'interruzione di gravidanza per salvare la vita di una donna gravida e/o del suo feto. La decisione spetta alla donna; l'approvazione del marito o famiglia è richiesta se la donna è incapa-

ce o incosciente. La legge è restrittiva ma non molto rispettata; il numero di aborti illegali è molto elevato e si fa spesso riferimento a praticoni locali.

Egitto

Il riferimento fondamentale nel disciplinare l'aborto rimane il Codice Penale del 1937 con gli articoli 60-61 e 260-264. Gli articoli 260-264 vietano sempre l'aborto. Il 260 prevede fino a 15 anni di lavori forzati per chi provoca volontariamente l'aborto tramite percosse. Il 263 prevede i lavori forzati per i sanitari rei di procurato aborto. Questi divieti vengono moderati dagli articoli 60-61. Secondo l'art. 61 un individuo che commette un crimine in stato di necessità, per evitare un grave pericolo che minaccia un'altra persona, non è punibile. Questo articolo finirebbe per legittimare l'aborto terapeutico anche per difendere la salute della donna; si richiede l'approvazione di due medici ed il consenso dei coniugi. In realtà la normativa statale non appare particolarmente rispettata e l'interruzione volontaria di gravidanza non è difficile da effettuare soprattutto per le donne benestanti. Nonostante ciò, il timore da parte dei medici abortisti di essere perseguiti legalmente ha contribuito allo sviluppo dell'aborto clandestino che costituirebbe, attualmente, la principale causa di mortalità tra le madri.

Iran

La Repubblica Islamica dell'Iran ha reintrodotta la compensazione monetaria per perseguire molti reati tra i quali l'aborto. Il Codice Penale dell'Iran del Luglio 1991 (articoli 487-497) dedicava nella sezione *diyat* (*diyya*) un certo spazio all'aborto e alle misure penali connesse. La *diyyat* è la somma in denaro da versare alla persona che ha subito il danno o agli eredi. Il Codice (1982) riprende le fasi dello sviluppo embrionale elencate nel Corano 23,12-14. 1) La *diyyat* da pagare per l'interruzione del processo procreativo quando lo sperma è ancora depositato nell'utero è di 20 dinari (Sezione 194; 2) l'aborto di un grumo di sangue (arabo *alaqa*) corrisponde a 40 dinari; 3) la *diyyat* per l'aborto di una piccola massa informe di car-

ne (*mudgha*) è di 60 dinari; 4) la *diyyat* per l'aborto di un feto in cui sono già formate le ossa ma non ancora ricoperte di carne è di 80 dinari; 5) la *diyyat* per l'aborto di un feto in cui carne ed ossa sono formate, ma senza l'anima, è di 100 dinari. In queste prime cinque fasi la legge non distingue tra aborti di feti maschi e femmine. 6) Per un feto abortito in cui è stata infusa l'anima, se è un maschio si dovrà pagare la *diyyat* piena (corrispondente a 100 cammelli oppure 200 vacche o 1000 dinari d'oro, ecc.) mentre se è femmina la *diyyat* viene dimezzata. Il pagamento della *diyyat* per procurato aborto spetta all'aggressore, mentre se l'aborto è effetto di un incidente spetta al suo clan (*aqila* o clan cioè i parenti di lato paterno), indipendentemente dall'animazione o meno del feto (S. 199). Non sono previste espiazioni (*kaffara*)⁵ per un procurato aborto prima che il feto sia animato mentre per un procurato aborto nelle fasi successive è prevista sia l'espiazione che il pagamento pieno della *diyyat* (S. 200). Nel 2005 il Parlamento iraniano ha approvato una nuova legge che consente l'aborto entro i primi quattro mesi di gravidanza per salvare la vita materna e quando il feto è gravemente handicappato. Non è previsto l'aborto a causa di stupro.

Arabia Saudita

La legge dell'Arabia Saudita fa contemporaneamente riferimento ai termini legali di 40 e 120 giorni per abortire ed è contenuta nell'articolo 24 della Risoluzione ministeriale del Gennaio 1990. L'articolo vieta l'interruzione volontaria della gravidanza tranne se praticata per salvare la vita materna; tuttavia, prima dei 4 mesi si può abortire quando esiste la certezza che a causa della gravidanza seguiranno gravi danni alla salute della donna. Per articolare questo principio il testo di legge include la Risoluzione n. 140 del Consiglio dei Grandi Ulama sauditi del Febbraio 1987 che riafferma il divieto di abortire, tranne nei limitati casi consentiti dalla *Shari'a*: 1) nei primi 40 giorni l'aborto è lecito per produrre un beneficio legittimo (non si precisa quale) o evitare un danno previsto (non si precisa quale); 2) dal 40° giorno fino alla fine dei 4 mesi l'aborto è lecito se la gravidanza danneggerà la salute della donna. Dopo

4 mesi è lecito abortire se la prosecuzione della gravidanza ucciderà la madre. Il Consiglio della Giurisprudenza Islamica (organo della *Muslim World League*), XII sessione, Mecca, 1990, ha approvato l'aborto entro i primi 120 giorni dal concepimento se il feto è affetto da incurabili handicap e la vita, dopo la nascita, rischia di essere miserabile per il neonato e per i familiari. È richiesto il consenso preventivo di entrambi i genitori.

Kuwait

La Legge 25 del 1981 e il Decreto Ministeriale 55 (1984) rendono lecito l'aborto entro 120 giorni se vi saranno danni per la salute della donna o il bimbo soffrirà incurabili danni psico-fisici. Secondo il Comitato delle Fatwa kuwaitiano (1984) l'aborto è lecito entro 40 giorni con il consenso di entrambi i partner; tra 40-120 giorni se la gravidanza provocherà danni alla salute materna e il bimbo rischia danni psico-fisici; dopo 120 giorni l'aborto è permesso solo per salvare la vita materna.

Algeria

In Algeria il Codice Penale del Giugno 1966 nei paragrafi 304-307 e 309-313 vieta l'interruzione della gravidanza. Successive norme hanno reso lecito l'aborto per salvare la vita materna, ma anche per tutelarne la salute fisica da gravi rischi (Decreto n. 76-79 dell'Ottobre 1976) e la salute mentale (Legge di Salute Pubblica n. 85-05 del Febbraio 1985). L'aborto terapeutico è consentito prima che il feto sia vitale. Può essere utile un confronto con la *fatwa*, data al Febbraio 1973, dell'allora Presidente del Consiglio Superiore Islamico d'Algeria, lo sheikh Ahmad Hammani. Secondo Hammani, i giureconsulti islamici concordano nell'obbligatorietà del ricorso al "prezzo del sangue" quando si abortisce un feto già animato, mentre non esiste accordo per le fasi precedenti dello sviluppo embrionale. L'aborto terapeutico diventa legittimo per proteggere la vita ma anche la salute materna. Tuttavia, continua Hammani, dopo la "piena configurazione umana" (120 giorni circa) l'aborto volontario non è più lecito.

Pakistan

In Pakistan la legge sull'aborto è stata modificata nel 1990 per meglio adattarla ai principi della *Shari'a* e superare la normativa precedente contenuta nel Codice Penale importato dagli inglesi nel 1860 (Boland, 1991: 272). Quest'ultimo Codice Penale puniva severamente l'aborto tranne quando praticato "in buona fede" per salvare la vita materna; la punizione variava a secondo dello stadio della gravidanza. Dal 1990 l'aborto volontario diventa un crimine la cui gravità dipende dallo stadio di sviluppo del feto (Testo delle pene Qisas e Diyat, art. 338 A-B-C) (Mehdi, 1994: 313-314): 1) se gli organi non si sono formati (la legge non specifica quando tale formazione avverrebbe, ma si presume si riferisca ai 120 giorni canonici) il reo rischia da tre a dieci anni di carcere. 2) Se alcuni organi ed arti del feto sono formati si prevedono 3 tipi di pene indipendentemente dal consenso materno: 338-A) se il bimbo è nato morto il reo subisce una multa equivalente a 1/20 della somma di denaro da versare all'erede di un ucciso (cioè la *dhiyya*); 338-B) l'intera somma (*dhiyya*) se se il bimbo nasce vivo ma successivamente muore; 338-C) il carcere fino a 7 anni se «il bimbo è nato vivo ma poi muore» per una ragione indipendente dall'aggressione del reo. Nella prima fase in cui il nascituro è ancora privo di forma l'aborto risulta lecito per salvare la vita materna o per fornirle un non meglio precisato "trattamento necessario". Dopo la prima fase è consentito interrompere la gravidanza allo scopo di salvare la vita materna. Nel caso una donna gravida sia stata condannata alla pena del taglione o alla pena capitale, il tribunale può, in accordo con un ufficiale medico, rinviare l'esecuzione della pena fino a due anni dopo la nascita del bambino.

Conclusioni

Appare immediato notare come la struttura "a gradini" offerta dai passi del Corano attinenti le fasi di sviluppo dell'embrione si presta a una lettura "graduale" del reato di procurato aborto anche

quando le affermazioni di principio condannano, senza sfumature, tale atto. Del resto anche qualora il giudizio morale sull'atto abortivo sia di netta condanna, il diritto musulmano persegue l'aborto proprio sulla base di questa struttura "a fasi" in cui le pene per un aborto nelle prime fasi di vita del neo-embrione ed embrione rimangono modeste rispetto a quelle comminate per un aborto procurato su un feto più sviluppato. Ciò non toglie che, sintetizzando e nonostante le premesse esposte, per la maggioranza dei dottori della Legge islamica l'aborto era e rimane un reato.

La strutturazione "a gradini" della riflessione giuridica sull'aborto ci porta istintivamente a rintracciare quali possano essere le posizioni di fondo dominanti nei dibattiti sull'utilizzo di cellule staminali embrionali nell'Islàm. Dal punto di vista tecnico l'embrione da cui è possibile prelevare le cellule non deve avere più di una settimana di vita. Dunque, il fatto che si tratti di cellule prive di anima e coltivate al di fuori del corpo materno ne rende molto debole lo statuto; quest'ultimo diminuisce ulteriormente se i favorevoli alla ricerca giustificano l'utilizzo delle staminali fondandolo sul principio del "beneficio pubblico" (*maslaha*) e/o del "male minore" e/o del principio di necessità per la salvezza della vita umana.

Nel Dicembre 2003 l'Accademia di Diritto Musulmano della Mecca si era espressa, tramite un'opinione giuridica (*fatwa*), sulla liceità o meno dell'utilizzo delle cellule staminali. Secondo il documento la procedura è autorizzata per legittimi scopi scientifici o terapeutici soltanto quando le cellule provengono da organismi legittimi: individui adulti; bambini dietro l'autorizzazione del tutore; placenta o cordone ombelicale; embrioni abortiti spontaneamente o per motivi leciti; uova fecondate in eccesso prodotte durante la pratica di fecondazione in vitro e donate dai genitori.

I limiti alla produzione e ricerca sulle cellule staminali embrionali vengono sostanzialmente individuati nel divieto di abortire volontariamente feti allo scopo di procurare cellule staminali e nella proibizione di una fecondazione volontaria tra gameti di partner non legalmente sposati al fine di produrre tali cellule.

Nonostante questi limiti non mancano autorità giuridico-religiose e mediche che vietano la produzione di cellule staminali embrionali. Costoro fanno implicitamente riferimento al modello della corrente giuridica *malikita* secondo la quale la vita viene creata da Dio secondo un preciso piano che prevede l'infusione dell'anima a un determinato istante dello sviluppo embrionale secondo la volontà divina. Come è illecito abortire, è analogamente illecito distruggere un pre-embrione entro la prima settimana di vita anche qualora sembri garantito il beneficio per la comunità ottenibile grazie alla sperimentazione su tale embrione e all'utilizzo delle sue cellule staminali.

Note

¹ Nel corso della trattazione si farà spesso riferimento a Atighetchi (2009).

² Gli *abadith* (sing. *badith*) sono i racconti o “detti” del Profeta riuniti in varie raccolte di differente valore normativo a seconda della loro autenticità. Gli *abadith* presenti nelle sei raccolte più autorevoli, ma soprattutto in quelle di Bukhari (m. 870) e Muslim (m. 875), fungono da modelli da imitare da parte dei fedeli.

³ Si utilizza in questa sede l'edizione de *Il Corano* tradotta da Alessandro Bausani (1988).

⁴ Rimane incerta la determinazione del momento dell'inizio della gestazione. Per la corrente *banafita* esso si calcola dalla conclusione del contratto matrimoniale e non è indispensabile l'avvenuto congiungimento tra i partner; la corrente *zahirita* «ammette esplicitamente che la conclusione del contratto è sufficiente perché il *nasab* sia stabilito». Viceversa per le altre correnti giuridiche la presunzione di paternità è calcolata dal congiungimento degli sposi. Vedi Aluffi Beck-Peccoz (1990: 157-158).

⁵ La *kaffara*, o espiazione del colpevole pentito, nel diritto musulmano consiste nella donazione di beni ai poveri, nella liberazione di schiavi o in preghiere e digiuni.

Parte terza

Azioni di cooperazione sanitaria transnazionale

La cooperazione narrata: un incontro tra saperi medici in Kenia

di *Giorgio Pellis e Marina Spaccini*

Il nostro contributo ad una riflessione sul rapporto tra medicina e cooperazione internazionale viene da un'esperienza empirica di lavoro sul campo. Per molto tempo ci siamo occupati di salute in Africa sub-sahariana: le nostre rispettive specialità – chirurgia e pediatria – sono state sin dall'inizio un punto di forza per l'organismo a cui apparteniamo (Medici con l'Africa-Cuamm) perché entrambe riescono a coprire i ruoli generalmente richiesti per un ospedale distrettuale nell'Africa sub-sahariana.

Tra il 1974 e il 1976, e in seguito negli anni 1983-1985, siamo stati coinvolti in un progetto di cooperazione sanitaria in Kenia, in particolare nelle aree occupate dai Kikuyu e dai Meru, due popolazioni simili per lingua e organizzazione sociale. L'obiettivo generale della nostra missione era quello di garantire la copertura sanitaria per due ospedali distrettuali finanziati da organismi missionari. In particolare, una delle strutture, per dimensioni, personale e attività, poteva essere paragonato ad un ospedale di maggiore importanza (ospedale regionale) e le nostre competenze rientravano all'interno di un team medico più nutrito. In effetti, a differenza di altri ospedali, le patologie affrontate in questa struttura erano molto più complesse e numerose.

Con questo intervento vorremmo inquadrare alcune delle riflessioni che hanno guidato il nostro lavoro sul campo oggi come ieri, mettendo in luce in particolare il rapporto tra operatori sanitari, esperti locali di medicina e popolazione.

In quegli anni la filosofia degli interventi di cooperazione sanitaria era inquadrata all'interno del concetto di *bisogno* più che nel concetto di *diritto* alla salute. Già allora, tuttavia, gli sforzi del no-

stro lavoro erano indirizzati verso valori e principi più democratici, come ad esempio quelli dell'equità, della non discriminazione e dell'accessibilità ai servizi, soprattutto per i più indigenti. Di fatto il nostro lavoro era già in linea con quei principi che sarebbero stati promossi più avanti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità con la conferenza di Alma Ata sulla *Primary Health Care* del 1978. Oggi queste modalità di impegno, che prima per il nostro organismo erano semplice prassi, sono entrate a far parte integrante del documento costitutivo dell'Associazione CUAMM per cui operiamo.

Le sfide proposte oggi come ieri dai nostri progetti avevano come obiettivo l'integrazione degli interventi effettuati in aree periferiche degli Stati africani all'interno del sistema sanitario nazionale. Si trattava di operare in un contesto dove il rapporto tra medico e paziente è dell'ordine di 1:200.000/1:500.000, con limitate risorse ed una economia dei gruppi beneficiari definibile "di sussistenza". La nostra Associazione, così come quasi tutte le Organizzazioni Non Governative che allora operavano in questi ambienti sulla base di queste caratteristiche strutturali, affidava parte del lavoro sanitario negli ospedali ad un personale volontario e giovane: nel nostro caso, ad esempio, si trattava della prima esperienza di cooperazione, dopo poco più di un anno dalla laurea in medicina. I limiti legati alla conoscenza del contesto e alle difficoltà inerenti alla prima esperienza erano premesse di cui eravamo coscienti. Nei decenni scorsi, infatti, la medicina di cooperazione era di fatto un'attività precaria: solo negli ultimi tempi la nostra Associazione è riuscita a dare risposte, per così dire, meno "di fortuna" ai bisogni locali. Gli ospedali di frontiera, ad esempio, sono caratterizzati da un'organizzazione semplice ma da problematiche complesse allo stesso tempo e Medici con l'Africa ha risposto con l'inserimento nel lavoro sanitario sia di volontari con maggiore esperienza di campo sia di figure professionalizzate dal punto di vista tecnico e amministrativo.

Una parte consistente delle difficoltà incontrate dagli operatori riguardava le modalità di incontro con le popolazioni locali, la

loro lingua, le pratiche culturali locali. Le differenze linguistiche, in primo luogo, sono state affrontate con l'utilizzo sistematico di personale infermieristico locale con funzione di traduttore passante per la lingua inglese da noi adoperata. Valori, comportamenti e modi d'agire differenti da quelli dei nostri operatori si affiancavano poi a difficoltà logistiche dovute ad una precaria rete telefonica e postale e ad un sistema stradale ancora poco sviluppato. Tuttavia, tutte queste difficoltà più che essere intese come un ostacolo inevitabile, venivano considerate parte dell'esperienza e del lavoro da svolgere.

L'organizzazione del lavoro sanitario negli ospedali in quegli anni è paragonabile a quello odierno. In primo luogo si offriva una disponibilità 24 ore al giorno; il personale intermedio, poi, svolgeva l'accoglienza degli utenti e la gestione delle problematiche fino al massimo delle proprie capacità, secondo il cosiddetto *referring system*. I casi più complessi e selezionati, le decisioni più impegnative e decisive e la maggior parte dei gesti chirurgici erano eseguiti dai medici professionisti. Questi, a loro volta, di fronte a casi che superavano le loro competenze e le possibilità organizzative dell'ospedale, decidevano, a seconda del caso, il trasferimento ad ospedali di livello superiore. L'idea di fondo dell'organizzazione era di garantire al contempo salute e sviluppo più generale: l'ospedale era inteso come un centro organizzativo per le attività del territorio, che andavano dalle vaccinazioni alla supervisione delle gravidanze, fino alla divulgazione di informazioni nelle scuole e nei villaggi.

Tutto questo lavoro era possibile grazie ad un rapporto di reciprocità costante con la popolazione locale. Tutti gli operatori erano coscienti dell'esistenza di un gap culturale tra medicina importata e concetti locali legati alla percezione del sé e del corpo, alle rappresentazioni della vita e della morte, della salute e della malattia. L'impegno era di interagire con questo gap e non intenderlo come un problema da risolvere: era inevitabile accettare i limiti evidenti della nostra professionalità medica in linea con un principio di rispetto e comprensione dei nostri pazienti, delle loro pratiche e convinzioni culturali. Quest'ultime divennero esse stesse un

terreno di conoscenza per la nostra professione, necessario per interagire nella quotidianità come nel lavoro sanitario. Imparare i rudimenti della lingua kikuyu fu, ad esempio, necessario per guadagnarsi la *compliance* (accettazione, fiducia) con il paziente e per rendere la nostra presenza più familiare. L'interpretazione delle concezioni della malattia ed i loro fondamenti culturali fu un altro passo decisivo per il nostro lavoro. Singoli episodi, dialoghi mal interpretabili, traduzioni reticenti o lacunose, ci costringevano ad interrogarci sull'esistenza di un piano di comunicazione che molti pazienti non desideravano si esplorasse. Grazie anche al confronto con operatori delle missioni locali, comprendemmo che esisteva un universo di significati differente dal nostro con cui era necessario confrontarsi; prendeva forma gradualmente una ben definita cosmogonia; assumevano significato le relazioni di forza e di dipendenza fra le classi d'età; si cominciavano a definire quei fenomeni e quelle pratiche a noi sconosciuti a cui di volta in volta tutti i membri del gruppo sociale locale accedevano in virtù dei riti di passaggio fra le varie classi. Lentamente comprendevamo che quelli che i colonialisti dell'Impero britannico avevano classificato come "selvaggi" erano depositari di una cultura complessa, articolata secondo una logica che sfugge agli schemi latino-greco-ebraici che fanno da supporto al nostro ordine culturale. Prendendo ancora come esempio la lingua, comprendemmo che lo Swahili¹ si articola in preposizioni strutturate su sistemi di classi di vocaboli che ruotano attorno a sostantivi concreti (in particolare riferiti all'essere umano) e questi, a loro volta, condizionano con una serie di prefissi tutte le altre parti del discorso, verbi compresi. Tali parti rimangono senza senso quando sono prive del sostantivo cui si riferiscono: per noi il verbo anche da solo può costituire una frase di senso compiuto, per un Bantu questo non succede mai. In tal senso il pensiero si sviluppa con una concretezza palpabile cui non eravamo abituati.

Concetti come *morte* o *malattia* si riferivano ad insiemi di valori locali che, una volta compresi, ci permisero di comprendere alcune modalità di relazione con il nostro personale sanitario. La com-

preensione sintomatologica della malattia non era oggetto delle richieste da parte dei pazienti, così come non soddisfaceva le loro necessità il sapere se sarebbero guariti o no dopo i nostri interventi. Operando in questo senso spesso i nostri interventi erano oggetto di critiche che inizialmente non comprendevamo; in seguito prendemmo coscienza del fatto che una delle ragioni principali dell'intervento di un medico era l'esplicitazione della causa della malattia (il *perché*) e della sua individualizzazione in quella particolare persona ed in quel particolare momento.

Tali concezioni si inquadravano all'interno di coordinate cosmogoniche, come si accennava poco sopra. La medicina Bantu, infatti, parte dal presupposto che esiste un Dio (*Ngai*), trascendente e sostanzialmente indifferente alle vicende umane, nascosto nelle nevi del monte Kenya, da cui scende, senza alcuno sforzo attivo, ogni benedizione. Presso i Tharaka, sottogruppo dei Meru, dei raggi invisibili trasportano il potere benefico di Dio attraverso le anime dei defunti alle tre classi d'età degli anziani; passano poi per gli uomini adulti, le donne, i bambini e si riversano infine negli altri elementi della realtà: gli animali, le piante e i corpi inanimati. Contro questa felice propagazione del bene divino, tre gruppi di spiriti perversi si oppongono, "invidiosi", maligni e in grado di suscitare delitti. Essi sono gli spiriti di coloro che sono morti suicidi, quelli che sono morti nella maledizione (soprattutto se lanciata da qualche anziano poi deceduto) e coloro che non hanno avuto figli. Quando il flusso benefico s'interrompe in qualche suo passaggio, là compare la malattia. Quest'ultima è quindi un sintomo che si riferisce ad una disfunzione di una struttura sovra-biologica. Il malato, conscio della propria posizione in seno a quest'unico corpo sociale, cercherà in quale punto della rete societaria del gruppo è avvenuto lo strappo che si è palesato "energeticamente" nel suo fatto personale.

Esistono poi delle modalità di classificazione della malattia che è stato necessario comprendere. Le malattie organiche sono classificate dai Bantu del Kenya in tre categorie: quelle curabili con metodi tradizionali (come la malaria, le parassitosi, le febbri, ecc.); quel-

le che non si riescono usualmente a curare, per le quali potrebbe essere richiesto il parere del medico occidentale ed infine quelle malattie che sono state importate dagli occidentali, tra le quali la sifilide, il morbillo e poche altre e che non hanno mai risposta nella cultura sanitaria locale. Non sono incluse in queste classi le malattie chirurgiche e quelle ostetriche, per le quali le modalità di cura locali non danno alcuna risposta in termini clinici. Su un secondo piano sono classificate le malattie da maledizione (*Urogi*), per le quali l'approccio puramente biochimico non può dare normalmente soluzioni e per le quali invece è necessaria una diagnosi "sociale" e divinatoria ed è appropriata una terapia che chiama in causa fattori cosmogonici. Anche di fronte ad eventi che ai nostri occhi si presentavano senza possibilità di cura, la medicina locale inquadrava le problematiche ad essi relative con una logica coerente per il contesto, tentando di dare risposte pertinenti, imponendo comportamenti atti ad evitare il ripetersi della situazione dannosa e sviluppando così un'azione di "profilassi sociale".

Sulla base dell'acquisizione di queste conoscenze, si sviluppò una prassi relazionale tra noi medici della cooperazione e curatori locali. Quest'ultimi ci inviavano i casi che essi ritenevano bisognosi della "medicina dei bianchi"; noi ci rivolgevamo a loro per tutti quei casi ai quali non eravamo in grado di fornire una risposta, come ad esempio i casi psichiatrici o i malati terminali, per i quali era più appropriato a nostro parere trovare accoglienza nella loro struttura sociale.

Dal punto di vista di un'organizzazione sanitaria occidentale, cosiddetta "moderna", probabilmente il servizio da noi fornito in quegli anni sarebbe considerato radicalmente inefficiente. Gli stessi ospedali la cui costruzione era prevista dal progetto, al termine di questo non sono sopravvissuti, a dispetto della nostra illusione che dopo anni di sostegno essi sarebbero stati capaci di automantenersi. L'estrema difficoltà economica locale, i rapporti di forza politici ed anche, probabilmente, un approccio *ingenuo* delle nostre prime esperienze di progettazione sanitaria, hanno contribuito alla graduale disgregazione di ciò che tentammo di costruire.

Tuttavia, al di là di queste carenze strutturali, l'approccio collaborativo tra la nostra medicina e quella locale può fornire un ottimo esempio di convergenza tra sistemi differenti verso un unico obiettivo di cooperazione, tenendo evidentemente in conto la differenza di "peso politico" tra le due medicine che fonda un inaccettabile sistema di sperequazione tra medicine "ricche" e "povere".

Note

¹ Il Kikuyu ed il Kimeru, gli idomi locali, pur avendo la stessa struttura della lingua ufficiale (lo Swahili) sono lingue orali e vengono scritte solo per le necessità contingenti dei missionari.

La cooperazione sanitaria decentrata: esperienze e prospettive dalla Toscana

di Maria-Jóse Caldés Pinilla, Nicolò Bellanca, Elena Como, Renato Libanora e Andrea Rapisardi

Introduzione

L'antropologo Jean-Pierre Olivier de Sardan (1995: xi) propone una delle più stimolanti definizioni di “sviluppo” come «l'insieme dei processi sociali indotti da operazioni volontaristiche di trasformazione di un ambiente sociale, intraprese per mezzo di istituzioni o di attori esterni a questo ambiente, i quali cercano tuttavia di mobilitarlo mediante un innesto di risorse e/o tecniche e/o conoscenze». Le due peculiarità, rispetto ad altri percorsi di cambiamento sociale, consistono nell'*intento volontaristico* e nell'*intervento di soggetti esogeni*. Si tratta di caratteristiche tipiche dell'aiuto pubblico allo sviluppo (ODA, *Official Development Assistance*), il quale non è dunque un aspetto accessorio dei percorsi di sviluppo, bensì «la forma primaria della politica internazionale al livello della periferia geopolitica» (Macrae e Leader, 2000: 31).

Finché rimane centrale la coppia sviluppo-aiuto, tuttavia, vale il proverbio africano secondo cui “la mano che riceve sta sempre sotto a quella che dà”. Questa impostazione è stata criticata sul piano politico, scientifico e, soprattutto, su quello delle pratiche di cooperazione internazionale (Bellanca, 2008; Canitano e Bellanca, 2010). Una nuova triade di concetti è quindi emersa nei dibattiti recenti: si tratta dei concetti di partecipazione, *empowerment* e co-sviluppo. I tre termini fanno riferimento a dibattiti scientifici e professionali in parte indipendenti ma, dal nostro punto di vista, particolarmente significativi se messi in relazione all'interno di precise cornici analitiche ed operative. In questa sede la specifica “cornice”

di riferimento che intendiamo adottare è quella della cooperazione decentrata allo sviluppo. Attraverso i tre concetti sopraelencati ed altri che andremo via via a definire nelle pagine che seguono, vorremmo quindi proporre alcune riflessioni sulla cooperazione decentrata e più in generale sulle trasformazioni che ormai da un paio di decenni stanno investendo le relazioni tra Nord e Sud del mondo, aprendo nuove vie per la promozione dello sviluppo su scala globale.

La tesi che andiamo a sostenere è che la cooperazione decentrata, come innovativa forma delle relazioni internazionali, ha le potenzialità necessarie per superare almeno in parte l'approccio vettoriale della cooperazione allo sviluppo tradizionale (il trasferimento unidirezionale dalle società più ricche a quelle più povere), per attivare invece una serie di scambi materiali ed immateriali tra territori che prendono le mosse dalla consapevolezza di un comune destino e si orientano nella direzione – a nostro avviso desiderabile – del co-sviluppo.

Abbiamo già citato alcuni dei concetti chiave della nostra riflessione quali la partecipazione, l'*empowerment*, il co-sviluppo. Dopo averli meglio specificati e discussi, richiameremo brevemente i principali tratti della cooperazione decentrata e proporremo l'esempio del settore sociosanitario, che a nostro avviso si presta particolarmente bene alla dimensione decentrata della cooperazione internazionale. Infine, riporteremo alcune riflessioni relative all'esperienza concreta della Cooperazione Sanitaria Internazionale (CSI) della Regione Toscana, tratte da uno studio in corso realizzato dal Laboratorio ARCO del PIN S.c.r.l. di Prato¹.

Co-sviluppo e cooperazione decentrata: concetti chiave e riflessioni di fondo

Cominciamo quindi col definire per primi i tre concetti che abbiamo enunciato sopra, ovvero i concetti di partecipazione, *empowerment* e co-sviluppo.

Con partecipazione intendiamo quel processo per il quale un individuo, una comunità o un'agenzia governativa coinvolti in una relazione di cooperazione internazionale sviluppano le attitudini – e si costruiscono gli strumenti analitici, i canali comunicativi e le condizioni operative – necessarie per riflettere criticamente sulla progettazione, attuazione e valutazione del progetto stesso.

Per *empowerment* intendiamo la capacità del “beneficiario” di un progetto di cooperazione di pro-agire verso l'agenzia che effettua l'intervento di “aiuto” e verso il donatore che lo finanzia, ponendosi così in una reale condizione di partenariato. Le asimmetrie di potere che si vogliono ridurre attraverso l'*empowerment* non sono solo quelle verticali (tra Nord e Sud), ma anche quelle orizzontali (tra gruppi sociali, per esempio donne, bambini, disabili, minoranze etniche).

Infine, per co-sviluppo intendiamo quei percorsi di innovazione (di processo e di prodotto) che investono, e in cui sono interessati simultaneamente e consapevolmente, soggetti e sistemi locali del Nord e del Sud del mondo. Alla base di un tale concetto di co-sviluppo, vi è una precisa chiave di lettura della globalizzazione contemporanea, la quale, a nostro avviso, è concepibile come un processo di competizione/collaborazione tra territori. Nel contesto contemporaneo, in cui sempre di più sono i *territori* (o sistemi socio-economici locali, SSL), e non gli Stati-nazione, la dimensione più rilevante per lo sviluppo, possiamo infatti intendere la cooperazione decentrata come una forma di relazione internazionale che nasce quando un SSL già affermato ed un SSL potenziale decidono di esplorare le reciproche sinergie con l'obiettivo di generare co-sviluppo. Solitamente, ma non sempre, il primo SSL è collocato al Nord ed il secondo al Sud. Le sinergie tra territori implicano transazioni bi-direzionali: persone, risorse e conoscenze fluiscono in modo continuo da un SSL all'altro, in entrambe le direzioni anche se in misure e in forme diverse.

Se si abbraccia questa interpretazione, si vede subito che rispetto alla forma classica dell'aiuto allo sviluppo la cooperazione decentrata cambia radicalmente l'approccio metodologico. La coo-

perazione tradizionale (l'aiuto allo sviluppo) procede mediante un armamentario strumentale basilare, il quadro logico e il ciclo di progetto, con cui si cala un sapere aprioristico e teleologico in una (lontana ed estranea) realtà concreta. Il progetto di cooperazione tradizionale è deduttivamente sequenziale: prima lo si elabora, poi si trovano i fondi, quindi lo si realizza e monitora, infine lo si valuta. La cooperazione decentrata, al contrario, attiva processi di comune interesse ed esplora le sinergie puntando al co-sviluppo. Il sapere è stavolta induttivo e processuale, poiché nasce dalle stesse pratiche messe in campo e dalle riflessioni dei vari attori. La forma in cui esso si organizza non è più il "progetto *ex ante*", bensì – se così lo vogliamo chiamare – il "partenariato *in itinere*".

La riflessione sul co-sviluppo (e sul partenariato come forma privilegiata per la sua realizzazione concreta), ci porta quindi a definire altri tre concetti fondamentali.

Il primo di questi è il *comune destino*, che lega tra loro anche i più distanti popoli del Sud e del Nord, in quanto abitanti di un unico pianeta ormai fortemente globalizzato. L'esistenza di un comune destino costringe i territori a quel rapporto di continua competizione/collaborazione che abbiamo richiamato sopra, e giustifica la loro scelta di "cooperare". Per comprendere meglio le implicazioni di un comune destino, si pensi agli abitanti di un condominio: ognuno vive a casa propria, ma tutti condividono parti comuni e interessi collettivi. Affrontare un comune destino può non significare un miglioramento per tutti (come accade nel caso del mutuo vantaggio), ma è preferibile sia al procedere ciascuno per conto proprio, sia al litigare. Nel contesto della cooperazione internazionale, è fondamentale osservare che l'idea del comune destino è assai diversa da quella della solidarietà caritatevole che, seppure in maniera mimetica, rimane alla base dell'ideologia che giustifica le forme tradizionali di aiuto allo sviluppo. Mentre la solidarietà caritatevole scaturisce da un senso di iniquità che si desidera ridurre, se non dal senso di colpa che il "ricco bianco" prova verso il "povero nero", l'idea del comune destino riflette un'attitudine collaborativa tendenzialmente paritaria e bi-direzionale.

Dal riconoscimento del comune destino e quindi dalla scelta della collaborazione invece che dell'aiuto caritatevole, segue un altro concetto chiave che vogliamo richiamare nel quadro della cooperazione decentrata: l'*innovazione organizzativa*. Anche qui, possiamo contrapporre il modello del co-sviluppo a quello tradizionale dell'aiuto, mettendone subito in luce le maggiori potenzialità. Nel consueto modello degli aiuti allo sviluppo vi è il "donatore del Nord", che possiede le risorse, le conoscenze e il potere; costui non ha motivi per mettersi in gioco mentre effettua l'intervento caritatevole al Sud, anzi ne è il regista, proprio in quanto è l'unico soggetto che controlla ogni tappa del processo. Di converso, nel modello basato sul co-sviluppo un presupposto fondamentale è proprio la volontà di mettersi in gioco, per imparare e crescere in entrambi i territori, così al Nord così come al Sud del mondo. Attraverso i rapporti di cooperazione decentrata si attivano infatti processi di scambio in cui ogni organizzazione coinvolta viene spinta dalla nuova partnership a cambiare ed adattarsi. Nulla garantisce che il cambiamento prodotto costituisca di per sé un Progresso (in qualche accezione), né che porti rapida crescita economica o incrementi di welfare in uno o ambedue i territori coinvolti. L'unica importante certezza è che un rapporto basato sulla partnership tra due territori (o sistemi locali) spinge entrambi ad apprendere: ad imparare ed innovare.

L'ultimo concetto che vogliamo richiamare prima di passare a discutere le esperienze concrete della cooperazione decentrata è la *peer review*, ovvero il controllo tra pari. La *peer review*, strettamente connessa al principio di mutua *accountability*, indica un sistema di sorveglianza multilaterale nel quale ogni organizzazione sottopone le proprie azioni al vaglio delle altre, permettendo a ciascun partner di valutare la convergenza o meno degli altri obiettivi condivisi. In assenza di un meccanismo gerarchico di controllo e sanzione, gli esercizi di monitoraggio e valutazione partecipativa attivati dalla *peer review* sono dei potenti generatori di informazioni pertinenti e di reciproco posizionamento. L'unica efficace sanzione, espressa dallo stesso rapporto tra pari, è l'espulsione dal grup-

po (in questo caso dal partenariato) dei soggetti e delle organizzazioni che non collaborano.

Nel contesto della cooperazione decentrata, la *peer review* può essere usata per effettuare un controllo *in itinere* dei processi e dei partenariati e quindi per attenuare le tradizionali asimmetrie di potere, per le quali da una parte vi è il Nord che “sorveglia” e dall’altra vi è il Sud che tenta di “allinearsi”. Inoltre, accanto all’innovazione organizzativa, la *peer review* contribuisce significativamente a generare percorsi di apprendimento per le organizzazioni implicate.

Per concludere questa prima parte, usando i concetti fin qui definiti, possiamo quindi sostenere che quando si stabiliscono impegni e relazioni – quanto più possibile vincolanti – tra soggetti e territori del Nord e del Sud, in cui le dimensioni della partecipazione e dell’*empowerment* sono continuamente presenti e rinnovate, in cui l’idea di un comune destino è riconosciuta e condivisa, e in cui la bi- (o multi-) direzionalità tanto dell’innovazione quanto del “controllo” (la *peer review*) è accettata e valorizzata da tutti i soggetti coinvolti, allora è possibile attivare processi virtuosi che possiamo definire di “co-sviluppo”.

La tesi sostenuta qui è che una simile dinamica possa essere attivata e resa sostenibile dalla cooperazione decentrata più facilmente che da altre forme di cooperazione o di relazioni internazionali. A nostro avviso, questo salto di qualità della cooperazione internazionale contribuirebbe anche a rafforzarne la legittimità e la sostenibilità nel tempo.

La cooperazione decentrata nelle pratiche concrete: l’interpretazione italiana

Abbiamo fin qui illustrato il quadro teorico e concettuale di riferimento in cui collochiamo la cooperazione decentrata. Tuttavia, per rimanere vicini alla sua realtà concreta dobbiamo guardare come essa viene interpretata e messa in pratica dai diversi soggetti e organizzazioni tradizionalmente coinvolti nell’aiuto allo sviluppo.

Ad una prima analisi, si vede che il termine “cooperazione decentrata” viene interpretato ed utilizzato in modo diverso da diverse organizzazioni ed istituzioni, e manca in generale una definizione operativa condivisa (Hafteck, 2003)². Ciononostante, sembra comunque esistere un minimo comun denominatore tra le diverse definizioni, e questo è il ruolo pro-attivo assunto dalle autonomie locali sia nel finanziare che nel promuovere e realizzare le iniziative, in un’ottica di partenariato con i territori del Sud del mondo (Stocchiero, 2007: 5).

Nella definizione italiana³, aggiornata dalla Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo del Ministero degli Affari Esteri (DGCS/MAE) nel 2010, per Cooperazione Decentrata s’intende:

l’azione di cooperazione realizzata dalle Regioni e dagli Enti Locali nell’ambito delle relazioni di partenariato territoriale con istituzioni locali (per quanto possibile omologhe) dei paesi con i quali si coopera. Tali azioni sono finalizzate a stabilire e consolidare lo sviluppo reciproco equo e sostenibile. Per la loro realizzazione ci si avvale della partecipazione attiva degli attori pubblici e privati nei rispettivi territori (DGCS/MAE, 2010: 13).

Partendo da questa definizione, possiamo brevemente richiamare i principali aspetti concreti in cui la cooperazione decentrata introduce elementi di novità. Questi sono principalmente tre: gli *attori* della cooperazione allo sviluppo, i *processi* su cui essa si fonda (e che concorre a determinare), e infine la centralità acquisita dal *territorio* rispetto alle altre forme di cooperazione internazionale.

Per quanto riguarda gli attori, la cooperazione decentrata innova rispetto alla cooperazione allo sviluppo tradizionale poiché, contrariamente a quest’ultima (che si basa principalmente sull’azione di governi centrali, agenzie internazionali, ed enti privati non-profit quali ONG ed associazioni), essa segnala l’entrata in scena o l’accrescimento di ruoli e responsabilità di altri attori. Secondo la definizione italiana, questi sono in primo luogo le Regioni e gli Enti Locali (REL), ma come si legge più oltre nelle stesse Linee Guida, possono essere anche altri soggetti, tra cui le Univer-

sità e i centri di ricerca e formazione, i servizi pubblici, le organizzazioni sindacali, le associazioni di migranti, addirittura le piccole e medie imprese ed altri soggetti *for profit*⁴. Va ricordato che, come abbiamo già richiamato sopra, altre istituzioni impegnate nello sviluppo intendono la cooperazione decentrata in maniera diversa e quindi mettono anche l'accento sul ruolo di altri attori⁵. Questa variabilità degli attori "riconosciuti" nelle diverse definizioni di cooperazione decentrata, che talvolta la porta a concretizzarsi in forme empiriche anche assai diverse fra loro, ci porta a ritenere che sono i criteri di territorialità, pluralità ed eterogeneità degli attori il vero elemento innovativo della cooperazione decentrata – la quale tende spesso a caratterizzarsi come modalità aperta a vari attori piuttosto che sceglierne rigidamente alcuni – e che la maggiore mobilitazione e inclusione di una certa tipologia di attori piuttosto che di un'altra è in ultima analisi una specificità locale, e probabilmente uno dei tratti che permettono di distinguere tra di loro i diversi modelli di cooperazione decentrata preferiti dai diversi Stati e autorità locali nelle proprie legislazioni in materia.

Per quanto riguarda i processi, la definizione italiana richiama direttamente l'idea di partenariato, che viene poi ripresa anche nelle pagine successive delle Linee Guida, dove si enunciano i principi della cooperazione decentrata (DGCS/MAE, 2010: 4). Come abbiamo argomentato sopra, la scelta del partenariato come modalità di relazione tenta di superare le forme tradizionali dell'aiuto bi- e multi-laterale (spesso rigide, verticali, basate su rapporti asimmetrici tra paesi donatori del Nord e dei paesi beneficiari del Sud), e di sostituirle con l'idea della mutua *accountability* e dello sviluppo reciproco. In questo modo, pur non essendo sostitutiva o alternativa a quella tradizionale, la cooperazione decentrata cerca di innovare fortemente il modo di intendere le relazioni e i processi alla base dello sviluppo, di rispondere meglio alle esigenze locali, e infine di restituire alla cooperazione internazionale quella legittimità democratica ormai in crisi da almeno 20 anni (si veda anche Stocchiero, 2009).

Infine, tra le maggiori novità introdotte dalla cooperazione decentrata, troviamo la centralità del territorio, che assume concretamente una doppia valenza di “fine” e di “mezzo” per lo sviluppo locale. Nella cooperazione decentrata, infatti, l’obiettivo centrale è il soddisfacimento delle esigenze locali e quindi lo sviluppo equo e sostenibile del territorio; allo stesso tempo il territorio è anche la principale fonte di reperimento delle risorse umane, sociali, economiche, naturali e simboliche necessarie per realizzare le iniziative e concretizzare il progetto dello sviluppo locale. Per questo motivo, la cooperazione decentrata deve ricercare la partecipazione attiva e coerente dei vari soggetti locali, senza che però questo riduca le possibilità di interazione e coinvolgimento degli altri livelli. Infatti, oltre alle relazioni tra soggetti locali, nella cooperazione decentrata si costruiscono anche importanti sinergie con attori nazionali e sopranazionali, nel contesto di una complessa *governance* multi-livello che si fa quindi sempre più caratterizzata dalla pluriattorialità e il policentricismo delle relazioni. La sfida operativa diventa quindi quella di trasformare gradualmente questa immensa mole di relazioni e di flussi in un vero e proprio partenariato tra territori del Nord e del Sud del mondo basato sulla condivisione di obiettivi e principi relativi allo sviluppo.

Nelle pagine che seguono, ci concentreremo su uno specifico ambito di cooperazione internazionale, la cooperazione sanitaria, e cercheremo di mettere a fuoco il valore aggiunto che la cooperazione decentrata può offrire, grazie al suo focus sul livello locale e alle potenzialità per il co-sviluppo che abbiamo discusso sopra. Quindi innanzitutto introdurremo alcune questioni centrali per la cooperazione sanitaria decentrata nel suo complesso, e poi proporremo delle riflessioni più specifiche tratte dall’esperienza della Cooperazione Sanitaria Internazionale della Regione Toscana, che recentemente ha iniziato ad interrogarsi sui propri risultati e potenzialità future. La riflessione sull’esperienza della Regione Toscana, prodotta all’interno del già citato studio di ARCO, offre numerosi spunti perché entra nel cuore della questione che a noi interessa, ovvero la possibilità di avviare proces-

si di co-sviluppo tra Nord e Sud del mondo e quindi di superare la logica caritatevole ed assistenziale dell'aiuto allo sviluppo classico, per attivare invece scambi che siano originali e in grado di produrre innovazione e sviluppo in tutti i territori coinvolti, compresa la Toscana stessa.

La cooperazione decentrata sanitaria: nuova via per la realizzazione di Alma Ata?

Nel contesto dello sviluppo, la salute occupa un posto di notevole rilievo. Innanzitutto, la salute intesa non solamente come mera assenza di infermità ma bensì come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale⁶ è stata più volte definita un diritto umano fondamentale⁷. In secondo luogo, è ormai riconosciuto che la salute è un fattore fondamentale e imprescindibile per lo sviluppo socioeconomico di ogni stato e per il raggiungimento dell'obiettivo globale dell'eradicazione della povertà, ed è quindi una delle principali *capabilities* per lo sviluppo umano secondo l'approccio del Premio Nobel Amartya Sen (2000). Inoltre, con l'aumento della mobilità e delle migrazioni globali, è sempre più riconosciuto che la salute è ormai diventata un vero e proprio bene pubblico globale e quindi che la promozione della salute nei paesi poveri non è solo una questione di giustizia sociale, ma contribuisce a proteggere l'umanità intera (Murru e Tediosi, 2008).

A riconferma di ciò, quando nel settembre del 2000 l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha individuato otto Obiettivi di Sviluppo del Millennio (OSM)⁸ da raggiungere entro il 2015, tre di questi sono stati dedicati interamente alla salute:

- OSM 4: Ridurre la mortalità infantile;
- OSM 5: Migliorare la salute materna;
- OSM 6: Combattere HIV/AIDS, malaria e altre malattie.

Inoltre, a ulteriore dimostrazione del forte nesso tra il miglioramento della salute e lo sviluppo nel suo complesso, anche altri

Obiettivi e del Millennio e rispettivi targets fanno riferimento a elementi di una vita salutare, ad esempio:

- OSM 1, target 1c: Dimezzare la proporzione di persone che soffrono la fame;
- OSM 7, target 7c: Dimezzare la proporzione di persone senza accesso sostenibile all'acqua potabile e all'igiene di base.

In riconoscimento della centralità della salute nello sviluppo, le risorse destinate dalla cooperazione internazionale al settore sanitario hanno visto un notevole aumento negli ultimi decenni (Murru e Tediosi, 2008)⁹. Tuttavia, nonostante questo aumento di spesa (che in ogni caso è stato molto diseguale tra paesi)¹⁰ in alcune zone, soprattutto in Africa Sub-Sahariana, gli indicatori sanitari non sono migliorati o hanno addirittura visto un peggioramento (M. Murru e F. Tediosi, 2008). Le ragioni di questo “insuccesso” della cooperazione sanitaria internazionale probabilmente risiedono nella difficoltà a gestire efficacemente le risorse, in particolare a definire e applicare coerentemente un approccio condiviso alla promozione della salute nel Sud del mondo, e a coordinare ed armonizzare fra loro le diverse azioni dei numerosissimi soggetti e istituzioni attive nella cooperazione sanitaria internazionale. Murru e Tediosi (2008) hanno infatti osservato che il settore sanitario è quello con il maggior numero di attori del cosiddetto sistema degli aiuti, cui partecipano una moltitudine di piccole e grandi organizzazioni: mentre le prime tendono ad aumentare la confusione e gli sprechi, le seconde promuovono più omogeneità ma tendono a fare pressioni sulle istituzioni dei paesi riceventi e a influenzarne fortemente le politiche, spesso promuovendo pacchetti standard di misure e politiche che male si adattano alla variabilità di contesti e di sfide che ogni paese presenta. A complicare la situazione c'è poi la molteplicità di attori interni ai Paesi in Via di Sviluppo destinatari dell'aiuto che influiscono in vari modi sul sistema sanitario nazionale, per esempio i vari ministeri che possono avere responsabilità sulla formazione degli operatori sanitari, la gestione delle strutture, i centri di ricerca, gli eventuali sistemi di assicurazione sanitaria.

In questo quadro così complesso, assume una valenza fondamentale il richiamo fatto recentemente dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, la quale nel World Health Report del 2008 (WHO, 2008) ha voluto rilanciare con forza l'approccio della *Primary Health Care*, già proposto a partire dalla fine degli anni settanta come guida per le istituzioni che si occupano di cooperazione sanitaria. La Primary Health Care (PHC) venne definita nella Dichiarazione di Alma Ata del 1978 come

essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation and at a cost that the community and country can afford to maintain at every stage of their development in the spirit of self-reliance and self-determination (WHO, 1978).

Tale approccio è stato fortemente marginalizzato nei tre decenni successivi a causa del crescente protagonismo nella cooperazione sanitaria internazionale di attori, quali la Banca Mondiale, che si sono fatti portatori di approcci diversi e più selettivi (OISG, 2008). La scelta recente dell'OMS di rilanciare con forza la strategia di *Primary Health Care* è stata accompagnata anche dall'enfasi posta sulla sua dimensione locale, e quindi dalla raccomandazione di orientare gli sforzi futuri verso la promozione della salute delle comunità, per il soddisfacimento delle loro aspettative e bisogni reali. Per meglio rispondere a queste esigenze, l'OMS raccomanda che le strategie e le azioni siano sempre più integrate a livello locale, e puntino quindi alla creazione di reti locali di servizi sanitari di base pianificati localmente e realizzati utilizzando al meglio le risorse disponibili sul territorio (WHO, 2008)¹¹. Inoltre, il *World Health Report* del 2008 sottolinea l'importanza di promuovere una leadership locale inclusiva e partecipativa, mobilizzando tutti gli attori della sanità in senso lato: le autorità locali, la società civile, il settore privato, le professioni mediche, la comunità scientifica, la comunità globale della sa-

lute. In particolare, il report sottolinea il ruolo fondamentale che le autorità locali possono svolgere nel supportare l'azione di altri attori locali (WHO, 2008).

D'altra parte, la rilevanza della dimensione locale era già stata riconosciuta in passato, a partire dal 1986 quando, con la risoluzione WHA37.9, la World Health Assembly aveva raccomandato agli Stati di concentrarsi sul rafforzamento dell'assistenza sanitaria di base a livello di distretto (Missoni e Pacileo, 2008)¹². L'anno successivo, alla Conferenza di Harare sul decentramento¹³ vennero indicate più nello specifico le seguenti azioni prioritarie (WHO, 1987):

- l'adozione di politiche nazionali in supporto del decentramento;
- il decentramento, nella misura appropriata, della responsabilità per la gestione delle risorse umane e finanziarie per la salute;
- lo sviluppo della programmazione locale dei servizi sanitari;
- il rafforzamento del coinvolgimento e dell'autonomia delle comunità in relazione alle problematiche di salute e di sviluppo;
- la promozione dell'azione intersettoriale e la prioritizzazione della salute in tutte le politiche pubbliche;
- lo sviluppo di una leadership locale e lo sviluppo delle capacità e conoscenze di tutti per garantire la primary health care;
- la mobilitazione più ampia possibile delle risorse per la salute;
- la promozione della sostenibilità delle azioni e dei programmi;
- la ridefinizione del ruolo e il funzionamento degli ospedali nel sistema sanitario locale;
- lo sviluppo della ricerca come strumento per dare soluzioni ai problemi incontrati dai sistemi sanitari locali;
- la promozione dell'equità tra distretti di uno stesso stato;
- la mobilitazione di risorse internazionali, multilaterali e bilaterali in supporto dello sviluppo dei sistemi sanitari locali basati sulla PHC, senza che questo sottragga responsabilità alle comunità e gli stati interessati per le azioni sopra elencate.

Data la rilevanza dei processi di decentramento dei sistemi sanitari, ci sembra quindi naturale osservare che la cooperazione decentrata può certamente giocare un ruolo chiave per la promozione della salute secondo un approccio di Primary Health Care. Non a caso, molte regioni europee si sono mosse negli ultimi anni per finanziare e implementare programmi e progetti di cooperazione sanitaria decentrata con le regioni del Sud del mondo¹⁴. Tra queste, la Regione Toscana ha dimostrato un forte interesse ed impegno nella cooperazione sanitaria internazionale, ed è di questa esperienza che andiamo a discutere nel paragrafo successivo.

La CSI toscana: un'esperienza concreta di cooperazione decentrata finalizzata alla promozione della salute e del co-sviluppo

Dopo aver brevemente discusso la cooperazione decentrata e la cooperazione sanitaria internazionale e dopo aver suggerito la presenza di un forte nesso tra le due argomentando la centralità della dimensione locale nella promozione della salute, possiamo concludere commentando un'esperienza concreta di cooperazione sanitaria decentrata che a nostro avviso è di particolare interesse: quella della Regione Toscana.

Le riflessioni che proponiamo di seguito sono il frutto delle analisi prodotte dal Laboratorio ARCO - Action Research for CO-development, nell'ambito del programma di ricerca "La Salute come Motore di Co-Sviluppo. Idee progettuali e strategie operative per il rafforzamento del Sistema Toscano di Cooperazione Sanitaria Internazionale (ST-CSI)", attualmente in corso alla sua seconda annualità. La ricerca di ARCO si compone di una parte teorica e documentaria in cui si approfondiscono i temi della salute globale e del co-sviluppo, e di una parte più applicata in cui si analizza il Sistema Toscano di Cooperazione Sanitaria Internazionale (ST-CSI).

Il Sistema Toscano di CSI è un sistema giovane, nato circa 5 anni fa dalla volontà della Regione Toscana di valorizzare e mettere a sistema le diverse risorse ed esperienze presenti sul territorio nel

campo della Cooperazione Sanitaria Internazionale (CSI). Negli ultimi anni, la Toscana ha infatti iniziato un percorso che ha portato al progressivo stabilizzarsi dei flussi e delle modalità di finanziamento, alla crescente convergenza degli attori rispetto ad approcci e strategie di intervento condivise, alla creazione di strumenti di coordinamento e infine anche all'introduzione di un sistema sperimentale di monitoraggio e valutazione continui per le iniziative finanziate. In particolare, per favorire l'efficacia e il coordinamento degli attori e degli interventi, la Toscana ha voluto costruire un vero e proprio sistema regionale (il ST-CSI) composto dal Sistema Sanitario Toscano ai vari livelli (la Direzione Generale Diritto alla salute e Politiche di solidarietà della Regione Toscana, le tre Aree Vaste, le Aziende Sanitarie Locali, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer come ente attuatore della strategia regionale), il mondo Universitario della formazione e della ricerca, gli Enti Locali, la Croce Rossa Toscana e le organizzazioni del Terzo Settore. Il Sistema è coordinato a livello centrale attraverso le Linee Guida regionali di CSI e attraverso l'approvazione e implementazione di una strategia biennale di Cooperazione Sanitaria Internazionale¹⁵.

Lo studio del ST-CSI è realizzato dal Laboratorio ARCO secondo una metodologia di ricerca-azione (svolta in parte in Toscana e in parte in paesi del Sud scelti come casi studio)¹⁶ ed ha come obiettivo quello di mettere a fuoco le potenzialità e i limiti della cooperazione sanitaria toscana, fornendo all'ente regionale strumenti analitici e suggerimenti strategico-operativi per il rafforzamento interno del Sistema di CSI e per la costruzione di partenariati (locali ed internazionali) capaci di avviare processi sostenibili di co-sviluppo. La metodologia di ricerca-azione, che implica il diretto coinvolgimento degli attori stessi che compongono il Sistema oggetto di studio, è a nostro avviso doppiamente utile perché, oltre a generare conoscenza condivisa e prodotta in modo partecipativo, sviluppa anche la consapevolezza e la capacità autocritica del Sistema stesso, rendendolo sempre più in grado di agire sui propri limiti e potenzialità, e quindi di superare i primi e sviluppare le seconde.

In questa sede ci sembra particolarmente interessante riportare alcune riflessioni emerse dalle interviste realizzate nell'ambito del nostro studio con i referenti di CSI, ovvero le persone responsabili, all'interno delle Aziende Sanitarie Locali Toscane, delle attività di cooperazione sanitaria internazionale. Nel corso delle interviste¹⁷ abbiamo chiesto loro di mettere a fuoco e discutere il valore aggiunto prodotto sia in Toscana che nei territori partner dal rapporto di cooperazione sanitaria. Di seguito proponiamo una sintesi di alcune loro osservazioni, che ci sembrano particolarmente interessanti in una prospettiva di co-sviluppo, in quanto richiamano fortemente alcune delle idee e dei concetti che abbiamo discusso prima. In particolare, il comune destino e l'innovazione organizzativa sembrano assumere forma e concretezza nell'esperienza e nelle aspettative dei referenti di CSI della Toscana.

I referenti hanno individuato diverse classi di benefici che la CSI toscana porta ai paesi e territori di intervento. Questi sono di varia natura; innanzitutto, ci sono i benefici materiali: i territori partner ricevono risorse finanziarie, arredi, tecnologie sanitarie, farmaci, materiali consumabili, veicoli, impianti elettrici e altro ancora che permette loro di ampliare o rafforzare l'infrastruttura fisica dei propri sistemi sanitari. Queste risorse materiali si rivelano di grande valore per i sistemi sanitari locali del Sud, che spesso mancano per motivi strutturali delle risorse minime necessarie a garantire livelli essenziali di assistenza sanitaria. In secondo luogo, grazie anche alla prestazione diretta di servizi, spesso i progetti di CSI garantiscono (o migliorano) nell'immediato l'offerta e l'accessibilità alle cure essenziali, altrimenti negata di fatto ad ampie sezioni delle popolazioni locali. Nonostante si tratti essenzialmente di un beneficio di breve periodo – quindi non sufficiente da solo a risolvere problemi più strutturali – i referenti intervistati hanno sottolineato che in certe condizioni anche la componente assistenziale degli interventi ha un grande valore, soprattutto quando interessa le persone e i gruppi più emarginati ed esclusi dal diritto alla salute, quando interviene sulle malattie portatrici di stigma, le malattie con elevato impatto sociale o quelle in altro modo centrali per la salute e la sanità pubblica.

Dall'altra parte, tra gli effetti della CSI che hanno maggiori potenzialità di produrre benefici di lungo periodo, i referenti hanno sottolineato fortemente il contributo della CSI (già significativo anche se sempre migliorabile) alla formazione degli operatori sanitari dei territori partner, e il prezioso supporto organizzativo che i progetti possono dare alle strutture e i sistemi sanitari locali, dando loro continui spunti e supporto perché essi possano funzionare al meglio date le limitate risorse umane e materiali di cui dispongono. Va in questo senso anche l'osservazione fatta da alcuni dei referenti rispetto al potenziale ruolo della CSI nel supportare gli attori locali del Sud nella costruzione e rafforzamento di sistemi e servizi appropriati ai loro specifici contesti (si pensi per esempio a possibili schemi di sanità comunitaria), e più in generale nel mettere in pratica i principi di Alma Ata e le soluzioni concrete più vicine all'idea di Primary Health Care richiamata sopra. Secondo la terminologia che abbiamo usato finora, potremmo dire che i referenti hanno individuato nella CSI una grande potenzialità per generare innovazione organizzativa nei territori e sistemi sanitari dei paesi partner.

Infine, alcuni referenti hanno fatto presente che il coinvolgimento in rapporti di cooperazione internazionale dà visibilità, prestigio e potere contrattuale agli ospedali e alle altre strutture partner dei progetti nel Sud, aumentando quindi la loro capacità di *advocacy* nei confronti dei propri governi, le opportunità di collaborazioni internazionali future e, non ultimo, lo stimolo e la motivazione degli operatori locali che lavorano al loro interno. Alcuni referenti hanno anche osservato che il rapporto tra attori in qualche modo "omologhi" o comunque di pari livello (un ospedale toscano con un ospedale distrettuale del Sud, un comune toscano con un comune del Sud, e così via) pone le basi per una cooperazione più paritaria e democratica, oltre che più vicina alle esigenze locali. Anche questa osservazione è, a nostro avviso, una riconferma delle potenzialità specifiche della cooperazione decentrata, che può aspirare a promuovere rapporti Nord-Sud più simmetrici e basati sullo scambio paritario e la mutua *accountability*.

Spinti a riflettere sulle ricadute della CSI in Toscana, i referenti hanno sollevato un gran numero di effetti positivi che la cooperazione produce anche nel territorio italiano, mettendo a fuoco potenzialità a nostro avviso molto significative e meritevoli di ulteriori approfondimenti.

Anche in questo caso, i referenti hanno messo a fuoco prima di tutto i benefici più diretti e visibili nel breve periodo della CSI sulla Toscana. Essi infatti hanno commentato per primi gli effetti positivi sugli operatori del SST che partecipano ai progetti. Secondo l'esperienza diretta dei referenti, gli operatori impegnati nei progetti sviluppano fortemente le proprie capacità tecniche (e la propria motivazione) quando incontrano patologie e casistiche assenti in Toscana, e quando sono costretti a confrontarsi con le difficoltà e le sfide del lavorare in contesti di scarsità di risorse in cui sono richiesti elevata flessibilità e dinamismo. In più, nei Paesi in Via di Sviluppo gli operatori si confrontano con la necessità e l'opportunità di relazionarsi (sul piano sia professionale che umano) con operatori e pazienti locali, e questo sembra aiutarli enormemente a gestire l'utente straniero in Toscana, di cui rispetto ai propri colleghi questi operatori sembrano capire meglio il background, le aspettative, le paure, il modo di affrontare la malattia e la cura. Secondo alcuni referenti, l'esperienza di cooperazione è tanto formativa ed importante per il singolo professionista sanitario quanto per il Sistema Sanitario Toscano (SST) nel suo complesso, tanto da ritenere che la partecipazione degli specializzandi della Facoltà di Medicina e Chirurgia ai progetti sarebbe da incoraggiare ulteriormente. Inoltre, i referenti hanno sottolineato che per gli operatori toscani (medici, infermieri, tecnici sanitari, personale amministrativo o altro) la cooperazione internazionale può diventare un forte elemento di appartenenza, un fattore di motivazione e di legame con il proprio lavoro, e quindi anche una sorta di "antidoto" contro il *burn-out*, un incentivo a lavorare in team, uno stimolo a confrontarsi e ad aggiornarsi continuamente.

Oltre ai benefici legati alla crescita e alla motivazione dei singoli operatori, i referenti hanno messo in luce anche una serie di

benefici che la CSI potrebbe apportare al SST come sistema, soprattutto nel lungo periodo. In questo senso, colpisce di nuovo il frequente riferimento a quella che noi abbiamo chiamato “innovazione organizzativa”. Infatti, spesso i referenti hanno suggerito che la Cooperazione Sanitaria Internazionale potrebbe rivelarsi un potente strumento di cambiamento e crescita per il Sistema Sanitario Regionale (SST). I rapporti e i progetti di cooperazione internazionale “costringono” il SST a confrontarsi con sistemi socio-sanitari e quindi modelli organizzativi e schemi di assistenza diversi dal nostro, e forniscono continui spunti critici ed autocritici che se colti e valorizzati potrebbero spingere il sistema a migliorarsi continuamente. Ad esempio, attraverso il contatto con i Paesi in Via di Sviluppo il sistema sanitario toscano (così come gli altri sistemi sanitari del Nord del mondo) potrebbe rivalutare criticamente la propria tendenza all’iper-medicalizzazione e considerare invece approcci alla salute più basati sulla prevenzione e la promozione della salute pubblica. Una simile crescita “culturale”, che il SST può maturare come sistema, potenzialmente avrebbe ricadute anche sulla popolazione e gli utenti toscani, e potrebbe spingerli a ridimensionare alcune proprie aspettative, spesso eccessive, rispetto al servizio sanitario pubblico. Per esempio, gli utenti più informati e sensibilizzati sui Paesi in Via di Sviluppo e sui temi della salute globale potrebbero rivalutare le proprie aspettative sulla distribuzione delle strutture sanitarie sul territorio (la pretesa di avere ogni servizio sempre disponibile e a pochi metri da casa), sui tempi di attesa (la fretta di ottenere immediatamente anche le prestazioni meno urgenti), sui livelli tecnologici (la tendenza a giudicare la qualità del servizio dalla “complessità” della tecnologia impiegata), e così via.

Inoltre, così come il singolo operatore può imparare a conoscere e gestire le malattie tipiche dei paesi del Sud, anche il sistema sanitario nel suo complesso, attraverso il confronto con le realtà e le problematiche del Sud, può imparare come rispondere più efficacemente alle malattie di importazione e prepararsi a gestire eventuali emergenze sanitarie future, affrontando apertamente ed

insieme le sfide di quello che prima abbiamo chiamato un comune destino. Nella stessa direzione va l'osservazione dei referenti che il SST, conoscendo i territori partner e sperimentando la cooperazione con loro, può, deve e in buona parte già fa, accrescere la propria capacità e volontà di assistere i cittadini immigrati.

Infine, i referenti hanno osservato che, se rafforzata nelle sue capacità comunicative, la CSI rappresenta anche uno stimolo per i cittadini toscani a diventare più aperti culturalmente, più tolleranti e solidali, e maggiormente sensibili ai temi della salute globale. La cooperazione sanitaria, infatti, potrebbe far capire meglio agli utenti toscani il senso della salute come diritto universale, e quindi spingerli a condividere e supportare la cooperazione internazionale (dando quindi consenso alla politica regionale), il diritto alla salute degli immigrati e in generale il principio solidaristico che sta alla base tanto del Sistema Sanitario Toscano quanto della sua scelta di impegnarsi sullo scenario internazionale.

Dieci principi per la CSI toscana: uno scenario possibile

Abbiamo argomentato le ragioni per le quali la cooperazione decentrata rappresenta un'innovazione nel panorama della cooperazione internazionale, e perché la cooperazione sanitaria tra sistemi socioeconomici locali potrebbe rivelarsi uno strumento particolarmente adeguato alla promozione del co-sviluppo. Abbiamo anche accennato alla concretezza dell'esperienza toscana di CSI, raccontando come alcuni suoi operatori strategici ne percepiscono il "valore aggiunto" bi-direzionale, tanto in Toscana quanto nei territori partner.

Concludiamo questa riflessione riportando alcuni principi secondo noi utili per guidare l'azione degli enti locali nel campo della Cooperazione Sanitaria Internazionale. I dieci principi che riportiamo sotto sono stati formulati da ARCO a partire dalle riflessioni emerse nel corso della ricerca "La Salute come Motore di Co-Sviluppo", e sono stati presentati alla Regione Toscana nel Rap-

porto Conclusivo del primo anno di Ricerca (ARCO 2010) e al pubblico nel corso della Conferenza di presentazione e discussione dei risultati che si è svolta a Prato il 23 febbraio 2010.

I principi sono stati formulati prendendo in considerazione sia gli spunti dati dalla ricerca documentaria¹⁸, sia gli attuali indirizzi della CSI toscana¹⁹ e le percezioni e aspettative degli attori del Sistema Toscano di CSI²⁰. Si tratta di principi frutto di una riflessione in corso, che proponiamo alla discussione con la Regione Toscana e con tutti gli *stakeholders* (Toscani e non) della CSI Toscana, oltre che con tutti i professionisti, operatori ed esperti del settore che volessero criticarli o arricchirli con il loro contributo.

1. La promozione della salute nella sua accezione più completa (“completo stato di benessere fisico, sociale e mentale”) attraverso l’azione sui determinanti sociali (lotta alla povertà e miglioramento condizioni di vita), attraverso la promozione dell’accesso universale ed equo ai servizi preventivi (compresa la comunicazione/educazione sanitaria), ai servizi curativi e ai servizi di supporto (compreso il supporto psico-sociale e del reddito), e attraverso l’accrescimento della qualità di tutti questi servizi.
2. Il rafforzamento dei sistemi sanitari pubblici e delle istituzioni locali, nel rispetto delle loro priorità e a partire dalle loro specificità e potenzialità, con azioni mirate che nel tempo conducano i sistemi di sanità pubblica del SSL oggetto di intervento verso gradi maggiori di adeguatezza ai bisogni e alle opportunità locali.
3. La valorizzazione e il rafforzamento del sistema sanitario toscano in una prospettiva di co-sviluppo e di relazioni istituzionali ed operative vincolanti ad altri sistemi sanitari, sociali ed economici di SSL partner.
4. La centralità degli interventi inter-settoriali ed integrati, dove la progettualità partecipativa si qualifichi soprattutto per la capacità di identificare azioni, attori politici, sanitari e sociali, organizzazioni non governative e associazioni locali in grado di collocarsi all’interno di un partenariato strategico per gli SSL di riferimento.

5. La sostenibilità sociale, economica ed ambientale, ovvero l'attenzione per l'autosufficienza locale e l'appropriatezza delle conoscenze, delle tecnologie, delle risorse e dei processi di innovazione rispetto ai contesti nel quale si svolge l'intervento di cooperazione sanitaria decentrata.
6. Il rispetto e il rafforzamento dei diritti umani e dell'equità di genere come elementi trasversali agli interventi della CSI, senza i quali è difficile immaginare scenari di partecipazione, *empowerment* e co-sviluppo che sappiano produrre effetti di sistema nelle strutture politiche e socioeconomiche degli SSL di riferimento.
7. La creazione di reti di scambio, apprendimento e capitalizzazione delle esperienze che qualifichino i partenariati come strutture organizzative e processi decisionali realmente partecipativi, nei quali le ragioni per la collaborazione siano il frutto di un confronto continuo tra pari.
8. L'efficacia degli aiuti, o meglio, il ruolo dei partenariati nella promozione di partecipazione, *empowerment* e co-sviluppo negli SSL di riferimento, misurato in un periodo di tempo medio-lungo (5-10 anni), in uno spazio geografico e politico ben definito (territori/comunità/unità amministrative degli SSL), tra attori ben identificati (istituzioni, aziende ospedaliere, associazioni, imprese, cooperative e i gruppi dei beneficiari-utenti).
9. L'innovazione nei processi e nei prodotti della cooperazione sanitaria internazionale, intesa come un laboratorio permanente di buone pratiche da trasferire ad altri campi della cooperazione decentrata ed altri livelli della cooperazione internazionale.
10. La trasparenza e l'*accountability* ampia delle iniziative intese come modelli di gestione e comunicazione democratici, aperti al confronto tra gli attori della partnership e i gruppi di beneficiari-utenti in cerca delle proprie fonti di legittimità "sul campo" e non solo nelle retoriche "sviluppiste" o negli accordi formali.

¹ “La Salute come Motore di Co-Sviluppo. Idee progettuali e strategie operative per il rafforzamento del Sistema Toscano di Cooperazione Sanitaria Internazionale (ST-CSI)” è un programma di ricerca triennale iniziato il 01/03/2009 e finanziato dalla Regione Toscana come Progetto di Iniziativa Regionale (approvato e finanziato per la prima annualità con DGR n.1071 del 15/12/2008 e per la seconda annualità con DGR n.1305 del 28/12/2009).

² Le definizioni dell’Unione Europea (UE), della International Union of Local Authorities (IULA), dell’UNDP, della Francia, della Banca Mondiale e dell’Italia sono riprese e commentate nei loro elementi comuni e divergenti da Hafteck, 2003. Si noti che alcune di queste, per esempio quella della UE, sono cambiate dal momento in cui Hafteck scriveva il suo articolo. In particolare, la definizione italiana è stata aggiornata nel marzo 2010 dalle nuove Linee Guida della D.G.C.S. sulla Cooperazione Decentrata. Sui diversi significati di “decentralizzazione” e sulle sfide della *governance* multi-livello si vedano anche Desmet e Develtere, 2002.

³ La definizione italiana, oltre ad essere ovviamente la più rilevante nel contesto in cui scriviamo, sembrerebbe essere un buon punto di partenza per un’analisi che volesse essere significativa anche a livello internazionale. Infatti, già con riferimento alle precedenti Linee Guida della DGCS/MAE del 2000, Hafteck (2003) osservava che la definizione italiana era particolarmente completa rispetto a quelle di altre istituzioni. L’autore notava in particolare che la definizione italiana poneva notevole enfasi sul ruolo della società civile come soggetto attivo (seppur sotto la guida delle autorità pubbliche locali), invece che come beneficiaria della cooperazione, e menzionava esplicitamente i consorzi di autorità locali.

⁴ Questi sono alcuni dei soggetti citati nelle Linee Guida italiane (DGCS, 2010: 10) come partecipanti attivi, in varie funzioni, della cooperazione decentrata. Inoltre, se la normativa locale lo consente, possono avere un ruolo anche altri attori come gli enti del territorio, gli enti strumentali e le strutture *in house* delle REL, che s’oppongono essere da queste incaricati della gestione di tutto o parte dell’iniziativa da parte della REL esecutrice» (ibidem). Le entità *for profit*, secondo le Linee Guida, sono incluse «a condizione che non si creino fenomeni di distorsione della concorrenza e secondo i vincoli sull’aiuto di stato enunciati dalla UE» (ibidem).

⁵ Si vedano in merito Hafteck (2003) o OECD (2005).

⁶ È questa la definizione dello Statuto dell’Organizzazione Mondiale della Sanità del 1946 (WHO, 2006).

⁷ Si vedano ad esempio lo Statuto dell’OMS del 1946 (WHO, 2006), la Dichiarazione Universale dei Diritti dell’ Uomo del 1948 (United Nations, 1948) e la Dichiarazione di Alma Ata del 1978 (WHO, 1978).

⁸ Per il contenuto, gli indicatori e il progresso compiuto verso gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio si veda il sito delle Nazioni Unite (in particolare le pagine dedicate <<http://www.un.org/millenniumgoals/bkgd.shtml>> e <<http://mdgs.un.org/unsd/mdg>>).

⁹ Murru e Tediosi (2008) riportano che le risorse destinate dai paesi del Nord alla cooperazione sanitaria internazionale sono aumentate da circa 2,5 miliardi di dollari nel 1990 (ovvero il 4,6% degli aiuti ufficiali allo sviluppo) a circa 13 miliardi di dollari nel 2005 (ovvero quasi il 13% degli aiuti), contribuendo a un raddoppiamento in termini assoluti del volume della spesa sanitaria nei Paesi in Via di Sviluppo dal 1990 al 2002.

¹⁰ Mentre la spesa sanitaria totale per i Paesi in Via di Sviluppo è aumentata, in alcuni di essa, specialmente i cosiddetti “stati fragili” essa è addirittura diminuita (Murru e Tediosi, 2008).

¹¹ Per tutti e quattro i gruppi di riforme proposte nel WHR 2008 nell’ambito di un moderno approccio di PHC, la dimensione locale diventa una componente chiave: pensare ed agire localmente permette infatti di (i) identificare i gruppi più svantaggiati e meno serviti e quindi di promuovere equità e universalità di accesso ai servizi, (ii) offrire servizi di primary care che rispondano alle

reali esigenze delle popolazioni locali, (iii) mettere in atto una strategia intersettoriale che intervenga su quei fattori sociali e materiali che più spesso sono alle origini di disuguaglianze e iniquità, e infine (iv) promuovere una leadership locale per la salute che sia inclusiva, partecipativa e basata sulla concertazione (WHO, 2008). Si veda anche ARCO (2010).

¹² Nella risoluzione WHA37.9, il distretto sanitario veniva definito come un «segmento delimitato del sistema sanitario nazionale comprendente una popolazione ben definita che vive in un'area amministrativa e geografica ben delimitata, sia essa urbana o rurale. Esso include tutte le istituzioni e gli individui che forniscono assistenza sanitaria nel distretto, siano essi governativi, previdenziali, non governativi, privati o tradizionali. Un sistema sanitario di distretto consiste quindi in un'ampia varietà di elementi interrelati che contribuiscono alla salute nelle case, le scuole, i posti di lavoro e le comunità, sia attraverso il settore sanitario che attraverso altri settori» (traduzione degli autori da WHO, 1995).

¹³ Interregional Meeting on Strengthening District Health Systems, Harare, 3-7 August 1987.

¹⁴ Alcuni casi studio sono stati affrontati da ARCO nel programma di ricerca "La salute come motore di co-sviluppo" e sono discussi in ARCO, 2010.

¹⁵ Per le Linee Guida si veda Regione Toscana (2008), per le strategie si veda ad esempio quella adottata per il biennio 2009-2010 (Regione Toscana, 2009).

¹⁶ Nel primo anno di ricerca è stato affrontato il caso studio del Burkina Faso, nel secondo anno verrà affrontato il caso dell'Uganda e nel terzo un'area da definire nella regione dei Balcani ed Europa dell'Est. Ciascun studio di caso prevede ricerca sia in Toscana che nel territorio interessato. In Burkina Faso ARCO ha svolto uno studio di campo della durata di 2 mesi (ottobre-novembre 2009).

¹⁷ ARCO ha realizzato interviste approfondite con 9 referenti di CSI di ASL Toscane nel mese di luglio 2009. Per un'analisi completa si veda ARCO (2010).

¹⁸ Nella ricerca sono stati affrontati i temi della salute, la cooperazione decentrata e il co-sviluppo, e sono state analizzate le esperienze di CSI di altre regioni europee.

¹⁹ Così come enunciati nelle *Linee Guida per la Cooperazione Sanitaria Internazionale della Regione Toscana: ovvero, per un'etica della cooperazione* (Regione Toscana, 2008), e nelle strategie annuali o biennali (si veda ad esempio la *Strategia Regionale di Cooperazione Sanitaria Internazionale biennio 2009-2010*, Regione Toscana, 2009).

²⁰ Le percezioni e opinioni dei vari attori sono state rilevate da ARCO con un dettagliato questionario rivolto a tutti gli enti finanziati dalla CSI Toscana nel 2007 e/o nel 2008, con le interviste già menzionate ai referenti di CSI delle Aziende Sanitarie Locali, e attraverso il confronto in varie occasioni (in particolare i seminari di presentazione dei risultati di ricerca) con la responsabile regionale della CSI.

Corpi migranti: un dialogo tra istituzioni, associazionismo e antropologi sul diritto alla salute e sulle esperienze di cura in contesti di migrazione

con interventi di *Michela Ciminiello, Cecilia Francini, Giulia Capitani, Suela Cadri, Barbara Tomassini e Franco Bassi, Fabio Mugnaini*

Questo capitolo contiene la trascrizione, rivista dagli autori e dai curatori, della tavola rotonda organizzata a Siena il 17 aprile 2009, in occasione delle Giornate provinciali per la cooperazione e solidarietà internazionale, sul tema “Corpi migranti. Il diritto alla salute e le esperienze di cura in Toscana”. Dedicare una di queste giornate al diritto alla salute e alle questioni che solleva l’azione in campo sanitario rivolta ai cittadini stranieri nel nostro territorio è disposta dal fatto che ci sembrava assolutamente inadeguato discutere di cooperazione sanitaria nei paesi impoveriti evitando di considerare che molti degli abitanti dei paesi visitati dai medici, volontari e antropologi, vivono – da migranti – un rapporto diretto con il nostro sistema sanitario. Per sistema sanitario intendiamo qui, tanto la cura istituzionale come quella offerta da volontari, associazioni, Organizzazioni Non Governative che operano nel territorio toscano.

La tavola rotonda ha visto tra i partecipanti 3 rappresentanti del variegato mondo dell’associazionismo solidale e 3 rappresentanti di istituzioni che con diversi ruoli si occupano di sanità pubblica. Fabio Mugnaini (antropologo, Università di Siena) e il Gruppo Rafiki di Siena hanno portato uno sguardo esterno al campo medico ma competente sulle dinamiche e le esperienze migratorie nel territorio toscano. Gli intervenuti sono stati sollecitati a confrontarsi sulle seguenti tematiche: come gli aspetti politici e giuridici connessi con lo statuto di “immigrato”, “straniero”, “extracomunitario” influiscono nell’accesso alla cura e nel rapporto con le istituzioni sanitarie; quali sono gli aspetti principali, nell’uso quo-

tidiano delle strutture sanitarie del territorio, che producono difficoltà nel rapporto tra operatori e utenti, tenendo conto della condizione di migranti che tali utenti vivono (lingua, diverse modalità di intendere la malattia, abitudine a diversi servizi medici, ecc.); che ruolo e utilità ha, se lo ha, il sapere e l'approccio antropologico nelle azioni quotidiane di intervento.

Intervento di Michela Ciminiello (medico volontario presso l'Ambulatorio per migranti-Associazione Corte dei Miracoli, di Siena)

Con questo contributo intendo fornire un panorama delle realtà senesi che si occupano di promozione del diritto alla salute per migranti. In particolare mi concentrerò sulla descrizione dell'organizzazione dei due Ambulatori di Siena e Poggibonsi e del gruppo di sanitari e mediatori che vi confluisce.

L'ambulatorio di Siena è collocato all'interno delle strutture di un'associazione culturale, la Corte dei Miracoli, mentre quello di Poggibonsi è ospitato dalla locale Azienda Sanitaria (ASL). Il tipo di utenza che si rivolge alle nostre strutture è costituita principalmente da cittadini stranieri senza permesso di soggiorno che non beneficiando del servizio di medico di base si rivolgono ai nostri ambulatori per un primo livello di assistenza. Per descrivere concretamente il nostro lavoro possiamo prendere in considerazione un caso-tipo, quello di Maria, una paziente di nazionalità moldava. Nell'attesa del suo turno di visita con il medico, Maria viene accolta dal mediatore culturale con il quale compila una scheda-paziente dove vengono inserite le generalità e le prime annotazioni di carattere sanitario. La mediazione che i nostri ambulatori offrono all'utenza non è solo linguistica, ma culturale: essa tenta, cioè, di entrare attraverso il dialogo nel contesto specifico in cui il migrante vive al fine di illustrare la situazione globale nella quale si trova. Maria, ad esempio, accusava un forte dolore al ventre e la sua richiesta di assistenza era già stata oggetto di attenzione altre volte. La donna richiedeva una gastroscopia: naturalmen-

te il percorso medico regolare implicava il fatto che prima di questa visita specialistica bisognasse effettuare accertamenti più semplici. La paziente tuttavia mostrava una forte preoccupazione poiché, ci comunicò, nel suo paese di provenienza le era già stata diagnosticata una pancreatite cronica. Il medico dell'ambulatorio le ha allora prescritto una gastroscopia che, in seguito, ha dato esito negativo. Con l'aiuto del mediatore quindi il medico ha cercato di interpretare i documenti sanitari che Maria possedeva dalla Moldavia dai quali risultava effettivamente una pancreatite ed una colicistite cronica. In questo caso il lavoro del mediatore è stato molto utile nell'ottica di integrazione dell'assistenza sanitaria: ci siamo resi conto che le diagnosi e le cure effettuate da Maria in Moldavia erano funzionali al suo stato. In sostanza la paziente aveva necessità di un parere che le desse tranquillità, niente di più, cioè, di quello che può fare un normale medico di base che tuttavia lei non aveva.

Gli utenti stranieri hanno in effetti le stesse esigenze dei pazienti italiani e necessitano pertanto dello stesso percorso. Il disagio sociale è spesso strettamente legato alla paura di sentirsi male, per gli stranieri come per gli italiani. Maria da molto tempo era disoccupata e la precarietà della sua situazione socioeconomica la faceva sentire più vulnerabile ai sintomi e alle malattie. La paura dei migranti è poi spesso alimentata anche da eventi contingenti di attualità politica: i provvedimenti legislativi che prospettavano l'ipotesi della denuncia per migranti irregolari da parte dei medici, fortemente pubblicizzati dai media, hanno avuto delle conseguenze pratiche negative. La stessa Maria ci offre un esempio: per una richiesta di visita ginecologica presso una struttura dell'ASL di Siena, la donna si è sentita richiedere la condizione del suo stato di regolarità. Alla sua dichiarazione di non regolarità, il personale della struttura è entrato in confusione non sapendo come comportarsi, mostrando evidenti carenze di preparazione. Maria si è quindi rivolta ancora all'Ambulatorio per migranti, per timore di essere denunciata ed in questo senso il nostro personale l'ha rassicurata.

Parlare della preparazione del personale delle strutture sanitarie apre un quadro importante della salute dei migranti. Altri tipi di problematiche, infatti, si hanno con la distribuzione delle tessere STP (Straniero Temporaneamente Permanente) che permettono l'assistenza sanitaria: agli stranieri questa tessera viene concessa sotto richiesta di prescrizione medica. Questo produce un'evidente discriminazione: un cittadino italiano possiede la tessera sanitaria dalla nascita e non si comprende per quale ragione un migrante la può ottenere solo se si sente male. In secondo luogo la burocrazia delle strutture spesso non facilita il rapporto con l'utenza straniera, che si trova di fronte uffici più preparati di altri, con la conseguenza di produrre trattamenti differenziali. Infine la figura del mediatore – che risulta essere di fondamentale importanza – è pressochè assente nelle strutture pubbliche producendo un serio problema non solo di informazione ma anche di formazione del personale stesso. Un problema che fa correre il rischio di interrompere un processo diagnostico di cura della salute del migrante.

Intervento di Cecilia Francini (medico dell'Associazione MEDU-Medici per i Diritti Umani di Firenze)

MEDU è un'associazione di solidarietà internazionale, impegnata in progetti internazionali – di cooperazione decentrata – e nazionali. Tra quest'ultimi si inserisce il progetto che vi presenterò, chiamato “Un Camper per i diritti”. Si tratta in pratica di un ambulatorio itinerante che presenta molte affinità con quello descritto in precedenza da Michela Ciminiello. A differenza di questo, il nostro ambulatorio non è fisso, ma raggiunge direttamente le aree urbane di emarginazione dove sono costretti a vivere i migranti: case occupate, baraccopoli, campi abusivi. Il nostro obiettivo principale non è solo dare assistenza medica diretta: è soprattutto fornire ai soggetti tutte le informazioni necessarie sul diritto alla salute e sulle modalità di accesso ai Servizi Sanitari pubblici. Nel cor-

so del nostro lavoro, attraverso un dialogo costante con i migranti strutturato su un rapporto di reciproca fiducia, ci siamo resi conto che nella zona di Firenze gli ambulatori per migranti pur funzionando bene presentano grosse difficoltà di accesso da parte degli utenti. Il nodo critico principale è la mancanza di informazione e difficoltà di tipo pratico.

Il nostro progetto è indirizzato in particolare ai Rom e ai rifugiati politici. Abbiamo scelto queste due tipologie di soggetti a causa delle problematiche specifiche che essi hanno rispetto al territorio e al sistema giuridico: da un lato i rifugiati politici con cui lavoriamo sono utenti che avrebbero diritto all'assistenza medica attraverso l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale (SSN), ma che praticamente non hanno perché non gli viene concesso al momento del loro riconoscimento di status o perché non avendo la residenza non hanno la possibilità di ricevere la tessera. Dall'altra parte abbiamo i Rom rumeni che, in quanto cittadini comunitari, dovrebbero ricevere la tessera STP. Questa però ha scadenza annuale e pertanto questi utenti si trovano, in certi periodi, non coperti dall'assistenza garantita.

La nostra metodologia di lavoro è epidemiologica: effettuiamo una indagine sull'accesso alla salute, monitorando l'utenza sia prima del nostro contatto che dopo. Cerchiamo di capire, in pratica, qual'è stato il nostro impatto. In generale si può dire che un'alta percentuale degli utenti non ha mai avuto contatti con il Sistema Sanitario, anche se si tratta di persone che vivono a pochi chilometri da Firenze. In particolare nessuna delle donne in stato di gravidanza prima del nostro contatto aveva avuto rapporti con consultori, nessuno dei bambini aveva il calendario vaccinale in regola. La maggior parte dei contatti è avvenuta attraverso il Pronto Soccorso, nonostante le patologie riscontrate potevano essere curate semplicemente a livello territoriale. Dopo il nostro intervento abbiamo avuto una regolarizzazione del 40%: attraverso un lavoro informativo costante siamo riusciti ad indirizzare gli utenti ai servizi pubblici con un discreto successo. Ci siamo poi chiesti come mai il restante 60% avesse ancora delle difficoltà e abbiamo rea-

lizzato che a questo interrogativo noi soli, da medici, non avremmo saputo rispondere. Abbiamo quindi chiesto aiuto agli antropologi con i quali abbiamo instaurato una collaborazione. È ancora in svolgimento ad oggi una ricerca di campo approfondita sia all'interno delle comunità migranti, sia all'interno delle strutture sanitarie: per ora posso solo accennare che un nodo problematico grosso è la mancanza di chiarezza ed uniformità nelle legislazioni sull'accesso alla salute. Inoltre se in una struttura certe operazioni (come l'acquisizione della tessera, l'esenzione dal ticket, ecc.) sono effettuare con semplicità, in quella vicina invece si riscontrano enormi difficoltà e contraddizioni. In pratica si registra una enorme arbitrarietà e impreparazione all'interno del Sistema Sanitario pubblico. Dal punto di vista dei migranti, le barriere sono tantissime. Da medico, posso dire che la barriera maggiore è quella linguistica e nel territorio fiorentino è ancora carente la figura del mediatore. Inoltre vi sono barriere di genere e generazione – le donne anziane che avrebbero bisogno di maggior assistenza sono coloro che meno accedono ai servizi. Vi sono poi problematiche legate alle difficoltà di trasporto, difficoltà economiche. Queste ultime sono centrali nel determinare lo stato di salute: dalle nostre indagini epidemiologiche abbiamo riscontrato che la maggior parte delle patologie è legata alla povertà e all'emarginazione: malattie all'apparato digerente, respiratorio, disturbi psichici.

Intervento di Giulia Capitani (responsabile settore mediazione dell'Associazione UCODEP-Arezzo)¹

L'Associazione UCODEP – per la quale mi occupo del settore di mediazione linguistica e culturale – ha sede ad Arezzo e Firenze e si occupa al 70% di Cooperazione internazionale in molti paesi del mondo, in particolare nelle aree mediterranee (Palestina, Libano) e nell'area andina. In Bolivia stiamo infatti iniziando a occuparci di salute di comunità e pertanto a promuovere una serie di progetti per la tutela della salute delle popolazioni locali. Tali pro-

getti sono indirizzati a valorizzare anche i saperi tradizionali nell'ottica di una integrazione della pratica medica ufficiale con le terapie locali. Qui in Italia la maggior parte dei nostri sforzi è concentrata sulla mediazione linguistica e culturale presso l'Azienda Sanitaria di Arezzo e dal 2004 abbiamo avviato un importante progetto che coinvolge l'Azienda Sanitaria di Firenze, Empoli, Pistoia, Prato e gli ospedali Careggi e Mayer di Firenze. In passato abbiamo avuto una breve ma altrettanto importante esperienza a Bologna, dove abbiamo lavorato con l'Azienda sanitaria Sant'Orsola Malpighi. A nostra disposizione abbiamo più di 70 mediatori di diverse provenienze; convenzioni con Aziende sanitarie e mediatori attivi secondo varie tipologie di servizio all'interno delle strutture sia ospedaliere che territoriali. Ora, sulla base della nostra esperienza ci siamo chiesti: che cosa questi progetti non possono supplire? Fondamentalmente il gap che ancora sussiste tra il servizio territoriale e l'utenza più emarginata. Attraverso la presentazione di una serie di progetti a vari enti finanziatori, abbiamo tentato di sviluppare sul territorio fiorentino un modello ulteriore, quello dell'educatore sanitario di comunità. Questa figura nasce dall'esperienza scientifica dell'Università di Litz ed il suo scopo principale sarebbe di stringere contatti, tramite l'aiuto della rete di associazioni del territorio, con le utenze emarginate presso i luoghi di aggregazione.

Tra i tanti aspetti che si potrebbero approfondire in questa sede, vorrei descrivervi quelle che i nostri mediatori culturali hanno individuato come le maggiori difficoltà di un lavoro nel territorio. In primo luogo abbiamo una difficoltà nella mediazione medico-paziente; in secondo luogo ostacoli nell'accesso alle strutture sanitarie da parte dell'utenza straniera.

In generale, trasversali a tutte queste difficoltà, si possono distinguere due livelli. Uno abbastanza evidente è quello prelinguistico. Si tratta di fattori che prescindono dal fatto che l'utente parli o meno l'italiano: è la fase dove il paziente si auto-censura, non racconta, non verbalizza le proprie preoccupazioni, il proprio modo di intendere la malattia, per una serie di motivi che possono an-

dare dal fatto di sentirsi inadeguato, il timore di essere giudicato, sfiducia nel medico. C'è poi un livello linguistico. È questo l'aspetto più evidente: si tratta del fatto che il paziente non parla italiano. Molte Aziende in cui lavoriamo non utilizzano la mediazione linguistica oppure la utilizzano male: ad esempio, nel caso l'utente parli abbastanza bene l'italiano, i medici danno per scontato che comprenda perfettamente informazioni ed indicazioni e abbassano la guardia.

C'è un ulteriore livello, che potremmo definire culturale. In questo "settore" potremmo inserire tutti quei fenomeni che sono molto familiari per chi lavora nell'ambito della sanità: atteggiamenti, abitudini, usi differenti, prescrizioni religiose, abitudini alimentari, la gestualità, il senso del pudore, il livello di sopportazione del dolore. Un esempio è il rapporto con i bambini provenienti dall'Africa, sui quali viene detto che "non si lamentano" a differenza dei bambini italiani che verbalizzano il dolore, di conseguenza risulta difficile comprendere l'effetto di una medicina. Uno degli aspetti più significativi rimane comunque l'approccio al servizio in sé: l'organizzazione dei servizi, credo, sia una manifestazione della cultura. Le difficoltà ad accedere al meccanismo della prenotazione delle visite e degli esami, la difficoltà ad adattarsi alle liste di attesa, la difficoltà di capire che per un esame esiste un pagamento dilazionato nel tempo, eccetera. Un discorso molto delicato è l'ottenimento della *compliance*, ovvero dell'adesione al trattamento nella fase di dimissione del paziente, soprattutto quando ci sono malattie croniche o asintomatiche. Si tratta di concetti molto "nostri" (il fatto che una malattia non "fa stare male", come la pressione alta) e sono evidentemente "malattie del benessere" che in molti contesti di provenienza dei pazienti non esistono. Poi c'è il concetto di prevenzione che forse è l'elemento più critico: esso rappresenta la difficoltà ad accettare che si debba andare dal medico o si debbano fare esami quando non si sta realmente male ma per prevenire qualcosa che può insorgere. C'è poi un livello culturale un po' più profondo, che emerge nel dialogo con i mediatori, ed è la differenza di percezione e di attribuzione di senso che queste

persone danno alla loro malattia, la differente importanza che si dà ai sintomi.

Per concludere, un modo con cui cerchiamo di riflettere molto con gli operatori – che a volte sono frustrati a volte galvanizzati dalla presenza dell’utenza straniera – è di farlo “al contrario”: siamo sicuri che siano poi persone così diverse? Vi riporto una parte di dati di una ricerca fatta dall’Azienda Ospedaliera di Ferrara che ha chiesto a tre gruppi – un gruppo di anziani ferraresi, un gruppo di donne immigrate e il comitato consuntivo misto – di definire quali erano gli elementi della “buona accoglienza” in ospedale. I risultati mostrano che questi tre gruppi hanno definito le richieste esattamente alla stessa maniera. Per cui: tranquillità, ascolto, informazione, disponibilità, rispetto e, unico elemento in più per le donne immigrate, la comprensione linguistica, per quanto anche questo vale per tutti (ad esempio immaginatevi un anziano che deve leggere il consenso informato). L’idea quindi è di rafforzare la competenza culturale degli operatori dei servizi. Questo non può voler dire trasmettere tutte le nozioni possibili agli operatori che naturalmente non possono conoscere tutte le informazioni necessarie al trattamento di tutti i singoli casi e pazienti che potenzialmente possono venire da tutte le parti del mondo. Si tratta di sviluppare – attraverso l’educazione, la formazione, l’attitudine all’ascolto attivo – l’intenzione di ascoltare se stessi e capire da quali elementi della nostra cultura siamo per primi influenzati nel nostro approccio con i pazienti, e sforzarsi di lavorare nel senso della flessibilità operativa e metodologica. Quindi l’obiettivo è *prendersi cura* in un’ottica transculturale che dovrebbe portare da una comunicazione come allineamento – cioè il medico dice questo e alla fine tutti siamo d’accordo – ad una comunicazione come negoziazione, in cui sia i pazienti che il sistema sanitario parallelamente mettono in gioco i loro sforzi.

Intervento di Suela Cadri (referente della Cooperazione Sanitaria Internazionale per la Regione Toscana)

Le prime iniziative della Regione che vanno sotto il nome di cooperazione sanitaria internazionale risalgono ai primi anni novanta. All'inizio la gestione della cooperazione internazionale era abbastanza "artigianale", portata avanti da singole persone di buona volontà, principalmente medici del settore pediatrico. Tramite le loro iniziative personali si riusciva a mettere in piedi un progetto – che fosse la costruzione di un ospedale piuttosto che un corso di formazione – e andare nel paese bisognoso ad attuare questa loro idea progettuale. Gli albori della cooperazione internazionale – per lo meno nella Regione Toscana – risalgono al periodo dei primi sbarchi in Italia dalle coste dell'Albania quando il primo grande afflusso di persone straniere colpì la sensibilità di tutti.

Alla base del concetto di cooperazione sanitaria internazionale, sappiamo che c'è il diritto alla salute, uno dei diritti inalienabili dell'uomo che, nel dicembre 2008, è stato ricordato dall'anniversario della Dichiarazione dei diritti dell'Uomo. Questo è il punto di partenza delle attività della cooperazione: cosa fa la Regione Toscana in questo ambito? Essa è molto attiva su vari fronti e cerca di portare avanti le sue convinzioni politiche: la volontà è di portare aiuto concreto attraverso i suoi operatori e *know how* e arrivare là dove c'è più bisogno di questa tipologia di contributo e di apporto. Questo viene fatto principalmente attraverso la realizzazione di progetti di cooperazione sanitaria che hanno un grado di coinvolgimento finanziario e tecnico che oscilla da un livello di piccola estensione a livelli che prevedono il coinvolgimento di Ministeri o di livelli istituzionali piuttosto alti. Ci sono due fondamentali tipologie di progetti: i progetti di iniziativa regionale molto più consistenti come apporto finanziario e come contributo reale e poi ci sono dei progetti un po' più piccoli all'interno dei quali partecipano tantissime ONG, Associazioni, Fondazioni presenti nel territorio regionale. Un altro punto di connessione tra la cooperazione sanitaria internazionale e nazionale è la presenza di persone che

provengono da determinate aree del mondo nei progetti nazionali: c'è una forte presenza ad esempio della comunità senegalese nella zona di Pontedera, in Provincia di Pisa, i cui membri si sono presentati da noi con un'idea ben precisa di costruire un ospedale in una regione del Senegal portandoci il loro contributo concreto. In effetti essi si erano organizzati con una raccolta fondi tra tutti i componenti – avevano quindi già messo da parte dei fondi e avevano concepito questo progetto – e avevano bisogno del contributo regionale come supporto tecnico e finanziario. È ancora in via di discussione, tuttavia rappresenta un esempio di progetto partito dalla presenza di persone immigrate all'interno del nostro territorio regionale. Un'altra attività di cooperazione che facciamo e forse coinvolge in maniera più diretta la sanità è quella relativa ai ricoveri di aiuto umanitario. Questi sono numerosi in tutta la Toscana. Sono dei ricoveri che seguono determinati criteri: nei Paesi in Via di Sviluppo i ricoveri possono variare notevolmente, in alcuni c'è bisogno di interventi di tipo più specialistico e altri in cui dobbiamo andare a garantire l'assistenza sanitaria primaria.

Intervento di Barbara Tomassini e di Franco Bassi (Commissione per la Cooperazione dell'Azienda Ospedaliera Sanitaria Senese)

Con il nostro intervento vorremmo descrivere il tipo di risposte che l'Azienda senese fornisce ai cittadini stranieri presenti nel territorio, secondo la *mission* dell'Azienda Sanitaria Senese (ASS). La salute globale è da sempre un'idea dell'ASS; la *mission* sanitaria e formativa non è mai stata chiusa ai confini senesi ma si è sempre estesa ai paesi a basse risorse. In un momento in cui c'è sia scarsità di risorse che di formazione tecnica la tentazione di occuparsi solo della propria salute nazionale è forte e si chiude sia all'aiuto verso i paesi del sud del mondo sia verso gli immigrati. Il pensiero più comune è “non abbiamo soldi per noi figuriamoci se possiamo darli agli altri” da cui discendono anche i presupposti ai recenti provvedimenti governativi, molto restrittivi in termini di di-

ritti dei migranti. In particolare ci riferiamo all'ipotesi di denuncia dei migranti irregolari da parte del personale sanitario: quest'azione è assolutamente intollerabile per un medico. La deontologia medica deve affermare il diritto alla salute per tutti e in qualunque territorio. Oltretutto dal punto di vista del personale sanitario è un'opportunità incontrare gli immigrati perché offrono ai nostri medici un aggiornamento di professionalità: si conoscono patologie nuove ed è l'occasione di restituire quello che è il diritto alla salute che molti di queste persone non hanno.

Un esempio che crediamo positivo è dato dall'Ufficio Rapporti Internazionali che rientra nella concezione dell'Ospedale interculturale della cooperazione internazionale senese. L'Ufficio è diventato col tempo un punto di riferimento per i cittadini stranieri che non conoscono altre situazioni di aiuto sia dal punto di vista sanitario che da quello sociale. Molte volte infatti prima di passare all'Ambulatorio per i Migranti molti di loro vengono intercettati dal nostro ufficio la cui funzione è sostenerli in un percorso sociale e assistenziale. L'obiettivo primario è quello di creare insieme alle istituzioni locali e alle associazioni di volontariato una rete di solidarietà che segua lo straniero anche dopo il ricovero dell'ospedale. L'attività dell'Ufficio è in primo luogo la presa in carico dell'utente straniero o dell'italiano portatore di un disagio particolare, sociale di solito. Poi si occupa degli interventi di cooperazione internazionale per l'erogazione delle prestazioni a stranieri soprattutto minori che non hanno la possibilità di curarsi nel proprio paese. L'altro settore è la mediazione linguistica e culturale in collaborazione con associazioni della Provincia e l'Università per Stranieri che è fondamentale sia per l'utente che per l'operatore sanitario. In particolare un esempio interessante di collaborazione è quello con un'organizzazione del Terzo Settore – l'Associazione Rafiki – con la quale ci stiamo occupando dell'assistenza a un minore in Tanzania.

Intervento di Fabio Mugnaini (docente di Etnologia europea all'Università degli Studi di Siena)

Vorrei condividere una serie di riflessioni a margine di un'esperienza, alquanto rara in verità, di collaborazione tra antropologi ed enti dello Stato, in un contesto di migrazione – ed una migrazione particolare, trattandosi di richiedenti asilo politico – dove la questione della salute è risultata centrale nel gioco delle narrazioni che hanno accompagnato le concrete politiche di gestione dell'intero complesso di eventi. Il racconto di questa esperienza, e la sua problematizzazione, vuole essere uno stimolo alle possibili sinergie professionali tra antropologi e medici. Tali collaborazioni mi risultano piuttosto rare in Italia persino nelle sedi dove si insegna antropologia medica o etnopsichiatria; lo sono certamente nel nostro contesto senese dove si è da tempo fatta la scelta di rendere irrisoria la presenza delle materie demoetnoantropologiche nella formazione di medici e operatori sanitari in genere, contentandosi di offrirne un insegnamento mediato, basato su competenze generiche, malgrado la presenza nel Dipartimento di Filosofia e Scienze Sociali di una pattuglia di antropologi (in cui mi includo) e, nella Facoltà di Lettere e Filosofia, dell'intero iter formativo in antropologia. La scarsa frequenza degli incontri è quindi forse da attribuire a politiche accademiche locali, ma mi pare che faccia corpo con un orizzonte più ampio, direi almeno nazionale, preoccupante, teso alla svalutazione di discipline – come quelle antropologiche e sociali – che non collimano con le aspettative di quella logica/retorica tecnocratica, ormai assurta a standard di valutazione, nel nostro paese, tendente ad eliminare le discipline “non utili”. Eppure, sostengo, se si vuole assumere un approccio democratico alla salute e al sapere sulla salute bisogna accettare come un dato di fatto, per il sapere medico, l'obbligo di commisurarsi con altre costellazioni di valori, di concezioni, di informazioni e competenze.

Prima di passare al racconto dell'esperienza vorrei soffermarmi su questo punto che mi sembra centrale. La difficoltà di comu-

nicare i propri bisogni e le proprie esigenze da parte del paziente migrante appare come una costante dei racconti dei medici delle Associazioni che mi hanno preceduto. Credo che, in ossequio alla natura bidirezionale di ogni processo comunicativo, quando ci si preoccupa del fatto che il paziente non dice, quel “non dire” debba essere inquadrato in una particolare condizione di disagio, dolore, fatica: una cornice di vissuto degna di essere presa in considerazione a tutti gli effetti per una corretta diagnosi e persino per l’anamnesi sociale del male di cui “si tace”, quale che esso sia. Il paziente non dice per tanti motivi: banalmente, ma spesso perché non parla la lingua, ma anche perché, più sottilmente, non concepisce quel disagio, quel dolore, quell’affaticamento come qualcosa meritevole o degno di essere trasmesso. Talvolta il problema è “rappresentato” in maniera distorta, o ricollocato in un organo che “fa male”, ma “simbolicamente”: l’antropologia medica racconta da decenni di questi “spostamenti” e di queste diagnosi che sono vere, ma che lo sono in rapporto a saperi sul corpo, a riflessioni sulla condizione di immigrato o di fuggiasco, e che solo semplificando, possiamo definire ingannevoli o false.

L’operazione che occorre fare, allora, è in primo luogo un esercizio di memoria: quello che accade ora con gli immigrati, accadeva trent’anni fa con i nostri emigranti, ed è presente da molto prima nelle storie di vita dei nostri contadini. Quante nostre contadine si sono portate un prolasso uterino fino alla tomba perché non avevano il coraggio di alzarsi la gonna e mostrarlo allo sguardo del medico? Quanti vecchi sono morti lavorando fino all’ultimo giorno con le mani deformate dall’artrite, perché fino a quando si poteva stringere un bullone, quella mano deformata sarebbe rimasta comunque uno strumento e l’efficacia lavorativa avrebbe funzionato da contrappeso all’evidenza della malattia? Quando noi ci troviamo a stupirci di fronte al comportamento del migrante che non “dice” la propria malattia, quello che dobbiamo fare è riconoscerci in loro, perché noi siamo o siamo stati “loro”. E, in passato, come risolveva il nostro paese il problema del gap tra quella donna contadina, quel lavoratore e il sistema sanitario?

Con il paternalismo: era il farmacista di paese, il medico condotto che “ti prendeva per i capelli...” a dare una risoluzione o ad imprimere una svolta terapeutica ad una malattia patente ma non “dichiarata”. Paternalismo da un lato e, dall’altro, quello marcato dall’assenza di un medico fosse anche paternalista, tante alternative (la cosiddetta medicina popolare) o tanti altri paradigmi eziologici (il malocchio, il miracolo).

Vale la pena di ricordarlo oggi, quando i medici di famiglia ci visitano per telefono e affidano la relazione che hanno con noi ad una banca dati; il paternalismo – che non va rimpianto – è stato affiancato da una iper-medicalizzazione forse efficiente, ma incapace di rapportarsi a nuovi soggetti sociali portatori di antichi pudori o di antiche prevenzioni verso il sapere medico. Se ciò che io posso sentirmi dire dal medico è di prendere un appuntamento con un altro medico e, talvolta così *ad libitum*, questo vuol dire che c’è stata un’involuzione nel rapporto tra professione medica e tessuto sociale; che il diritto alla salute (ambizioso obiettivo delle moderne democrazie) deve ancora essere reso compatibile con un dislivello di potere (di chi cura su chi è oggetto della cura) e con una deformazione della concezione della persona: questo non è un problema determinato dagli immigrati: è un problema nostro, del nostro sistema della salute, delle sue certezze, dei suoi automatismi e delle sue sclerosi. Se troveremo il modo di comprendere i silenzi degli immigrati, forse anche tutti noi avremo recuperato un modello relazionale paziente/medico più personalizzato, più denso sul piano umano e immagino anche più efficace sul piano della cura.

Seconda cosa: un altro modo di affrontare proficuamente il dato di fatto che il paziente non dice, è interrogarci su quello che il medico non riconosce, non coglie o non è disposto ad ascoltare. E questo problema nella relazione con il medico è abbastanza frequente nell’esperienza comune, di tutti noi. Quante volte i nostri sintomi non rientrano nelle griglie diagnostiche? Quante volte abbiamo capito che non rientrando i nostri sintomi in quelle griglie, il medico non vede – o non è disposto a vedere – quello che noi vediamo e/o sentiamo? Il medico che si scontra con la malattia men-

tale, o con il disagio psichico, è forse l'esempio più eclatante. È, questo, uno dei terreni in cui anche l'antropologia si è forgiata: Ernesto De Martino, uno dei fondatori dell'antropologia italiana, già parlava negli anni sessanta di crisi in termini molto particolari. La crisi della presenza: ecco quello che prova una persona quando, dovendo necessariamente recarsi a fare quella giornata di lavoro nei campi, una mattina si sveglia con un'emicrania lancinante che gli impedisce di lavorare. Quando sa che se non può fare quella giornata non verrà più ripreso dal caporale, quando il venir meno di quei quattro soldi per le giornate perse faranno mancare lo stretto necessario e che se non può lavorare l'intera sua esistenza – e di coloro che dipendono da lui – imbocca un piano inclinato che sarà difficilissimo riequilibrare. La banalizzo così, la crisi della presenza che De Martino identificava negli anni cinquanta tra i braccianti lucani che non avevano accesso alla mutua, privi di qualunque paracadute sociale; la banalizzo attualizzandola perché voglio che se ne riconoscano le somiglianze con la condizione costante di chiunque si veda di fronte al rischio di essere ricacciato, se qualcosa del suo corpo cessa di funzionare, nella condizione di clandestino. Le magre certezze del migrante, spesso senza diritti di sorta, svaniscono immediatamente di fronte al rischio della malattia; ecco perché possono prodursi casi di drammatizzazione di ciò che è banale e, per identiche ragioni, di banalizzazione di ciò che è drammatico. Non è la malattia degenerativa che manifesterà i suoi effetti progressivamente, e diventerà invalidante tra dieci anni a provocare la “crisi della presenza”, ma quella che impedisce di lavorare domattina. Chi non ha potere, scrive Michel De Certeau, non ha diritti su un proprio spazio, e chi non ha spazio proprio non ha diritti sul tempo: il tempo di chi non ha potere è quello fugace, del poco ma subito; è se non si può lavorare “domani”, che si può perdere tutto, dove non ci sono diritti di permanenza in un luogo o accantonamenti di risorse per il futuro; e quando un immigrato perde tutto non è mai solo a perdere: noi vediamo la crisi di un individuo; l'individuo in crisi sa – sente, letteralmente sente per telefono – quanto sono lunghe le filiere che dipendono da

lui, dai molti rapporti precari di lavoro che gli immigrati si vedono offrire da noi. A questa crisi della presenza, a questo male del vivere altrove c'è una risoluzione medica? No! Perché questo non è un problema medico; medico o psicologico può essere solo l'intervento di controllo sulla sintomatologia; l'eziologia è profonda, è di natura sociale, e non può essere evidenziata se non assumendola come un problema dell'etica condivisa e, quindi, di natura politica. Il corpo ci dice con sempre maggiore evidenza quanto fossero pericolose le certezze in cui ci siamo formati tutti noi, che il sapere sul corpo fosse altra cosa dal sapere sull'anima, e che il sapere sull'anima appartenesse ad un altro mondo, ad una ragione altra.

L'antropologia, in questo senso, si offre come uno strumento conoscitivo sistematico indispensabile in un percorso di comprensione totale della malattia e del disagio; l'antropologia ha opposto alla semplificazione, al riduzionismo, alla tautologia delle evidenze, una propria ricerca della complessità, dell'interrelazione tra fatti e simboli, tra potere e sapere, tra la materialità del vivere e l'oggettività dei significati, perché, come cercherò di mostrarvi, interpreta i fatti di cui si occupa all'interno di cornici ampie e non autoevidenti, perché descrive linguaggi e relazioni di potere fino al rischio di assumere se stessa come uno degli attori in campo in questo complesso gioco politico delle relazioni tra "noi" e coloro che postuliamo "altri da noi".

L'esperienza che vi propongo, ad esemplificazione di quanto vorrei riuscire a dire, parte da una collaborazione tra l'Università di Siena ed il Comune e la Prefettura di Follonica, nel 2008/2009. Gli antropologi senesi, in realtà, non sono stati chiamati a collaborare. Abbiamo agito, abbiamo "reagito" ad un evento con l'idea che l'Università, in quanto istituzione fondamentale di un tessuto che si vuole democratico, debba assumersi la responsabilità di dire la sua, mettendosi a disposizione, ma anche mettendosi in campo, con il proprio patrimonio scientifico e critico.

Follonica è una cittadina balneare della costa toscana che si è vista paracadutare, nel mese di novembre 2008, duecento richie-

denti asilo provenienti dall'affollato centro di raccolta di Lampedusa. Ciò accadeva in virtù di una legge dello Stato che aveva istituito un regime di eccezione innestandolo su un'altra legge statale, precedente, che disciplinava, in maniera molto ferrea e restrittiva, le modalità di accoglienza degli stranieri. Gli effetti di contenimento del fenomeno migratorio perseguiti dalla legge Bossi-Fini venivano esacerbati per fare fronte alla "emergenza" degli sbarchi: in tal modo anche quegli stranieri, che, come i richiedenti asilo, non fanno altro che domandare il riconoscimento di un proprio inalienabile diritto all'accoglienza, ben presente tra quei diritti fondamentali che l'Italia repubblicana e democratica ha sottoscritto in tutte le sedi internazionali. In altre parole, alla già restrittiva rete di accoglienza predisposta dalla legge Bossi-Fini, lo Stato ha pensato di aggiungere uno "stato di emergenza", reagendo ad una presunta aggressione alle nostre coste meridionali da parte di migranti. Da Lampedusa i richiedenti asilo, impacchettati in contingenti più o meno casuali, possono essere spediti in altri luoghi, identificati dalle Autorità pubbliche – il Ministero dell'Interno e le sue ramificazioni – dove dovranno aspettare che si concluda l'iter di riconoscimento dello status per il quale, dopo aver affrontato anni di prove durissime, sono sbarcati in territorio italiano. Follonica è stato uno di questi luoghi. Le notizie che apprendevamo dalla stampa grossetana ci hanno messo in allerta prima e in allarme poi. Arrivavano i richiedenti asilo a Follonica e subito la stampa registrava i primi segnali di rifiuto da parte di forze politiche locali. Noi avevamo qualcosa da dire, e dire la nostra, in quanto antropologi, in una situazione di potenziale conflitto, era la cosa giusta da fare. Ma gli antropologi possono dire qualcosa nel loro modo, ovvero avendo fatto "esperienza" di ciò che assumono come oggetto da studiare e conoscere. Così la situazione che si veniva producendo a Follonica poteva essere a pieno titolo offerta come "esperienza" formativa, didattica. La prima cosa che i nostri studenti hanno colto e ben esplicitato è che lo Stato, rinunciando alla prassi di accoglienza cui si era impegnato con le proprie stesse leggi, delegava a piccoli e improvvisati centri di accoglienza, ospitati da strut-

ture private, la gestione dei rifugiati, accettando la riduzione in qualità ed in efficacia dei servizi e delle garanzie che le leggi vigenti riconoscevano alla tipologia specifica del richiedente asilo. I cittadini extracomunitari arrivati a Follonica in qualità di richiedenti asilo politico, sono stati sistemati in una struttura turistica trasformata, nell'occasione e per lo scopo, in centro di accoglienza. La popolazione locale, secondo quanto si apprendeva dalla stampa, è insorta con preoccupazioni e paure sbandierate con toni scandalistici: argomento dominante la paura del contagio delle malattie che si accompagnano con la povertà, come la tubercolosi o la scabbia. Chi sosteneva di parlare per conto della popolazione locale (forze politiche di centro-destra) rimproverava alle autorità comunali e sanitarie (amministrazioni di centro-sinistra) di non aver vigilato contro i rischi di una decisione politica (risalente al governo di centro-destra). Noi – antropologi vecchi e in formazione – non siamo andati a sentire il polso alla popolazione; ci interessavano i richiedenti asilo e le loro storie. Ma ci ponevamo una domanda: una località turistica che ogni estate decuplica la propria popolazione e accoglie migliaia di stranieri nelle proprie strutture ricettive, come poteva lasciarsi irretire da chi sventolava un possibile rischio sanitario conseguente all'arrivo di 200 richiedenti asilo, che erano pure stati sottoposti ad un vero e proprio vaglio epidemiologico? Quale paura – se c'era davvero – poteva essere parafrasata con il linguaggio del rischio medico? C'erano evidentemente altri significati in ballo: c'era l'evidenza delle diversità somatiche, c'era l'incomprensibilità degli scambi linguistici tra di "loro", c'era l'assunto della loro miserevole condizione e, forse, il timore del contagio che scatta di fronte a tutte le situazioni di sofferenza e di bisogno; c'era lo scandalo che accompagna l'evidenza della violenza e che, se non tradotto culturalmente in empatia, si risolve in odio per la vittima. Ma il linguaggio era "medico" e tali furono i tentativi di risposta, almeno da parte delle istituzioni.

Il gruppo di antropologi, quasi trenta studenti più, un po' irregolarmente noi docenti, è stato accettato dagli organi istituzionali (il comune di Follonica che era presente nel campo con alcu-

ni servizi, la prefettura di Grosseto, competente per territorio) ed anche, con sfumature, dai gestori del villaggio turistico ora divenuto centro di riconoscimento e identificazione. Abbiamo anche offerto al tessuto locale la possibilità di attingere alle competenze scientifiche che l'Università riusciva a coagulare (penso alla conferenza tenuta dal professor Uoldelul Chelati Dirar, docente di Storia dei paesi post-coloniali all'Università di Macerata, e a quella di Marta Bolognani, membro del gruppo di ricerca europeo Eurislam, della University of Bristol, oltre a quelle tenute da alcuni di noi). Abbiamo offerto alle istituzioni locali – che erano impegnate a contrastare la deriva xenofoba alimentata da alcuni *opinion makers* di destra – l'appoggio di un'altra istituzione pubblica e il supporto di un'osservazione che era anche testimonianza politica.

Ma mentre l'interazione con gli ospiti del villaggio procedeva senza problemi, con gli studenti che consolidavano con i loro quasi coetanei presenti nel campo come richiedenti asilo relazioni di dialogo, di comprensione e di sostegno concreto per alcune precise necessità dei richiedenti asilo (consulenza legale, traduzione linguistica, mediazione con le istituzioni), l'interazione con le istituzioni e con il contesto locale rimaneva molto superficiale. La sinergia tra le varie istituzioni dello stato (una cosa non propriamente frequente) è stata registrata e raccontata con toni molto minori rispetto alla presunta emergenza sanitaria che si stava venendo a creare a Follonica. Ed alla novità costituita dalla nostra presenza nel campo, si è continuato ad opporre il linguaggio della paura e della presunta emergenza medica. Dico presunta, perché la campagna mediatica che vi si fondava aveva come fondamento due soli casi di tubercolosi registrati nella comunità dei migranti al loro arrivo e debitamente trattata in cliniche infettive specializzate. L'Azienda sanitaria locale, malgrado fosse certa l'inconsistenza delle preoccupazioni, si predispose quindi ad uno *screening*, spinta anche da pressioni politiche e dall'azione di propaganda del sindacato locale di Polizia che, su quei due casi, insisteva nell'additare il rischio di una diffusione della malattia almeno tra gli agenti destinati alla sorveglianza della struttura di accoglienza.

A partire da questo pretesto, inizia a costruirsi un campo di forze, che finisce ben presto per inglobare anche noi antropologi ed il nostro lavoro. Noi che sin dal principio abbiamo adottato un approccio di tipo interpretativo al rapporto tra cittadinanza, istituzioni, salute e valore simbolico del corpo e della persona, veniamo ad un certo punto richiamati abbastanza autorevolmente alle responsabilità istituzionali. Essendo i nostri studenti presenti in quel villaggio ed in contatto con i portatori di un asserito o paventato rischio tubercolosi, anche noi abbiamo dovuto rispondere della nostra presenza alle istituzioni, sanitarie e universitarie. Noi eravamo diventati improvvisamente, per la sensibilità istituzionale dei nostri organi di governo, un problema: le nostre fondate rassicurazioni circa l'inconsistenza di un allarme che era tutto infondato e strumentale – quindi da leggere simbolicamente e non da prendere alla lettera – si sono scontrate con il dubbio e con il paradigma della “cautela” istituzionale: venite via da quel campo o almeno mettetevi in sicurezza dal punto di vista della profilassi, queste le indicazioni pervenuteci dalle autorità accademiche che non “credevano” a quello che leggevano, ma non credevano neppure a noi. Noi abbiamo in parte obbedito, per sensibilità o deformazione istituzionale, e abbiamo in parte disobbedito, continuando a praticare il campo e i suoi ospiti, forti di ciò che sapevamo (le date di scoperta dei casi di TBC, i controlli dei medici presenti nel campo, le incongruenze della denuncia ripresa dagli organi di stampa) e di ciò che avevamo compreso. Noi vedevamo agire concretamente l'efficacia del linguaggio medico, la potenza delle immagini di contaminazione corporale, noi intuivamo il nesso tra la campagna mediatica e l'ombra in cui costringeva tutti i richiedenti asilo, facendone una massa di corpi potenzialmente infetti ed infettanti, che non potevano da quella condizione reclamare per i piccoli o meno piccoli abusi di cui si lamentavano con noi: l'assenza dei consulenti legali, l'inefficienza della mediazione linguistica, i ritardi nelle convocazioni da parte della commissione governativa che interroga il richiedente e ne decide il destino, il fatto che la diaria stanziata dalla legge per ciascun richiedente asilo, veniva assorbita per intero dal costo dell'affitto del villaggio, tanto per dirne qualcuno.

Io ho persino avuto l'impressione di capire, in un momento di ripensamento sulla responsabilità che mi ero assunto organizzando lo stage per gli studenti, perché agli occhi altrui, a partire da quelli dei nostri colleghi, o dei colleghi di altre facoltà, potevamo apparire pericolosi: perché gli antropologi sono quelli che per lavoro "vanno a toccare quelli che non si sa come sono".

I richiedenti asilo, dall'altra parte, ci raccontavano di aver sentito sulla loro pelle cosa significa passare da essere oggetto di un iniziale interesse, diciamo di curiosità, ad essere, poi, squadrati, nei bar, per la strada, guardati da coloro con cui potevano trovarsi ad interagire nelle normali relazioni quotidiane, con l'occhio di chi cerca di scrutare "la goccia di saliva", di intercettare e difendersi dal rischio della possibile malattia, perché quella è l'informazione che è stata messa in giro e che fa breccia senza che alcuna smentita ufficiale e formale possa arginarla. Se noi antropologi ce la siamo cavata assicurando le nostre Istituzioni e sottoponendoci a procedure di monitoraggio interne – grazie anche ad alcuni colleghi medici e ad alcune strutture sanitarie dell'Università che si sono offerti di aiutarci – chi ha rischiato di più sono stati coloro che avevano come unica responsabilità il fatto di essere presenti in un luogo dove non dovevano essere, di trovarsi insieme a persone con le quali non avevano scelto di stare; quelli che erano costretti a fare del loro corpo individuale, il tassello di un corpo unico, minaccioso proprio per la sua natura di corpo collettivo ed indistinto. Erano 200 singoli individui, i profughi, ciascuno con la propria storia ed il proprio progetto di vita; stigmatizzati, cacciati da alcuni luoghi pubblici, lasciati a piedi dagli autobus, individuati come possibili portatori di un "pericolo" erano stati ricacciati nella innaturale condizione di un "corpo unico", divenendo una minaccia (collettiva) per una collettività che si vedeva a sua volta, unificata nel diritto a difendersi dal contagio. Ma quel "corpo unico", occorre ribadirlo, è stato costruito dal campo di forza in cui erano inseriti, con le politiche emergenziali, con la politica della distinzione tra chi è migrante "regolare e non regolare", tra chi ha i documenti e chi è clandestino, tra chi è "loro" e chi è "noi". Quel *monstrum* l'ha co-

struito la politica e l'amministrazione pubblica del flusso migratorio, dando vita non ad un efficace sistema di accoglienza in sostegno di chi viene da fuori, ma ad un apparato che *gestisce* le vite di chi viene da fuori, che le instrada in percorsi di disciplinamento burocratico e di addestramento alla condizione di miseria che è loro riservata; il sistema con cui la collettività del "noi" accoglie i nostri "altri" è lo stesso in cui abbiamo finito per imprigionare le nostre vite quotidiane. È un nostro problema comprendere come abbiamo finito per adottare un modo di "governare" l'esistenza degli altri che si presentano sul nostro stesso orizzonte, che non è razionale, non è logico, non si pone il problema della comprensione del fenomeno dal punto di vista morale e storico, non si interroga sulle responsabilità nei confronti dei paesi di emigrazione, e non si cura degli insulti alle solenni dichiarazioni sui diritti dell'uomo e o ai valori costituzionali, che traspaiono dalle reazioni adottate a fronte di ciò che è stato dichiarato "un problema". Siamo noi che abbiamo costruito i presupposti per cui chi viene pensando di poter ottenere il rispetto di un diritto individuale all'esistenza, al riparo dal rischio della vita per via di discriminazioni politica, religiosa, etnica, sessuale, razziale, se lo veda negato in quanto massa.

L'allarme è cessato quando i rifugiati sono stati divisi: alcuni a nord, altri a sud, il villaggio si è vuotato ed è tornato libero per gli affitti estivi (eravamo arrivati a marzo, e si annunciavano già le prenotazioni estive, di un anno che non aveva conosciuto inverno, dal punto di vista del bilancio). Alcuni avevano cominciato a ricevere buone notizie e si sono poi messi in giro per l'Italia senza una lira; di altri sappiamo che hanno ricevuto cattive notizie quando non erano più a Follonica e si sono persi, o rimpatriati o clandestini; nessuno di coloro che erano richiedenti asilo perché poveri è stato accolto; temiamo che anche il giovane pachistano in fuga dall'Islam perché omosessuale, ma che aveva confidato solo ad un nostro bravissimo studente – cui devo questa notizia – tacendo questo suo segreto all'interprete (libico) e ai suoi compagni di fuga (islamici) non abbia più trovato il coraggio di dichiararlo, e sia stato anch'egli rimpatriato o clandestino da qualche parte. Sul piano loca-

le il sindaco ha pagato il suo sforzo di gestire politicamente l'evento "rifugiati" nel segno dell'accoglienza, con la mancata ricandidatura e con lui l'assessore che ci aveva, per prima, accolti come si accolgono i rinforzi quando si è accerchiati. I nostri studenti hanno resistito fino alla fine, ovvero fino allo sgombero del villaggio, portandosi a casa molti dubbi e, mi auguro, molta consapevolezza in più (e sono risultati, ovviamente, tutti sani); in molti hanno rimproverato a me e a noi docenti una eccessiva prudenza nel consigliare loro di bilanciare nell'esperienza in corso al villaggio l'osservazione e la partecipazione, come mediare tra *scholarship* e *advocacy* (termini che mutuo dalla letteratura anglofona sul tema), e qualcuno ha concluso che siamo stati pavidì (con mio fermo e motivato disappunto). Al villaggio sono rimasti per qualche mese, a lavorare con i turisti, quattro o cinque richiedenti asilo che vi avevano trovato impiego, ma quasi nessuno si è infine fermato a Follonica, tranne una giovanissima coppia eritrea, adottata da un'altra giovane famiglia italiana che ha, cristianamente, messo in condivisione la propria abitazione. La giovane coppia di eritrei è stata, poi, benedetta – anche mediaticamente – dall'arrivo di un figlio: un lieto inizio a chiusura di una storia senza vincitori, senza eroi e, a ben guardare senza fine².

Da questo bilancio si debbono trarre alcune considerazioni: l'emigrazione non è un fatto emergenziale e pertanto non è pensabile come "accidente" storico. Uomini e donne non hanno radici, e l'umanità è da sempre in cammino, ad inseguire prede o opportunità di vita e di miglioramento. L'emigrazione, come fatto umano, può essere una risorsa. Non nell'accezione vigente nel nostro attuale sistema legale (oltreché nel vero e proprio mercato del lavoro) di manodopera o forza lavoro, ma perché quello che noi riusciremo a riconoscere in qualunque soggetto che ci raggiunge provenendo da esperienze di persecuzione o da condizioni di bisogno, costituisce un arricchimento della nostra conoscenza del mondo; ci consente di mettere alla prova lo stato delle nostre democrazie, dei nostri diritti costituzionali e delle modalità di convivenza con il potere, in qualsivoglia sua manifestazione.

Pier Giorgio Solinas ha scritto dell'altruismo come di una peculiare forma di egoismo: non c'è bisogno di sentirsi generosi con gli altri, con i migranti: se vogliamo, difenderne i diritti è un modo di essere egoisti perché sappiamo che ciò che negheremo a loro non sapremo come difenderlo per noi stessi, prima o poi.

Note

¹ Oggi OXFAM-Italia.

² Oggi, settembre 2010, non posso che registrare quanto la politica verso i migranti si sia imbarbarita ed allo stesso tempo raffinata. Il ministro degli Interni, commentando l'aggressione da parte di una motovedetta libica ad un peschereccio italiano, la giustifica con il *misunderstanding*, hanno sparato (ad altezza d'uomo) perché credevano che fosse una barca di clandestini: è semplice fermare il flusso dei clandestini, basta sparargli – sembra tacitamente implicare la dichiarazione del ministro degli Interni. Ma ciò che non si può dire non si deve, a fortiori, vedere: e infatti la motovedetta è parte di un generoso esborso che il governo italiano ha prodotto a favore della dittatura libica perché svolga il lavoro di contenimento prima che i profughi si presentino alle frontiere italiane; militari italiani e libici pattugliano i mari, ma i libici fanno da soli ciò che credono con i corpi di coloro che continuano ad affacciarsi al deserto, sperando di trovare altrove un diritto alla vita che qualcuno, in qualche modo, ha loro ventilato. I centri di rinoscimento, diventati “di identificazione e di espulsione”, sono vuoti. Anche i campi rom in Francia sono vuoti; i rom, con una manciata di euro, deportati altrove, sotto lo sguardo invidioso dell'Italia che non vede l'ora di imitarla. Corpi nomadi respinti, espunti dal corpo sociale ad inseguire una nuova era di igiene pubblica: quale malattia stiamo incubando?

Conclusioni: prospettive applicative per la giustizia sociale

di *Francesco Zanutelli*

Il percorso compiuto ci restituisce un'immagine senza dubbio complessa e articolata delle esperienze della malattia come della cura. Gli equilibri politici ed economici su larga scala emergono come fattori determinanti, in un senso o nell'altro, delle possibilità di risoluzione delle principali pandemie. Vengono esplicitate le gerarchie e le difficoltà di comprensione nella relazione che si produce tra i diversi soggetti socialmente "autorizzati" ad interpretare e agire sul male, e si assume il punto di vista dei pazienti come una prospettiva fondamentale dalla quale osservare ed interpretare i processi e i percorsi medici.

A tanta complessità, si aggiunge un quesito fondamentale che aleggia in più d'uno degli interventi qui contenuti. Interrogati su quali strumenti concettuali, organizzativi, politici possano essere offerti al variegato mondo della cooperazione sanitaria internazionale, gli autori avvertono ripetutamente il rischio di scegliere tra una prospettiva della giustizia sociale ed una del diritto alla vita. La prospettiva della giustizia sociale si inserisce, dal punto di vista dell'azione, in un filone filosofico-politico che ben si è coniugato con le ricerche antropologiche in campo medico degli ultimi decenni. Essa invita a considerare il corpo come un soggetto storicamente collocato all'interno di dispositivi sociali specifici, e pertanto invita ad affrontare la malattia, e le azioni per curarla, nella sua globalità, ossia come un'esperienza sociale, politica, economica – estesamente culturale – che interroga le gerarchie e gli squilibri a livello locale, regionale, nazionale, transnazionale.

Ad una azione in campo medico che adotta queste premure, viene spesso frapposta sul piano discorsivo e su quello, ben più con-

creto, dei finanziamenti e delle politiche di intervento internazionali, la logica del diritto alla (nuda) vita, intesa come diritto alla sopravvivenza. Questo tipo di interventi assumono come fondamentale il linguaggio dei numeri, delle vite salvate, dei quantitativi di farmaci distribuiti. E sempre più spesso questa logica, insieme a quella dell'“ethos compassionevole”, diventa “la” logica, egemonica. Infatti, i contesti dell'intervento internazionale sono sempre più associati con l'urgenza sanitaria provocata dalle guerre, dai disastri ambientali naturali e artificiali, dalle ondate migratorie, o comunque da eventi nei quali la profondità di analisi delle azioni improntate alla giustizia sociale non trova spazio o, meglio, per essa “non c'è il tempo”, ed è quindi destinata ad essere rimandata ad un momento futuro.

In realtà, da quanto emerge nel volume, è proprio l'evidenza dei fallimenti e dell'esigenza di una maggiore efficacia operativa che spinge verso un approccio alla cura che qui abbiamo definito “olistico”. Il nesso tra il patimento dei corpi e le svantaggiate condizioni sociali, economiche e politiche di specifici gruppi di popolazione, così come l'integrazione tra la diffusione capillare nei territori dell'assistenza medica di base e il coinvolgimento dei curatori “tradizionali”, appaiono strategicamente come atteggiamenti operativi necessari, più volte richiamati nei trattati internazionali sulla salute globale negli ultimi 50 anni ma applicati poco e con modalità che hanno portato ad effetti collaterali problematici.

Queste riflessioni conclusive si vogliono soffermare allora sul contributo che i capitoli del volume offrono proprio in merito a questi due aspetti. Da una parte si orientano a ricomporre la falsa opposizione tra approccio alla giustizia sociale e urgenza del diritto alla vita; dall'altro cercano di elencare i suggerimenti metodologici, operativi e le strategie politiche utili a risolvere le contraddizioni tra i pronunciamenti e le azioni nel campo della salute internazionale.

Diritto alla vita con giustizia sociale

La tensione fra un'etica della nuda vita e un'etica della giustizia sociale, frequentemente pensate in termini mutuamente esclusivi, si scioglie se l'intervento concreto è accompagnato dalla consapevolezza del contesto sociale nel quale si opera e nell'azione politica diretta alla promozione dei diritti delle persone, indipendentemente dal fatto che esse siano già ammalate nel momento dell'intervento oppure lo siano in potenza, dati i dispositivi socio-economici nei quali si trovano ad essere storicamente collocate. La promozione e salvaguardia della vita in termini meramente biologici non può prevalere rispetto ai temi della giustizia sociale, ma al contrario deve diventare una ragione in più, di forza, per affermare il diritto all'azione dei singoli; diritto che inizia con l'attribuire legittimità alle voci dei pazienti, per esempio attraverso la pratica della raccolta delle narrazioni delle esperienze di malattia – intesa come ricerca ma al contempo come prassi curativa – e della loro successiva resa in termini pubblici, anche nei consessi decisionali internazionali.

Due chiari esempi del diverso modo di intendere il rapporto tra etica della nuda vita ed etica della giustizia sociale sono contenuti nel tema dell'accesso ai farmaci nei paesi impoveriti del mondo e nella educazione alla sanità preventiva: la modalità dissociativa promuove la salvaguardia della vita dei pazienti attraverso il trattamento farmacologico; la modalità integrativa considera fondamentale il trattamento farmacologico come tappa di un percorso di lotta per l'acquisizione del diritto dei pazienti all'accesso ai farmaci. L'azione medico-politica deve andare allora verso il sostegno costante a quei governi che si battono per produrre o importare farmaci generici o che si rifiutano di sottoscrivere accordi del tipo dei Trips. Ancora, riferendoci al campo della prevenzione, l'approccio dissociativo la intende come azione di "educazione" volta alla modificazione del comportamento individuale, mentre l'atteggiamento integrativo legge il comportamento individuale "a rischio" come il risultato di una dinamica sociale. L'azione medica preventiva sarà pertanto inserita all'interno di un percorso politico volto ad aumentare la capacità di negoziazione e di azione dei singoli nel proprio contesto.

Prospettive applicative

Dal punto di vista delle pratiche di azione di cooperazione sanitaria, gli autori del volume si soffermano in più occasioni a rimarcare la necessità di formazione dei cooperanti e volontari nei termini della multidisciplinarietà, dove – oltre alla conoscenza biomedica – gli altri due contributi fondamentali sono rappresentati dalle conoscenze antropologiche e da quelle economico-politiche. La specifica e non improvvisata professionalizzazione di chi ambisce ad operare in un settore così complesso e rischioso (nei termini degli effetti indesiderati e inaspettati che produce), deve portare a formare operatori in grado di osservare e descrivere adeguatamente i processi sociali alla base della vulnerabilità, della malattia e della disuguaglianza, individuando i nessi tra il piano locale e processi più ampi.

Nei confronti dei soggetti che si incontrano sul campo (istituzioni, utenti dei servizi, partners), invece, l'azione di solidarietà deve essere accompagnata dalla consapevole valorizzazione delle esperienze locali, includendo soggetti non istituzionali, e adottando un atteggiamento paritetico nei confronti delle comunità in cui si opera, potenziando la capacità di azione dei soggetti attraverso la promozione dei loro diritti, non solo civili e politici ma principalmente sociali ed economici.

Questo mutato atteggiamento prevede innanzitutto uno sforzo di relativizzazione delle proprie categorie mediche, che se poste in prospettiva, emergono nella loro parzialità di opzione storica di specifiche concezioni culturali. Solamente questa predisposizione permette, a chi ambisce ad operare in contesti lontani dalle sicurezze del protocollo biomedico, la possibilità di avviare un confronto. Affinché l'incontro con i guaritori "tradizionali" possa dirsi realmente tale, infatti, bisogna essere disposti ad attribuire la medesima legittimità alle concezioni originalmente intese come solo parzialmente scientifiche (ad esempio gli erbalisti) o addirittura non scientifiche (i guaritori "ritualisti"). Una legittimità che evidentemente non deve essere verificata sulla base delle categorie e delle conoscenze biomediche, bensì a partire dalla capacità di interpretare e

spiegare il male all'interno di un insieme di segni e azioni ai quali anche il paziente attribuisce un senso, e che pertanto è in grado, anche solo parzialmente, di condividere, partecipando così, insieme al suo curatore, alla produzione dell'efficacia della terapia.

In questo senso, va considerata maggiormente la prospettiva dei pazienti, i quali agiscono già quotidianamente verso l'integrazione tra saperi medici, combinando più metodi di cura. È pertanto dalla loro esperienza che si possono trarre utili suggerimenti per una maggiore comunicazione tra diverse concezioni mediche.

Infine, gli attori della cooperazione sanitaria internazionale vengono chiamati a interrogarsi, nel progettare un'azione, sul livello di presenza di altri interventi simili in un medesimo contesto. Esiste infatti un livello di intensità della presenza (non misurabile in termini numerici fissi e replicabili), una sorta di "capacità di carico" di un contesto rispetto agli interventi esterni, oltrepassato il quale il rischio concreto è quello di produrre nuove e durature forme di dipendenza internazionale economica e politica.

La cooperazione decentrata – suggerisce il nostro testo – può costituire un contenitore di principi adeguato per realizzare progetti che vadano nel senso finora indicato. Attraverso la comunicazione tra i rispettivi territori di appartenenza, veicolata dai soggetti migranti, i diversi attori della partnership sanitaria (pazienti, medici, infermieri, dirigenti) si aprono a migliori possibilità di comprensione e pertanto di più efficace azione.

Una cooperazione sanitaria transnazionale capace di incorporare, attraverso l'esperienza, quanto fin qui affermato, ha le potenzialità di diventare veicolo politico importante per diffondere il senso del diritto alla salute globale. L'estensione di tale diritto, drammaticamente ancora limitato, ne favorisce anche il radicamento nelle coscienze, e più il diritto diventa radicato, maggiori saranno le forze civili in grado di far arretrare una politica globale che ha trasformato la salute in un servizio da offrire sul mercato internazionale, quello – crudele – a pagamento, o quello – più dolce – organizzato sul dono gerarchico, impossibile da ricambiare.

Riferimenti bibliografici

- Addae S. 1997, *Evolution of modern medicine in a developing country: Ghana 1880-1960*, Accra, Accra Publishing Corporation.
- Adujemobi S. 2001, *Citizenship, Rights and the Problem of Conflicts and Civil Wars in Africa*, in «Human Rights Quarterly», vol. 23, n. 1, pp. 148-170.
- Agamben G. 1995, *Homo sacer. Il potere sovrano e la nuda vita*, Torino, Einaudi.
- Agatre Okuonzi S. 2004, *Dying for economic growth? Evidence of a flawed economic policy in Uganda*, in «The Lancet», vol. 9445, n. 364, pp. 1632-37.
- Aluffi Beck-Peccoz R. 1990, *La modernizzazione del diritto di famiglia nei paesi arabi*, Milano, Giuffrè.
- Anyinam C. 1987, *Availability, accessibility, acceptability and adaptability: four attributes of African ethno-medicine*, in «Social Science and Medicine», vol. 25, n.7, pp. 803-811.
- Anyinam C. 1991, *Modern and traditional health care system in Ghana*, in Akhtar Rais (ed.), *Health care patterns and planning in developing countries*, Greenwood Press, New York-Westport-London, pp. 227-241.
- Ankomah Asante F., Asenso-Okyere K. 2003, *Economic Burden of Malaria in Ghana. A Technical Report Submitted to the World Health Organisation*, African Regional Office (AFRO).
- Appiah-Kubi K. 1981, *Man cures, God heals. Religion and medical practice among the Akans of Ghana*, Totowa, Ghana Publishing Corporation.
- Arendt H. 1964, *Vita Activa*, Milano, Bompiani.
- Ardener E. 1970, *Witchcraft, economy and the continuity of belief*, in Douglas (ed.), *Witchcraft confessions and accusations*, London, Tavistock, pp. 141-160.
- ARCO 2010, *La salute come motore di co-sviluppo. Idee progettuali e strategie operative per il rafforzamento del sistema toscano di cooperazione sanitaria internazionale*, Firenze, Assessorato al Diritto alla Salute della Regione Toscana.
- Atighetchi D. 2009a, *Islam and Bioethics: Problems and Perspectives*, New York-Berlin-Dordrecht, Springer.
- Atighetchi D. 2009b, *Islam e bioetica*, Roma, Armando Editore.
- Augé M. 1986, *Ordine biologico, ordine sociale. La malattia come forma elementare del-*

- l'avvenimento*, in Augé M. e Herzlich C. (eds.), *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia*, Milano, Il Saggiatore, pp. 33-85, [ed. or. 1983].
- Baru R., Jessani A. 2000, *The role of the World Bank in international health: renewed commitment and partnership*, in «Social Science & Medicine», vol. 50, n. 2, pp. 183-184.
- Bayart J.F. 1989, *L'État en Afrique. La politique du ventre*, Paris, Fayard.
- Bayart J. F. 1996, *L'historicité de l'État importé*, In Bayart J.F. (sous la direction de), *La greffe de l'État*, Paris, Karthala, pp. 11-39.
- Bayart J.F. 2006, *Globalizzazione e mutamento politico nell'Africa sub-sabariana 1989-2005*, in «Afriche e Orienti», numero speciale (II), pp. 36-51.
- Becattini G. 2009, *Ritorno al territorio*, Il Mulino, Bologna.
- Bellanca N. 2008, *Umanitarismo competitivo. Le ONG nei processi dell'aiuto e dell'emergenza*, in «Jura Gentium Journal», settembre.
- Beneduce R. 2007, *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra Storia, dominio e cultura*, Roma, Carocci.
- Beneduce R. 2010, *Archeologia del trauma. Un'antropologia del sottosuolo*, Roma-Bari, Laterza.
- Bibeau G. 1979, *De la maladie à la guérison: essai d'analyse systématique de la médecine des Angbandi du Zaïre*, Tesi di Dottorato non pubblicata, Université de Laval, Quebec.
- Bibeau G. 2000, *Dalla Cina all'Africa. L'impossibile sintesi tra medicina tradizionale e medicina occidentale*, in 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, pp. 67-82.
- Boland R. 1991, *Recent Developments in Abortion Law*, in «Law, Medicine and Health», vol. 19, n. 3 / 4, pp. 267-277.
- Bourdieu P. 1971, *Champ du pouvoir, champ intellectuel et habitus de classe*, in «Cahiers de Recherché de l'École Normale Supérieure», n. 1, pp. 7-26.
- Bourdieu P. 1972, *Esquisse d'une théorie de la pratique, précédé de trois études d'ethnologie kabyle*, Paris, Librairie Droz.
- Bourdieu P. 1995, *Ragioni pratiche*, Bologna, Il Mulino.
- Butchart A. 1998, *The Anatomy of Power. European Constructions of the African Body*, London and New York, Zed Books.
- Butt L. 2002, *The Suffering Stranger: Medical Anthropology and International Morality*, in «Medical Anthropology», 21, pp. 1-24.
- Canitano G., Bellanca N. 2010, *Incentivi e governance nel sistema di erogazione degli aiuti*, in Biggeri M., Canitano G. (a cura di), *Temi avanzati di economia e politica della cooperazione allo sviluppo*, Milano, Franco Angeli.

- Cattaneo A. 2007, *Le politiche sanitarie globali a trent'anni da Alma Ata*, in «Salute e Sviluppo», n. 3, pp. 17-28.
- Cereghini M., Nardelli M. 2008, *Darsi il tempo. Idee e pratiche per un'altra cooperazione internazionale*, Bologna, EMI.
- Chirac P., Torreele E. 2006, *Global Framework on essential health R&D*, in «The Lancet», vol. 13, n. 367, pp. 1560-1.
- Collier P. 2009, *L'ultimo miliardo. Perché i paesi più poveri diventano sempre più poveri e cosa si può fare per aiutarli*, Bari, Laterza.
- Comaroff J., Comaroff J. 1991, *Of Revelation and Revolution. Christianity, Colonialism, and Consciousness in South Africa*, Chicago, The University of Chicago Press.
- Comaroff J., Comaroff J. 1992, *Ethnography and the historical imagination*, Boulder-San Francisco-Oxford, Westview Press.
- Comaroff J., 2006, *Oltre la politica della nuda vita. L'AIDS e l'ordine neoliberista*, in «Annuario di Antropologia», vol. 8, Roma, Meltemi, pp. 51-70.
- Corano, 1988, trad. di Alessandro Bausani, Milano, Rizzoli.
- Cottureau A. 1999, *Dénis de justice, dénis de réalité*, in Gruson P., Dulong R. (éds) *L'expérience du déni*, Paris, Editions de la Maison des Sciences de l'Homme, pp. 159-178.
- Coppo P. 1994, *Guaritori di follia. Storie dell'altopiano Dogon*, Torino, Bollati Boringhieri.
- Csordas T.J. 1990, *Embodiment as a Paradigm for Anthropology*, in «Ethos» vol. 18, pp. 5-47.
- Csordas T.J. 1994, *Embodiment and Experience: The existential round of culture and self*, London, Cambridge University Press.
- Csordas T. 2003, *Incorporazione e fenomenologia culturale*, in Fabietti U. (a cura di), *Antropologia. Annuario*, anno 3, n. 3, pp. 19-42.
- de Rosny E. 1981, *Les yeux de ma chèvre. Sur les pas des maîtres de la nuit en pays Dogon*, Paris, Terre Humaine.
- Department of Health 2000, *National HIV and Syphilis Sero-Prevalence Survey of Women Attending Public Antenatal Clinics in South Africa 2000*, Pretoria, Department of Health.
- Desmet A., Develtere P. 2002, *Sub-national authorities and development cooperation in the OECD-DAC member countries*, Leuven, Katholieke Universiteit Leuven.
- Destexhe A. 1987, *Crise économique et financement de la santé*, in «Politique Africaine», n. 28, pp. 53-64.
- DGCS/MAE 2000, *Linee di indirizzi e modalità attuative della cooperazione decentrata*, Roma.
- DGCS/MAE 2009, *Salute Globale: Principi Guida della Cooperazione Italiana*, Roma.

- Dikhanov Y. 2005, *Trends in Global Income Distribution, 1970-2000, and Scenarios for 2015*, Human Development Report Office Occasional Paper, UNDP, <<http://hdr.undp.org/en/media/globalincometrends.pdf>>.
- Dorrington R., Bourne D., Bradshaw D., Laubscher R., Timaeus I.M. 2001, *The Impact of HIV/AIDS on Adult Mortality in South Africa*, Cape Town, Medical Research Council.
- Easterly W. 2003, *The cartel of good intentions: the problem of bureaucracy in foreign aid*, in «Journal of policy reform», vol. 5, n. 4, pp. 1-28.
- Easterly W. 2006, *I disastri dell'uomo bianco. Perché gli aiuti dell'Occidente al resto del mondo hanno fatto più male che bene*, Milano, Bruno Mondadori.
- Eboko F. 1996, *L'État Camerounais et les cadets sociaux face à la pandémie du Sida*, in «Politique Africaine», n. 64, pp. 135-145.
- Farmer P. 1999, *Infections and inequalities. The modern plagues*, Berkeley, University of California Press.
- Farmer P. 2003, *Pathologies of power. Health, human rights, and the new war on the poor*, Berkeley, University of California Press.
- Farmer P. 2004, *An anthropology of structural violence*, in «Current Anthropology», vol. 45, pp. 305-317.
- Farmer P. 2006, *Sofferenza e violenza strutturale. Diritti sociali ed economici nell'era globale*, in Quaranta I. (a cura di), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina, Milano.
- Fassin D. 1987, *La santé, un enjeu politique quotidien*, in «Politique Africaine», n. 28, pp. 2-8.
- Fassin D. 1992, *Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*, Paris, P.U.F.
- Fassin D. 1996, *L'espace politique de la santé*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Fassin D. 2000, *Entre politiques du vivant et politiques de la vie. Pour une anthropologie de la santé*, in «Anthropologie et sociétés», vol. 24, n. 1, pp. 95-116.
- Fassin D. 2001, *Une double peine. La condition sociale des immigrés malades du Sida*, in «L'Homme. Revue française d'anthropologie», vol. 160, p. 137-162.
- Fassin D. 2002, *Le Sida comme cause politique*, in «Les Temps Modernes», vol. 620, p- 429-448.
- Fassin D. 2006a, *Quand les corps se souviennent. Expériences et politiques du Sida en Afrique du Sud*, Paris, La Découverte.
- Fassin D. 2006b, *Un ethos compassionevole. La sofferenza come linguaggio, l'ascolto come politica*, in «Annuario di Antropologia», vol. 8, Roma, Meltemi.
- Fassin D. 2007, *Humanitarianism as a politics of life*, in «Public Culture», vol. 19, n. 3, pp. 499-520.

- Fassin D. 2008, *The embodied past. From paranoid style to politics of memory*, in «Social Anthropology», vol. 16, n. 3, p. 312-328.
- Fassin D., Le Marcis F., Lethata T. 2008, *Life and times of Magda. A Biography of Violence in South Africa*, in «Current Anthropology», vol. 49, n. 2, p. 225-246.
- Florida R., Gulden T., Mellander C. 2008, *The rise of the mega-region*, in «Cambridge Journal of Regions. Economy and Society», vol. 1, pp.459-476.
- Foster G.M. 1976, *Disease etiologies in non-western medical systems*, in «American Anthropologist», vol. 78, p. 733-782.
- Foucault, M. 1972, *L'ordine del discorso: i meccanismi sociali di controllo e di esclusione della parola*, Torino, Einaudi [ed. or. 1971].
- Foucault M. 1976, *Sorvegliare e punire*, Milano, Feltrinelli [ed. or. 1975].
- Foucault M. 1977, *Microfisica del potere: interventi politici*, Torino, Einaudi.
- Foucault M. 1998, *Nascita della clinica: una archeologia dello sguardo medico*, Torino, Einaudi [ed. or. 1963].
- Galtung J. 1969, *Violence, peace, and peace research*, in «Journal of Peace Research», vol. 6, n. 3, pp. 167-191.
- Gentili A.M. 2002, *Lo stato-nazione in Africa: sudditi o cittadini?*, in «Dove va l'Africa subsahariana?», anno LI, Bologna, Il Mulino, pp. 302-313.
- Geschiere P. 1997, *The modernity of witchcraft: politics and the occult in postcolonial Africa*, Charlottesville e London, University Press of Virginia.
- Geschiere P. 1999, *Globalisation and the power of intermediate meaning: witchcraft and spirit cults in Africa and East Asia*, in Geschiere P., Meyer B. (eds.), *Globalization and identity: dialectics of flow and closure*, Oxford, Blackwell, pp. 211-237.
- Ghana Health Service 2005, *Community-Based Health Planning and Service (CHPS). The Operational Policy Accra*, Ghana Health Service.
- Ghazali 1953, *Le Livre des Bons Usages en Matière de Mariage*, Paris-Oxford, Maisonneuve-Thornton.
- Good B.J. 2006, *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Torino, Einaudi [ed. or. 1994].
- Green E.C. 1988, *Can collaborate proper between biomedical and African indigenous health practitioners succeed?*, in «Social Science and Medicine», vol. 27, n. 11, pp. 1125-1130.
- Hafteck P. 2003, *An introduction to decentralized cooperation: definitions, origins and conceptual mapping*, in «Public Administration and Development», vol. 23, pp.333-335.
- Hill P. S. 2002. *The rhetoric of sector-wide approaches for health development*, in «Social Science & Medicine», vol. 54, n.11, pp. 1725-1737.
- Horton R. 2008, *Countdown to 2015: a report card on maternal, newborn and child survival*, in «The Lancet», vol. 371, n. 4, pp.1217-1219.

- Ianni V. 2004, *La messa in opera della cooperazione decentrata: spazi e strutture per una partecipazione multiattoriale. L'esperienza delle autonomie locali italiane*, in Ianni V. (a cura di), *Verso una nuova visione dell'aiuto*, Pomezia, ANCI-MAE/DGCS.
- Illich I. 2004, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Milano, Bruno Mondadori [ed. or. 1976].
- Janzen J.M. 1978, *The quest for therapy in lower Zaire*, Berkley, University of California Press.
- Janzen J.M. 1979, *Pluralistic legitimation of therapy systems in contemporary Zaire*, in Ademuwagun Z., Ayoade J.A.A., Harrison I.E., Warren D.M. (eds.), *African therapeutic systems*, London, Crossroad Press, pp. 208-216.
- Jewkes R., Murcott A. 1996, *Meanings of community*, in «Social Science & Medicine», vol. 43, n. 4, pp. 555-563.
- Johnson L., Budlender D. 2002, *HIV Risk Factors: A Review of the Demographic, Socio-Economic, Biomedical and Behavioural Determinants of HIV Prevalence in South Africa*, Centre for Actuarial Research, Cape Town, University of Cape Town.
- Kankwenda M. 2004, *Forty years of development illusions: revisiting development policies and practices in Africa*, in AA.VV., *African Development and Governance Strategies in the 21st Century. Looking back to move forward*, London & New York, African Centre for Development & Strategic Studies (ACDESS), pp. 3-19.
- Katz E. 1994, *The White Death. Silicosis on the Witwatersrand Gold Mines 1886-1910*, Johannesburg, Witwatersrand University Press.
- Kaul I., Conceicao P., Le Gouvelv K., Mendoza R. U., (eds.) 2003, *Providing global public goods: managing globalization*, New York-Oxford, Oxford University Press.
- Klein N. 2007, *Shock economy. L'ascesa del capitalismo dei disastri*, Milano, Rizzoli.
- Klein R. 1995, *Big Bang Health Care Reform-Does It Work?: The Case of Britain's 1991 National Health Service Reforms*, in «The Milbank Quarterly», vol. 73, n. 3, pp. 299-337.
- Koselleck R. 1997, *L'expérience de l'histoire*, Paris, Hautes Etudes-Gallimard-Seuil.
- Lanternari V. 1988, *Dèi Profeti Contadini. Incontri nel Ghana*, Napoli, Liguori.
- Last M. 1981, *The importance of knowing about not knowing*, in «Social Science & Medicine», vol. 15B, pp. 387-392.
- Last M. 1986, *The professionalization of African medicine: ambiguities and definitions*, in Last M., Chavunduka G.L. (eds.), *The professionalization of African medicine*, Manchester -Dover, Manchester University Press, pp. 1-19.
- Lewis Ioan M. 1987, *Prospettive di antropologia*, Roma, Bulzoni.
- Lionetti R. 1993, *Etica e dialettica della valutazione. Alcune osservazioni sullo studio dell'efficacia terapeutica nei progetti di cooperazione sanitaria*, in «I Fogli di Oriss», n. 1, 1993, pp. 13-33.

- MacCormack C.P. 1981, *Health care and the concept of legitimacy*, in «Social Science and Medicine», vol. 15B, pp. 423-428.
- Mamdani M. 1996, *Citizen and Subject. Contemporary Africa and the legacy of late colonialism*, Princeton NJ, Princeton University Press.
- Mbembe A. 2005, *Postcolonialismo*, Roma, Meltemi.
- Mehdi R. 1994, *The Islamization of the Law in Pakistan*, London, Curzon Press.
- Merleau-Ponty M. 1945, *Phénoménologie de la Perception*, Paris, Librairie Gallimard.
- Moini G. 2009, *Dalle politiche sanitarie alle politiche per la salute*, in «Rivista di Scienze Sociali», n. 1, <www.rivistadisocienzeitaliane.it/category/archivio-numeri/numero-1>.
- Murdock G.P., Wilson S.F., Frederick V. 1978, *World distribution of theories of illness*, in «Ethnology», vol. 17, pp. 449-470.
- Murray C., Laakso T., Shibuya K., Hill K., Lopez A. 2007, *Can we achieve Millennium Development Goal 4? New analysis of country trends and forecasts of under-5 mortality to 2015*, in «The Lancet», vol. 9592, n. 370, pp. 1040-54.
- Navarro V. 2004, *The World Health Situation*, in «International Journal of Health Services», vol. 34, n. 1, pp. 1-10.
- People's Health Movement, Medact, Global Equity Gauge Alliance 2005, *Global Health Watch 2005-2006. An alternative world health report*, London-New York, Zed Books.
- Nguyen, V.K. 2006, *Attivismo, farmaci anti-retrovirali e riplasmazione del sé come forme di cittadinanza biopolitica*, in «Annuario di Antropologia», vol. 8, Roma, Meltemi.
- Nguyen V.K., Peschard K. 2003, *Anthropology, Inequality and Disease: a Review*, in «Annual Review of Anthropology», n. 32, pp. 447-474.
- OECD 2005, *Aid extended by local and state governments*, in «DAC Journal», vol. 6, n. 4, p. i-274.
- Ohmae K. 1996, *La fine dello Stato-nazione. L'emergere delle economie regionali*, Milano, Baldini&Castoldi.
- OISG 2008, *From Alma Ata to the Global Fund. The History of International Health Policy*, in «Social Medicine», vol. 3, n. 1, pp. 34-46.
- Okuonzi S.A., Macrea J. 1995, *Whose policy is it anyway? International and national influences on health policy development in Uganda*, in «Health Policy planning», vol. 10, n. 2, pp. 122-132.
- Olivier de Sardan J.-P. 2008, *Antropologia e sviluppo*, Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Owor R. 1987, *Health Policy Review and Recommendations*, Uganda, Entebbe.
- Packard R. 1990, *White Plague, Black Labour: Tuberculosis and the Political Economy of Health and Disease in South Africa*, Berkeley, University of California Press.

- Packard R.M. 1992, *Industrialization, rural poverty and tuberculosis in South Africa, 1850-1950*, in S. Feierman, J. Janzen (eds), *The Social Basis of Health and Healing in Africa*, Berkeley, University of California Press, pp. 104-130.
- Packard R.M., Epstein P. 1992, *Medical Research on AIDS in Africa: A Historical Perspective*, in E. Fee, D.M. Fox (eds), *AIDS. The Making of a Chronic Disease*, Berkeley, University of California Press, pp. 346-376.
- Pandolfi M. 2005, *Sovranità mobile e derive umanitarie: emergenza, urgenza, ingerenza*, in Malighetti R. (a cura di), *Oltre lo sviluppo. Le prospettive dell'antropologia*, Roma, Meltemi, pp. 151-185.
- Pavanello M., Schirripa P. (a cura di) 2008, *Materiali di ricerca sulla medicina tradizionale Nzema (Ghana)*, Roma, Edizioni Nuova Cultura.
- Pellecchia U. 2010, *L'esclusione dei Rom dalla salute*, in *L'Europa invisibile*, report di MEDU per il progetto "Un Camper per i Diritti", Firenze, Medici per i Diritti Umani, pp. 67-78.
- Pilbury A. 1979, *Reaching the rural poor: indigenous health practitioners are there already*, Washington, Us-Aid.
- Pizza G. 2005, *Antropologia medica*, Roma, Carocci.
- Quaranta I. 2006a, *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Milano, Raffaello Cortina.
- Quaranta I. 2006b, *Corpo, Potere e Malattia. Antropologia e AIDS nei Grassfields del Camerun*, Roma, Meltemi.
- Quaranta I. (a cura di) 2006c, *Sofferenza sociale*, in «Annuario di Antropologia», n. 8, Roma, Meltemi.
- Rabinow P. 1992, *Artificiality and enlightenment: from sociobiology to biosociality*, in Crary J., Kwinter S. (eds.), *Incorporations*, New York, Zone Books, pp. 234-252.
- Remotti F. 1996, *Tesi per una prospettiva antro-poietica*, in Allovio S., Favole A. (a cura di), *Le fucine rituali. Temi di antro-poiesi*, Torino, Il Segnalibro, pp. 9-25.
- République Tunisienne 1997, *Code Pénal*, Tunis, Imprimerie Officielle de la République.
- Sandbrook R. 2000, *Closing the circle. Democratization and Development in Africa*, Toronto, University of Toronto Press.
- Schirripa P. 1993, *Medicina tradizionale e questioni di potere. La professionalizzazione della medicina indigena in Ghana*, in «I Fogli di Oriss», n. 1, pp. 63-84.
- Schirripa P. 2005, *Le politiche della cura. Terapie, potere e tradizione nel Ghana contemporaneo*, Lecce, Argo.
- Schirripa P., Vulpiani P. (a cura di) 2000a, *L'ambulatorio del guaritore. Forme e pratiche del confronto tra biomedicina e medicina tradizionale in Africa e nelle Americhe*, Lecce, Argo.

- Schirripa P., Zúniga Valle C. 2000b, *Sistema medico*, in «AM. Rivista della società italiana di antropologia medica», n. 3-4, pp. 211- 219.
- Scheper-Hughes N., Lock M. 1987, *The mindful body. A prolegomenon to future work in medical anthropology*, in «Medical Anthropology Quarterly», vol. 1, n. 1, pp. 6-41.
- Scheper-Hughes N. 2000, *Il sapere incorporato: pensare con il corpo attraverso un'antropologia medica critica*, in Borofsky R. (a cura di), *L'antropologia culturale oggi*, Roma, Meltemi, pp. 281-294 [ed. or. 1994].
- Schneider H. 2002, *On the fault-line: the politics of AIDS policy in contemporary South Africa*, in «African Studies», vol. 61, p. 145-67.
- Schultz M. 2008, *Rudolf Virchow*, in «Emerging Infectious Disease», vol. 14, n. 9, pp. 1480-1481.
- Seppilli T. 2000, *Le nuove immigrazioni ed i problemi di strategia dei servizi sanitari europei: un quadro introduttivo*, in «AM - Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica», n. 9-10.
- Scott A. J. 2001, *Le regioni nell'economia mondiale*, Bologna, Il Mulino.
- Stuckler D., King L.P., Basu S. 2008, *International Monetary Fund Programs and Tuberculosis Outcomes in Post-Communist Countries*, in «PloS Medicine», vol. 5, n. 7, e143, doi:10.1371/journal.pmed.0050143.
- Stocchiero A. 2007, *I nodi dell'evoluzione della cooperazione decentrata italiana*, Roma, CeSPi Working Papers, n. 37.
- Stocchiero A. 2009, *La cooperazione decentrata tra crisi italiana e riconoscimento europeo*, CeSPi Working Papers, n. 58.
- Swanson M. 1977, *The Sanitation syndrome: Bubonic plague and urban native policy in the Cape Colony: 1900-1909*, in «Journal of African History», vol. 18, p. 387-410.
- Tagliaferri E., Maciocco, G. 2009, *User fees. Prendere i soldi dalla povera gente quando è ammalata non è una buona idea*, in <<http://saluteinternazionale.info>>, Redazione Si.
- Triulzi A., Ercolessi M.C. 2004, *Introduction*, in Triulzi, A. e Ercolessi M.C. *State, power, and new political actors in postcolonial Africa*, pp. IX-XL, Milano, Fondazione Giangiacomo Feltrinelli.
- Twumasi P. A., 1975, *Medical systems in Ghana. A study in medical sociology*, Tema, Publishing Division of the Ghana Publishing Corporation.
- Twumasi P.A. 1981, *Colonialism and international health: a study in social change in Ghana*, in «Social Science and Medicine», vol. 15B, pp. 147-151.
- Twumasi P.A., Warren D.M. 1986, *The professionalization of indigenous medicine: a comparative study of Ghana and Zambia*, in Last M., Chavunduka G.L. (eds.), *The professionalization of African medicine*, Manchester-Dover, Manchester University Press, pp. 117-135.

- Unaid 2009, *Epidemic Update*, Ginevra.
- Van der Geest S. 2000, *Integrazione o abbraccio fatale? La difficile relazione tra la medicina indigena e la medicina occidentale*, in Schirripa P., Vulpiani P. (a cura di) 2000a, *L'ambulatorio del guaritore. Forme e pratiche del confronto tra biomedicina e medicina tradizionale in Africa e nelle Americhe*, Lecce, Argo, pp. 9-14.
- Van der Vliet V. 2001, *AIDS: Loosing the 'New Struggle'?*, in «Daedalus», vol. 130, n. 1, p. 151-84.
- Vasconi E. 2008a, *Analisi delle categorie nosografiche, della trasmissione della conoscenza dei terapeuti tradizionali e dei percorsi terapeutici dei pazienti presenti nei distretti Nzema*, in Pavanello, M. e Schirripa P. (a cura di), *Materiali di ricerca sulla medicina tradizionale Nzema (Ghana)*, Roma, Edizioni Nuova Cultura, pp. 39-50.
- Vasconi E. 2008b, *Schede pazienti*, in *Materiali di ricerca sulla medicina tradizionale Nzema (Ghana)*, Pavanello, M. e Schirripa P. (a cura di), *Materiali di ricerca sulla medicina tradizionale Nzema (Ghana)*, Roma, Edizioni Nuova Cultura, pp. 91-103.
- Vaughan M. 1991, *Curing their ills. Colonial power and African illness*, Cambridge, Polity Press.
- Ventevogel P. 1996, *Whiteman's things. Training and detrainning healers in Ghana*, Amsterdam, Het Spinnuis.
- Vulpiani P. 2000, *Tra modernizzazione e professionalizzazione. Eziologia e diagnosi della malattia in un contesto urbano delle Ande boliviane*, in Schirripa P., Vulpiani P. (a cura di) 2000a, *L'ambulatorio del guaritore. Forme e pratiche del confronto tra biomedicina e medicina tradizionale in Africa e nelle Americhe*, Lecce, Argo, pp. 245-286.
- Wed D. 1998, *The social and economic politics of (re)integration: HIV/AIDS and the question of stability in Southern Africa*, in Simon D. (ed.), *South Africa in Southern Africa. Reconfiguring the Region*, Oxford, James Currey, pp. 222-239.
- Warren D. M. 1996, *Foreword*, in Ventevogel P. 1996, *Whiteman's things. Training and detrainning healers in Ghana*, Amsterdam, Het Spinnuis, pp. IX-XV.
- Whitehead M. 2001, *Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap?*, in «The Lancet», vol. 9284, n. 358, pp. 833-836.
- Whiteside A. & Sunter C. 2000, *AIDS. The challenge for South Africa*, Cape Town: Human and Rousseau-Tafelberg.
- WHO 1978a, *Promotion et développement de la médecine traditionnelle. Rapport d'une réunion de l'OMS*, Genève, Organization Mondiale de la Santé.
- WHO 1978b, *Declaration of Alma Ata, International Conference on Primary Health Care*, 6-12 settembre 1978, Alma Ata.
- WHO 1987, *Declaration on Strengthening District Health Systems Based on PHC, Interregional Meeting on Strengthening District Health Systems*, 3-7 agosto 1987, Harare.

- WHO 1988, *The challenge of implementation District health system for Primary Care*, Geneva.
- WHO 2008a, *The world health report 2008: primary health care now more than ever*, Geneva.
- WHO 2008b, *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*, Geneva.
- Williams B., Gilgen D., Campbell C., Taljaard D., MacPhail C. 2000, *The Natural History of HIV/AIDS in South Africa: A Biomedical and Social Survey in Carletonville*. Pretoria, Council for Scientific and Industrial Research.
- Wojcicki J.M. 2002, 'She drunk his money': *Survival sex and the problem of violence in taverns in Gauteng Province, South Africa*, in «Medical Anthropology Quarterly», vol. 16, n. 3, pp. 267-293.
- Wood K., Maforah F., Jewkes R.K. 1998, *He forced me to love him': Putting Violence on the Adolescent Sexual Health Agenda*, in «Social Science and Medicine», n. 47, pp. 233-42.
- World Bank 1987, *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform*, Washington, World Bank.
- World Bank 1993, *World Development Report 1993: investing in health*, Oxford, Oxford University Press.
- Zanotelli F., Lenzi-Grillini F. (a cura di) 2008, *Subire la Cooperazione? Gli aspetti critici dello sviluppo nell'esperienza di antropologi e cooperanti*, Catania-Firenze, ED.IT.
- Zúniga Valle C. 2000, *La coesistenza di sistemi medici in Honduras*, in Schirripa P. e 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, pp. 287-311.
- Zwi, A., 2000, *Introduction*, in «Social Science & Medicine», vol. 50, n. 2, pp. 167-168.

Webografia

<www.dndi.org/annual-report.html?start>

<www.hmb.utoronto.ca/HMB303H/Case.../TRIPSBriefUSbullying2.pdf>

<www.imshealth.com/imshealth/Global/Content/Static%20File/AMJ2007.pdf>

<www.msfacecess.org>

<www.rollbackmalaria.org/multimedia/rbminfosheets.html>

<www.theglobalfund.org/.../annualreports/2007/AnnualReport2007.pdf>

<www.who.int/en>

<unstats.un.org/.../mdg/.../Progress2007/MDG_Report_2007_Progress_Chart_en.pdf>

Autori ed enti organizzatori

Note sugli autori

Umberto Pellicchia è antropologo, dottore di ricerca presso l'Università di Siena e ricercatore CREA. Si occupa principalmente di antropologia delle società africane, su questioni legate al potere, forme della dipendenza e dell'autorità, conflitti e rapporti tra generazioni. Svolge ricerche di campo nel Ghana meridionale (area Sefwi) ed in Italia su questioni legate alle migrazioni, alla marginalità e alle contraddizioni sociali. Collabora come consulente per due ONG italiane ed è giornalista freelance.

Francesco Zanutelli (antropologo, PhD Università di Torino), assegnista postdoc presso l'Università di Siena dove insegna Antropologia economica. Svolge ricerche sugli effetti socioculturali del debito, dello scambio e del microcredito (in Messico) e sulla relazione tra politiche di welfare e dinamiche della parentela contemporanea e delle nuove migrazioni interne (in Italia). Nell'ambito delle attività del CREA, coltiva un interesse per l'antropologia applicata e dello sviluppo e, su questi temi, ha curato con Filippo Lenzi Grillini il volume *Subire la cooperazione?*, ED.IT 2008.

Dariusch Atighetchi è docente di bioetica islamica alla Facoltà di Teologia di Lugano e al Centro Interdisciplinare di Studi sul Mondo Islamico "Francesco Castro" (CISMI), Seconda Università di Roma. Tra le sue opere si segnala *Islamic Bioethics: Problems and Perspectives*, Springer 2007; *Islam e Bioetica*, Armando Editore 2009; *Islam, Musulmani e Bioetica*, Armando Editore 2002.

Franco Bassi lavora all'Ufficio Rapporti Internazionali dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese ed è membro della sezione senese della ONG CUAMM-Medici con l'Africa.

Chiara Bodini è medico, specialista in malattie infettive. Collabora con il Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale dell'Università di Bologna occupandosi di ricerca e didattica in salute globale. Ha lavorato in passato in diversi contesti africani, maturando in seguito un interesse per gli approcci socio-antropologici alle problematiche di salute.

Nicolò Bellanca è professore associato di Economia applicata presso l'Università degli Studi di Firenze, dove insegna nei corsi di laurea in Sviluppo Economico e Cooperazione Internazionale (SECI) ed Economia dello Sviluppo Avanzata (ESA). Ha lavorato come ricercatore e docente presso varie università italiane, ed ha realizzato pubblicazioni su temi relativi alla teoria economica, economia delle istituzioni, teoria dell'azione collettiva. È membro del Laboratorio ARCO – Action Research for CO-development del PIN S.c.r.l. – Università degli Studi di Firenze.

Suela Cadri è referente per la Cooperazione Sanitaria della Regione Toscana.

Maria José Caldés Pinilla è Direttore Medico di Presidio presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer di Firenze. Ha lavorato come consulente per l'Organizzazione Mondiale della Sanità ed ha collaborato in attività di ricerca e formazione presso svariate università ed enti pubblici italiani e stranieri. Dal 2007 è responsabile delle attività di Cooperazione Sanitaria Internazionale della Regione Toscana.

Giulia Capitani dal 2005 al 2010 lavora per l'ONG Ucodep, membro italiano della confederazione internazionale OXFAM prima come responsabile di progetto e poi come Responsabile del Settore Mediazione Linguistico Culturale e Diritto alla Salute. Attualmente collabora con il Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore S.Anna di Pisa.

Michela Ciminiello è medico, collabora con l'Ambulatorio per migranti dell'Associazione "Corte dei Miracoli" di Siena.

Elena Como è consulente nell'area di ricerca della società LAMA Development and Cooperation Agency e ricercatrice presso il Laboratorio ARCO-Action Research for CO-development del PIN S.c.r.l.-Università degli Studi di Firenze. Ha realizzato attività di ricerca e di supporto ai programmi di cooperazione internazionale sia in Italia che all'estero (Inghilterra, Bosnia Erzegovina, India, Burkina

Faso, Mongolia). Attualmente è referente del monitoraggio per i progetti di Cooperazione Sanitaria Internazionale della Regione Toscana e svolge attività di ricerca nel programma “La Salute come motore di co-sviluppo”, finanziato dalla Regione Toscana.

Giosuè De Salvo, economista dello sviluppo, è stato project manager e campaigner di Lila Cedius (Centro per i Diritti Umani e la Salute Pubblica) dal 2002 al 2005 e consigliere del gruppo GUE/NGL del Parlamento Europeo dal 2004 al 2009 su: commercio estero e accordi di libero scambio, salute pubblica e diritti di proprietà intellettuale. All'interno dell'Associazione Prima Persone ha ricoperto, fino al giugno 2010 il doppio ruolo di policy advisor e di responsabile delle relazioni esterne. Attualmente è coordinatore dell'area Advocacy e Campaigne dell'ONG Mani Tese.

Didier Fassin è James Wolfensohn Professor in Scienze Sociali presso l'Institute for Advanced Study di Princeton e direttore di ricerca alla Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales di Parigi. Dirige l'Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux (Iris, CNRS-Inserm-EHESS-University Paris North). Ha curato *Les politiques de l'enquête. Épreuves ethnographiques* (con Alban Bensa, La Découverte 2008) e *Contemporary States of Emergency. The Anthropology of Military and Humanitarian Intervention* (con Mariella Pandolfi, Zone Books 2009). Come autore ha pubblicato *When Bodies Remember. Experience and Politics of AIDS in South Africa*, (University of California Press 2007), *The Empire of Trauma. An Inquiry into the Condition of Victimhood* (con Richard Rechtman, Princeton University Press 2009) e *La Raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent* (Hautes Etudes-Gallimard-Seuil 2010).

Cecilia Francini è medico. Ha conseguito il diploma di medicina tropicale e salute internazionale presso la Humboldt Universität di Berlino e attualmente sta frequentando il corso di Medicina Generale. Ha collaborato con *Medecins du monde* e *Medicos del mundo* in progetti di salute comunitaria nella zona indigena del Chiapas ed in missioni di urgenza per le vittime dell'uragano Stan. Ha collaborato con *Medici per i diritti umani* come coordinatrice del progetto “Un camper per i diritti”.

Renato Libanora è attualmente impegnato come capo-progetto per un progetto di Community Based Rehabilitation sostenuto dall'ONG AIFO in Liberia. Ha lavorato per molti anni come docente a contratto di Antropologia dello Svi-

luppo presso l'Università di Firenze e svolto ricerca sui temi delle trasformazioni culturali, sociali e politiche nei paesi extra-occidentali, e sugli approcci partecipativi e sistemi di valutazione della cooperazione internazionale. Ha realizzato studi e consulenze professionali in Tanzania, Ghana, Malawi, Uganda, Etiopia, Sri Lanka, e Pakistan. È membro del Laboratorio ARCO-Action Research for CO-development del PIN S.c.r.l.-Università degli Studi di Firenze.

Ardigò Martino è medico, specialista in igiene e medicina preventiva, dottorando presso la scuola di "International Co-operation and Sustainable Development" dell'Università di Bologna. Lavora presso il Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale dell'UniBo. Si occupa prevalentemente di salute, globalizzazione, cultura e organizzazione sociale, ricerca quali-quantitativa e didattica in salute globale. Ha esperienza di lavoro internazionale soprattutto in Brasile e collabora con il People's Health Movement.

Fabio Mugnaini, docente di Etnologia Europea e Storia delle Tradizioni Popolari dell'Università degli Studi di Siena, si occupa di patrimoni culturali di trasmissione orale, di memoria locale, di forme del festivo e politiche della tradizione, in rapporto con la contemporaneità e con le dinamiche politico/identitarie che la contraddistinguono.

Ivo Quaranta è ricercatore in discipline demo-etno-antropologiche presso l'Università di Bologna. Si occupa di antropologia medica e in particolar modo della produzione sociale e della plasmazione culturale dell'esperienza di malattia. Tra le sue principali pubblicazioni ricordiamo: *Corpo, potere e malattia. Antropologia e Aids nei Grassfields del Camerun* (Meltimi 2006), *Antropologia Medica. I testi fondamentali* (a cura di, Raffaello Cortina 2006), *Sofferenza Sociale* (a cura di, Meltimi 2006).

Giorgio Pellis e Marina Spaccini sono medici con molti anni di esperienza alle spalle come volontari in Africa sub-sahariana. Attualmente operano come docenti per la formazione dei medici della ONG CUAMM-Medici con l'Africa.

Andrea Rapisardi fa parte del Consiglio di Amministrazione della società cooperativa LAMA Development and Cooperation Agency e della Giunta Esecutiva del Laboratorio ARCO-Action Research for CO-development del PIN S.c.r.l.-Università degli Studi di Firenze. Ha esperienza nella gestione e nel monitoraggio e valutazione di progetti di cooperazione internazionale ed attualmente co-

ordina il programma di ricerca “La salute come motore di co-sviluppo. Idee progettuali e strategie operative per il rafforzamento del Sistema Toscano di Cooperazione Sanitaria Internazionale”, finanziato dalla Regione Toscana.

Paolo Rossi è medico, presidente della sezione di Siena (Gruppo “Jenga Insieme” della ONG CUAMM-Medici con l’Africa), ha effettuato una serie di missioni per l’organizzazione di progetti in particolare in Kenia ed Uganda. Ha inoltre partecipato e partecipa come docente a corsi, convegni e seminari promossi da enti pubblici e privati sul tema della salute globale.

Pino Schirripa è ricercatore di Discipline demo-etno-antropologiche presso il Dipartimento di Storia, Culture e Religioni della Sapienza-Università di Roma, dove insegna Antropologia Religiosa ed Etnopsichiatria. Si è occupato di migrazioni, terapie religiose e processi di professionalizzazione svolgendo ricerche in Italia, Ghana ed Etiopia. Attualmente dirige una missione di ricerca di antropologia medica in Etiopia.

Barbara Tomasini è medico pediatra presso l’Azienda Sanitaria Senese. Da 5 anni è referente dell’Azienda per la Cooperazione Sanitaria Internazionale e referente per la stessa per l’Area Vasta Sud-Est. Dal 1986 si occupa di Cooperazione Sanitaria per i paesi a scarse risorse e ha trascorso lunghi periodi in Africa.

Elisa Vasconi, laureata in Discipline Etnoantropologiche presso la Sapienza Università di Roma, è attualmente dottoranda presso l’Università di Siena. Dal 2005 svolge ricerca in Ghana su tematiche relative all’antropologia medica e dal 2008 ha avviato la ricerca anche in Uganda.

Note sugli Enti Organizzatori

CREA - Centro Ricerche Etno-Antropologiche, è un’associazione composta principalmente da antropologi e ricercatori in ambito umanistico-sociale. L’associazione, nata nel 2003 e con sede a Siena, opera nel campo delle scienze sociali ed umane, con ricerche, interventi didattici e attività di formazione, informazione ed orientamento che privilegiano la metodologia etnografica e qualitativa. L’intento è di articolare progetti volti a diffondere la coscienza della necessità della sostenibilità culturale nei processi di trasformazione sociale ed ambientale. Promuove e collabora a ricerche, pubblicazioni, costruzione di eventi riguardanti i

temi della cultura del territorio, della museografia, delle migrazioni, della cooperazione internazionale, nell'ottica di diffondere ed applicare i risultati delle ricerche e del metodo antropologico prodotti in ambito accademico.

Contatti: <www.creasiena.it; info@creasiena.it>

Il Forum Provinciale Senese della Cooperazione e Solidarietà Internazionale di cui fanno parte i soggetti pubblici e privati operativi dal territorio senese nel campo della cooperazione allo sviluppo, della solidarietà e del volontariato internazionale, è nato per iniziativa della Provincia di Siena con la finalità di promuovere programmi ed iniziative orientate al miglioramento delle condizioni economiche, sociali, culturali, di lavoro e di vita delle popolazioni dei paesi in via di sviluppo, alla lotta alla povertà e alla discriminazione di genere, alla promozione dei diritti umani, del ruolo delle donne, del patrimonio culturale, dell'ambiente, della pace e della tutela dei beni comuni, nel rispetto delle dinamiche culturali e dell'organizzazione sociale delle comunità destinatarie degli interventi. In questo senso sono fondamentali le azioni volte a promuovere percorsi di formazione per l'aggiornamento e la qualificazione continui degli aderenti al Forum stesso.

Contatti: forumcoop.prov.si@gmail.com; cooperazioneinternaz@provincia.siena.it; <www.provincia.siena.it>

CUAMM - Medici con l'Africa ed il Gruppo "Jenga Insieme" (sezione senese del CUAMM) è una ONLUS sanitaria, fondata nel 1950. Il CUAMM è oggi presente in particolar modo nell'Africa Sub-sahariana, con numerosi progetti sanitari, affiancato da partner nazionali ed internazionali. Nel corso di questi anni ha realizzato numerose strutture: ospedali, dispensari, laboratori etc, destinati a personale locale.

Contatti: <<http://www.mediciconlafrica.org>>

Pubblicati

- Autori Vari, *In Pelago Vasto. Idee per un dialogo interculturale nell'area del Mediterraneo*
- Autori Vari, *Gender Issues and international legal standards*
- Baum L. Frank, *Il Mago di Oz*
- Bettini A., *Giornali.it*
- Bettini A., *Giornali.it/2.0*
- Busacca P. - Gravagno F., *Catania e il mare*
- Capecchi V. - Gallina A., *For a polycentric Europe. How to save innovation from neoliberalism*
- Casimir S. - Totaro P., *Lazio. Assemblée Costituente, Camera dei Deputati 1946-1963 (1)*
- Collodi C., *Storie Allegre*
- Coscarelli L., *Rianimare in Sicilia. Storia di un reparto di Rianimazione*
- Di Stefano A., *Coesione e Diritto nell'Unione Europea (1)*
- Di Stefano A., *Convenzione europea dei diritti dell'uomo e principio di sussidiarietà*
- Frazzetto G., *Playing the idhe. Introduzione ai videogiochi*
- Gallina A. - Villadsen S. (a cura di), *New challenges and opportunities...*
- Gramsci A., *Lettere ai figli*
- Gravagno F. - Messina S., *I paesaggi del rischio. Priolo e il prezzo del progresso*
- Lombardo M. (a cura di), *Giornali D'Europa (vol. 1)*
- Lombardo M. (a cura di), *Giornali D'Europa (vol. 2)*
- Lombardo M. (a cura di), *Giornali D'Europa (vol. 3)*
- Lutri A. (a cura di), *Modelli della mente e processi di pensiero*
- Mascali L., *Il Gruppo Europeo di Cooperazione Territoriale*
- Mauceri T., *Danno non patrimoniale e enti collettivi*
- Maugeri M.R., *Violazione della disciplina antitrust e rimedi civilistici*
- Mocciaro E., *Sull'espressione non prototipica dell'agentività nei testi siciliani del XIV secolo*
- Mugnaini F. - Ó Héalaí P. - Thompson T. (a cura di), *The Past in the Present*
- Nicolosi G. (a cura di), *Coesione Sociale. Una proposta interpretativa*
- Nicolosi G., *Lost Food. Comunicazione e cibo nella società ortoessica*
- Parito M., *Comunicazione pubblica e nuovi media*
- Pistone S., *Le romanze da salotto dei musicisti catanesi Frontini e Cali*
- Ruju N., *Muntagna*
- Sapienza R., *La guerra civile nell'evoluzione del Diritto Internazionale*
- Schillaci F., *PNL e scrittura efficace. Fallaci e Terzani tra forma e contenuto*
- Sergi V., *Il vento dal basso. Nel Messico della rivoluzione in corso*
- Solinas P.G. (a cura di), *Campo, Spazio, Territorio (vol. 1)*
- Spicci M., *Corpo e ibridazioni discorsive nell'Inghilterra elisabettiana*
- Spina R., *L'evoluzione della coniugazione italo-romanza*
- Timpanaro C., *Luoghi pubblici e pianificazione democratica*
- Vallorani N. (a cura di), *Tessiture*
- Vitale G., *Diritto processuale nazionale e diritto dell'Unione europea*
- Zanotelli F. - Lenzi Grillini F. (a cura di), *Subire la cooperazione?*



In uscita

Angotti T., *New York for sale*

Autori Vari, *Portella della ginestra: una storia orale*

Bettini A., *Gazzette digitali. L'informazione locale sulla rete globale*

Boscarello G., *Storia dell'amministrazione imperiale britannica di Cipro*

Casella Paltrinieri A., *Prendersi cura*

Casmirri S. - Totaro P., *Lazio. Asseblea Costituente, Camera dei Deputati 1946-1963* (2)

Cavecchi M. - Rose M., *Il teatro di Caryl Churchill*

Holloway J. - Tischler S. - Matamoros F. - Sergi V., *Zapatismo: tracce di ricerca*

Mangiameli R. (a cura di), *Autonomie: micronazionalismi e regionalismi in Europa*

Messina S., *La pianificazione indie*

Monterosso G., *Cosa inghiottono i ghiri ghiotti*

Montes S. - Taverna L., *Reflectiones on Prefaces and Reviews*

Nicolosi G. (a cura di), *Robot. La macchina, il corpo, la società*

Nucifora S. - Urso A., *L'Architettura dei mercati coperti*

Paloscia R. - Tarsi E., *Percorsi di inclusione*

Pellecchia U. - Lusini V., *Incontro, Relazione, Comunicazione*

Pinelli B., *Donne come le altre*

Solinas P.G. (a cura di), *Campo, Spazio, Territorio* (vol. 2)

Twain M., *Un'americano alla corte di Re Artù*

Vaccaro S. - Payueta C.B., *PAS: Presunta Sindrome di Alienazione Parentale*

Zappalà Z., *Cinemangiare. Cibo e società nel cinema italiano dal dopoguerra ad oggi*

Finito di stampare nel mese di Novembre 2010
per conto di ED.IT - Firenze
presso Global Print - Gorgonzola (Milano)