

Appunti di Antropologia del corpo e della malattia 2024-2025 Unibo (Ivo Quaranta)

Eduardo Cosenza

Indice

Lezione 1 (18/09/2024)	3
II modulo	3
Lezione 2 (19/09/2024)	5
Arthur Kleinman	5
Lezione 3 (20/09/2024)	7
Lezione 4 (25/09/2024)	10
Byron Good	11
Lezione 5 (26/09/2024)	13
Michael Taussig	13
Lezione 6 (2/10/2024)	15
Allan Young	15
Lezione 7 (3/10/2024)	19
Robert Hahn	20
Scheper-Huges e Lock	21
Lezione 8 (9/10/2024)	23
Lezione 9 (10/10/2024)	26

Lezione 10 (11/10/2024)	29
Thomas J. Csordas	29
Lezione 11 (16/10/2024)	31
Lezione 12 (17/10/2024)	34
Ricezione dell'incorporazione	34
Lezione 13 (18/10/2024)	36
Approcci narrativi	36
Lezione 14 (23/10/2024)	38
Lezione 15 (13/10/2024)	41
Il modulo	41
Lezione 16 (14/11/2024)	43
Lezione 17 (15/11/2024)	46
Lezione 18 (20/11/2024)	49
Lezione 19 (21/11/2024)	51
Lezione 20 (22/11/2024)	54
Lezione 21 (27/11/2024)	57
Lezione 22 (28/11/2024)	61
Lezione 23 (4/12/2024)	63
Lezione 24 (5/12/2024)	64
Lezione 25 (6/12/2024)	65

Lezione 1 (18/09/2024)

II modulo

Lista di distribuzione: ivo.quaranta.Antropologia_Corpo_Malattia

Il I modulo sarà centrato su 1) salute e malattia; 2) Medicine; 3) Cura/efficacia terapeutica

Il II modulo sarà invece più applicativo: tradurre quanto appreso in pratiche trasformatrice tramite gruppi di lavoro su temi rilevanti come etnopsichiatria o medicalizzazione del non-normato (sostituisce i 2 libri a scelta per l'orale).

legame antropologia medica con istituzioni: antisistemica ma non oltresistemica, no anarchica?

Terrani, l'ultimo giro di giostra

Ritornaremo sull'idea di malattia reale = base organica.

L'antropologia culturale nasce in Francia dalla metà dell'Ottocento, ma poi si sviluppa a Oxford a fine Ottocento con E.B. Tylor. Si tratta di una disciplina giovane. L'antropologia medica nascerà dagli anni '70 del Novecento, però già dalle origini gli antropologi si interessavano di salute, medicina e malattia in ottica magica, simbolica e religiosa.

- **Rivers**, antropologo britannico con formazione medica e praticante psicologo. Compie una missione nello stretto di Torres in un contesto diffusionista. Inoltre inventa il metodo genealogico e per primo fa ricerca sul campo tra le persone (Malinowski poi lo teorizza).
 - Per primo considera le idee e le credenze come un sistema coerente, non come un'acozzaglia casuale: nasce l'antropologia moderna.
 - * Sono coerenti, ma non empiriche, quindi sbagliate. Sono logiche ma non vere. Concetto di cultura rimane separato da quello di scienza. Noi Occidentali viviamo nella scienza, gli altri nella cultura
- **Evans-Pritchard**, *Witchcraft and oracles* (leggere la versione integrale).

i poteri magici sono reali? domanda suicida per l'antropologo, se

la fa de Martino. Dipende dal concetto di realtà che si adotta (positivismo, etc.): etnocentrismo critico, cioè metto in discussione anche la mia cultura

magia come struttura morale che previene i conflitti: i primi sospettati saranno chi ha contatti con lo sfortunato

Malinowski, Argonauti del Pacifico occidentale

- **Levi-Strauss**, *Il pensiero selvaggio*. È un'ennesima vittima del suo tempo, si accosta alla psicoanalisi, ma non va oltre le nostre categorie. Etnocentrismo critico ancora assente, salute e medicina degli Altri sono considerate cultura e non scienza.
- **Victor Turner**, *La foresta dei simboli*: studia come i passaggi generazionali siano normati da rituali di passaggio (oggi fondamentale).
 - Afferma che: « la malattia è indicatrice delle relazioni sociali di cui si partecipa ». Con la malattia si rinegoziano le relazioni sociali: la malattia è un fatto politico.
 - Manca solo l'ultimo passaggio, cioè criticizzare la malattia anche all'interno della nostra medicina.
- **G.M. Foster**, autore del primo manuale di antropologia medica.
 - Prima la differenza culturale era vista come un mero ostacolo al beneficio individuale che sarebbe derivato dalla scienza e dalla medicina occidentali (scienza > cultura). Il problema era epistemologico e strutturale, non morale o psicologico: cosa conta come sapere veritiero?
 - L'antropologia medica nasce quando si inizia ad analizzare la biomedicina, cioè la scienza medica occidentale, come una forma di etnomedicina. Viene applicato il metodo culturale su se stessi (fine anni '70).
 - * Già parlare di biomedicina per definire la nostra medicina allopatrica significa non credere che sia unica, vera e universale.
 - * Siamo in un contesto di realismo ontologico scienziato: collegiamo ambito psico alla cultura e ambito bio al reale (materialismo cartesiano). Il riduzionismo biomedico si basa sull'efficienza chimica della cura, ma c'è anche altro.

HIV in Africa molto diffuso ma poco letale: il virus si è evoluto per sopravvivere. Non letale perché essendoci povertà i malati gravi vengono subito abbandonati e il virus muore subito con loro

Parlare di biologie locali fa rinascere spettri di razzismo? “Trattato di Antropologia”, Luigi Capasso

Lezione 2 (19/09/2024)

Arthur Kleinman

Con B. Good e Eisenberg, dice che ogni sistema medico è frutto di categorie culturali. Ha formazione psichiatrica.

- Bisogna analizzare le categorie diagnostiche e terapeutiche di ogni sistema, anche del nostro. Ogni sistema medico ha precise concezioni epistemologiche, ontologiche e idee della persona (noi abbiamo dicotomia cartesiana corpo-mente, bio-psiche). Le categorie mediche sono strumenti culturali per la costruzione della realtà
- *Depression, somatization and the new cross cultural psychiatry*: fondamenta di nuova analisi antropologica dei sistemi medici. Il concetto stesso di depressione è culturale. C'è una “doppia fallacia categoriale”: la malattia non è un'entità naturale; le categorie biomediche non sono mera descrizione di questa realtà naturale. Per la biomedicina la malattia è solo un'alterazione di funzionamento dell'organismo e le categorie biomediche danno un nome a quello che vedono. Per Kleinman le categorie mediche non sono descrizione della realtà, ma costruzione della realtà. C'è una selezione determinata da ciò che crediamo essere la persona, la realtà e la conoscenza. Queste concezioni sono molto variabili e culturali (Kleinman ha lavorato molto in Cina e a Taiwan. Nessuno ha mai declinato quello che noi chiameremmo depressione in termini psicosomatici).
- Centrale per la biomedicina è la distinzione tra *disease* e *illness*: sono due differenti modelli esplicativi, due modi diversi di interpretare la malattia.
 - *Disease* è considerare la malattia una mera patologia, un'alterazione del funzionamento corretto dell'organismo biopsichico.
 - *Illness* è l'interpretazione che le persone danno dei propri disturbi. La realtà clinica dipende dai modelli esplicativi: la biomedicina non seleziona le dinamiche sociali, politiche, economiche. I clinici della biomedicina vengono formati a ridurre il proprio sguardo solo alle alterazioni somatiche; se queste fossero assenti si tratterebbe

di disturbo psicologico (dicotomia mente-corpo).

- *Patients and healers in the Context of Culture*. Bisogna partire dall'esperienza del paziente, mai fatto dagli antropologi precedenti: sempre attenzione su sciamani e guaritori, ma mai dalla *illness*, cioè come le persone producono interpretazioni; fondamentale invece è il momento in cui una persona decide di farsi paziente (scegliamo se farci curare e quale risorsa terapeutica consultare) e decide come strutturare il proprio itinerario terapeutico. La malattia è collegata alle categorie che utilizziamo per interpretarla. Il compito dell'antropologo è dunque indagare le categorie.
- Per questo si rifà all'antropologia interpretativa di Clifford **Geertz**. Figura paradigmatica poiché sistematizza che l'antropologo non sia portatore di uno sguardo neutro. Non possiamo fare a meno di elaborare categorie interpretative. Pensavamo che le nostre relazioni fossero meri resoconti di ciò che abbiamo osservato, ma in realtà noi selezioniamo cosa guardare in base a cosa riteniamo pertinente, ogni osservazione presume un'interpretazione. Bisogna superare la metafora visualista (sguardo antropologo come obiettivo fotografico) con metafora dialogica. Non posso più dire "I Nuer credono che" ma esplicitare il mio posizionamento rispetto al loro e il loro rispetto al mio. Le categorie, anche dell'antropologia, sono inevitabilmente categorie culturali. La realtà non è conoscibile senza categorie (l'idea che togliendole ci sia una natura priva di categorie è un'illusione).
 - Geertz diventa il riferimento teorico per affermare che le categorie culturali costruiscono e non descrivono la realtà e che le categorie mediche sono categorie culturali; a noi sembrano naturali perché coincidono con le nostre idee di persona, realtà e conoscenza. Le categorie culturali sono modelli della realtà (organizziamo il reale) e per la realtà (alla luce di come interpreto la realtà io agisco).
- Applicare Geertz al campo dei sistemi medici. Kleinman vuole parlare di sistemi medici come di sistemi parentali etc; intento fondativo. Il primo Kleinman ha un'impostazione fortemente cognitivista: la cultura plasma il nostro pensiero, cioè come pensiamo la realtà e come la interpretiamo. Prima della cognizione, quindi dell'interpretazione, abbiamo a che fare con fenomeni biopsicologici universali (Geertz si rivolta nella tomba). Sta ritornando inevitabilmente nella vecchia dicotomia cartesiana: se le altre medicine hanno efficacia è perché agiscono sulla sfera psico.

Lezione 3 (20/09/2024)

Una svolta è la problematizzazione antropologica della biomedica.

- La biomedicina viene finalmente vista come un'etnomedicina.
- Le categorie mediche sono parte della storia della cultura.
- Siamo davanti a un dominio assoluto dell'ambito materiale: specifica ontologia (teoria della realtà). Neuroriduzionismo nell'APA e influenza delle cause farmaceutiche. Ci sono anche specifiche epistemologie (teorie della conoscenza): hanno il primato scientifico le scienze che si relazionano con la materialità.
 - La visita medica è centrata sulla palpazione e sull'auscultazione del corpo, poi si passa agli esami di laboratorio per confrontare i propri valori con quelli della media-normalità. Il problema per la biomedicina esista solo dopo la diagnosi, ma in realtà la sofferenza o l'esperienza in generale del paziente la precede e la succede.

Kleinman denuncia una fallacia logica.

- Affermare che la biomedicina si fonda su categorie culturali, quindi su precise interpretazioni della realtà, non significa dire che sia falsa, ma parziale.
- Viene annullato il punto di vista del paziente. Al medico interessa solo cosa non funziona: come Cartesio era ossessionato dall'osservazione per comprendere le leggi di funzionamento. Focus sul "come funziona" e non sul "cosa significa". Questa idea di scienza influenza anche gli albori dell'antropologia e della sociologia (Radcliffe-Brown).
- Questa fallacia logica per Kleinman è il principale motivo del fallimento della biomedicina. Viene considerato solo il *disease*, cioè la malattia per non-funzionamento, e non la *illness*, cioè come la vivono le persone, l'esperienza del paziente. *Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research*.
 - Limitare l'attenzione alla *disease*, cioè alla malattia come mera patologia, mina l'efficacia terapeutica. Il paziente, infatti, da sé produce interpretazioni e se il medico non le esplicita rischiano di essere disallineate alla diagnosi.
 - * Molti pazienti ben diagnosticati per problemi cardiovascolari come l'ipertensione non seguono la terapia, Blumaghen nel 1980 si chiede il perché. Pensavano che l'alterazione di pressio-

ne arteriosa fosse dovuta a stress e preoccupazioni della vita quotidiana: il cuore è percepito come la sede delle emozioni. Quindi, una volta venute meno le cause di stress credevano di essere guarite e sospendevano la terapia, ignorando il fatto che si trattasse di una patologia cronica.

- * Ognuno di noi ha bisogno di dare senso e interpretare, anche ciò che dice il medico. Se non si esplicita la prospettiva del paziente non ci sarà mai una certa e sicura alleanza terapeutica medico-paziente.

La biomedicina ha predilizione per le condizioni individuali e anatomico-fisiologiche

Psicofarmaco come manganello chimico: cosa significa la cura nel contesto penitenziario. Documentario di Agata Mazzeo "Le Officine della Memoria. Museo Ogr: Storie di lavoro, amianto e lotte per la salute".

Non solo il sanitario promuove la salute

Antropologia dei microbi. "Biocapital: the constitution of postgenomic life", Sunder Rajan. Di Annemarie Mol interessante per la struttura è "The body multiple: ontology in medical practice", ma anche "The logic of care".

I medici non sono formati per comprendere la *illness*, né sulla relazionalità. Si ritiene che un professionista debba essere distaccato: c'è il "rischio di empatia". L'infermiere invece è formato sulla *illness* (Kleinman poi la rigetterà). + I medici si occupano di *curing*, cioè della *disease*, mentre gli infermieri del *caring*, cioè della *illness*. + Al centro dovrebbe stare il significato per il paziente

Kleinman propone a questo punto un'antropologia clinicamente applicata: interviene sulla formazione medica e sul rapporto medico-paziente.

La sua scuola viene chiamata degli *EM-writers* che seguono il *meaning-centered approach*. Concetto di modello esplicativo: il problema non è la falsità delle dimensioni della biomedicina, ma limitare lo sguardo a queste. La cultura opera come strumento di selezione di alcuni aspetti, generando quindi coni d'ombra. La costruzione culturale ci porta a indagare le categorie esplicative, cioè modelli della e per la realtà. Si lavora su 5 piani.

- **Eziologia:** quali sono le interpretazioni del paziente sulla causa del problema.
- **Inizio:** perché il problema si manifesta solo ora? (causa e inizio non sempre coincidono).
- **Patofisiologia/simbologia del corpo:** “il cuore è la sede degli affetti”.
- **Prognosi:** che idea ha il paziente circa la durata del suo problema e sulla sua cura (ipertensione vista come transitoria e non cronica).
- **Trattamento:** se la terapia non corrisponde alle aspettative del paziente si cause il “*doctor shopping*”.

Questo approccio si basa sì su cosa ne pensa il paziente, ma comunque in merito a ciò che ha detto e selezionato, tramite le categorie esplicative, il medico. Finisce per replicare l’approccio biomedico centrato sull’individuo e i suoi presupposti. Il risultato è una medicalizzazione dell’antropologia.

Oggetto + Quadro teorico + Metodo

- **Oggetto:** l’oggetto della neonata antropologia medica deve essere la *illness*. Non è mai stata indagata, né dagli antropologi, che si concentravano solo sull’aspetto culturale dell’etnomedicina, né dalla biomedicina, che si occupa solo del *disease*. Non vuole decostruire le costruzioni cliniche, dal momento che funzionano. Vuole supportare la biomedicina dandole maggiore efficacia.
- **Quadro teorico:** corrisponde all’antropologia interpretativa di Clifford Geertz.
- **Metodo:** è l’analisi dei modelli esplicative, secondo i 5 punti elencati precedentemente. Il metodo è sempre come applico il quadro teorico all’oggetto prescelto.

Patients and Healers in the Context of Culture è facile da criticare, ma anche da applicare. L’obiettivo di Kleinman è creare una scienza sociale clinica. Oltre a questo c’è anche un interesse verso l’analisi comparativa dei sistemi medici.

limite della ricerca-azione? accettare le strutture per darsi alla prassi, limitandosi a cambiare al massimo qualche condizione, ma non il sistema

Lezione 4 (25/09/2024)

La biomedicina pecca di riduzionismo, riduce la malattia a mera patologia e ignora i significati che le persone attribuiscono alle proprie esperienze di sofferenza e morte, cioè la *illness* (la rottura di una gamba avrà lo stesso valore di *disease* tra me e un'atleta, ma in termini di *illness* avrà un significato radicalmente diverso). Possiamo standardizzare le malattie, ma non l'esperienza delle persone, che vanno coinvolte nella definizione del proprio concetto di malattia.

L'obiettivo è rendere più umana la medicina, si inizia a parlare di *medical humanities*.

Disease e *Illness* sono due differenti modelli esplicativi. Interessa sviluppare una scienza sociale clinica concentrata sull'esperienza del paziente. Si indaga la *illness* per non minare l'efficacia del riduzionismo biomedico (come nel caso dell'ipertensione): lo scopo è allineare i pazienti con le definizioni biomediche. Indagare la sola *illness* per non minacciare il *disease*, che va bene così: medicalizzazione dell'antropologia.

- Il problema è che nel non considerare la *disease* riproduce le dinamiche di potere; non è una posizione neutra. Far tacere la disuguaglianza tra *d* e *i* naturalizza solo il tutto.
 - Kleinman risponderà che il medico deve avere una forma di maggiore autorevolezza sul paziente.
- Kleinman elimina insieme di relazioni sociali, economiche e politiche di cui la medicina partecipa: non si tratta solo di un sistema culturale.

la specie umana è l'unica che per agire ha bisogno di costruire modelli di rappresentazione della realtà

Si può fondare anche un'antropologia medica di stampo comparativo. Questa è la seconda dimensione di Kleinman, vicina all'antropologia classica.

- Parla di HCS, *Health Care System*, cioè Sistema medico. Come ci sono i sistemi parentali ci sono i sistemi medici. Introduce l'idea di pluralismo medico: ogni contesto medico è attraversato da molte risorse terapeutiche (esempio di Taiwan con biomedicina, sciamani, medicina tradizionale, erbalisti, etc). Alcune di queste godono di riconoscimento e autorevolezza istituzionale.

- Distinguiamo in tre settori che, coesistendo, compongono qualsiasi sistema medico:
 - * Settore professionale: godono di riconoscimento istituzionale. A Taiwan biomedicina e MTC. Da noi se la giocano biomedicina allopatrica e omeopatia.
 - * Settore popolare (*folk*): non godono di riconoscimento istituzionale. La medicina tradizionale.
 - * Settore familiare (*popular*): il più importante.

Pecca di culturalismo, ignorando tutte le dinamiche sociali, economiche e storiche. Per lui “la cultura plasma la malattia tramite le categorie che utilizziamo per interpretarla”. Ha una visione molto meccanicista.

Byron Good

Contemporaneamente scrive Byron Good. Non ha formazione medica, è un antropologo *tout court*. Epigono di Turner, che per primo introduce nel forte positivismo antropologico inglese, che guardava solo le relazioni sociali, l’attenzione al piano simbolico. Marxista britannico tifoso del Manchester United. Studiando su Geertz, seguace della culturologia di Boas, e su Turner ha una forte propensione verso il piano simbolico e culturale.

- Più che guardare i modelli esplicativi, espressione individuale, guardiamo il linguaggio medico. *Il cuore del problema: la semantica della malattia in Iran*. Per la biomedicina il linguaggio è descrizione della realtà (“linguaggio pittura della realtà” del primo Wittgenstein, o comunque tradizione platonica), tuttavia, come dirà il secondo Wittgenstein, il linguaggio è il principale strumento con cui noi costruiamo la realtà. Il linguaggio è una prassi sociale: teoria dei giochi linguistici. Allo stesso modo il significato di ogni categoria medica sta nel suo uso sociale.
 - Studio di Good sul “mal di cuore” iraniano. Bisogna indagare le reti semantiche di cui in termine partecipa: in quali contesti comunicativi viene usata la categoria e in relazione a che cosa? Inizia così il vero e proprio lavoro etnografico di campo. Il maldicore si rivela quindi un idioma di disagio, una realtà linguistica legittimata socialmente per parlare di diversi problemi dell’esistenza umana (vecchiaia, cuore, sesso, gravidanza, nerv, freddo, anemia, tristezza, ansia, etc.).
 - * Il cuore è visto come il regolatore degli umori del corpo e la

malattia è percepita come un'alterazione dell'equilibrio degli umori del cuore. Il cuore viene colpito da eventi emotivi vissuti.

- * La malattia può essere un mezzo legittimato attraverso cui le persone parlano di elementi problematici della propria esistenza. “Il significato di una categoria medica è una sindrome di esperienze particolari che concorrono per i membri di una società. È un insieme di esperienze associate attraverso reti di significato e interazioni sociali”, *Il cuore del problema*.
- * C'è una grande strumentalizzazione dello stato di malato, ma se andassimo oltre? Dobbiamo guardare cosa si produce. L'esperienza di malattia ci porta a rinegoziare le nostre relazioni abitudinarie. Ragionare sulle reti semantiche ci permette di guardare oltre. In alcuni contesti il linguaggio medico è legittimato e ci permette la rinegozzazione delle nostre reti sociali.

Il linguaggio medico è un idioma socialmente accettato per rinegoziare le dimensioni della nostra esistenza. Abbiamo bisogno di uscire dal recinto metodologico della biomedicina.

È diverso da Kleinman, però entrambi guardano solo le categorie medici, Kleinman in quanto costruzioni culturali, Good in quanto idioma socialmente legittimato. Invece non si chiedono quali siano e quali i linguaggi legittimati e perchè lo siano. Permane impostazione culturalista e determinista di Kleinman: la cultura come qualcosa che hai in quanto appartenente a un determinato gruppo umano (Good dice “concorrono”).

La scuola di Harvard subirà critiche radicali fin dall'inizio.

Malattia come metafora, Susan Sontag: arriva a dire di spogliare la malattia dalle sue rappresentazioni sociali, ma è un errore, dal momento che non c'è un piano zero di realtà, non esiste una dimensione deculturalizzata, non ha senso la distinzione tra fatto e significato. Ci sta dire di cambiare rappresentazione ma non pensando di arrivare al grado zero. Definire qualcosa come fatto è espressione di precisi valori culturali

la scienza occidentale è un grande progetto culturale

Lezione 5 (26/09/2024)

Michael Taussig

Svolta postmoderna nell'etnografia: molta ricerca in Colombia, azione di contestualizzazione storica; lavoro sui rituali di guarigione degli sciamani, mette in luce come queste pratiche sono intessute di relazioni con il potere coloniale ed evidenzia l'impatto economico di mercato sulle forme locali. Si rifà all'antropologia interpretativa. Si laurea in medicina in Australia, inizia a studiare antropologia negli Stati Uniti e trova impiego nel sistema universitario.

- *Il mio museo personale della cocaina*. Così come l'oro ha attivato una serie di dinamiche, così oggi la cocaina. Uno degli ultimi scritti su cosa c'è di sacro nel colore.

- *Reification and the consciousness of the patient*. Non tollera la prospettiva di Kleinman: viene da una formazione marxista (pubblicato infatti sulla rivista *Social Science and Medicine*, perchè il marxismo era censurato negli USA allora).
 - “I saperi e le pratiche biomediche riproducono i valori dominanti del sistema capitalistico al punto che dovremmo parlare di medicina borghese”
 - Il problema principale è la reificazione, cioè considerare come cosa in sé ciò che è frutto di dinamiche sociali. Mistificazione delle relazioni, considerare come fatto oggettivo e di natura.
 - * Tazza di caffè che costa 1 euro: tutto quello che c'è dietro, dalla produzione all'3 lavoratrici è la rete di relazioni. Il valore dipende quindi dalla rete di relazioni.
 - Considerare la malattia come alterazione dello stato psicofisico, come fatto di natura individuale o come un incontro sfortunato con i fatti di natura iscritto nel malfunzionamento dell'individuo riproduce un preciso messaggio politico:
 - * Affidamento a forme di conoscenza esclusiva che sentenzieranno qual è la realtà del problema
 - * Alienazione del paziente da se stesso
 - La biomedicina riproduce le dinamiche dominanti dei sistemi capitalistici

L'esperienza di malattia proietta gli afflitti al di fuori di un ordine condiviso di esperienza e di significati. Quindi per Taussig Kleinman non sta problematizzando i piani fondamentali oltre all'efficacia della biomedicina: questa è sì un sistema culturale ma sta proiettando e riproducendo i valori dominanti dell'ordine sociale.

- Taussig sta guardando le dinamiche sociali, e collocando la biomedicina all'interno delle dinamiche di cui partecipa
- Taussig dice che antropologia deve fare analisi critica: in che modo i saperi terapeutici costruiscono la realtà sociale?
- Dice anche che le condizioni anatomo-fisiologiche non stanno solo nel corpo individuale.
 - Donna con figlia con malattia di logoramento dei tessuti: la donna fa contestazione politica (richiede il riconoscimento e ascolto, sostenendo che il deterioramento del tessuto muscolare è legato alla vita di stentate di povertà che ha dovuto condurre), il medico esclude la sua prospettiva e dopo un incidente in cui rovescia del caffè bollente su un'infermiera iniziano a sopporre il disagio mentale. Esempio perfetto di patologizzazione della contestazione politica
 - Dimensione egemonica della biomedicina.

troviamo un uomo per strada malato e chiamiamo l'ambulanza.
Dopo la dimissione quella persona tornerà per strada

In quegli anni Franco Basaglia porta avanti ragionamenti che rievocano questi: quando rappresentiamo la natura come naturale trasliamo il potere dell'uomo sulla natura (dominio tecnico) al potere dell'uomo sull'uomo. Contesto dei manicomi: tenere le persone in quei contesti produce cronicizzazione, mentre nei contesti esterni non esisti soltanto in quanto malato.

Critica a Taussig

Riproduce meccanicisticamente la prospettiva marxiana che è caratterizzata da un forte positivismo: anche le relazioni sociali sono viste in ottica positivista e oggettiva. La stessa antropologia è una lettura socialmente e culturalmente situata, tanto quanto la biomedicina. L'unica differenza è che coglie aspetti che altrimenti sarebbero rimasti marginali.

Contesto di quegli anni:

- L'antropologia si occupava molto delle strutture e del ruolo del soggetto nelle strutture: pratiche terapeutiche che performano significati culturali di cui sono informate in quanto parte di un ordine socioculturale. Pratiche terapeutiche come *performance*.

Nella critica e lettura di Evans-Prichards quello che succede tra gli Azande non è diverso dalla biomedicina: il capitalismo è solo una particolare modalità di organizzazione dell'ordine. Una differenza però c'è tra biomedicina e pratiche curative degli Azande: nel secondo caso si indagano le relazioni di cui quella persona partecipa, mentre nella biomedicina si parla di statistica o *victim blaming*, con attenzione su come funziona. Non si chiede il perchè, altrimenti si dovrebbero indagare le relazioni sociali di cui partecipa l'individuo.

- Nella biomedicina c'è una distinzione forte tra fatto e valore. La scienza si occupa dei fatti mentre il valore è instabile e non è una base scientifica
 - Taussig invece ricorda che la distinzione tra fatto e valore è problematica: che cosa intendiamo per fatto? è una selezione della realtà. Taussig recupera Foucault: il potere non agisce imponendo una visione delle cose, agisce fissando i limiti del pensabile e del dicibile, i **limiti impliciti dell'esplicito**
- Taussig ritiene che la risposta di Kleinman produca la colonizzazione della *illness* da parte della biomedicina, per farla aderire al *disease*.

Se Kleinman propone un'antropologia **nella** biomedicina, Taussig si oppone e propone un'antropologia **della** biomedicina.

- Kleinman risponde che Taussig propone una rivoluzione che accadrà chissà quanto e nel frattempo il paziente sarà morto.

Lezione 6 (2/10/2024)

Allan Young

Sopperire al riduzionismo biomedico dando rilievo ai significati di malattia dei pazienti: proposta della scuola di Harvard. Risposta di Taussig: si colonizzerà anche la *illness* medicalizzando l'antropologia. Per Taussig importante è il *disease*, cioè come la biomedicina interpreta la malattia, è una questione politica (ignorarlo depoliticizzerebbe la medicina, trasformandola in strumento di controllo sociale, nascondendo le dinamiche di potere dietro l'interpretazione

biomedica).

Allan Young, ora in pensione, lavora alla McGill University, università anglofona di Montreal. *The anthropology of illness and sickness*, Allan Young
Scrive articolo per l'*Annal Review of Anthropology* (socio-culturale, linguistica, biologica, archeologica), rivista che vuole fornire ai lettori sullo stato dell'arte di un certo argomento in quell'anno. Parla della proposta di Harvard: gli piace la divisione tra *d* e *i*, ma la preferenza per la *i* è molto parziale. Rimanendo solo sulla costruzione culturale della realtà clinica, operata da pazienti e medici, si ignora la dimensione sociale dell'antropologia medica, cioè la *sickness*.

- Fino ad ora termine utilizzato come termine neutro per “malattia”. Invece ora deve essere definito in termini teoretici, come per *d* e *i*.
 - Si rischia di ridurre *d* *i* e *s* come bio, psico e socio, ma sarebbe sbagliato.
- La *sickness* è il processo di produzione sociale di *d* e *i*. Capire come si producono categorie culturali e da dove prendono maggiore legittimità di altre oppure perché alcune sono naturalizzate, quindi egemoniche. Le stesse categorie dei pazienti sono socialmente prodotte. Processi del sapere e delle condizioni mediche: che cosa consideriamo sapere medico legittimo? Ma anche che cosa consideriamo malattia?
 - Anni fa c'era una fortissima medicalizzazione delle identità di genere, oggi meno ma la lotta continua: questione politica e sociale, non medica. Esempio della sodomia in Inghilterra considerata reato.
- Il processo di traduzione di un dolore in espressione di qualcos'altro, cioè in sintomo, è mediato da un riferimento culturale legittimato. Questa traduzione di segni in sintomi è la *sickness*.

Questo processo di traduzione è molto denso, molti esiti di traduzione si potrebbero produrre. Lo stesso segno può essere tradotto in sintomo di malattia molto diversa, in base al tuo posizionamento socio-economico.

- Lo stesso sintomo di fatica cronica per i poveri era depressione cronica, per i ricchi era fibromialgia. Per il governo britannico l'alterazione psicologica non prevede sussidio, mentre solo un'alterazione organica come la fibromialgia prevede un sostegno economico.
 - La produzione di segni e sintomi non solo è variegata, ma soprattutto radicata in posizioni di potere. Rimanendo sulla *illness* questa

dimensione si perderebbe.

- Barbara Smith, *Black lung: the social production of disease* (non citato da Young, ma da Quaranta). Causa legale in West Virginia dei minatori di carbone ai quali non viene riconosciuto un danno subito.

- * Nascono città minerarie sugli Appalachi e i lavoratori sviluppano problematiche respiratorie. I medici sono pagati dai minatori e scelti dalla compagnia proprietaria. Viene diagnosticata l'asma da fumatore, causata secondo loro da consumo da tabacco. Con l'avvento di petrolio e altre energie si migliora l'efficienza estrattiva con le macchine, che però causa licenziamenti di alcuni lavoratori. I minatori stanno sempre peggio, perché i macchinari producono più polvere. Negli anni 30 il movimento sindacale arriva a ridefinire il personale medico: pagato da compagnia e non minatori, ma scelto da sindacato. Cambia subito la diagnosi: asma non per tabacco ma per polveri sollevate nel processo produttivo. La medicina ottocentesca era tutta fondata sull'elemento eco-sociale, poi la causa della malattia è sempre stata collocata all'interno dell'organismo, alla ricerca di un singolo elemento patogeno. Si definisce quindi una malattia professionale, la silicosi, e i minatori e le vedove fanno causa alla compagnia. Le compagnie chiedono perizie mediche che stabiliscono che solo i minatori in grado di certificare la materialità del danno possono godere dei rimborsi. Allora i minatori stabiliscono uno sciopero. I medici si appellano all'eziologia specifica: abbiamo bisogno della prova materiale e organica (simile ai militari che chiedono rimborsi per esposizione all'uranio impoverito). Tutta l'industria del carbone americana si blocca e allora il tribunale dà ragione ai lavoratori.

- Bisogna indagare dei modi di produzione sociale del sapere.

A Taussig dice che anche gli antropologi, come i medici, non hanno accesso privilegiato al reale. Possiamo però comprendere come la realtà viene socialmente costruita e quindi come poi si crea la verità. Discorso molto estendibile oltre l'antropologia medica. Young sta fondando proprio una nuova antropologia.

Max Gluckman ha l'idea di creare un'etnografia processuale: le

cose non sono sempre andate così e non andranno sempre così. Non ricerca una norma che talvolta non c'è o spesso non viene seguita e si cerca di piegarla a proprio vantaggio. No visione statica della cultura ma processualità. Young si forma su Gluckman e su Foucault.

Considera Marx uno dei primi antropologi: sposta attenzione dal prodotto al processo.

Andrea Ravella, la verità prodotta è l'esito di un conflitto sociale.

Antropologia è l'analisi dei processi di produzione sociale della categorie culturali: minatori, Ilva, terremotati L'Aquila, identità. Il contesto sociale non è qualcosa di dato, ma è qualcosa che costantemente costruiamo e noi dobbiamo studiare come questo avviene. Assemblaggi che istituiscono il reale.

6 mesi è la soglia di cronicità in medicina

Kleinman e Taussig non distruggono i presupposti della biomedicina, considerano il corpo come un bel prodotto organico. La rivoluzione in antropologia avverrà pochi anni dopo l'articolo di Young con il concetto di "incorporazione".

Young scrive per 20 anni il libro sul PTSD. Young lavora sui processi di produzione sociale. C'è stato un riassetto, il concetto di trauma c'era già, alcuni dicono che Gilgamesh dopo l'uccisione di Enkidu soffre di PTSD. Importante il concetto di memoria traumatica.

- Young dice di fare attenzione a considerare la memoria come fenomeno naturale. Va problematizzata. Il trauma esisteva già come categoria diagnostica in termini fisici e somatici. Con la psicoanalisi si parla di rimozione di alcune esperienze traumatiche che le permette di avere un effetto attivo.
- Bisogna indagare sul nesso tra trauma e memoria. *Memories of the slave trade*, Shaw: in Africa Occidentale un dramma così grande e recente non viene mai commemorato come pensiamo noi, dal punto di vista istituzionale. Ma poi si accorge che in realtà viene ricorato ogni giorno, con le maschere di danzatori delle società segrete (chiamate così dai colonizzatori, non è segreta l'esistenza o l'appartenenza, ma le pratiche e i saperi che si condividono all'interno). Capisce come abbiamo rappresentato e quindi vissuto la memoria in modo diverso.

La riscoperta dell'anima, Ian Hacking: individualizzazione progressiva che ci porta a non pensare a noi stessi come un'anima, ma come un cumulo di memoria. La memoria è un potentissimo strumento culturale oggi al centro, egemone, che arriva a ridefinire l'individualità.

- Le diagnosi da PTSD avvengono tramite racconti dei pazienti allo psichiatra per scoprire i ricordi intrusivi.
- C'è forte etnocentrismo nel considerare portatrici di PTSD esperienze lontane dalla quotidianità, che è occidentale. Capisce poi che il PTSD colpisce non chi ha subito violenze, ma chi le perpetrate.
- Distrugge l'idea che il PTSD esiste da sempre, che è senza tempo e rifiuta esempi storico-letterari (Gilgamesh, Achille, etc.). Considerare il PTSD un prodotto storico non significa considerarlo non reale, dal momento che esiste nella vita delle persone. La realtà quindi è storica. Dice però che il PTSD non ha origine interpsichica, ma sociale e politica.
 - La sofferenza è reale, ma dobbiamo capire come questa viene significata e quindi come viene vissuta. Non si vuole banalizzare né la sofferenza né le memorie traumatiche. “Il lavoro dell'etnografo è stare sulla realtà, sulla sua origine e sulle sue genealogie”, dice Allen Young.

Concetto di biopolitica di Foucault rielaborato.

I clinici non ricercano elementi e sintomi, ma li co-costruiscono nella relazione con il paziente.

Si interessa di come la realtà della diagnosi viene costruita, ma si interessa anche di come una diagnosi contribuisce a costruire la realtà futura? Vedere la sentenza giuridica come una forma di diagnosi: da alcuni fatti si evince una categoria sociale per etichettare quel comportamento e di conseguenza curarlo, o curare la società. Antropologia politica si interessa di aspetti legali: John Komaroff. *Malati fuoriluogo*, dialogo tra giurista e antropologo, Quaranta.

Lezione 7 (3/10/2024)

Abbiamo visto quindi come Young si pone complementare alla risposta di Harvard. Egli invita però a guardare i processi di produzione sociale dei

saperi medici. Bisogna chiedersi cos'altro viene prodotto oltre all'auspicabile efficacia della biomedicina.

- Quando si abbassa il livello minimo di glicemia nel sangue necessario a essere definiti diabetici si trovano in modo precoce inizi di diabete di tipo 2, quello non genetico, ma vengono anche pazientizzate milioni di persone. Oltre a questo vantaggio di efficacia chi ne beneficia? Le case farmaceutiche che hanno improvvisamente milioni di nuovi clienti.
- A parità di abitudini, ad esempio fumo e alcol, in base allo status sociale si hanno dei valori radicalmente diversi: esempio dello studio nella pubblica amministrazione londinese. Differenze riprodotte sia per reddito, sia per livello di istruzione e sia per metratura della casa.

Ci propone quindi un approccio da un lato genealogico (studiare i meccanismi e le dinamiche politiche e sociali che stanno dietro l'assemblaggio del reale) e da un lato produttivo (indagare quali effetti produce una diagnosi).

Il PTSD è uno strumento occidentale per trasformare carnefici e vittime

Leggere Foucault su colonizzazione del corpo da parte della scienza

In quegli anni comunque si creano due schieramenti opposti: l'antropologia clinicamente applicata, figlia di Kleinman, e l'antropologia medica critica (CMA), portata avanti da Hans Baer e Merrill Singer (conia concetto di sindemia, rivalutato nel 2020 in opposizione alla descrizione del Covid19 come pandemia). Quest'ultima propone un approccio vicino a quello di Taussig, ripartendo dai presupposti marxisti e coniando il termine di medicina borghese. Tuttavia Young si distacca da questo approccio (risposta a Quaranta laureando: "*I let do them work*").

Robert Hahn

Nel 1984, due anni dopo Young, pubblica *Rethinking "Illness" and "Disease"*, una rassegna delle varie definizioni che gli autori precedenti danno di *disease* e *illness*. Tutti continuano a non problematizzare la visione della malattia come la biomedicina la definisce, cioè patologia, ma aggiungono solo pezzi a questa definizione. Nessuno sta, quindi, problematizzando il corpo per come viene inteso in Occidente. Stanno tutti abbracciando la visione biomedica di corpo.

Potremmo definire la sofferenza come l'oggetto dell'antropologia medica e non la *disease*, la *illness* o la *sickness*. La sofferenza e le sue varie interpretazioni e ideologie (insieme di idee).

Michael Jackson nel 1984 scrive *Knowledge of the body*.

Scheper-Huges e Lock

Viene pubblicato anche *The mindful body* di Nancy Scheper-Hughes, statunitense della University of California di Berkley, e Margaret Lock, inglese della McGill University, la stessa di Young. Grande sodalizio di ricerca. Articolo pubblicato per il primo numero del *Medical Anthropology Quarterly* nel 1987, come manifesto della rivista. Esattamente 10 anni dopo e in opposizione alla fondazione della rivista *Culture, Medicine and Psychiatry*, fondamento della proposta di Harvard.

- *Mindful* traducibile come “senziente”. Il sottotitolo è “*Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology*”, quindi esplicito intento fondativo.
 - Modestia poco presente in Scheper-Hughes.
- Dicono che l'antropologia problematizza il corpo da tanto tempo, ma senza successo. Il corpo è stato sempre visto dall'antropologia in quanto oggetto di processi di plasmazione culturale, mentre la biomedicina lo ha sempre visto come un oggetto naturale. Ora loro vogliono vedere il corpo come oggetto di processi di plasmazione culturale, ma anche come il soggetto di produzione della cultura.
 - Per Mauss il corpo è uno strumento e impariamo a usarlo tramite l'apprendimento culturale.
 - Mary Douglass riprende questo concetto cercando di capire in ottica comparativa a quali dinamiche sociali corrispondo diverse ideologie del corpo e introduce l'idea dei due corpi, il corpo individuale e il corpo sociale, cioè l'insieme di simbologie sociali con le quali organizziamo il corpo individuale. Le rappresentazioni del corpo rispecchiano l'ordine sociale, come ci ha insegnato Durkheim (al cuore delle rappresentazioni collettive risaliamo alle dinamiche dell'ordine sociale). I soggetti culturali pensano in base all'ordine sociale e le ideologie del corpo sono specchio di queste idee alla base dell'ordine sociale.
 - * Interviste in Nord America sull'idea di salute evidenziano una

tensione tra equilibrio/controllo e lassismo/piacere, mentre tra gli Azande la salute corrisponde a buone relazioni sociali. Specchio delle due società.

- * Un intervento sul corpo quindi può influire sull'ordine sociale, o comunque un mio utilizzo diverso del corpo simboleggia un'opposizione radicale all'ordine sociale
- Per Foucault quando la biologia entra nella determinazione delle azioni di governo, questa è la governamentalità e il biopotere. Anche Foucault per Schepers-Huges però, come tutti i precedenti, cade nel considerare il corpo solo come bersaglio e oggetto, ma il corpo è anche un attore, un soggetto attivo.

Considerare il corpo come soggetto attivo è il grande contributo di Schepers-Huges e Lock.

Stanno recuperando la tradizione fenomenologica di **Merleau-Ponty** e il suo lavoro sulla fenomenologia della percezione.

- Questo attacca i suoi contemporanei che credevano che la realtà fosse data, preesistesse alla nostra vita. Idea che il reale sia fuori e che la conoscenza sia un esercizio cognitivo di comprensione di questa realtà data: naturalismo e cognitivismo.
- La fenomenologia è l'idea di tornare ai fenomeni. Ogni atto conoscitivo è come noi qualificiamo simbolicamente il mondo, che non preesiste. Il mondo viene in essere a partire da come noi lo organizziamo. Questo processo di intenzionamento del mondo non è cognitivo. La percezione è il primo contatto tra soggetto e mondo; la percezione è già intenzionamento ma è anche un gesto del corpo, è una pratica incorporata.
 - Il mondo viene in essere in seguito al nostro ingresso incorporato. Dice che il corpo è della stessa stoffa del corpo. Soggetto e mondo vengono in essere simultaneamente, attraverso la percezione. Producendo il mondo procudo anche me stesso. Tutto ciò avviene in termine prelinguistici, presoggettivi.
 - * Anche il linguaggio è corporeo, noi tendiamo a vederlo come un processo solo intellettuale.
 - Sta deintellettualizzando la comprensione del mondo

Considerando il corpo come un prodotto storico-culturale ma che allo stesso tempo produce, arriviamo a ripensare tutti i suoi stati d'essere. Non tutto ciò che è disordine corporeo deve essere visto come malattia, ad esempio.

- Un classico esempio di ordine sociale incorporato è rappresentato dalle diagnosi di isteria per le donne tra Ottocento e Novecento. Il “disordinato movimento dell’utero” viene visto come malattia, ma è lo specchio dell’ordine sociale di donna casalinga utile solo alla riproduzione. Sono però donne che vivono come oppressiva la costruzione sociale del proprio ruolo attraverso l’utero. Il corpo sta reagendo a questa costruzione culturale costrittiva.

Il corpo va visto non solo come perfetto organismo. Il corpo va visto come mai è stato fino ad ora, cioè come esperienza vissuta.

Leggere articolo che passa Quaranta

Spesso ci dimentichiamo del corpo (salute = silenzio del corpo), ma quando stiamo male ci rendiamo conto di come il corpo determina il mondo che viviamo. La riflessione di Scheper-Huges non funziona solo sul piano psicologico o in casi di estrema violenza e oppressione. Le dinamiche di esclusione che seguono un’alterazione genetica non sono implicite nell’alterazione biomedica, sono frutto di come noi abbiamo plasmato il mondo e di come abbiamo organizzato la realtà sociale. Questa ennesima causa di sofferenza è storico-sociale. A volte la diagnosi di depressione viene vista come una negazione della realtà della sofferenza.

Cosa sono i tre corpi e non quali sono.

Lezione 8 (9/10/2024)

Svolta riflessiva in antropologia con *Writing cultures* nel 1986. Si mettono in discussione i presupposti culturali della disciplina. In questo contesto si iscrive *The mindful body*.

- Scheper-Huges e Lock ci parlano della malattia non come patologia, ma come esperienza incorporata. Collocano il lavoro della cultura sul piano dei processi di incorporazione. Deintellettualizzano il concetto di cultura: questa è prima di tutto una questione incorporata.
- Questo discorso è spaesante e per non perderci necessitiamo di un preciso metodo. Propongono tre livelli dell’analisi. I tre corpi non sono altro che tre approcci teorici diversi, tre diverse modalità di interrogare lo

stesso corpo; non sono tre diversi piani di realtà. Questi tre approcci devono dialogare tra loro, altrimenti non funzionano.

- **Corpo individuale:** l'obiettivo di questo approccio è indagare l'esperienza vissuta della persona. Approccio di carattere fenomenologico. Risponde a domande apparentemente banali: cosa va a minare, cosa modifica nella tua quotidianità, etc. Attraverso quali processi di plasmazione culturale arrivi a vivere te stesso in un certo modo? Si chiama in causa il corpo sociale. Rapporto costitutivo tra esperienza e plasmazione culturale. Il corpo individuale è rivoluzionario, non quello sociale, già considerato.
- **Corpo sociale:** Attraverso quali processi di plasmazione culturale arrivi a vivere te stesso in un certo modo? Si chiama in causa il corpo sociale. Rapporto costitutivo tra esperienza e plasmazione culturale. Il corpo individuale è rivoluzionario, non quello sociale, già considerato. Solco della tradizionale antropologia culturale.
- **Corpo politico:** ci aiuta a cogliere gli elementi di frizione presenti nel rapporto tra esperienza e formazione. Processi costitutivi sono anche costrittivi. L'approccio politico ci aiuta a cogliere gli aspetti costrittivi dei processi di costruzione. Si guarda a Michel Foucault.

Esempio di Ong, *Spirit possession and capitalist discipline*, scritto in contemporanea e in dialogo con l'articolo di Scheper-Hughes. Lo spirito che possiede non è altro che un'esperienza incorporata (possessione delle operaie malesiane).

L'approccio è chiamato critico-interpretativo. I significati culturali non soltanto codici di costruzione simbolica, ma sono anche codici disciplinari. Il corpo vissuto è dove si crea l'egemonia, cioè dove il culturale viene naturalizzato. Il corpo è anche il sito della lotta, della resistenza al potere. Si può parlare di esperienza incorporata. Il corpo è il mezzo per cogliere quando i processi di costituzione della persona diventano costrittivi.

Agendo diversamente entifichiamo l'esperienza di sofferenza racchiudendola tutta nel nostro corpo. L'esito successivo è la patologizzazione che precede un intervento sull'individuo per riportarlo all'ordine sociale.

Esempio dell'ADHD in Italia, quando i genitori lottavano per la medicalizzazione dei figli.

Non hanno intenzione di squalificare la biomedicina, ma il problema è l'uso

sociale che se ne fa quando il corpo si manifesta all'esperienza in maniera disordinata. Nella dimensione corporea dell'esperienza siamo abituati a prestare attenzione solo al dato biochimico, mentre ignoriamo l'aspetto espressivo e simbolico.

Scheper-Huges scrive anche *Saints, Scholars, and Schizophrenics*, che farà arrabbiare molto la comunità rurale irlandese presso la quale conduce la ricerca per aver messo in luce la violenza della vita quotidiana, cioè la dimensione costrittiva dei rapporti costitutivi (dove c'è legittimità naturale c'è violenza nascosta). Lei ha una visione molto militante dell'antropologia: è la disciplina salvatrice dalla violenza quotidiana.

Nel 1992 scrive *Death without Weeping*. Mal ricevuto in Brasile, appena uscito dalla dittatura e gli accademici nord-americani erano visti molto malamente, quasi colonialisti. Studia l'affetto materno e capisce che non è istintivo, ma collegato alle condizioni materiali di esistenza: ce l'hai solo se puoi permettertelo (studia donne che in condizioni estreme lasciano morire i figli senza speranza). Poi effettua anche ricerca sui tagliatori di canna da zucchero nel nord-est brasiliano.

Margaret Lock scrive *Encounters with aging*. Diversa da Scheper-Huges, che è sempre eccessiva, con una visione sempre militante dell'antropologia. Lock è posata, britannica, chiara. Studia come si concepisce culturalmente la menopausa tra il Nord America e il Giappone. In USA arrivano vampate, osteoporosi, depressioni, etc. In Giappone invece non ci sono questi sintomi e si entra in una nuova fase della vita indipendentemente dalle mestruazioni. Sono processi di costruzione della corporeità, quindi biochimicamente i fenomeni avvengono comunque, ma non sono marcati e vissuti come rilevanti. Lei non sta biologizzando le differenze culturali, ma sta facendo notare come le differenze culturali influenzano l'esperienza dei fenomeni biologici.

- Sta nascendo anche la epigenetica, non quali geni erediti ma quali esprimi. In base alle condizioni materiali durante la gravidanza incidono su come si esprimeranno i geni.

Lock scrive anche *Twice Dead*, sul trapianto di organi. Sottolinea la natura sociale della morte. Il confine tra vita e morte non è naturale. Ha a cuore il concetto di biologie locali. Analizza come le biotecnologie ridefiniscano il confine tra vita e morte e producano nuove esperienze sociali (non si guarda più al battito del cuore ma al funzionamento del cervello per decretare la

morte). Nota che in Giappone ci si rifiuta per molto tempo di affidarsi alla respirazione assistita: perché persona e corpo sono concepiti in modo diverso. Noi intendiamo la persona collegata all'attività intellettuale, il corpo è solo mera materia, un organismo biologico. In Giappone invece il corpo è persona, è il terreno delle relazioni. Anche le tecniche simboliche sono tecniche che incidono sui confini tra vita e morte. Le tecniche di intervento possono essere anche materiali, ma sono sempre simboliche.

Peace Corps, simili al servizio civile internazionale.

provare a riprodurre le proposte degli autori quando si legge

Lezione 9 (10/10/2024)

La cultura non solo è radicata nelle pratiche, che sono incorporate. La cultura non è solo qualcosa che abbiamo, ma qualcosa che facciamo. Si tratta di un'antropologia dal corpo che non prescindere da un'antropologia del corpo. Non guardano al corpo in sé come soggetto attivo dell'esperienza, ma come attivo a partire dai processi della sua plasmazione. L'aspetto rivoluzionario è guardare all'esperienza come momento generativo del significato. Stanno pensando in modo incorporato all'*agency*. Tuttavia sono molto schiacciate sulla dimensione del potere. Deintellettualizzano la produzione di significati e il concetto di cultura, ma ci dicono anche che noi continuamente negoziamo e contrastiamo i processi di plasmazione. Per questo motivo si possono manifestare forme di resistenza incorporata.

- Parlare di resistenza è problematico. Il termine indica una delle possibili forme di negoziazione che non sono necessariamente tutte forme di resistenza. Le due autrici hanno quasi una visione romantica di tutto ciò. Rimangono dinamiche economico-politiche, ma non sempre si tratta di resistenza, forse di critica incarnata.
 - Arrivano quindi a dei paradossi. Dicotomia tra egemonia e resistenza, troppo semplicistica. A volte sono le stesse persone a lottare per farsi riconoscere uno stato medicalizzato. Per questo le autrici introducono la psicopedagogia del paziente e il concetto di falsa coscienza del paziente: atteggiamento sballato, neocoloniale e paternalistico. Infatti spesso chi lotta per la medicalizzazione lo fa contro le istituzioni. I pazienti nel farsi riconoscere un'ezio-

logia organica si stanno appropriando di un sapere. Il problema dell'adesione al discorso biomedico non è il discorso in sé, ma l'uso sociale che se ne fa. La stessa critica fu mossa a Foucault: troppo concentrato sul discorso e non sull'uso che gli attori sociali ne fanno. *The romance of resistance*, Abu Lughod. Dire che le malnutrizioni degli tagliatori di canna da zucchero sono resistenze è sbagliato, piuttosto sono l'iscrizione nel corpo del sistema sociale.

- Pensare che le persone siano vittime di falsa coscienza è pericoloso.

Inizialmente si pensava che la grande innovazione di *The mindful body* fosse il corpo politico, cioè l'introduzione di Foucault nel discorso antropologico medico. Questo è vero in USA, dove Foucault è arrivato tardi.

Volenti o nolenti l'esperienza di malattia o la crisi del corpo produce un diverso rapporto con il mondo. In passato questo è stato sempre strumentalizzato dalla psicologia per il concetto di "somatizzazione". Tuttavia c'è anche una dimensione espressiva e non strumentale. Il corpo manifesta sofferenza come effetto meccanico di un'oppressione sociale: dimensione strumentale. Tuttavia ci dicono che l'esperienza è sempre elaborata culturalmente e sempre produce un nuovo posizionamento nel mondo. Se il corpo manifesta il mondo è ovvio che una crisi del corpo generi una crisi del mondo. "Si creano dei fori nelle egemonie", il posizionamento nuovo dovuto alla crisi del corpo ci fa vedere come artificiose quelle cose che avevamo visto come naturali: ecco che rientra il politico.

La lezione che ci consegnano rimane tuttavia importantissima. L'esperienza di malattia non solo è una pratica culturale (produce un nuovo rapporto con il mondo), cioè il corpo diventa il terreno esistenziale della significazione (il corpo altera i processi di significazione) con cui si rinegoziano i rapporti con il mondo. Tuttavia la malattia per loro è un'arma dei deboli (*Weapons of the weak*, James C. Scott), propria di chi non può negoziare i termini della propria esistenza.

Di conseguenza dovrei agire sulle condizioni di esistenza e non sull'individuo per "curare". Di che corpo la società ha bisogno è la domanda della biomedicina, mentre Scheper-Hughes dice che la domanda dovrebbe essere "di che società il corpo ha bisogno?".

- In questi anni lei scopre gli scritti di Basaglia e li traduce in inglese.

- Il bersaglio più facile dopo tutto questo è Kleinman che dice che il modello esplicativo del paziente deve accostarsi a quello del medico per migliorare l'efficienza terapeutica.
 - Tuttavia l'antropologia critico-interpretativa può essere **applicata clinicamente**.
 - * Combattere l'ipermedicalizzazione, demedicalizzando i disordini corporei legati al rapporto disagio con il sociale.
 - * Politicizzare i luoghi di cura, caratterizzati da un fortissimo riduzionismo biomedico che esclude la coscienza del paziente causando alienazione (vedi Taussig). Cioè ricapacitare i pazienti attraverso l'esperienza di cura.
 - * Promuovere il pluralismo terapeutico. Togliere la biomedicina dal trono della legittimità istituzionale.

Anonima review chiede se fossero cattoliche perché il numero tre ritorna sempre, Nancy lo è, Margaret no.

Non stanno ancora parlando esplicitamente di incorporazione, ma dopo poco diventerà la nuova cornice paradigmatica. Nel 1990 tutto converge in *Embodiment as a Paradigm for Anthropology* di Thomas J. Csordas.

Diffusione degli immunosoppressori che aumentano l'efficacia biomedica di un trapianto (no rigetto e più possibili donatori) ma che rendono possibili donatori molte persone, quindi aprendo le porte al traffico o agli espianti di organi dalle prigioni cinesi e braisliane, soprattutto degli organi doppi.

Kleinman non darà mai spazio di dialogo a Taussig, però legge e apprezza Young e cavalca bene le critiche che riceve, reinterpretandole.

Postcolonial disorders DelVecchio, Good, etc.

Coinvolgere altri approcci non biomedici ha senso nella misura in cui si mette al centro il punto di vista del paziente. Qualora questo trovasse importante un'altra pratica la si integrerebbe. Non avrebbe altrimenti senso istituzionalizzare per tutti il malocchio ad esempio.

Lezione 10 (11/10/2024)

Thomas J. Csordas

Embodiment as a Paradigm for Anthropology, Thomas J. Csordas. L'**incorporazione** nel processo di formazione della cultura è l'intermediario tra società e simboli. Doppio focus di Csordas rispetto Scheper-Hughes; lui ignora il corpo politico, emerge da sé. Gli interessa l'esperienza vissuta. Con Geertz concepiamo la cultura come un testo e quindi indaghiamo le rappresentazioni culturali, cioè le pratiche con cui simbolicamente costruiamo la realtà. Lui riconosce la parzialità di questo lavoro, mancando un partner dialogico a questo approccio semiotico. Questo partner dialogico è l'incorporazione.

- Esempio del movimento carismatico in USA: fondato sullo Spirito Santo, ogni male dell'uomo è manifestazione di Satana. Lui potrebbe analizzare semplicemente la demonologia carismatica, come farebbe l'antropologia classica, individuando una rappresentazione antitetica del Sé ideale. Queste rappresentazioni sono delle oggettivazioni culturali, il terreno dell'antropologia classica. Sono però rappresentazioni dell'esperienza vissuta, che è prelinguistica, preoggettiva, ma non preculturale. La stessa esperienza vissuta per loro è la manifestazione di un demone, per i medici sarà una patologia; cambia l'oggettivazione culturale. Nessuno ha ancora indagato questa esperienza vissuta.
 - L'esperienza vissuta non è preculturale, forse precognitiva. Non bisogna partire dai modelli linguistico-culturali, ma dalle emozioni, dalle sensazioni (Merleau-Ponty). L'esperienza vissuta è culturalmente informata, però è attraverso l'esperienza vissuta che si plasma un certo sé. È l'esperienza vissuta il campo generativo, il contesto non è generativo, ma vivere il contesto genera il sé.
 - Esempio di Martin che sente mille voci e non riesce a distinguere il sé, per i guaritori carismatici è posseduto, per gli psichiatri è schizofrenico. Scopre che l'unico momento di quiete è quando nuota: percepire costantemente il confine del proprio corpo è l'oggettivazione culturale del proprio sé. Prima dei discorsi biomedico e del paziente non c'è l'universale come dice Kleinman, ma c'è l'esperienza vissuta. Quindi il corpo individuale è l'esperienza vissuta che necessita di oggettivazioni culturali per dialogare, cioè

il corpo sociale. Queste sono ben radicate in ciò che Bourdieu chiama *habitus*

Bisogna guardare al linguaggio come a un'esperienza incorporata. La comprensione dell'altro avviene perché nel linguaggio viene evocata l'esperienza, non rappresentata e poi decodificata semioticamente. Il linguaggio non è solo oggettivazione linguistica dell'esperienza vissuta, ma anche evocazione, e la comprensione etnografica si fonda su questo che lui chiama **riflessività**. I significati in etnografia si co-costruiscono, per questo può essere trasformativa; non si genera solo conoscenza tramite la comprensione dell'altro, ma si genera capitale d'azione, questa è ricerca-azione. Diventa quindi la produzione di significato il centro della produzione del sé e del mondo. Il mondo si genera nella produzione incorporata del significato.

- L'autoriflessività per i geertziani è uno strumento di allenamento di riflessione critica del proprio lavoro a posteriori.
- Per Csordas non è nemmeno il corpo il terreno di produzione del significato, quanto piuttosto le relazioni intercorporee.

Per Pizza Csordas ha un approccio esclusivamente filosofico, per Quaranta invece ha un grande potenziale etnografico. L'obiettivo è produrre capitale d'azione. La ricerca di Quaranta sulla correlazione tra malattie e disuguaglianze sociali a Bologna non ha come obiettivo dimostrare questa correlazione, lo sanno tutti che è vero, è creare visibilità pubblica, coinvolgere varie figure e vari enti obbligandoli poi a non ignorare la questione. Non sta producendo conoscenza, ma capitale d'azione.

Incorporazione è mettere sempre al centro il valore che il corpo ha in una certa situazione, non studiare i movimenti del corpo o altro.

Martin ha un'esperienza incorporata individuale, dove non ha spazio di autonomia. Però vive in un contesto, in un *habitus* fondato sull'esperienza individuale, sul controllo di sé. Questa dissonanza provoca sofferenza e non gli permette di adattarsi. Nuotando per la prima volta può sperimentare la sensazione di determinazione individuale.

Tramite il corpo possiamo ripensare l'efficacia terapeutica nei termini di una nuova realtà fenomenologica. Se il mondo plasma il corpo e il corpo influisce su come esperiamo il mondo, un cambiamento operato da terapie sul corpo

provoca cambiamenti sul mondo. *Body/Meaning/Healing* di Csordas spiega come i termini siano un continuo: la guarigione dipende dal significato, che è prodotto dal corpo. Bisogna creare quindi le condizioni perché le persone partecipino della produzione di significato rappresentata dalla cura.

Esistono pazienti inguaribili, ma non pazienti incurabili. Si possono aiutare a creare significati per i quali vale la pena vivere il tempo che rimane. Non è questione di accettare una malattia, ma di qualificarla.

Incorporazione è un concetto assimilato anche nella riflessione storiografica.

Il discorso biomedico è solo un'oggettivazione culturale come un'altra. Tutti i sistemi di oggettivazione culturale sono monchi. Anche l'antropologia lo è, anche la fenomenologia di Csordas.

Bisogna valutare la disponibilità o predisposizione del paziente ad accogliere un certo sistema di oggettivazione. Nessuno di per sé curerà deterministicamente la malattia, ma ne parteciperà sicuramente alla guarigione.

L'*agency*, la capacità d'azione è sempre relazionale.

Lezione 11 (16/10/2024)

Paradigma dell'incorporazione dagli anni Novanta fino al primo decennio del Duemila. Csordas dice che è un paradigma utile a “studiare la cultura e il sé”. Vuole aggiungere all'approccio semiotico-testuale quello dell'analisi dell'esperienza vissuta (la Presenza di De Martino). La cultura viene vissuta immediatamente nell'esperienza quotidiana, ma poi c'è anche il secondo piano, quello dell'oggettivazione culturale dell'esperienza vissuta. Il corpo è il terreno generativo ed esistenziale del sé e della cultura (forse basta dire della cultura, poiché il sé emerge dalle pratiche incorporate: produciamo il sé). Anziché cercare di comprendere un certo comportamento o una certa pratica, cerco di capire come quella pratica si pone produttrice di determinati significati.

Con Csordas si impone il corpo individuale e non quello politico, evidenziato invece da Schepers-Hughes. Da Merleau-Ponty eredita l'idea che la percezione parte dal corpo per arrivare al mondo: guardare ai sensi come pratiche incor-

porate di percezione del mondo. La percezione è un processo indeterminato: non siamo deterministicamente schiacciati su un mondo socio-culturale. Il corpo, come disse Pierre Bourdieu, è socialmente informato.

- **Bourdieu** prende da Mauss il concetto di *habitus*. Il corpo si abitua ad essere utilizzato secondo certi valori e comportamenti. L'*habitus* è sia il mondo nel corpo, ma anche però la proiezione del corpo nel mondo: una struttura strutturata e strutturante. L'*habitus* spiega come le persone si comportano in maniera ragionevole senza ragionare: è un sapere o un comportamento incorporato. Dice che il concetto di società è inservibile, è troppo ampio e frammentario. Si deve piuttosto parlare di “campo”, un insieme di campi sociali. Per ogni campo sociale siamo in grado di cambiare comportamenti ragionevoli senza ragionare. Produciamo significati a partire dalle condizioni del nostro apprendimento di quei comportamenti.

– Un meccanicismo non piace a Csordas: produciamo pratiche in virtù delle condizioni del nostro apprendimento. Sembra che il soggetto culturale sia atteso alle condizioni del suo apprendimento, che abbia degli imperativi culturali. Csordas invece vede come la percezione parte dal corpo ma rimane un processo aperto e indeterminato, in cui si realizzano diverse trasformazioni. Si sta interessando delle trasformazioni fenomenologiche che avvengono nei contesti di guarigione. Quando una pratica culturale si rivolge al corpo sta intaccando i processi da cui discendono il mondo e il sé; la relazione intercorporea non si ferma al contatto, ma significa molto altro.

* Non fa solo esempi di guarigione tra i carismatici, ma si occupa anche di cosa c'è in ballo nelle relazioni di cura. Queste hanno sempre una relazione intercorporea. Nella relazione tra medico e paziente c'è sempre una co-costruzione del significato del corpo e quindi del mondo. Questo avviene in modo silente, poiché si condividono alcuni principi culturali; tuttavia non sempre la co-costruzione è silente. Questi processi di co-costruzione sono sempre trasformativi. Il problema è che abbiamo osservato solo il trattamento, la terapia, ma abbiamo ignorato i rapporti incorporati. Così come l'etnografo comprende buona parte di quello che osserva in termini incorporati (riflessività), così anche il medico. Emerge sempre dopo un rapporto un diverso

modo di esserci nel mondo. La guarigione non è determinata solo dal principio farmacologico, ma dalla capacità di creare una nuova realtà fenomenologica. Il creatore di questa realtà è il paziente: se ignoriamo la centralità della produzione di significato del paziente miniamo anche l'efficacia terapeutica.

Come possiamo accedere all'esperienza vissuta dell'altro? L'empatia è proprio la co-costruzione di significati, non è una caratteristica individuale, ma una pratica relazionale (con empatia definiamo l'oggettivazione culturale di queste pratiche).

- Sto male, inizialmente sembra un'influenza, ma permane. A tutti gli esami risulti negativo, il medico dice che non ho niente. Non riesco ad andare a lavoro ma non ho un certificato, non riesco a fare nulla. Crisi del corpo totale. Si produce un nuovo rapporto con il mondo. Crisi dovuta alla mancata oggettivazione della propria sofferenza. C'è mancanza di senso. Esempio di fatica cronica. Abbiamo sedimentato (*habitus*) che ciò che è reale è materiale e quindi quando manca materialità alla nostra sofferenza si crea una crisi.

Sta parlando delle radici corporee della significazione. Quindi tutto ciò che avviene a livello incorporato ha a che fare con la significazione.

Torniamo sulla riflettività. Questo principio risolve molti problemi precedenti: come posso io appartenente al mondo culturale A a comprendere qualcuno del mondo culturale B? Non siamo portatori di pacchetti di significati stagni. I significati si creano nel corpo e in modo continuo. Dunque siamo sempre parte della realtà che indaghiamo: parlerò di quello che è emerso nella relazione con qualcuno. Il risultato è figlio sia del suo posizionamento sia del mio. Quei precisi significati non sarebbero emersi senza la mia presenza. Si tratta sempre di co-costruzione corporea. L'etnografia diventa quindi una pratica culturale; una co-costruzione del significato caratterizzata da un estremo livello di auto-consapevolezza. Geertz ci racconta di come estrapolare i testi e poi di come analizzarli etc, ma non ci parla di come li ha co-prodotti.

- Come passo dall'osservazione partecipata alla comprensione dell'esperienza vissuta dell'altro? non è che io sto comprendendo l'altro, ma sto producendo attivamente il significato. Anche quando comprendo un testo sto facendo un gesto attivo. Con l'etnografia abbiamo accesso a una relazione attiva. Se non produco significati con l'altro la sua esperienza

vissuta rimarrà sempre molto lontana da me e della mia comprensione. Non posso accedere alle disposizioni interiorizzate dell'*habitus*, ma posso accedere alle pratiche che questo produce.

Embodied ethnography. Doing culture, Aaron Turner. Nasce l'idea di **fare cultura**. Esempio di essere un pezzo costitutivo della realtà indagata.

Non tutte le pratiche di incorporazione sono silenziose, ma alcune sono riflessive. L'autolesionismo è evidente, ma non è l'unico esempio possibile: anche quando voglio imparare una nuova postura per esempio. La danza e il teatro sono esempi perfetti. La gestione del corpo da parte di un attore è frutto di un processo di incorporazione riflessiva. Vedere per approfondimento **Nick Crossley**.

chiedersi sempre come si applica un pensiero o un paradigma
Sistema sanitario italiano copiato da quello britannico: ognuno dà ciò che ha per dare a chi ha di meno. Diritto al significato dell'altro: non devo insegnare come comportarsi, anche nel lavoro con altre figure professionali, ma devo dire cose che per loro hanno un significato. il senso più importante in Africa è quello dell'equilibrio, insegnato fin dall'infanzia. Ha un valore morale. rischio di autoreferenzialità della disciplina: ci creiamo noi l'oggetto di studio. Senza la disciplina non esisterebbe l'oggetto?

Lezione 12 (17/10/2024)

Ricezione dell'incorporazione

Alcune relazioni ereditate dalla storia triangolare schiavista atlantica le viviamo ancora nell'esperienza incorporata. Per la prima volta si crea un terreno metodologico che rende l'analisi indipendente dalle categorie e quindi dalle conoscenze biomediche.

- La scuola di Harvard recepisce questo nuovo paradigma. Kleinman non si è sottratto alle critiche di Young e nel 1986 pubblica *Social Origins of Distress and Disease*, scritto più per inseguire i dibattiti che per altro, il volume meno riuscito di Kleinman, che però testimonia come Kleinman si sia sempre messo in discussione con i nuovi paradigmi. Dagli anni Novanta con la moglie Joan scrive articoli in cui cambia completamente

direzione. Da qui nascerà *Writing at the Margin*: fa riferimento ai margini tra antropologia e medicina.

- Le narrazioni hanno sostituito i modelli esplicativi nella riflessione di Kleinman. In Cina c'è grande stigma intorno ai disturbi psicologici, quindi quello che noi chiameremmo depressione lo definisce nevristenia, quindi un problema fisico-neurologico.
- Ci parla di corpo come luogo in cui mondo e soggetto vengono in essere simultaneamente.
- Anche Byron Good propone una nuova lettura alla luce dell'incorporazione: *Medicine, Rationality and Experience*. Dice che vuole elaborare una teoria sull'esperienza vissuta di sofferenza. Il concetto di malattia sembra già un processo di oggettivazione, mentre quello di sofferenza sembra dare più margine.
 - Come gli esseri umani fanno la malattia? Questa è la domanda fondante. All'inizio la scuola di Harvard diceva che gli esseri umani fanno la malattia tramite le categorie culturali di cui partecipano; Young diceva che la fanno attraverso le dinamiche di legittimazione sociale di cosa conta per medicina e per malattia; Scheper-Hughes e Lock dicono che la fanno attraverso i loro corpi.
 - Kleinman e Good condividono un approccio fondamentalmente narrativo. Va bene definire la biomedicina come creatrice di categorie oggettivizzanti e naturalizzanti, ma anche un approccio antropologico che vede in un tumore l'espressione incorporata delle relazioni di potere etc fa la stessa cosa. Bisogna quindi partire dal vissuto locale individuale. Dobbiamo partire da cosa c'è in ballo nel vissuto della specifica persona. Non puoi neanche presupporre in base alla sua origine etc. Bisogna capire quali relazioni emergono come rilevanti e pertinenti per la persona e in relazione alla sua esperienza vissuta.
 - * Kleinman sviluppa i campi sociali di Bourdieu intendendoli come campi di valori che possono essere locali o globali. Se parti dall'esperienza vissuta capisci quale mondo emerge come rilevante e pertinente. Il modo per accedere all'esperienza vissuta è tramite le narrazioni e non più tramite i modelli esplicativi. La narrazione rende protagonista l'interlocutore permettendogli di costruire la propria esperienza e di ordinarla.

Lezione 13 (18/10/2024)

Approcci narrativi

Mondo morale locale di Kleinman è fondamentale come strumento. Permette di de-essenzializzare partendo dal vissuto. Adottando la fenomenologia cultural di Csordas si arriva a parlare di mondo vissuto. Da qui Good ci propone che il corpo sofferente diventa un agente disordinato di esperienza. Se il mondo esiste rispetto a un corpo e viceversa, la crisi del corpo comporta la “dissoluzione del mondo vissuto”, cioè di quella realtà che viviamo come naturale (naturalizzata tramite l’esperienza incorporata). Il mondo viene sì denaturalizzato, ma anche dissolto.

- *The body in pain*, Elaine Scarry. Una critica letteraria che si occupa della tortura. Questa non ha come obiettivo estrarre un’informazione, poiché il dolore inflitto distrugge il linguaggio. L’obiettivo della tortura è distruggere il mondo vissuto, togliere ogni appiglio e far perdere l’esistenza nell’abisso. Distrugge il linguaggio perché intacca le radici corporee della significazione.
 - Good riprende questa idea per applicarla sul dolore cronico che mina la nostra capacità di vederci come soggetti naturalizzati del mondo. Con un approccio narrativo però possiamo comprendere che cosa significa l’esperienza di sofferenza, quale mondo è venuto meno. La narrazione è, tuttavia, anche utile per iniziare una ricostruzione del mondo, ritornando soggetti attivi. Le narrazioni sono il modo con cui noi entriamo consapevolmente in un processo di coostruzione soggettiva di significato, cioè la cultura.
 - A volte le persone fanno fatica a creare narrazioni. La narrazione non è un racconto dell’esperienza è un processo di costruzione di significato dell’esperienza. L’obiettivo non è recuperare l’autenticità del vissuto, ma creare le condizioni utili al promuovere l’*agency* (agentività).

Guarigione non significa quindi solo tornare a uno stato precedente, ma acquistare un nuovo modo di esserci

La dissoluzione del mondo è quando viviamo in modo non più scontato e naturale quello che prima lo era. È un processo di denaturalizzazione. Non stiamo considerando inferiore il mondo altro creato dall’esperienza del malato

per proporre uno “giusto e corretto”. La crisi è quel momento in cui il velo di naturalità viene squarciato. La crisi suprema è la dissoluzione del significato, per De Martino come per Good. + Drew Leder, *The absent body*: il corpo in uno stato di dis-agio è rivoluzionario, perché non sopporta più la presenza.

La media trasformato in norma produce la devianza

Per Kleinman questo nuovo paradigma deve rimanere sempre centrato sull'applicazione clinica dell'antropologia.

- Levi-Strauss distingueva in efficacia simbolica e tecnica. L'approccio narrativo ci permette di cogliere quella simbolica. Cheryl Mattingly in *Healing dramas and clinical plots* e in *The narrative construction of illness and healing*. Un possibile mondo emerge perché lo stanno producendo delle persone.
- Sally Gadow lavora sulle scelte di fine vita. Si interroga su come i medici “promuovono il miglior interesse dei pazienti” nella relazione di cura. Per farlo bisogna produrre il suo diritto al significato, cioè attraverso un approccio narrativo. Inizia quindi ad affiancare i medici per promuovere strategie che maturino la partecipazione dei pazienti dell'indagare la natura del loro problema. Crea le condizioni perché creino significato. Alcuni medici non aderiranno mai, con la scusa del poco tempo (in realtà risparmierebbero tempo, creando anche una relazione di ferro con il paziente), altri con la scusa e paura del *burnout* e della perdita di professionalità (in realtà il *burnout* avviene quando ci si apre alla sofferenza dell'altro e non si riesce a dargli un valore, ma si continua a considerarlo solo una malattia: ci si rende conto della violenta della propria oggettivazione; invece se si riesce a dare un valore e un significato, anche in casi di inguaribilità, i medici, i pazienti e i familiari si rivelano tutti contenti). Sta creando le condizioni perché le persone parlino a voce alta di se stessi, diventando capaci di effettuare una scelta. Pazienti e medici si rivelano più soddisfatti: promuovere il migliore interesse del paziente significa promuovere il migliore interesse del medico.
- F. Norwood lavora sull'eutanasia in Olanda, pratica illegalmente prima della sua legalizzazione. Lo scegliere le condizioni della propria morte è un modo per ricondurre alle proprie decisioni la vita appena sconvolta da una diagnosi infausta. Producendo un significato si riducono in realtà le richieste di eutanasia. Prima la morte era solo distruzione, ora

ha un nuovo significato e pochi si privano del diritto di viverla insieme. La morte non ha significato in sé. In questo caso, dove l'esito è sempre la morte, c'è un margine di efficacia che riguarda il processo di come stai vivendo la morte. Questo è quello che fa veramente la differenza: come vivi le cose.

- Noi normalmente l'efficacia terapeutica la valutiamo in base all'esito, invece qui ci chiediamo cosa viene prodotto al di là dell'esito. Se al di là dell'esito si produce un significato che dà valore e senso alla morte o alla cronicità, c'è un margine di efficacia: questa dipende dalla capacità di produrre significati.

Norbert Elias, *La solitudine del morente*

Il riduzionismo biomedico è sicuramente capace di produrre cambiamenti (vedi alcune condizioni di estremo dolore fisico, insopportabili senza antidolorifici, che arriverebbero anche a impossibilitare totalmente una ricerca di significato), ma spesso non basta solo questo. Dipende comunque dai casi.

Il diritto al significato è entrare con consapevolezza metodologica nelle relazioni di vita, non compilare un'etnografia sulla vita di ogni paziente. Fa effettivamente risparmiare tempo in un contesto emergenziale come nei pronto soccorso, dove il tempo è tutto.

Lezione 14 (23/10/2024)

La scuola di Harvard si presta molto all'approccio narrativo. Contemporaneamente l'antropologia in questi anni guarda molto più alla critica letteraria, rispetto alla stagione precedente che ha visto un grande dialogo tra antropologia e filosofia. Ritorna per Harvard l'interesse forte verso la dimensione applicativa e quindi clinica della disciplina antropologica.

- Vedono le narrazioni come il modo migliore per comprendere le esperienze vissute. Metodo per comprendere le dissoluzioni che l'individuo sta vivendo.
- Le narrazioni però per Good e Kleinman sono anche un'occasione per il paziente di riguadagnare una posizione di agentività sulla creazione di significati.

Ritorna a proposito il tema dell'efficacia terapeutica. Csordas e Kleinman pubblicano *Il processo terapeutico*. Al cuore del concetto di efficacia terapeutica c'è sempre la capacità delle persone di produrre significati, qualificando le esperienze vissute. + A trasformare l'esperienza però non è mai la comunicazione dell'informazione, ma la produzione del significato. Emergono come agenti dell'efficacia i pazienti, non i medici. La comunicazione dell'informazione è fondamentale, ma non trasforma l'esperienza: bisogna concentrarci sul diritto al significato, cioè promuovere la produzione attiva da parte delle persone dei significati delle proprie esperienze. + Non si cade nel paternalismo. Se questi significati sono prodotti dalle persone stesse non riorientano il loro vissuto. + Molto innovativo. A lungo l'antropologia sull'efficacia terapeutica è rimasta all'ombra di Levi-Straus. In *Antropologia strutturale* del 1958, in particolare nei saggi *Lo stregone e la sua magia* e *L'efficacia simbolica* si concentra sulla triade di guaritore, malato e gruppo. Il malato rappresenta solo l'occasione in cui il terapeuta viene chiamato a formulare un linguaggio capace di riaffermare l'universo simbolico del gruppo. Il guaritore avrebbe, quindi, un ruolo fondamentale: interpretando il problema dell'afflitto riafferma i valori su cui si fonda il sistema simbolico del gruppo. Riprende il ragionamento di Cannon in *Voodoo death* sull'effetto nocebo, contrario di quello placebo, in particolare sulla morte per stregoneria ("l'integrità fisica non resiste alla sua morte sociale"). Il medico esprime i valori del gruppo che altro non sono che emanazione delle regole che fondano l'inconscio strutturale. Quando si riconduce il mondo del singolo a quello della comunità si generano trasformazioni psicofisiche. + Nel nostro contesto la psicanalisi agisce molto similmente. La psicanalisi cerca di ricostruire il mito individuale tramite lo stesso meccanismo. In questo ragionamento il paziente è escluso, agisce solo il terapeuta e in modo secondario il gruppo. + Queste riflessioni, mai verificate etnograficamente, hanno fatto scuola e si è parlato di efficacia simbolica anche al di fuori del discorso antropologico. + Nel tempo si è invece capito come a fare la differenza fosse il ruolo del paziente. Taussig in Colombia ha notato come nelle pratiche di guarigione sciamaniche fossero iscritte le esperienze coloniali. Capisce che l'incontro tra consultante e terapeuta è un momento di grande produzione di significato: il paziente è attivo in questo momento di creazione culturale. Si generano significati originali, non si riproduce l'universo simbolico del gruppo come dice Levi-Strauss. + Esempio della partoriente **Kuna** che non riesce e ascolta un canto dello sciamano, tutto in una lingua esoterica incomprensibile che parla di come lo sciamano entra nel corpo e libera i passaggi. Quindi non è lo sciamano a produrre un linguaggio che

riordina l'esperienza, ma è la paziente partoriente a creare i significati. Lo sciamano crea un'occasione, non un significato, questo fa costruito dal paziente. + Per Csordas quelle che noi chiamiamo "credenze", non sono forme della mente, ma disposizioni del corpo. Noi costantemente produciamo significati, co-costruiamo senza rendercene conto. La produzione di significato quindi è anche preriflessiva e inconsapevole. + Infine Levi-Strauss pretende che il ridimensionamento al gruppo sia sintomo di efficacia terapeutica. Tuttavia sappiamo che il sociale è attraversato da discriminazioni, esclusioni e squilibri di potere. Per questo produrre dei significati non basta. Al cuore dell'efficacia terapeutica c'è sempre una rinegoziazione della nostra esperienza di vita, ma a volte il gruppo sociale può essere frammentato e contraddittorio (no gruppo sociale = salute). Bisogna quindi chiedersi se sono in condizioni materiali di vivere nel modo per il quale ho rinegoziato la mia esperienza.

Kuna come servi dei servi, autorappresentazione politica di oppressi di secondo livello, oppressi da Panama che è oppressa dagli USA

Psichiatra di Jane, nigeriana costretta a prostituirsi a Torino e parte in cause nel processo per cui ha denunciato, sospende il giudizio (diagnosi di psicosi avrebbe minato la sua voce nel processo) e chiede una perizia antropologica. Arriva Quaranta e lei è molto oppositiva: crea le condizioni affinché le persone possano esplorare a voce alta le loro idee. Il significato non è qualcosa che abbiamo, ma qualcosa che facciamo in modo originale e innovativo. Non è prodotto dallo psichiatra o dall'antropologo, ma dal suo tentativo di inscrivere l'esperienza del corpo in disordine in una pratica culturale incorporata che lei conosce. Tuttavia se dopo aver riconfigurato l'esperienza non ci sono le condizioni materiali per applicare la riconfigurazione non serve a nulla: Jane non è pazza, la sua possessione rientra in una costruzione di senso, ma se non avesse trovato la cooperativa per lavorare l'avrebbero espulsa.

La malattia non è solo qualcosa che ci capita, ma qualcosa che anche facciamo, che interpretiamo entrando in campo di forze tra interpretazioni legittimate e non, ma la facciamo anche con il nostro corpo, dal momento che produce un diverso posizionamento nel mondo. La malattia è anche sempre una pratica culturale (ricordare l'anche, è anche una questione anatomico-patologica). Quindi anche la salute è un costrutto culturale, ha a che fare con ciò che

dà valore alla vita delle persone. Tuttavia è un costrutto culturale che va generato socialmente: bisogna creare le condizioni per poter vivere all'altezza dei significati prodotti; le condizioni non sono universali ma individuali, quindi il momento narrativo assume esplicita importanza.

In Levi-Strauss non ci piace il riproporre la distinzione mente-corpo, l'affermare l'equivalenza tra dimensione psichica e simbolica e affermare anche la distinzione tra efficacia simbolica ed efficacia simbolica. L'efficacia simbolica si spiega tradizionalmente con l'effetto placebo: errore biomedico nel pensare che sia lo psichismo a fondare l'effetto placebo, cioè la persuasione del paziente. Si fonda su un inganno. Tuttavia abbiamo visto come quello che biomedicamente è definito effetto placebo lo possiamo ripensare come trasformazione del sé connotata dalla generazione di significato.

Il concetto di diritto al significato e quindi l'idea che il significato va prodotto e fatto deve essere alla base di ogni nostra ricerca sul campo, al di là dell'antropologia medica. Dobbiamo creare le condizioni affinché le persone possano co-produrre un significato. L'azione incorpora sempre dei significati, per questo non ha senso chiedere le idee e le ragioni, basta chiedere cosa si è fatto o altro (“conosci qualcuno a cui è successa la stessa esperienza? parlami di loro” funziona da Dio: esempio di Quaranta con Jane; parlare degli altri è sempre più facile, toglie dal focus la persona a cui fai la domanda: non “da medico che idea hai degli infermieri?”, ma “secondo te che idea hanno gli infermieri di voi medici?”, bisogna sbaragliare le carte).

Lezione 15 (13/10/2024)

II modulo

I significati arrivano a trasformare l'esperienza solo quando sono prodotti: vanno sia analizzati sia prodotti. Non sempre i pazienti hanno una prospettiva completa e coerente, bisogna costruirla e creare le condizioni per farlo.

L'intervista

The McGill Illness Narrative Interview (MINI) pubblicato da Allan Young su *Transcultural Psychiatry*. È un modello di intervista narrativa. È un modello, ma poi bisogna improvvisare in quanto l'intervista è un'interazione umana. Le interviste narrative semistrutturate vanno negoziate.

- Prime domande un po' a tentoni, lo scopo è solo creare una narrazione. Devi capire quale sia la via migliore.
- Attenzione al *social desirability bias*: la persona vorrà risponderci per soddisfare le nostre presunte aspettative; bisogna superare questo ostacolo.
- Recuperano i modelli esplicativi e aggiungono i prototipi.
- Il grande **limite** di questo modello di intervista è l'assenza di un'adeguata considerazione delle componenti socio-economiche.
- Quaranta nella sua esperienza parte sempre da 5. *Impact on life*, ma dipende dal caso.

Provare a utilizzare il modello di intervista, con registrazione etc.
Mandare una settimana prima dell'appello. Per improvvisare serve un grande lavoro di costruzione prima (come in musica)

Paul Farmer

Chiedersi sempre cosa viene prodotto dall'applicazione di un dato modello e quindi che cosa viene lasciato fuori. In questo caso si considera sempre un processo di cura istituzionale. L'approccio narrativo può, però, essere utilizzato anche per fare altro. Antropologia vista spesso come strumento per misurare la differenza. Tuttavia spesso dietro le differenze si celano delle disparità. Quando l'antropologia occulta le disparità chiamandole differenze si sta facendo complice di queste disparità: **Paul Farmer** dice di partire dalla fine tessitura delle biografie, in quanto terreno migliore per intercettare quali disuguaglianze stanno agendo sul vissuto della gente e per capire in che modo lo stanno facendo. Si deve creare una solidarietà pragmatica: individuare i meccanismi che stanno intercettando il vissuto biografico limitando la capacità di azione del singolo. Abbiamo ampio margine di azione nel particolare, anche se i problemi sono strutturali (non si può aspettare che passino, visto che nel frattempo le persone soffrono). Nell'efficacia simbolica è completamente assente l'idea di giustizia sociale.

- Bisogna ripensare anche il concetto di competenza culturale: a livello istituzionale si crede che per averla bisogna conoscere le strutture culturali di riferimento, quindi bisogna essere o un antropologo o un nativo. Non basta essere dello stesso gruppo per comprendere l'esperienza di vita di un individuo, né basta una conoscenza enciclopedica delle "culture" del mondo. Il concetto di cultura va ripensato, è un prodotto co-costruito che non ha solo a che fare con il peso delle tradizioni passate ma soprattutto con il futuro e con le aspirazioni (*The capacity of Aspiring* di Appadurai). Bisogna però poi capire come le condizioni materiali di esistenza hanno a che fare con le aspirazioni delle persone, con la capacità di negoziare queste condizioni materiali di esistenza. Ignorare uno dei due poli ci porta inevitabilmente al riduzionismo: non bisogna mai escludere né le considerazioni culturali (solo con le dimensioni materiali si cade nell'universalismo, credendo di sapere cosa è meglio per gli altri) né le condizioni materiali di esistenza (altrimenti si farebbero solo i conti senza l'oste). Ci interessa sia l'efficacia simbolica (le considerazioni culturali) sia la giustizia sociale (le condizioni materiali).

Lezione 16 (14/11/2024)

Il fratello di Paul Farmer è Jeff Farmer, noto wrestler. Documentario *Bending the arc* su Netflix

Paul Farmer fonda ONG *Partners in Health*. Dottorando sotto la guida di Kleinman. Di formazione è un medico

Lavora durante l'epidemia di AIDS ad Haiti, contesto con grande povertà generalizzata dove il virus è ormai è endemico. Segue stigmatizzazione degli haitiani negli USA. Rappresentati come anello di congiunzione per l'AIDS tra l'Africa e gli USA. Haiti è celebre negli USA per le pratiche magico-religiose del voodoo. Gli haitiani sono visti come selvaggi che vivono secondo pratiche dell'Africa equatoriale. Ad Haiti lavora con un sacerdote che aveva creato un ambulatorio, ma vuole cambiare il corso degli eventi. Trova nell'antropologia medica intuizioni inadeguate: dovrebbe studiare la costruzione culturale che si crea tra gli haitiani intorno all'AIDS. La risposta alimenterebbe stereotipi. Lavorare sulle rappresentazioni culturali porterebbe solo a far ricadere la "colpa" sulla loro cultura. Lo vede come un lascito geertziano ("comprendere, ma non spiegare i comportamenti") che funziona per i comportamenti, ma non

bisogna smettere di spiegare perché ci si trova in certe condizioni di vita. Non devo solo interagire con il comportamento, ma anche con il contesto che l'ha portato a esistere. Recuperare la spiegazione, da aggiungere al ragionamento geertziano.

In *AIDS and Accusation* ragiona sulle dinamiche di produzione sociale della sofferenza. I discorsi di N. Scheper-Hughes gli sembrano opachi: guarda alle narrazioni e prova a utilizzarle non solo per la co-costruzione dei significati. Ci vede anche una via per ricostruire le dinamiche socio-economiche e politiche. Inizia quindi a raccogliere storie. Per spiegare perché le persone si trovano in queste condizioni devo partire dalle biografie e poi allargare l'analisi, capendo come sono venute in essere certe condizioni. Si genera quindi un lavoro di etnografia storico-politica.

- In comune le biografie non hanno una certa cultura, una certa costruzione culturale o una certa lingua. In comune hanno il fatto che i protagonisti occupano l'ultimo gradino della scala sociale nel mondo. L'antropologia non si era ancora occupata di questo, ma della co-costruzione.

Capisce che le persone che si ammalano sono tutte costrette per motivi economici a entrare in rapporti economico-sessuali. Per lo più turisti americani del weekend. L'AIDS è arrivato dagli USA ad Haiti e non il contrario e la popolazione locale lo ha contratto per accedere a mezzi economici altrimenti preclusi. Poi ci occuperemo delle costruzioni culturali locali, ma dobbiamo prima capire perché c'è l'AIDS.

- Storie di Acéphie e Chouchou in *Pathologies of power*. Hanno in comune l'essere vittime delle stesse dinamiche: entrambi non avevano i mezzi per negoziare i mezzi della propria esistenza, non avevano diritto di tutelarsi dalla violenza a causa della loro posizione sociale.
 - In questo senso allora ha senso poi comprendere l'interpretazione locale della malattia, cioè una stregoneria che viene dall'esterno: è vero. Le vittime di stregoneria sono persone utilizzate e manipolate da streghe e stregoni, cioè il potere. È vero che l'AIDS viene da fuori.

In questi anni non ci sono ancora farmaci previrali, non c'è opzione terapeutica. Si può solo prevenire il contagio. Cosa fare quindi nella pratica?

- L'OMS nel 1985 prouve il K.A.P. (*Knowledge, Attitude, Practice*): campagne di informazione con i gruppi a rischio. Per farlo bisogna compren-

dere la locale cultura sessuale per declinare in termini culturalmente recepibili le indicazioni biomediche. Piano promosso dall'antropologo Daniel Tarantola, che si basa su *disease* e *illness* di Kleinman (comprendere la decodificazione locale della malattia).

- Il concetto di gruppo a rischio crea due problemi: l'idea che l'informazione possa creare giusti comportamenti (culturalismo) e l'idea che tutti gli altri siano a priori al riparo. Il problema non è cambiare i comportamenti delle persone, ma capacitarle le persone nel generare liberi comportamenti. Rendere capaci di negoziare i termini sessuali sicuri. Questo si chiama **capacitazione**: promuovere la giustizia sociale.

Storia dell'indipendenza di Haiti: indipendenza dalla Francia e subito controllo USA. Duvalier e J.B. Aristide.

I benpensanti del mondo parlano di salute e benessere ignorando la giustizia sociale. I diritti umani tutelati dall'ONU e dagli USA sono i diritti civili e politici, non sociali ed economici: non si impegnano a dare pari opportunità, ma a garantire il libero accesso alle elezioni e il libero pensiero. Senza i diritti sociali ed economici non si possono capacitarle le persone.

- **Brooke Grundfest Schoepf**, marxista esclusa dall'accademia fino a 90 per la sua fede politica. Contributo in *Sofferenza sociale* dell'Annuario di Antropologia n.8.

Women, Poverty, and AIDS: Sex, drugs, and structural violence, edito da Farmer contro il culturalismo (usare la cultura per spiegare: bisogna usare le condizioni economiche di esistenza). Decostruiscono la natura "sessista" dell'AIDS: è vero che le donne sono più a rischio, ma non per costruzioni culturali (il rituale della vagina secca) o per questioni di geometria euclidea (il tessuto vaginale è molto più esteso di quello fallico a parità di sezione sul piano), ma perché ci sono forti e strutturali disparità di genere.

- Ci sono anche teorie complottiste sull'origine dell'HIV come *The River: a journey to the source of HIV and AIDS* di Edward Hooper.

Va bene criticare il riduzionismo biomedico, ma attenzione che la maggior parte dei mostri li abbiamo creati noi con il culturalismo antropologico. Bisogna aggiungere sia nelle scienze sociali sia nella medicina il tema della giustizia sociale. I mattoni della nostra esistenza sono biologici, ma il processo di costruzione è sempre sociale. Abbiamo classificato l'HIV in diverse tipologie,

ma quelle varianti hanno a che fare con le diverse realtà socio-economiche e storico-politiche: esempio dell'AIDS poco letale in contesti di estrema povertà. In questi termini si parla di incorporazione delle dinamiche socio-economiche.

Lezione 17 (15/11/2024)

La violenza strutturale per Farmer

On Suffering and Structural Violence in Pathologies of Power. Farmer riesce a mettere insieme studiosi opposti, come Lock e Kleinman, e fa anche mettere da parte momentaneamente il paradigma dei 3 corpi, fortemente controintuitivo, che non era mai andato oltre l'ambito strettamente antropologico.

L'oggetto dell'antropologia medica non è più la *sickness* o la *illness*, ma la **sofferenza sociale**.

- Come ci prendiamo cura della sofferenza è influenzato dagli stessi poteri che la generano.
- La malattia è solo una delle possibili forme di sofferenza sociale (guerra, fame, violenze sessuali e di genere, etc.)
- La salute è un indicatore sociale, non un dato individuale.

Il comune obiettivo è indagare le dinamiche di produzione sociale della sofferenza. Si capisce anche come declinare e attuare l'intervento, volto a intercettare queste dinamiche di produzione per disinnescarle.

Importante è la scoperta della **teologia della liberazione** (Gutierrez e altri) in America latina. La salvezza e la liberazione sono intese come giustizia sociale in vita e non salvezza delle anime. Gutierrez conia il termine di "solidarietà pragmatica".

Altrettanto importante è il concetto di **violenza strutturale**, coniato da J. Galtung nel Journal of peace research. Egli intendeva che la situazione interna di un paese non dipende esclusivamente da dinamiche locali, ma è sempre la conseguenza della posizione che lo stato occupa a livello geopolitico mondiale.

- Farmer affina questo concetto con l'approccio che parte dalle biografie. Le vite degli individui hanno in comune l'appartenenza a livelli sociali marginali. Dice che quella strutturale è un particolare tipo di violenza: i suoi effetti sono percepiti con la colpa di nessuno; è indiretta, non ha

bisogno di certi attori per essere esercitata e non si consuma in singoli atti visibili. È una violenza indiretta e processuale: è un campo di forze.

- Abbiamo già visto come i processi di costruzione diventano spesso di costrizione per chi occupa i livelli più bassi negli ordinamenti.
- È una violenza prodotta dalle stesse forme sociali che sono informate da profonde disuguaglianze.
- Produce sofferenza attraverso le limitazioni che le disuguaglianze impongono alla capacità di azione degli individui, esponendoli sistematicamente a fattori di rischio e a forme di sofferenza.
- Le disuguaglianze arrivano a essere incorporate in modi differenti. Spesso come patologie “stupide” se si verificassero in altri contesti, ma tutte sono generate dallo stesso meccanismo di limitazione della capacità di azione della gente. Morire di AIDS (Acéphie) o di violenza politica (Chouchou) hanno la stessa causa.

Dobbiamo rifarci allora a forme di conoscenza che non si limitano a stare sul prodotto, ma che raggiungono anche il processo: altrimenti equivale a raccogliere acqua con un vaso forato.

- Esempio a Bologna: se indagando il diabete di tipo 2 ti rendi conto che è linearmente correlato a proxy dello stato economico, come la metratura della casa o il livello di istruzione, e tu medico ti limiti a osservare il livello di glucosio e a prescrivere medicinali o ad ammonire moralmente la persona per la sua alimentazione non cogli i meccanismi che limitano la persona della capacità di condurre un'alimentazione sana o di fare attività fisica. Bisogna indagare il meccanismo che è stato incorporato nel diabete di tipo 2
- Non vede la biomedicina come uno strumento di controllo, come fece Scheper-Hughes; pensa che sia uno strumento formidabile, ma va applicata in modo diverso.
 - Una volta osservata una diversa incidenza bisogna rifarsi alla “fine tessitura delle biografie” per capire quali meccanismi stanno limitando la loro capacità di azione. Non basta aggiungere servizi, ma bisogna capire qual è il problema (hanno capito ad esempio che poi è l'isolamento più che l'ISEE basso a limitare la capacità di azione; inoltre hanno creato relazioni sociali significative, spesso siamo disposti a fare per gli altri quello che non siamo disposti a fare per noi stessi). La partecipazione è uno strumento di creazione di appartenenza simbolica e pratica, non uno strumento di convocazione

(non ha senso convocare i collettivi della zona, i maggiormente de-capacitati sono quelli che non vi partecipano).

Quando con Partners in Health ricevono molti soldi da filantro-capitalisti iniziano a portare medicine, ad esempio in Perù. Tuttavia si accorgono che questi farmaci sono inefficaci. Si è sviluppata una forma di tubercolosi farmacoresistente, dovuta a un'assunzione discontinua e scorretta del farmaco. Di AIDS non si muore, è un drastico indebolimento del sistema immunitario, susseguono poi malattie, tra tutte la tubercolosi. Si oppone alla definizione della tubercolosi come malattia dei tropici: è una malattia della povertà, del potere. Inizia a richiedere farmaci di seconda linea, perché quelli di prima linea non bastano: si oppongono poiché il costo di curare una persona costa quanto fare prevenzione per altre 100. Si incazza poiché le risorse ci sono, sono semplicemente bloccate in capitale *offshore*, sono solo mal redistribuite. Ottiene dall'OMS di inserire i farmaci di seconda linea in quelli essenziali: guerra politica con le case farmaceutiche, ma questi farmaci non hanno più brevetti validi.

- L'OMS gli aveva detto che il problema di dare farmaci di seconda linea a queste persone era problematica perché "non hanno il concetto di tempo". No, il problema è che non hanno le capacità di azione economiche per avere lo stomaco pieno utile al prendere la medicina, etc.
- Applica questo metodo anche per l'AIDS. Inizia a formare membri della comunità per dare supporto a chi ne ha maggiormente bisogno. Si mandano fuori le persone a stanare il bisogno. Non basta dare farmaci, bisogna anche fornire supporto economico e relazionale.

Non sarà in grado di disinnescare le cause prime delle disuguaglianze, ma tramite le biografie delle persone de-capacitate si può agire sui meccanismi direttamente rilevanti. Non bisogna cambiare i comportamenti, ma creare le condizioni affinché le persone possano cambiare i propri comportamenti. Arriviamo da qui in un terreno ancora mai toccato dall'antropologia: la **promozione della salute**. Fino ad allora l'antropologia aveva criticato la biomedicina. Lui utilizza un linguaggio che non mina ontologicamente ed epistemologicamente il ragionamento biomedico, è comprensibile per i medici. Mette in luce cosa stanno lasciando fuori, ottenendo una perdita di capacità di azione. Su come Farmer promuove la giustizia sociale non tutti sono d'accordo.

Sistema penitenziario USA alternativa al welfare per Wacquant

La violenza strutturale si articola principalmente lungo tre assi: genere (costruzione sociale dei rapporti di genere per naturalizzare l'esclusione sociale), razza/etnia (la razza non esiste, ma la discriminazione su base razziale esiste; non sono alcune etnie ad ammalarsi di più, ma sono i poveri a farlo e guarda caso questi coincidono con le minoranze etniche), differenza culturale (il problema delle culture diverse è il rapporto che intrattengono con la società maggioritaria: non è problematico il fatto che i Rom siano sporchi, ma che siano esclusi e marginalizzati per questo motivo. Non bisogna cambiare i comportamenti delle persone, ma rivedere i rapporti che questi comportamenti intrattengono con i nostri maggioritari).

- Si crea un vero e proprio business intorno al personaggio di Paul Farmer. Criticarlo significa schierarsi contro i poveri. Alcuni antropologi criticano il metodo: biografia nefanda di un marginale e proposta dell'antropologo; mancano i bisogni delle persone espressi da loro stessi. Sono accusati quindi di essere imperialisti, fanno sentire solo la loro voce perché credono di sapere di cosa le persone hanno bisogno, promuovendo l'estensione del paradigma biomedico occidentale. Si promuove la dimensione biologica della salute, vista solo come assenza di malattia. Si sta attuando un'operazione di normalizzazione planetaria.

chi si occupa di cosa selezione nella biblio

Lezione 18 (20/11/2024)

Documentario *Bending the Arc* su Partners in Health e Paul Farmer.

- Approccio community-based sostituito a quello strettamente farmacologico.
- Vuole unire la ricerca, l'azione e l'attivismo. Per applicare quello che teorizzi nella ricerca ti serve sia essere abile nelle operazioni di lobby, che PIH ha saputo fare benissimo, e cimentarti nell'attivismo per smuovere la dimensione politica. È il primo che riesce a unire questi tre aspetti (manca la parte di attivismo nel documentario).
 - Sul sito di PIH ci sono molte indicazioni operative su come applicare gli approcci comunitari. Tuttavia manca un'analisi teorica di come gli approcci comunitari promuovono la salute.
- Aura eroico-celebrativa intorno a Farmer. Nel film traspare maggiormente questo aspetto rispetto a quello antropologico.

Con Farmer si sposta il focus sulla produzione sociale della sofferenza. Manca però il punto di vista degli attori, che sono solo rappresentati come vittime del sistema. L'apparato teorico non prevede mai la considerazione del loro punto di vista. Non parte dalla locale definizione di salute per capire dove intervenire. Bisogna prestare tuttavia attenzione al significato che può esserci, che qui sparisce. Sacrosante le critiche a Scheper-Hughes, però manca il significato. Farmer decide di farsi partner delle vittime. Rischia di schiacciarsi solo sull'ordine globale, incapace di correggersi, e quindi non può fare altro che prendersi cura delle vittime. L'approccio incorpora le circostanze politiche globali.

La salute non viene problematizzata, si trattano solo le patologie: la salute infatti non è solo assenza di malattia

Si sono incanalati in un segmento, ma non colgono la complessità del tutto. Dall'approccio farmeriano ci prendiamo ciò che ci piace, le teorie non sono vangeli.

Attenzione al concetto di violenza strutturale: è una teoria che spiega tutto, togliendo il bisogno di analisi. Quando un concetto spiega tutto non sta spiegando nulla. Ci permette di concentrarci sulle dinamiche costrittive delle strutture di esistenza. Questo deve essere il punto di partenza, non di arrivo. Mentre Farmer si limita a dire ciò e poi presentare il suo agire pratico nel merito. È un approccio che guarda solo le disuguaglianze, ignora le differenze culturali. Facendo così si perde il punto di vista degli attori locali, ma anche e soprattutto l'analisi culturale riflessiva sulle proprie categorie. Ci sta proponendo la biomedicina come forma di giustizia sociale, secondo un approccio universalistico.

- È ottimo il lavoro di critica e di azione contro le case farmaceutiche grevità degli operatori comunitari: rischio del panopticon, cittadino osserva cittadino Didier Fassin csi di Torino con Giuseppe "Geppo" Costa; Fanon a Torino e Napoli; SIMM con Salvatore Geraci; *La città che cura*, documentario su realtà triestina con presidi di salute comunitaria (simili agli agenti comunitari di salute di Farmer).

Quando decidono di investire i soldi inaspettatamente forniti da Bush fanno il salto di qualità: ristrutturare i sistemi sanitari nazionali. Da violenza strutturale a competenza strutturale.

Quando hanno iniziato a standardizzare un approccio costruito su anni di esperienza sul campo ad Haiti viene meno l'efficacia. Gli approcci comunitari sono una tessitura di rapporti di fiducia, non possono essere standardizzati e meccanicisticamente riprodotti.

Sono anche criticabilissimi gli approcci biopolitici portati avanti dalla ONG. Tuttavia bisogna sempre pesare le criticità con i guadagni materiali (una medicina che salva la vita vale più della criticità biopolitica).

Lezione 19 (21/11/2024)

All'inizio del 2000 ci sono alcuni cambiamenti: si cura l'HIV, i farmaci calano di prezzo, G.W. Bush inaugura il PEPFAR (15 miliardi di dollari destinati per 5 anni alla distribuzione di farmaci retrovirali: più ingente progetto di sanità globale mai fatto).

I farmaci anti-retrovirali non guariscono, ma curano. Rendono l'HIV una condizione cronica e non una malattia letale. Questi farmaci sono costosissimi. Si crea regime del silenzio: le persone o non si fanno il test o quando lo fanno non vanno a ritirarlo (sistema *people service*: l'ospedale ti accoglie e poi tu ti paghi la terapia), anche per lo stigma. Non ha senso viverci lo stigma se tanto non c'è cura disponibile.

Conferenza sull'AIDS in Sud Africa con dichiarazione del presidente: "non è l'HIV la causa dell'AIDS, ma la povertà". Il Sud Africa compra i farmaci da stati esterni alla WTO, arrivando a pagare i farmaci da 98\$ a 4\$, togliendo il prezzo del brevetto. Successivamente le Big Pharma portano in tribunale il governo sudafricano, in quanto membro della WTO. Da qui le persone scendono in piazza a Johannesburg. Qui si inserisce il PEPFAR.

Il PEPFAR prevede la distribuzione di farmaci. Problema della logistica: i paesi che ricevono non hanno sistemi sanitari pubblici funzionanti, quindi ci si affida agli ambulatori religiosi, stabili e dislocati nel territorio. Subito ci si rende conto che la domanda di cura è enormemente superiore all'offerta terapeutica. Si stabilisce quindi il problema del *triage*:

V.K. Nguyen svolge un'etnografia del PEPFAR. Medico francese di origini vietnamite che fa il dottorato in antropologia medica sotto l'ala di Margaret Lock. Scrive *The Republic of Therapy*. Il rifiuto a testarsi visto prima viene riportato nella letteratura scientifica come una sorta di negazionismo africano,

ignorando che porterebbe solo alla morte sociale prima che alla morte biofisica. Quindi si devono superare innanzitutto le resistenze alla diagnosi. Si instaura una forma di contatto e di tutela della salute mai visto prima per quelle persone.

- I diritti universali non sono agganciati alle persone ma alla loro cittadinanza. Noi spesso crediamo il contrario. Nguyen arriva a parlare di cittadinanza terapeutica.
- Parte dalle biografie, in linea con l'abitudine di quegli anni in antropologia medica. Il *triage* crea uno spartiacque tra chi si vede riconosciuti i propri diritti e chi no: i diritti sono riconosciuti alla mera esistenza biologica delle persone, generando nuove forme di esclusione.

Adriana Petryna, *Life Exposed - Biological Citizens after Chernobyl*. Studia che tutti i risarcimenti dell'URSS prima e dell'Ucraina poi sono basati sulla capacità di presentazione biologica del danno: si parla di forme di bio-legittimità e quindi di cittadinanza biologica. Alcuni diritti legati alla cittadinanza sono attivati in virtù della propria condizione biologica.

Nguyen e Petryna trovano nel pensiero di **Giorgio Agamben** un'ottima cornice. Riprendono il concetto di *bare life*/nuda vita. Agamben parte dalla biopolitica di Foucault. Con Nuda Vita intende il processo con il quale la vita umana viene spogliata di ogni significato politico e sociale, rendendola solo biologica. Foucault aveva declinato il concetto di biopolitica principalmente all'ambito medico; Agamben lo estende oltre quello sanitario, a tutti gli aspetti politici globali. Quindi ci sono alcune vite meritevoli e degne di essere vissute, quindi degne di protezione e tutela.

Didier Fassin si inserisce in questo contesto. Dice che i diritti non vengono riconosciuti alle persone, ma alla loro condizione biologiche, creando uno spartiacque tra vite degne di essere vissute e mere esistenze biologiche.

- Esempio della legge Bossi-Fini sull'obbligo dei medici di negare soccorso sanitario agli irregolari, poi bocciata dalla Corte Costituzionale.
- Quando l'UE riconosce il diritto di accesso in caso di vita a repentaglio, etc non stiamo riconoscendo i diritti alla persona, ma alla sua condizione biologica.

Storicamente la medicina si è opposta alla religione che vedeva la vita come qualificata dalla presenza dell'anima. Il darwinismo ha risposto a questo in modo antitetico. Oggi stiamo ricreando culturalmente queste differenze.

La legge 40 rende l'embrione soggetto giuridico. Si crea un dispositivo che informa gli orientamenti morali e le leggi. La logica che le unisce tutte è l'*ethos* compassionevole: diventa vittima chi riesce a dimostrare la propria sofferenza in modo fisico e materiale (è reale ciò che è visibile). Il modo per ottenere diritti è incarnare il ruolo di vittima. Le politiche globali oggi sono informate dalla nuda vita e dall'*ethos* compassionevole. Al cuore di questo dispositivo politico c'è una grammatica delle emozioni, una politica delle emozioni. Di per sé non è un problema il prendersi cura delle vittime, ma il problema è quando è tutto schiacciato su questo, quando la politica si prende solo cura delle vittime senza risolvere i problemi che le creano: ci si concentra solo sul prodotto e non sul produttore.

- Politiche come quella di Salvini che rende reato soccorrere i migranti vanno anche oltre: negano anche il diritti derivanti dal concetto di Nuda Vita, arrivando al concetto di Necropolitica di **Achille Mbembe**.
 - I soggetti politici per la necropolitica arrivano a definire chi è meritevole di vivere e chi è solo “vita in esubero”. Gli “altri” sono sempre forme di soggettivazione considerate come in esubero: possono essere i neri, i poveri, i gay, etc. A questo si collega anche **Wacquant** con *Punire i poveri*: come la povertà venga criminalizzata, attuando la necropolitica; la riqualificazione significa un processo di espulsione di soggettivazioni non accettate, per lo più quelle povere.
- La nuda vita diventa una modalità con cui la politica gestisce i disordini globali: si prende cura delle conseguenze ignorando le cause che le stanno generando

Si sta problematizzando il lavoro di Paul Farmer, andando oltre. Non squalificandolo, ma problematizzandolo. Il problema è un'etica centrata solo sulla nuda vita, che rischia di riprodurre violenze. Tuttavia la dimensione biologica non va ignorata, è una parte della realtà. Non si critica un lavoro come quello di Paul Farmer, ma ci si chiede “Che cos'altro viene prodotto?”. Bisogna riaffermare un'etica della giustizia sociale: Farmer ha fatto coincidere l'accesso alla biomedicina con il compimento esauriente della giustizia sociale; bisogna recuperare anche le altre dimensioni, presenti, della giustizia sociale. Dobbiamo comprendere il valore e il significato che la vita ha per le persone che la conducono: l'alternativa alla sola considerazione biologica della vita non è sbarazzarci di questa dimensione, ma recuperare le altre. Tra queste ci sono le relazioni di cui si partecipa e i significati che noi attribuiamo alla vita.

Questo significa ripolitizzare la vita: chi può farlo? Non i medici, né gli antropologi o gli attivisti, ma le persone che conducono la vita. Per questo il problema principale del lavoro di Farmer è che dopo aver assunto l'individuo come vittima della violenza strutturale non viene considerato il punto di vista dell'individuo: se considero il problema la violenza strutturale non ho bisogno del tuo punto di vista. Un'obiezione solita è che se si è oppressi dalle condizioni materiali di esistenza costrittive non si riesce a immaginare il proprio futuro: non è vero, non de-capacitiamo la "vittima".

l'intensificazione di un conflitto significa che ci si sta preparando alla pace: per avere maggiori margini di contrattazione. pensiero anti-umanista foucaultiano, piace poco in Italia. Il realismo cos'è. Agamben durante la pandemia alimenta narrativa negazionista e quindi Novax. La pandemia è quando la biopolitica si affaccia alla finestra della coscienza, mentre nell'analisi di Foucault si consideravano processi silenti La tua capacità di azione dipende dalle relazioni di cui partecipi: Farmer si è trovato a operare nell'ambito istituzionale e ha cercato di piegare l'arco in quel senso.

Annuario sulla sofferenza sociale: leggere Farmer, Nguyen e Fassin.
+ Global Assemblage (saggio di Rose e Novas; approfondire il lavoro di Rose, come *The politics of life itself*)

Lezione 20 (22/11/2024)

Oggi gli approcci degli studiosi coniugano sempre ricerca e attivismo. La disciplina per la prima volta non si configura solo come un'approccio critico della biomedicina, ma si affianca all'epidemiologia o all'infettivologia, in materia di sanità pubblica.

- **Nancy Krieger**, *Epidemiology and People's Health* e *Ecosocial Theory, Embodied Truths and the People's Health*, epidemiologa. Dice che l'epidemiologia funziona solo se declinata al sociale, in quanto determinante sociale della salute. Riprende il concetto di incorporazione.
- Epidemiologia, sanità pubblica e antropologia iniziano a sovrapporsi: le prospettive farmeriane sono state decisive, dal momento che non va a problematizzare la biomedicina, ma vede come una patologia biologicamente definita ci sta parlando di tutti gli altri livelli, che vanno

considerati nella valutazione dell'intervento. È comunque un linguaggio comprensibile dai medici, non come Scheper-Hughes e Lock che parlano di come il concetto di corpo sia un costrutto storico-sociale.

- Farmer critica gli approcci istituzionali per la loro frammentazione, non critica la biomedicina in quanto categoria culturale.
- Si inizia a parlare di **esposoma**. Il concetto di “bioma” ci fa capire come il nostro organismo sia iscritto in molteplici relazione simbiotiche. Le scienze sociali invece parlano di “esposoma”: sul piano individuale si inscrivono dinamiche storiche, economiche e sociali. Nel caso dell'HIV si vedono mutazioni che avvengono in virtù delle condizioni di vita di alcuni posti del mondo (esempio HIV africano).

Capitale sociale = reti sociali e di comunità su cui puoi fare affidamento. Maggiore è meno probabilità hai di ammalarti e se ti ammali di cronicizzare quel disturbo. Minelli sul Capitale sociale. I collaboratori comunitari di Farmer non fanno altro che generare capitale sociale per creare capacitazione.

il livello di istruzione non incide nel senso che ho maggiore capacità di azione razionale: non basta fare informazione sanitaria se le reti di cui partecipano rimangono fragili. Il livello di educazione è un fattore proxy, ci parla in generale della capacità socio-economica.

Emerge dagli anni 2000 un concetto che mette insieme tutto: la **salute globale**. Il termine “antropologia medica” nelle accademie viene sostituito da “salute globale”. Emerge come cornice unificante di tutto ciò, sancendo la neonata sinergia operativa tra le scienze sociali e alcuni settori delle scienze biomedica (epidemiologia sociale e sanità pubblica).

- Problemi che non si originano localmente e che per essere risolti necessitano azioni cooperative e comunitarie. Tuttavia i sistemi sanitari sono nazionali: nasce l'idea che la salute non è solo un bene comune, ma un bene comune globale.
- Localmente si manifestano problematiche che hanno una matrice globale (tassi di sopravvivenza alla nascita per esempio).

Global Health Watch, rapporto ogni 2 anni. Chiara Bodini.

La salute globale è il risultato della somma dei paradigmi di Salute internazionale e Salute pubblica. Si applica la salute pubblica a livello globale. Se

ne occupa principalmente l’OMS/WHO.

- La salute internazionale nasce dopo la WWII, per prendersi cura dei “paesi in via di sviluppo”. Contraddistinta dalla cooperazione sanitaria tra paesi del Nord e paesi del Sud del mondo che spesso replicava relazioni coloniali (ex-madrepatrie per ex-colonie). Si individuavano singole patologie senza comprendere l’eziopatogenesi: era un supporto per lo sviluppo di servizi sanitari dedicati al singolo problema.
- La sanità pubblica è un approccio che non si concentra sull’individuo, ma sulle popolazioni. Non ha come obiettivo la terapia ma la prevenzione. Fin dall’inizio si preoccupa di determinanti sociali. Si dice che il paradigma sia nato a seguito dell’epidemia di colera a Londra del 1854, con lo studio di John Snow, primo studio di epidemiologia sociale.
- Anche l’OMS nasce in seguito alla WWII, nel 1948 a Ginevra. Gli USA hanno tutto l’interesse nella costituzione dell’ONU ma non vogliono interferenze dell’OMS nelle loro politiche internazionali: atteggiamento statunitense ambivalente. La guerra fredda si rispecchia nell’OMS: tutto il blocco sovietico esce. L’OMS si appoggia quindi subito al paradigma della salute internazionale, coordinando le iniziative ancora coloniali che abbiamo visto. Il primo programma di intervento è sullo sradicamento della malaria, poi dichiarato dopo 15 anni irrealizzabile. Poi il blocco sovietico rientra nell’ONU tramite l’OMS: Cuba e URSS favoriscono l’acquisto di massive dosi di vaccino per il vaiolo, come prova di forza rispetto al blocco occidentale. Si continua però a scegliere singole patologie.
 - Tra gli anni ’60 e ’70 però ci sono le indipendenze dei paesi colonizzati che entrano nel sistema ONU e anche in USA ci sono cambiamenti, dal ’61 con l’elezione di J.F.K. Kennedy e poi di Johnson. Si inizia a ragionare sulle motivazioni dei fallimenti precedenti. Si capisce che i presidi medico-sanitari sono la risposta più efficace che abbiamo nel trattamento delle patologie, ma non ci aiutano nella promozione della salute, che dipende dalle condizioni di vita, dalle condizioni ambientali, dalle strutture sociali e relazionali, etc. La promozione della salute richiede un approccio inter-settoriale, cioè socio-sanitario. Da qui si inizia a tematizzare ciò a livello istituzionale, arrivando alla conferenza di Alma Ata voluta da Halfdan T. Mahler: si arriva a dichiarare che l’unico modo per promuovere la salute è lo sviluppo di servizi

socio-sanitari accessibili sul territorio. Per esempio si professionalizzano pratiche di medicina tradizionale locale: perché sradicare qualcosa che funziona già? Tuttavia la grande differenza la fanno le riforme di carattere sociale. Si vuole estendere a livello globale l'approccio delle cure primarie intersettoriale. A fare la differenza nella promozione della salute non sono gli ospedali, ma le risorse mediche territoriali, poiché la differenza non la fa il trattamento della patologia, ma le relazioni sociali di cui si partecipa. Questo approccio teorizzato nel 1978 viene adottato nel 2022, definendolo innovativo: abbiamo perso molto tempo.

- Nel 1979 si organizza la controconferenza di Bellagio, dove si teorizza la *selective health*. Approccio tutto economicista e centrato sulla singola patologia. Partecipa anche la Banca Mondiale. Si parla del programma GOBI dell'Unicef.

- * Alma Ata dice di promuovere ciò che già funziona a livello locale. Il GOBI invece si scontra con queste dinamiche, promuovendo solo la razionalità clinica e non le dinamiche sociali già presenti (esempio delle co-mogli dogon che allattano i figli delle altre per “assicurare a vita” i loro figli, in caso di morte o decadenza, e che sono impediti dai medici internazionali perché non immunizzano i figli con l'allattamento: loro stavano creando capitale sociale, ugualmente efficace).

L'ambulatorio del guaritore e le Politiche della cura sulla professionalizzazione della medicina tradizionale A far la differenza nella salute delle persone non sono le medicine, ma le condizioni di vita. Angelo Stefanini: è una menzogna scrivere “dissenteria” come causa di morte di un bambino in Africa, bisognerebbe scrivere “dissenteria”.

Lezione 21 (27/11/2024)

Da Alma Ata emerge il concetto di intersettorialità: creare una vera integrazione, non mera sommatoria, tra servizi che sono normalmente frammentati (servizi sociali, politiche per il lavoro, servizi educativi, etc.). Nasce quindi l'approccio della *Comprehensive Primary Health Care*, rilanciata dall'OMS nel 2008 e in Italia ci si organizza con la *PHC Now or Never*, che ha come manifesto il Libro Azzurro. L'obiettivo è implementare i dettami di Alma

Ata, che furono “assassinati” sul lago di Como dalla Rockefeller Foundation che decide di applicare la *Selective Primary Care* con il modello GOBI.

- Alma Ata dice che la salute dipende dalle condizioni di cui esperiscono quotidianamente le persone, mentre il GOBI si concentra solo sulla dimensione mamma e neonato, ignorando gli altri aspetti e determinanti della salute che influenzano questi soggetti. La conferenza di Bellaggio uccide il progetto di Alma Ata, coinvolgendo la Banca Mondiale. Vengono eletti Reagan e Thatcher, conservatori neoliberalisti, che predicano una dottrina specifica: i risultati sanitari dei paesi dipendono esclusivamente dalle condizioni economiche nazionali e l'unico modo per migliorare questi risultati è instradare l'economia di questi paesi verso il modello neoliberalista. Da ciò la Banca Mondiale offrirà aiuto economico ai paesi che si allineeranno alle indicazioni dell'FMI che dà vita ai Piani di aggiustamento strutturale.

I PAS sono stati abbandonati 15 anni fa, ma per 30 anni hanno devastato i paesi non occidentali. Erano volti a rendere appetibili i paesi agli investitori stranieri:

- Ristrutturare il sistema del debito nei paesi del Sud del mondo: le banche occidentali hanno avuto incentivi ad aprire crediti in questi paesi
- Svalutazione della moneta locale: l'economia è crollata.
- Distruzione del welfare state: i servizi vengono affidati a privati.
 - Nasce il meccanismo *Fee for Service* in termini di sanità.

L'OMS vede tutto ciò come una negazione del diritto alla salute e invece promuove l'accesso ai farmaci essenziali. Si oppongono subito le case farmaceutiche e l'OMS si vede subito congelato il proprio budget da parte del proprio principale finanziatore, gli USA (ritorna atteggiamento ambivalente degli USA: fautori del sistema ONU, ma gelosi del proprio modello sanitario nazionale).

Negli anni Ottanta quindi la salute globale è gestita dalla Banca Mondiale, che non fa altro che diffondere a livello globale il neoliberalismo di mercato. L'OMS senza budget non può licenziare alcuna politica, venendo ridotta a un ruolo di mero coordinamento internazionale. L'OMS quindi inizia a cercare risorse extra-budget, offerte da donatori: emergono i filantro-capitalisti, che donano milioni imponendone l'utilizzo, privando quindi l'OMS di ogni libertà

d'azione.

- A questo punto l'OMS, per riguadagnare centralità politica, si fa promotore e coordinatore del paradigma della salute globale.

L'OMS ha visto il proprio budget di nuovo congelato da Trump per la gestione della pandemia. Era accusato di non aver avvisato debitamente i paesi membri del pericolo e di non aver imposto alla Cina misure securitarie: il messaggio che voleva far passare invece era che il modo migliore per gli altri stati per difendersi era aiutare la Cina a gestire l'emergenza. L'OMS oggi necessita di un supporto critico, abbiamo bisogno di organismo che gestisca la salute globale, visto che abbiamo solo sistemi sanitari nazionali ma i problemi non sono mai solo nazionali.

La salute globale non ha un chiaro paradigma, è più un insieme di problemi. Necessitiamo di una cornice teorica chiara e condivisa. Ora come ora si promuove il diritto alla salute fornendo il mero accesso, altrimenti precluso, ai farmaci essenziali, ma senza intaccare i meccanismi di produzione sociale della sofferenza (vedi caso del PEPFAR).

Nel 2008 viene pubblicato un report dell'OMS, *Closing the gap in a generation*: si dice che la salute è un bene globale comune e collettivo. La salute e la malattia sono intelaiate alle dinamiche sociali economiche e politiche di cui partecipiamo. Queste dinamiche trascendono i confini degli stati da sempre. Non c'è bisogno di altri farmaci o presidi, ma bisogna agire sui determinanti sociali, promuovere quindi la giustizia sociale. Il *gap* a cui si fa riferimento è tra quello che sappiamo e quello che sappiamo: ciò che facciamo per la salute non è informato da ciò che sappiamo. C'è un'incapacità di mettere in pratica quello che si sa da tempo (Alma Ata 1978).

- Nel promuovere la salute in questo modo, senza occuparci delle condizioni di vita delle persone, stiamo riproducendo le origini coloniali della medicina nel sud del mondo: questa è arrivata insieme alle piantagioni, per curare i lavoratori malati, ignorando le loro condizioni di vita.
- Il rischio insito nel concetto di salute globale è la realizzazione di una considerazione della "nuda vita" a livello planetario. Un riduzionismo biomedico planetario che porta la popolazione mondiale a essere compatibile con le disuguaglianze di potere. Per quest *Closing the Gap* ha fatto incazzare tutti: abbiamo già le risorse per promuovere la salute, ma

sono redistribuite male (Curva di Preston). Prendermi cura dell'altro equivale a garantire il mio migliore interesse (esempio del COVID).

È a livello locale che cogliamo gli specifici assemblaggi che creano le condizioni per promozione della salute. Ci serve un quadro teorico che ci faccia guardare le connessioni su scala globale, ma gli strumenti di azione devono essere declinabili sul piano locale. Dobbiamo però uscire dai corpi della gente.

Grafico della metropolitana di Londra: più vai a Est più si abbassa l'aspettativa di vita. A Torino più vai verso nord-ovest, verso le Alpi, più si abbassa. Le disuguaglianze in salute non sono solo tra paesi del nord e del sud, ma all'interno di ogni paese. Studio di Marmot che toglie Londra dai dati dell'Inghilterra e in termini di salute il resto del paese è al livello di un paese del terzo mondo.

Nella salute globale troviamo la “Repubblica della terapia” di cui parla Nguyen. Ma quali alternative abbiamo? Dobbiamo dare una veste teorica al globale, comprendendo di che natura sono le connessioni, cioè che sono per lo più le disuguaglianze socio-economiche, che vanno a incidere sulla salute. SDH (determinanti sociali della salute) Tutta questa prima parte, cioè la visione del globale come insieme di relazioni di disuguaglianza, è il lavoro di Farmer, ma manca un ripensamento del concetto di salute per migliorare l'idea di “SALUTE - GLOBALE”. La salute è vista ancora solo come assenza di malattia. La critica di Farmer agli approcci culturalisti ci serve, ma noi abbiamo comunque bisogno di un approccio culturale.

Hans Rosling's 200 Countries, 200 years, 4 minutes, video della BCC.

Closing the Gap non dice nulla di nuovo da ciò che diceva Engels, però è la prima volta in cui un'istituzione arriva a creare ufficialmente una correlazione sistematica tra la salute e i determinanti sociali della stessa. Questo è importante, ma non dobbiamo schiacciarsi solo su questo, come Farmer. Da antropologi abbiamo molto da dire sulla problematizzazione del concetto di salute.

La curva di Preston ci fa vedere come dopo un certo livello di benessere la ricchezza “non serve”, non incide più sulla salute: non c'è bisogno di un'azione e di una redistribuzione così rivoluzionaria, essendo la mediana di Preston così bassa. Bisogna quindi fare una rivoluzione culturale.

Mettere insieme pessimismo della ragione con ottimismo della volontà: Gramsci. Non spetta agli altri fare le cose, né ai ricchi né ai politici, spetta a noi. Forse non cambieremo il mondo, ma almeno l'azione deve partire da noi, non possiamo non fare nulla e accusare la Meloni di turno perché le cose vanno in vacca. Nella promozione del miglior interesse dell'altro si gioca sempre il nostro interesse. Il Covid è stata un'occasione sprecata per far passare il messaggio che se ognuno protegge gli altri, mettendo la mascherina, tutti proteggono noi stessi. La mascherina serviva per proteggere gli altri, non se stessi.

La salute diseguale, M. Marmot

Lezione 22 (28/11/2024)

Singer propone il concetto di Sindemia, applicabile anche al COVID.

Se non problematizziamo il concetto di salute finiamo sempre nel riproporre i nostri valori culturali. L'articolo del Lancet, *Cultura e salute*, dicendo che il più grande ostacolo alla salute globale è culturale, sta dicendo che se non ripensiamo culturalmente il concetto di salute, e continuiamo a intenderlo come mera assenza di malattie, non ci rendiamo conto delle condizioni materiali di esistenza che determinano. Fondamentale dunque, prima di occuparci delle differenze, è riconoscere che quella biomedica è una cultura.

- Il report del Lancet è scritto per medici e amministratori sanitari, quindi si insiste molto sulla riduzione dei costi.
- Spesso però non è che gli operatori sanitari non siano a conoscenza dei determinanti, ma spesso li ignorano, poiché credono di non avere effettiva capacità di azione e rimangono centrati sulla dimensione dell'assenza di malattia.
- Uno studio paragona medici che curano solo tramite anamnesi e altri che utilizzano classico metodo (1-2 minuti e poi subito test di laboratorio): i primi impiegano più tempo nel costruire un rapporto con il paziente, ma la cura è più efficace e costa meno. Come facciamo a prenderci cura delle persone se non comprendiamo quale sia il loro migliore interesse. Le terapie e i farmaci sono un pezzetto del lavoro di cura. La salute non è standardizzabile, poiché è legata con ciò che per ognuno di noi dà senso alla vita. Alla luce di tutto ciò non ci si può esimere dal costruire

una relazione significativa, partecipata. Dobbiamo quindi comprendere cos'è la salute per l'altro. è

– La diagnostica da laboratorio non basta

- Il maggior carico di malattie nel Nord del mondo è rappresentato da condizioni croniche, quindi da malattie non guaribili, ma curabili. È di per sé inefficace pensare la salute come mera assenza di malattia, altrimenti i nostri sistemi sanitari non starebbero promuovendo la salute. Invece la stanno promuovendo, non come guarigione ma come cura. Si deve quindi pensare la promozione della salute soprattutto in presenza di malattia, ad esempio in un contesto di cronicità o di terminalità.
 - La salute ha a che fare con la capacità di vivere alla luce di ciò che qualifica la nostra esistenza, cioè di condurre una vita qualificata. Ma come facciamo a promuoverla se non sappiamo cosa dà senso alla vita del paziente. Si tratta di capacitarne le persone a dare un senso, eventualmente anche alla morte.

Concentrarsi sul dare significato alla vita, o alla morte, delle persone, non rischia di promuovere una cieca accettazione delle condizioni di esistenza che magari hanno portato a quella malattia? Dobbiamo concentrarci sul capacitarne le persone a condurre un'esistenza significata oppure sul cambiare le condizioni di esistenza che le costringono?

- La prevenzione medicalizzata è un pezzetto fondamentale ma non sufficiente. La promozione della salute parte dal comprendere il significato per la persona, ma poi dobbiamo concentrarci sulle condizioni materiali di esistenza che non permettono all'individuo di perseguire il proprio significato, di vivere secondo questo. La salute è un costrutto culturale, generato socialmente, mentre un approccio farmeriano la vede solo come distribuzione di medicine, che è una parte fondamentale ma non totalizzante.
- Come si fa quindi a capacitarne le persone, a metterle in condizioni di vivere in modo significativo, se non agendo sulle relazioni di cui partecipano? La promozione della salute dipende dalla capacità di vivere quotidianamente in un certo modo, significativo per la mia esistenza. Per questo la salute non può essere standardizzata.
 - La promozione dell'interesse personale a danno dell'altro però non è salute. Il piano etico-morale serve
- La promozione della salute passa sempre e solo dalla capacitazione: poi la decisione finale spetta sempre a chi porta avanti le pratiche. La

capacitazione però è sempre relazionale, quindi io che voglio capacitare devo sempre preoccuparmi di creare una comunità di cura (esempio degli ospedali di comunità, dove finiscono i lungodegenti inguaribili che però non possono tornare a casa: c'è solo personale infermieristico che promuove esclusivamente cura e non guarigione per capacitare i pazienti affinché possano tornare al proprio domicilio).

Bisogna prima comprendere cosa dà senso alla vita del paziente, poi però bisogna anche comprendere quali relazioni e dinamiche limitano la sua capacità di azione di condurre un'esistenza significata. Questa è la vera promozione della salute. Non basta agire sul corpo del paziente, bisogna agire anche sulle relazioni di cui partecipa.

Questa salute intesa come costruzione di relazione significative e non come erogazione di prestazioni può essere perseguita solo nel pubblico, mentre il privato, basato sullo scambio di denaro, si concentrerà inevitabilmente sull'erogazione di prestazioni. La sottrazione di fondi alla sanità pubblica non fa altro che rafforzare il privato, che non vuole distruggere il pubblico, ma sfruttarlo il più possibile per i propri interessi.

operazione di selezione rispetto a ciò che crediamo sia sensato far emergere per promuovere la prospettiva che proponiamo. Slide agili, o immagini evocative o poco testo. Non perdiamo tempo con l'ovvio e il sensato (utilizziamo codice ristretto, come nei rituali).
CSI unibo

Medicina difensiva: prescrivere esami solo per certificare che il medico ha fatto tutto il possibile prima di dimettere il paziente. Si spendono soldi e non si persegue il miglior interesse delle persone. Non si tratta di erogare prestazioni ma di costruire relazioni significative “Siamo antropologi, mica siamo cretini” Geppo Costa a Torino

Lezione 23 (4/12/2024)

C.S.I. (Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale) fondato nel 2006 in Unibo. Studio su “Equità in salute a Bologna”. CSIaps.

Le comunità non esistono, non basta vivere in un quartiere per farne parte. Sono legami simbolici. Nella ricerca bisogna tenere conto del cambiamento

delle relazioni.

Il bisogno è un costrutto relazionale tra i desideri delle persone e cosa possono erogare determinati servizi.

Lezione 24 (5/12/2024)

Limite della ricercazione è che il risultato dipende dagli attori che sei riuscito a coinvolgere. Inoltre se nel corso della ricercazione cambiano i soggetti istituzionali bisogna ricostruire da zero le relazioni con gli stessi.

Processo di capacitazione istituzionale

Quando un'istituzione eroga un servizio o una prestazione sta già trasformando un'aspirazione in bisogno, quindi il meccanismo di rilevamento del bisogno fatto quando il servizio è erogato non serve a nulla. Inoltre le prestazioni erogate cessano quando finiscono i fondi, non quando termina il bisogno.

Frammentazione orizzontale è quando i vari enti agiscono senza comunicare (la sanità, il sociale, ma poi anche la sanità è divisa internamente, etc). Frammentazione verticale è quando dalla conferenza del comune si arriva al servizio: non si conta l'esperienza generata dagli operatori sul territorio. Si superano tramite l'integrazione, anche dei processi organizzativi, non solo socio-sanitaria: bisogna mettere al centro delle prassi la salute e non la malattia.

- Non si tratta di mera sommatoria del sociale e del sanitario: il sociale individua l'eziopatogenesi, vede dove capacitare le persone e qui si inserisce l'azione sanitaria.

Istituzione delle Case della comunità per rimpiazzare le Case della salute: idea di promuovere l'integrazione socio-sanitaria, la prossimità e la partecipazione, ma di fatto rimangono sempre poliambulatori d'urgenza (e non emergenza).

Anche se accettiamo di standardizzare la malattia non possiamo sicuramente standardizzare la salute senza chiedere alle persone cosa significa per loro. Necessariamente devo coinvolgere la prospettiva del paziente. Questa è sicuramente un'antropologia medica pubblica

Non bisogna fermarsi a dire che la malattia è un costrutto culturale, bisogna poi capacitare le persone. Non devo nemmeno partire pensando di conoscere il bene per l'altro.

Il privato ha come unico scopo il profitto ottenuto tramite la mera erogazione di una prestazione. Non si occupa della cura del paziente. Solo schiacciando tutto sulla patologia posso guadagnare dall'erogazione di una prestazione. Il privato non si occuperà mai dei principali determinanti della salute (territorio, etc). Problema anche dei gettonisti.

Tutti gli operatori sanitari sono formati a non mettere in ballo il coinvolgimento emotivo, limitandosi all'erogazione della prestazione.

Nelle riunioni del personale si impone di parlare come se il paziente e i suoi familiari fossero presenti: nessuno riesce all'inizio. Esempio potente di formazione intervento. Tylor letto "Tailor" possessione è una modalità culturalmente connotata di vivere un profondo dolore, non una patologia. Quando si parla di privatizzare la sanità pubblica non si vuole smantellarla, ma mettere le mani sui suoi soldi. La maggior parte del nostro sapere è la parte implicita dell'esplicito. La partecipazione è un fine in sé, non un mezzo per qualcos'altro.

Lezione 25 (6/12/2024)

Tesi di laurea.

È un'attività formativa e non un elaborato finale. Imparare cose che si imparano solo facendole.

Fino a 4 punti: in corso, almeno 3 lodi, qualità elaborato.

Restringendo si può poi allargare.

La scrittura costringe a costruire un'argomentazione, gli schemi no: il progetto va scritto come se fosse l'introduzione della tesi. La scrittura come pratica culturale che produce idee, non solo le organizza. Almeno 2/3 pagine consigliate. Verrà cambiato al 100%

Stato dell'arte su Annual Review of Anthropology

Metodo = dati di cui ho bisogno e come me li procuro

Domande per portare la prospettiva teoria sul piano della pratica. Ha senso il mio oggetto? che cambiamenti può portare? perché?

In base al valore che ha per noi la tesi capiremo a chi stiamo scrivendo.

Se preparo la tesi in Overseas devo mettere 12 cfu di preparazione tesi all'estero??

farsi quaderno con indice e numeri di pagina

Prima di scrivere fare una bozza dell'indice per organizzazione generale

NON bisogna scindere la parte teorica da quella di campo. Non bisogna riassumere gli autori, ma utilizzarli per problematizzare quanto emerso tramite l'analisi di campo. Si fa costruendo un indice partendo dai nuclei tematici emersi dalla ricerca di campo. Ogni capitolo deve essere un dialogo tra letteratura e dati emersi dal campo.

Evitare le generalizzazioni (“Occidente”, “umanità”, etc)

Revisione, revisione, revisione: l'illuminazione per superare il blocco arriva dalla revisione. Inizia a scrivere anche con la confusione, revisionando arriva l'illuminazione. L'illuminazione non arriva dalla visione, ma dalla revisione.