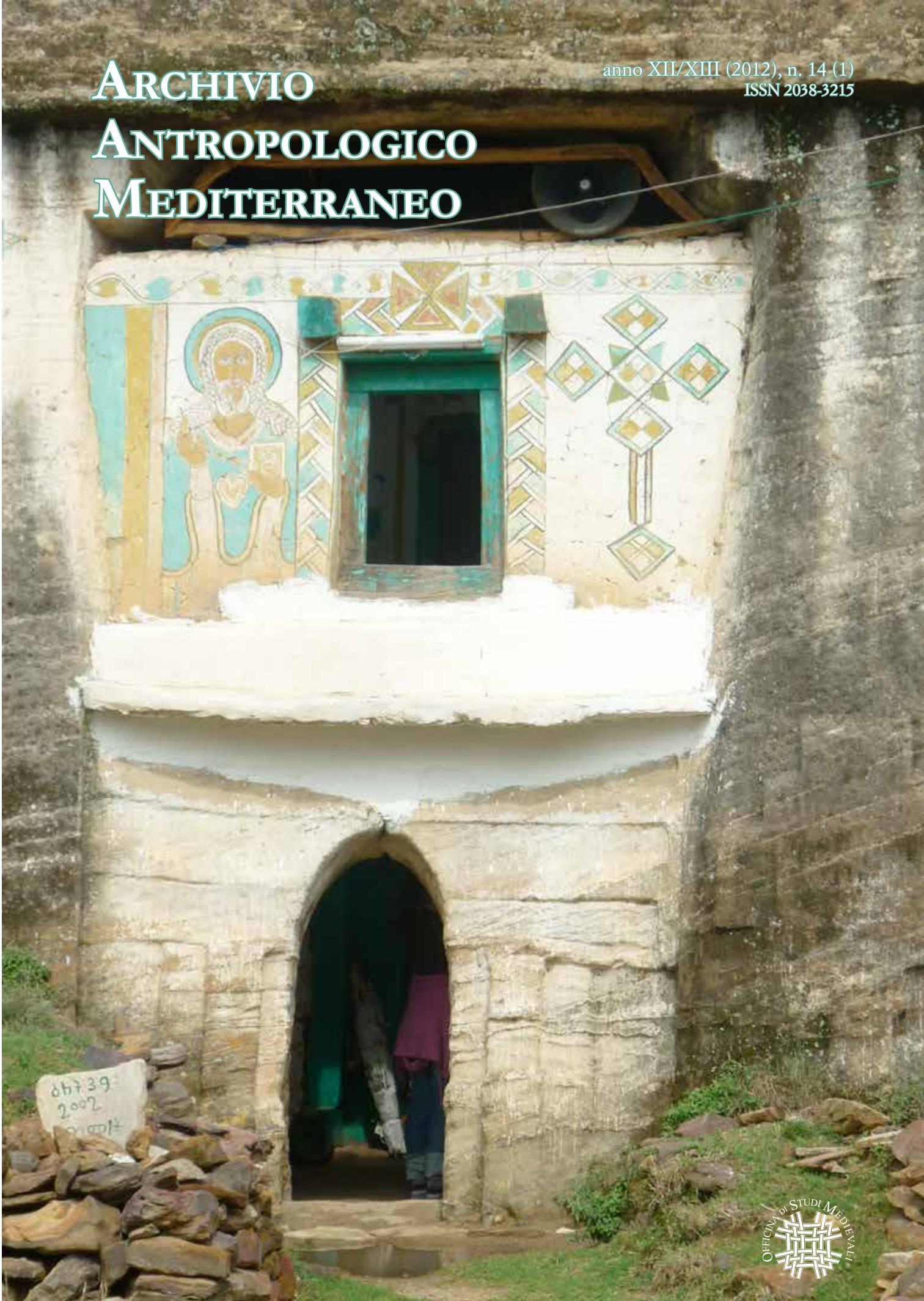


ARCHIVIO ANTROPOLOGICO MEDITERRANEO

anno XII/XIII (2012), n. 14 (1)
ISSN 2038-3215



ARCHIVIO ANTROPOLOGICO MEDITERRANEO on line

anno XII/XIII (2012), n. 14 (1)

SEMESTRALE DI SCIENZE UMANE

ISSN 2038-3215

Università degli Studi di Palermo
Dipartimento di Beni Culturali, Storico-Archeologici, Socio-Antropologici e Geografici
Sezione Antropologica

Direttore responsabile
GABRIELLA D'AGOSTINO

Comitato di redazione
SERGIO BONANZINGA, IGNAZIO E. BUTTITTA, GABRIELLA D'AGOSTINO, FERDINANDO FAVA, VINCENZO MATERA,
MATTEO MESCHIARI

Segreteria di redazione
DANIELA BONANNO, ALESSANDRO MANCUSO, ROSARIO PERRICONE, DAVIDE PORPORATO (*website*)

Impaginazione
ALBERTO MUSCO

Comitato scientifico

MARLÈNE ALBERT-LLORCA

Département de sociologie-ethnologie, Université de Toulouse 2-Le Mirail, France

ANTONIO ARIÑO VILLARROYA

Department of Sociology and Social Anthropology, University of Valencia, Spain

ANTONINO BUTTITTA

Università degli Studi di Palermo, Italy

IAIN CHAMBERS

Dipartimento di Studi Americani, Culturali e Linguistici, Università degli Studi di Napoli «L'Orientale», Italy

ALBERTO M. CIRESE (†)

Università degli Studi di Roma «La Sapienza», Italy

JEFFREY E. COLE

Department of Anthropology, Connecticut College, USA

JOÃO DE PINA-CABRAL

Institute of Social Sciences, University of Lisbon, Portugal

ALESSANDRO DURANTI

UCLA, Los Angeles, USA

KEVIN DWYER

Columbia University, New York, USA

DAVID D. GILMORE

Department of Anthropology, Stony Brook University, NY, USA

JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ ALCANTUD

University of Granada, Spain

ULF HANNERZ

Department of Social Anthropology, Stockholm University, Sweden

MOHAMED KERROU

Département des Sciences Politiques, Université de Tunis El Manar, Tunisia

MONDHER KILANI

Laboratoire d'Anthropologie Culturelle et Sociale, Université de Lausanne, Suisse

PETER LOIZOS

London School of Economics & Political Science, UK

ABDERRAHMANE MOUSSAOUI

Université de Provence, IDEMEC-CNRS, France

HASSAN RACHIK

University of Hassan II, Casablanca, Morocco

JANE SCHNEIDER

Ph. D. Program in Anthropology, Graduate Center, City University of New York, USA

PETER SCHNEIDER

Department of Sociology and Anthropology, Fordham University, USA

PAUL STOLLER

West Chester University, USA



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PALERMO
Dipartimento di Beni Culturali
Storico-Archeologici, Socio-Anthropologici e Geografici
Sezione Antropologica



fondazione ignazio buttitta

Documentare

5 Jean Cuisenier, *Navires, navigateurs, navigations aux temps homériques*

15 Caterina Parisi, *I popoli tra "natura e cultura" nelle Storie di Erodoto*

27 José Antonio González Alcantud, *Hércules, héroe mediterráneo, en la tradición fundacional de las ciudades andaluzas*

Ragionare

47 Pino Schirripa, *Grossisti, farmacie, ONG e medicina tradizionale. Il mercato dei farmaci tra pubblico e privato in Tigray (Etiopia)*

57 Giovanni Orlando, *The dilemmas of anthropology 'at home' when your home is Sicily: between problem-solving critique and appreciative inquiry*

Ricerca

65 Aurora Massa, «*Non sapevo che bisognasse tenerlo nascosto*». *Associazionismo e nuove forme di cittadinanza nella gestione dell'AIDS a Mekelle*

77 Alessia Villanucci, *Una «medicina tradizionale moderna» tra istituzioni politiche e associazioni di guaritori in Tigray (Etiopia)*

87 Francesca Meloni, «*Il mio futuro è scaduto*». *Politiche e prassi di emergenza nelle vicende dei rifugiati in Italia*

97 Metis Bombaci, «*Arabi della panna*». *Dominio e dissenso tra i palestinesi-israeliani di Cana*

109 Leggere - Vedere - Ascoltare

113 Abstracts

In copertina: ingresso di una chiesa rupestre, Tigray, Etiopia (foto di Pino Schirripa)

Pino Schirripa

Grossisti, farmacie, ONG e medicina tradizionale. Il mercato dei farmaci tra pubblico e privato in Tigray (Etiopia)

1. Melat

Melat¹ vive a Mekelle, capitale dello stato federale del Tigray, in Etiopia. Ha 65 anni, è vedova e ha tre figlie. Assieme a loro divide un piccolo *compound* ad Adi Haki, uno dei quartieri della città che sta conoscendo una forte espansione abitativa e dove, senza soluzione di continuità, nuove e lussuose ville recintate da alte mura protette dal filo spinato si alternano a povere abitazioni spesso cadenti². Il suo *compound*, circondato da un muretto in pietra secca in rovina, è una abitazione minuscola e buia, con un piccolo terreno in cui vengono coltivate alcune piante. Le figlie di Melat, che vivono lì con lei, hanno avuto a loro volta dei bambini che abitano con loro. Uno di questi, Paul, ha un handicap fisico e mentale dovuto probabilmente a una sofferenza natale; un'altra, Ababa è sieropositiva fin dalla nascita ed è orfana: sua madre è morta di AIDS alcuni anni fa e adesso Ababa è allevata dalla nonna e dalle zie. Tutti gli adulti del *compound* sono donne: il marito di Melat è morto durante la guerra con l'Eritrea diversi anni fa, e i partner sessuali delle figlie, i padri dei loro bambini, sono spariti da diverso tempo, lasciando a queste donne il carico del mantenimento dei figli.

Sono andato diverse volte a trovare Melat nella sua casa; donna ospitale, mi ha sempre accolto cordialmente preparando assieme alle figlie il caffè nel modo cerimoniale e complicato che si usa in Etiopia³. Durante questi incontri, in una stanza illuminata solo dalla luce che arrivava dalla porta aperta e dominata dal grande letto in cui dorme buona parte della famiglia, abbiamo parlato di come riesca a destreggiarsi in una situazione difficile: solo una delle figlie lavora in maniera stabile, le altre hanno dei lavori occasionali. Abbiamo spesso parlato dei due ragazzini che hanno problemi di salute e del modo in cui essi vengono presi in carico. Melat non lavora, cura la casa e, da capofamiglia, gestisce i problemi dei due ragazzini. Mi ha raccontato, a più riprese, le loro storie.

Paul, che al momento dei nostri incontri aveva 11 anni, ha avuto una sofferenza neonatale che lo

ha lasciato gravemente menomato su tutto il lato destro del suo corpo. Fino a tre anni non riusciva a stare in piedi, poiché la gamba destra era più corta dell'altra e l'articolazione era praticamente anchilosata: per questo motivo per muoversi doveva gattonare. Aveva molte difficoltà inoltre a muovere il braccio e la mano era semiparalizzata. A tutto ciò si aggiungevano dei ritardi cognitivi e molte difficoltà a parlare. Melat mi raccontò che una volta un europeo che aveva incontrato, sapendo della situazione del ragazzino, le diede dei soldi affinché potesse affrontare delle cure ospedaliere che sperava potessero migliorare la situazione del bambino. Lei però preferì tenere quei soldi per la famiglia e continuare a curare Paul come aveva sempre fatto: con delle erbe tradizionali che coltivava nel suo terreno davanti alla casa e principalmente con una pianta chiamata in tigrino *gule*. Le cure comunque, a detta di Melat, avevano avuto una loro efficacia e Paul, seppur sempre menomato, mostrava, al momento del nostro incontro, segni di miglioramento. Negli ultimi tre anni, Melat si era pure recata più volte presso le fonti di acqua santa alla ricerca di un ulteriore miglioramento delle condizioni del ragazzo, e in modo particolare per la sua mano ancora quasi immobile. Diffuse su tutto il territorio etiopico, tali fonti, come descriverò meglio più avanti, sono la principale risorsa terapeutica di carattere religioso.

Nel giardino di Melat ci sono anche altre erbe medicinali che usa per la cura dei piccoli malanni delle figlie e dei nipoti, ma a volte anche, come per Paul, per malattie più serie e pericolose. Melat ha sicuramente fiducia nell'efficacia delle erbe, ma le usa anche per risparmiare il denaro dei farmaci o dei consulti con i terapeuti tradizionali. Lei non ha mai ricevuto nessun addestramento come guaritrice, e il sapere erboristico che detiene non è tanto quello della tradizione sapiente dei guaritori tradizionali, quanto invece quel sapere domestico sulle cure comune a molte donne tigrine che coltivano erbe mediche nei loro orti o che, a volte, si recano al mercato per comprarne da venditrici.

Il caso di Ababa è molto diverso. La bambina è sieropositiva fin dalla nascita, e questo fa sì che

lei possa usufruire del programma di cure gratuite che il governo etiope ha approntato per tutti i sieropositivi. Oltre a ricevere i farmaci antiretrovirali, Ababa compie regolarmente analisi cliniche e sua nonna la porta in ospedale ogni qual volta lei denunci un malanno, per verificare che questo non sia una conseguenza della sua sieropositività e per controllare le sue condizioni. Ababa ha quattro anni, è una bambina vispa e allegra.

Per i due nipoti Melat ha impiegato due strategie completamente differenti. Nel primo caso contando in maniera quasi esclusiva sul suo sapere domestico, cosa che in genere fa – almeno in prima istanza – per ogni malattia che si manifesti nel suo nucleo domestico. Nel caso di Ababa, la gratuità delle cure le ha permesso un comportamento diverso. Quella di Melat non è una storia poco comune in Tigray. Lavorando sui farmaci ho spesso potuto constatare come la varietà dei percorsi terapeutici, i differenti ricorsi alle risorse plurali di cura presenti sul territorio, dipenda da orizzonti ideologici, dalla compatibilità dei quadri culturali, da problemi strutturali ed economici (cfr. Massa 2010); tali dati però vengono giocati non solo entro una arena complessa delle terapie. I comportamenti paiono infatti, come mostra il caso su esposto, differenziarsi anche in ragione delle diverse possibilità concrete che, di volta in volta, gli attori sociali possono mettere in campo. Insomma potremmo dire che così come la malattia è una iscrizione sui corpi dell'ordine sociale (Fassin 1996), allo stesso modo l'utilizzo di differenti risorse di cura rimanda a una gestione legata alle condizioni materiali dell'esistenza, a una ineguaglianza nelle possibilità di accesso alle cure.

Dalla storia qui riportata, e che rimanda ad altre da me raccolte sul campo, emerge un atteggiamento che con De Certeau potremmo definire tattico. De Certeau ne *L'invenzione del quotidiano* definisce una opposizione tra strategia e tattica, dove la strategia è

il calcolo (o la manipolazione) dei rapporti di forza che divengono possibili dal momento in cui un soggetto dotato di una propria volontà e di un proprio potere (un'impresa, un esercito, una città, una istituzione scientifica) è isolabile. Essa postula un *luogo* suscettibile di essere circoscritto come *spazio proprio* e di essere la base da cui gestire i rapporti con obiettivi o minacce esteriori (De Certeau 2001: 70-71)

Insomma, la strategia, come puntualizza De Certeau nelle pagine seguenti, è un qualcosa che ha che fare con il potere, in questo caso con il potere di delimitare uno spazio, come spazio della contesa; di detenere il potere di un sapere che è funzionale

alla delimitazione di un luogo. Come dirò nel prossimo paragrafo, il sistema medico si configura come un luogo le cui regole vengono dettate dagli attori sociali che si ritrovano al suo interno. Trattandosi di un luogo di relazioni asimmetriche, non tutti gli attori sociali dettano le regole: alcuni le subiscono. Possiamo pertanto dire che all'interno del sistema medico, chi detiene il potere e il sapere che permettono di riconoscere un luogo (ad esempio le istituzioni sanitarie e burocratiche che definiscono il luogo e lo spazio della biomedicina e nel contempo le regole di accesso alle sue risorse; i guaritori tradizionali che definiscono anch'essi il loro spazio con le sue proprie regole di accesso) detta le regole, cioè crea le sue proprie strategie.

Al contrario, la tattica viene definita da De Certeau come:

l'azione calcolata che determina l'assenza di un luogo proprio. Nessuna delimitazione di esteriorità le conferisce un'autonomia. La tattica ha come luogo solo quello dell'altro. Deve giocare sul terreno che le imposto così come lo organizza la legge di una forza estranea. [...] Non ha dunque la possibilità di darsi un progetto complessivo né di totalizzare l'avversario in uno spazio distinto, visibile e oggettivabile. Si sviluppa di mossa in mossa. Approfitta delle "occasioni" dalle quali dipende, senza alcuna base da cui accumulare vantaggi, espandere il proprio spazio e prevedere sortite. Non riesce a tesaurizzare i suoi guadagni. [...] Deve approfittare, grazie a una continua vigilanza, delle falle che le contingenze particolari aprono nel sistema di sorveglianza del potere sovrano, attraverso incursioni e azioni di sorpresa, che le consentono di agire là dove uno meno se lo aspetta [...]. La tattica è determinata dall'*assenza di potere* così come la strategia si fonda sul postulato di un potere (De Certeau 2001: 73-74).

I modi differenziati con cui Melat agisce per tentare di curare i propri nipoti sono tattici perché si fondano su regole dettate da altri, da chi ha il potere di definirle, giocando sugli interstizi. All'interno di uno spazio in cui le regole di accesso alle risorse sono dettate da altri⁴, Melat approfitta delle occasioni, laddove queste si presentino, per avvantaggiarsene. In questo caso per rendere compatibili le necessità di cure con il povero bilancio familiare.

Quanto sto qui sostenendo presuppone una certa idea di sistema medico come campo di forze che va meglio definita e puntualizzata.

2. Il campo delle terapie e l'economia politica della cura

Assieme a Zuniga Valle, ho definito un sistema medico come:

L'insieme delle rappresentazioni, dei saperi, delle pratiche e delle risorse, nonché le relazioni sociali, gli assetti organizzativi e normativi, le professionalità e le forme di trasmissione delle competenze, che in un determinato contesto storico-sociale sono finalizzate a individuare, interpretare, prevenire e fronteggiare ciò che viene considerato come "malattia" o comunque compromissione di un "normale" stato di salute (Schirripa, Zúniga Valle 2000: 210).

A mio avviso, il vantaggio di tale definizione è che, nella sua ampiezza, permette di poter ragionare sulle tante e multiformi dinamiche sociali e culturali che si muovono entro e attorno i processi di salute e malattia. In tal modo consente di vedere un sistema medico nella sua complessità, tenendo conto dei differenti attori sociali che vi sono coinvolti, dai pazienti ai diversi operatori. Tale definizione però fa sì che si possa riflettere al contempo sulle forme di trasmissione dei saperi, e in modo particolare sulle istituzioni, formali o informali, preposte a trasmetterli; ma anche su quelle che, riconoscendo un dato sapere come terapeutico, lo legittimano e lo regolano. Queste di fatto creano il campo terapeutico delimitandone gli ambiti, poiché definiscono cosa sia terapia e cosa non lo sia. Insomma, questa definizione ci permette di accostarci allo studio dei processi di salute e malattia tenendo in conto le molteplici dimensioni coinvolte. Non ultime quelle legate ai processi sociali ed economici, nonché alla dimensione della competizione tra le varie risorse presenti, che di fatto significa, nei sistemi medici plurali, la competizione tra differenti tradizioni di cura che agiscono all'interno dello stesso campo.

Considerato che i processi di salute e malattia coinvolgono attori diversi e che nella loro gestione sono presenti risorse differenti in competizione tra loro, è possibile che essi siano analizzati come un campo di forze, per come esso viene definito da Bourdieu (Bourdieu 1971a, 1971b, 1994).

Per il sociologo francese il campo di forze si definisce in base alle relazioni che, in un momento dato, vengono a determinarsi grazie all'agentività individuale dei differenti attori sociali che agiscono al suo interno, e ai rapporti di forza che si creano tra questi. Il campo è pertanto gerarchico e i diversi attori occupano posizioni differenti. Esso però non è una struttura statica, e i vari attori competono per mutare la propria posizione e quindi le relazioni

complessive al suo interno. In tale competizione ogni attore utilizza i vari tipi di capitale (economico, simbolico ecc.) che ha a disposizione per mantenere o trasformare la sua posizione e quindi l'insieme delle relazioni di potere.

Se si guarda al sistema medico come a un campo di forze diviene possibile, a mio avviso, meglio analizzare le dinamiche sociali al suo interno, tenendo in conto le relazioni di potere e i differenti modi in cui ogni attore utilizza i capitali sociali, simbolici e così via che ha a disposizione. Una tale analisi non può però prescindere dalle condizioni materiali di esistenza degli attori sociali coinvolti, come ben dimostra l'esempio di Melat. Riflettere su tali condizioni è essenziale poiché consente di mettere al centro dell'analisi quelle dimensioni economiche che spesso le indagini antropologiche non prendono sufficientemente in considerazione, e che invece appaiono centrali, soprattutto oggi, in quei contesti in cui l'ideologia neoliberale ha fatto breccia, e il mercato si impone pervasivamente come il regolatore di ogni realtà sociale. Già nel 1992 Fassin definiva l'insieme dei processi di salute e malattia come uno spazio regolato dalle leggi della domanda e dell'offerta, riferendosi a essi come al «mercato della salute». Scrive infatti l'antropologo francese:

il malato può scegliere tra le erbe del giardino, i rimedi magici del guaritore, gli scritti coranici del marabutto, i farmaci moderni del venditore ambulante, le ricette prescritte dal medico del quartiere. Allo stesso modo su questo mercato possono intervenire come rappresentanti della popolazione i membri del comitato di salute, i guaritori possono cercare di associarsi per meglio difendere i loro interessi professionali, i marabutti muridi possono controllare la maggior parte della vendita illecita dei farmaci. Gli scambi si fanno nel quadro di una economia monetaria dove non sono solo la diagnosi e il trattamento a essere l'oggetto dei pagamenti in denaro, ma anche il potere politico, la gestione sanitaria, il commercio farmaceutico (Fassin 1992: 340).

Questa vivida immagine mostra chiaramente quanti siano gli attori sociali che si possono trovare nel campo di forze delle terapie e quanto siano multiformi e complesse le poste in gioco; soprattutto però mostra come gli elementi più evidentemente di mercato si impongano come centrali.

Questi elementi diventano ancora più evidenti nel momento in cui concentriamo l'analisi sui farmaci, proprio per quell'aspetto di materialità del farmaco su cui tornerò in seguito. Considerare il sistema medico partendo dalla costruzione delle relazioni di potere al suo interno, degli elementi di

transazione economica – del mercato delle terapie per come lo definisce Fassin – e delle condizioni materiali di esistenza degli attori sociali di volta in volta coinvolti, permette di guardarlo attraverso la lente di ciò che potremmo definire una “economia politica della cura”. Maghan Keita, discutendo del sistema medico senegalese, parla proprio di una sua analisi in termini di economia politica della cura. Riferendosi ai conflitti al suo interno sostiene che:

essi sono segni di una competizione per le clientele e per le risorse che sono limitate. La competizione entro il sistema medico significa una competizione in termini di economia politica [...]. L'economia politica considera le condizioni materiali decisive nella formazione della vita sociale e nell'esplorazione delle dinamiche sociali [...]. Poiché si tratta di riflettere sulle condizioni materiali, l'enfasi deve essere sul controllo della distribuzione delle risorse (Keita 2007: 6-7)

Secondo Keita, occorre parlare di economia politica perché sono al centro dell'analisi: «a) il modo in cui le risorse sono controllate e distribuite; b) le interazioni umane che sono sia il catalizzatore che la conseguenza di tale controllo e distribuzione» (Keita 2007: 3).

La storia di Melat va quindi situata all'interno di un complesso campo di forze, la cui analisi permetterà da un lato di meglio far emergere il valore tattico delle sue scelte, e dall'altro di descrivere alcuni degli attori presenti sulla scena e definire il loro ruolo entro il mercato dei farmaci di Mekelle.

Per far questo però occorre preliminarmente dare una definizione di farmaco, abbastanza ampia da permetterci di considerare tutte le forme materiali di cura delle tradizioni terapeutiche presenti a Mekelle, nonché di descrivere brevemente il sistema medico.

3. Una definizione di farmaco

Riprendo qui, con piccole modifiche, una definizione di farmaco che ho già utilizzato altrove (Schirripa 2009). Si può definire, in prima approssimazione, come farmaco una data sostanza, o meglio un insieme di sostanze, che vengono percepite – in una data comunità e in un momento storico preciso – come efficaci per contrastare, e spesso per risolvere, ciò che in quello specifico contesto è considerato come “malattia”.

Il farmaco in tal modo può essere visto come parte di quel complesso insieme di teorie, atti e pratiche che costituiscono il processo terapeutico (Csordas, Kleinman 1990). Sia che venga ricavato

da sostanze vegetali, animali o minerali, o che invece sia il prodotto di un processo di sintesi chimica di laboratorio e, allo stesso tempo, tanto che si pensi che la sua efficacia risieda nelle intrinseche qualità delle sostanze per il suo confezionamento – ad esempio l'azione chimica dei farmaci di sintesi della biomedicina –, quanto invece si ritenga che l'efficacia risieda nella correttezza delle azioni di chi prepara il prodotto o nel potere delle formule che accompagnano la sua produzione, il farmaco rappresenta nella sua materialità di oggetto concreto e visibile uno dei momenti tangibili del processo terapeutico (Van der Geest *et al.* 1996).

Naturalmente ciò vale per quegli atti terapeutici in cui tale oggetto tangibile è presente, poiché in tutti i contesti storico-sociali noti vi sono pratiche terapeutiche che non prevedono l'utilizzo di alcun tipo di sostanze definibili come farmaci: ad esempio il sacrificio ad una entità sovrumana, l'esorcismo, la terapia della parola nelle psicoterapeutiche occidentali, le preghiere di guarigione nelle chiese africane, in quelle pentecostali e in quelle carismatiche cattoliche.

La tangibilità del farmaco, la sua materialità, fa sì che esso assuma una particolare peculiarità all'interno del processo terapeutico. È la materialità del farmaco che appunto permette di guardare al sistema medico attraverso una lente particolare. I farmaci sono al centro di complesse transazioni – sia materiali sia simboliche – che concernono differenti fasi di quello che possiamo chiamare il “ciclo della vita” di un farmaco: dalla produzione all'assunzione⁵. In tal modo i farmaci contribuiscono a costruire le concrete relazioni tra i principali attori che si ritrovano nell'arena terapeutica: dai *policy-makers*, all'industria farmaceutica, ai commercianti, ai terapeuti – tanto di tipo biomedico che invece appartenenti ad altre tradizioni terapeutiche – e infine ai pazienti.

4. Il campo delle terapie a Mekelle

Il campo delle terapie a Mekelle si presenta come una arena plurale al cui interno convivono fianco a fianco diverse tradizioni terapeutiche, che spesso si contaminano tra loro. Esso quindi offre agli attori sociali una vasta possibilità di alternative terapeutiche. La presenza di diverse strutture biomediche, sia pubbliche che private, di diverse dimensioni e possibilità di intervento, va di pari passo con quella di operatori tradizionali, siano essi riferibili alla tradizione cristiana ortodossa o a quella islamica, e con quella di risorse più propriamente connesse alle strutture ecclesiastiche cristiano-ortodosse.

Per descrivere il campo delle terapie potremmo

iniziare collocando ognuno degli attori dell'arena all'interno della sua specifica tradizione terapeutica. Potremmo quindi discutere di un settore biomedico, di uno tradizionale e infine di uno religioso. Una tale suddivisione, per certi versi, offrirebbe una immagine abbastanza completa. In effetti a Mekelle si trovano ospedali, cliniche – sia pubbliche che private – così come strutture di assistenza sanitaria di base. Si tratta, in questo caso, di strutture che si riferiscono tutte alla biomedicina, e il personale che vi lavora, siano essi medici, infermieri o tecnici, nella loro relazione con i pazienti utilizzano appunto una prospettiva biomedica. A questo settore vanno ascritte anche le farmacie e i *drug-stores* su cui mi soffermerò più a lungo in seguito.

Al settore tradizionale appartengono quelli che nella letteratura etnografica vengono solitamente definiti come «guaritori tradizionali». Sotto questo nome dobbiamo riunire figure diverse. Prima di tutto ci sono i *debtera*⁶ e i *mergeta*. Si tratta in questo caso di persone che hanno ricevuto una istruzione religiosa nelle istituzioni della chiesa ortodossa, che è la confessione cristiana egemonica in Etiopia. Normalmente essi hanno un ruolo all'interno della liturgia, ma al di là del loro ruolo religioso, lavorano come terapeuti, usando nella loro attività preghiere (*digam*), amuleti che essi stessi fabbricano (*asmat*), e erbe mediche. Di norma essi apprendono il loro sapere medico durante gli anni di studio all'interno delle scuole religiose. La conoscenza terapeutica non è parte dell'insegnamento formale, ma alcuni allievi vengono scelti dai loro maestri come assistenti nelle loro pratiche terapeutiche. Accanto al maestro, l'allievo acquisirà man mano le conoscenze, che saranno poi accresciute attraverso l'incontro con altri sapienti e soprattutto attraverso il baratto o, a volte, l'acquisto di conoscenze con altri *mergeta* e *debtera* (Young 1975). Il loro lavoro terapeutico si svolge nelle loro abitazioni o in piccole stanze che affittano a questo scopo, comunque non in chiesa, poiché la loro attività terapeutica è vista come un qualcosa di distinto dal loro ruolo religioso e che non pertiene alla chiesa. Almeno una buona parte di loro è guardata con sospetto dalla gente che crede che abbiano relazioni con il demonio che li aiuta nella loro pratica terapeutica. Vi sono anche terapeuti mussulmani, chiamati *sheik*, che nella loro attività seguono per lo più i precetti religiosi e terapeutici dell'Islam. Va però notato che vi sono casi in cui un guaritore può dichiarare di essere *debtera* e *sheik*, o comunque aver avuto un doppio addestramento (Villanucci 2011). Vi sono infine quelli che possiamo chiamare guaritori domestici; cioè persone, principalmente donne, che sono in grado di riconoscere, attraverso diversi procedimenti diagnostici tra cui a volte i sogni, e di curare un

numero limitato di malattie, spesso non di grande entità. Normalmente essi lavorano all'interno delle proprie famiglie e del vicinato. Vi sono infine i conciaossa e le levatrici tradizionali⁷. Al settore tradizionale vanno inoltre ascritte le venditrici di erbe mediche. Si tratta di donne che vendono ai mercati erbe che vengono usate per la cura di alcune malattie o anche per la prevenzione dell'azione negativa del malocchio o degli spiriti. In genere tali donne non hanno avuto alcun addestramento e la loro conoscenza delle erbe si basa su quel sapere terapeutico diffuso e comune cui si faceva riferimento più sopra parlando di Melat.

Il terzo settore è quello che può più propriamente essere definito come religioso. In esso si ritrovano le pratiche terapeutiche che riconducono direttamente alla chiesa ortodossa. Di fatto tali pratiche ruotano intorno alle fonti di acqua santa (*mai chellot*), molto diffuse in tutta l'Etiopia: nella sola Mekelle ve ne sono almeno 11. Nelle *mai chellot* la gente si reca per bagnarsi, per cospargere il corpo con il fango, comunemente detto *tsebel*, e infine per bere l'acqua santa per curare ogni genere di malanno o di sfortuna. Per i fedeli ogni genere di malattia può essere curata in queste fonti, comprese quelle più serie come la TBC o l'AIDS. A frequentare le fonti non sono però solo i fedeli ortodossi: a volte vi si recano anche dei musulmani. Sono solo i pentecostali che, nella loro polemica contro gli ortodossi, non le frequentano, sostenendo che la loro efficacia sia dovuta all'azione maligna del demonio.

Se vogliamo pensare il sistema medico non come un qualcosa di statico, ma come un campo di forze dinamico e in continuo mutamento, la composizione di settori non può essere assunta però come un dato immutabile, né tantomeno possiamo pensare le relazioni che si intessono tra loro come date una volta per tutte. Al contrario, essi assumono precise posizioni all'interno del campo delle terapie proprio in virtù delle relazioni che li impegnano l'un l'altro e della peculiare storia della loro presenza e sviluppo in quel dato contesto.

Questi tre settori non sono quindi unità discrete, completamente separate l'uno dall'altro. Esistono invece aree di sovrapposizione, di scambio e di sincretismo nelle pratiche terapeutiche come nelle costruzioni nosologiche. Nel loro lavoro terapeutico, i guaritori tradizionali possono usare una terminologia biomedica, ad esempio nelle classificazioni nosografiche, o anche alcuni strumenti della terapeutica biomedica come le siringhe. Allo stesso modo, personale sanitario di formazione biomedica può discutere con i pazienti sull'utilità di rivolgersi a una risorsa tradizionale o religiosa⁸, o anche riferirsi a una peculiare patologia utilizzando i termini tradizionali al posto di quelli medici.

Tali aree di sovrapposizione e sincretismo non vanno però a segnare un *continuum* terapeutico tra i tre differenti settori. Si tratta invece di strategie di legittimazione, o comunque di acquisizione, volte a definire il ruolo di un attore sociale all'interno del campo delle terapie, sia in riferimento ad altri terapeuti che condividono lo stesso orizzonte di cura, sia alle altre tradizioni presenti nel campo.

5. I farmaci nel campo

Alessia Villanucci (2011) ha proposto una diversa descrizione del sistema medico. Piuttosto che suddividerlo in tradizionale, religioso e biomedico, lo articola, seguendo in ciò una prospettiva presentata da diversi informatori, invece in “pubblico”, “privato” e “caritatevole”. In quest'ultimo andrebbero riunite le ONG e tutte le associazioni di volontariato. Questo tipo di classificazione comporta che gli attori sociali vengano quindi riuniti diversamente da quanto proposto sopra. Per i fini della descrizione del sistema dei farmaci, ciò si rivela estremamente utile. Nel settore pubblico dovremmo riunire le strutture sanitarie statali, la distribuzione di farmaci di Stato e le farmacie pubbliche; in quello privato le cliniche private, le farmacie private, i guaritori tradizionali, le venditrici di rimedi tradizionali e le fonti di acqua santa⁹; infine, in quello caritatevole tutte le strutture sanitarie e le farmacie create e finanziate dalle ONG e in genere dalle organizzazioni di volontariato laiche o religiose.

Tanto la distribuzione che la vendita dei farmaci è pertanto presente in tutti e tre i settori. Il vantaggio di questa classificazione è che attraversa tutti i settori prima descritti, visto che, ad esempio, la medicina tradizionale si trova accanto alle farmacie e alle cliniche private nel settore privato, appunto. C'è però un ulteriore vantaggio ai fini del discorso che si sta qui facendo: spostarsi dalla griglia tradizionale/religioso/moderno a quella privato/pubblico/caritatevole significa spostare il fuoco dell'attenzione dalle attitudini e dagli orientamenti culturali a un piano più propriamente sociale, mettendo quindi maggiormente in luce le concrete possibilità di accesso alle risorse e quindi le relative ineguaglianze. In tal modo la storia di Melat può essere meglio compresa, e le tattiche con cui affronta le differenti situazioni di sofferenza della sua famiglia possono acquistare maggiore pregnanza.

Si tratta insomma di rendere in tal modo evidente come le tattiche dei pazienti si costruiscano a partire dalle loro condizioni materiali di esistenza, all'interno di un'arena in cui la logica di mercato e, quindi, le concrete possibilità di accesso alle risorse sono centrali. Utilizzare la griglia privato/pubblico/

caritatevole rende evidente come la posta in gioco non sia soltanto la compatibilità culturale di una tradizione di cura, quanto principalmente le concrete possibilità di accesso. Infine, in tal modo si può cercare di rendere chiaro come i comportamenti delle diverse istituzioni e dei differenti attori sociali si costruiscano proprio a partire dall'insieme delle relazioni che danno forma all'arena delle terapie.

Così come la descrizione delle relazioni tra le differenti tradizioni presenti nell'arena mi ha permesso, sia pur in maniera sintetica, di restituire profondità storica alla descrizione e, nel contempo, di dar conto di come tali rapporti si costruiscano a partire da asimmetrie di potere e da investimenti dei capitali che ogni tradizione ha a disposizione (Schirripa 2011), l'utilizzo di questa griglia permetterà di meglio comprendere come e per quali ragioni gli utenti differenzino i loro comportamenti. Credo che in tal modo si possa raccogliere l'invito di Paul Farmer (2007) di andare oltre «l'etnograficamente visibile» restituendo quindi spessore storico e sociale ai nostri resoconti⁹.

Dopo la guerra civile e la sconfitta della giunta militare del *Derg* che aveva depresso l'imperatore Haile Selassié, il nuovo governo etiopico, benché di ispirazione marxista, ha iniziato un forte programma di liberalizzazione economica, che ha comportato un forte ingresso di privati in tutti i settori dell'economia. Benché lo Stato mantenga una forte presenza nel settore sanitario, anch'esso ha conosciuto un fiorire di iniziative private, tanto nel campo delle strutture, ad esempio le cliniche, che in quello della distribuzione e vendita di farmaci.

Per descrivere il campo dei farmaci vorrei proprio iniziare dalla grande distribuzione. In essa ritroviamo sia la distribuzione pubblica che quella privata. Quella pubblica è controllata direttamente dallo Stato e fornisce le farmacie pubbliche e quelle ospedaliere¹¹ con farmaci prodotti in Etiopia o importati. Il prezzo dei farmaci è fissato dallo Stato e solitamente essi costano meno che nelle farmacie private. Il budget limitato fa sì che gli acquisti di Stato si concentrino su alcuni farmaci essenziali. Solitamente parte di tali acquisti sono finanziati attraverso gli aiuti internazionali che si dedicano a programmi specifici quali quelli per contrastare l'HIV-AIDS¹², la malaria e la TBC. A fianco della distribuzione pubblica esistono diversi grossisti privati. Anch'essi distribuiscono farmaci di provenienza locale e estera. A differenza della distribuzione pubblica che, come detto, fornisce principalmente le strutture pubbliche e in scarsa misura le farmacie private, quella privata si occupa principalmente della distribuzione nelle farmacie private. Buona parte dei farmaci che distribuiscono sono però di provenienza estera, sia occidentale che orientale o africana.

Non è possibile, comunque, classificare i farmaci di sintesi come un prodotto esclusivamente occidentale. Uno sguardo attento alla realtà locale, e alla circolazione locale dei prodotti farmaceutici, conduce infatti a una decostruzione dell'idea stessa di farmaco di sintesi come "prodotto occidentale". La decentralizzazione della produzione industriale cui si è assistito nelle ultime decadi, e il conseguente affacciarsi in maniera massiccia di nuovi protagonisti commerciali – principalmente alcuni paesi asiatici come la Cina o l'India, ma non solo – ha investito anche il mercato dei farmaci. I luoghi di produzione si sono moltiplicati e la distribuzione e la circolazione sono diventate molto più plurali. Tutto ciò è evidente se si guarda ai depositi di farmaci dei grossisti farmaceutici che operano a Mekelle o anche semplicemente osservando i medicinali presenti negli espositori delle farmacie e dei *drug-shops* della città: ai farmaci prodotti in Europa dalle grandi multinazionali come la GlaxoSmithKlein o la Merk si affiancano invece prodotti composti dagli stessi principi attivi e da eccipienti simili o uguali, che provengono da industrie di paesi asiatici – tanto dell'estremo che del medio oriente – da paesi africani o infine dalla stessa Etiopia¹³.

Come si diceva, le farmacie possono essere pubbliche o private. In genere quelle private sono molto più fornite, ma i prodotti sono anche più cari. Esistono tre tipi diversi di farmacie nel paese: le farmacie propriamente dette, i *drug-shops* e i *rural drug-shops*. La differenza tra questi è dovuta alla presenza di un farmacista laureato (nel caso delle farmacie), o di personale che ha ricevuto un grado minore di istruzione in Scienze farmaceutiche (negli altri due casi). Infine, anche il settore caritatevole per certi versi partecipa della distribuzione. In genere acquisisce i farmaci attraverso canali suoi propri o, nel caso di organizzazioni transnazionali quali la Croce Rossa, partecipando a grandi bandi internazionali che permettono loro di acquistare a basso prezzo grandi quantitativi di farmaci per poi distribuirli in varie nazioni, o infine acquistandoli grazie alle linee di credito che finanziano i progetti. I farmaci così acquisiti vengono poi distribuiti attraverso i canali di questo settore e possono essere acquistati a prezzi molto bassi, oppure, come è il caso di alcuni progetti di ONG, dati gratuitamente, soprattutto alle fasce economicamente più deboli. Vale la pena di sottolineare che un tale atteggiamento sicuramente meritevole è suscettibile però di effetti paradossali, perché chi non è eleggibile per ottenere il prodotto gratuitamente, rischia poi di trovarlo, a prezzo alto, solo nelle farmacie private: infatti lo Stato contando sul lavoro di queste ONG e enti caritatevoli non investirà sui farmaci su cui già loro sono impegnati, con il risultato che questi non

sono poi disponibili nelle farmacie pubbliche¹⁴.

Al settore privato, come si diceva, vanno ascritti anche i farmaci tradizionali. Questi sono in genere composti in cui si ritrovano elementi di origine vegetale, animale o minerale. La loro circolazione è, in genere, abbastanza limitata e generalmente diretta: il terapeuta prepara il rimedio che è poi usato dal paziente secondo le indicazioni che ha ricevuto. A differenza di quel che avviene in altri Paesi del continente, in cui il processo di legittimazione e di riconoscimento legale delle medicine tradizionali è in fase avanzata, in Etiopia né le associazioni di guaritori tradizionali, né i singoli terapeuti sono particolarmente attivi nella commercializzazione. Vi è comunque uno spazio di vendita in cui si ritrovano non tanto i farmaci tradizionali, ma le materie prime da cui sono composti – erbe e minerali – vendute al dettaglio. Nei vari mercati della regione infatti si trovano donne che vendono tali prodotti. La clientela di riferimento non è composta dai terapeuti. Dai colloqui avuti con loro è emerso infatti che giudicherebbero poco opportuno comprare i prodotti al mercato: ogni guaritore infatti deve procurarsi le materie prime da solo, sia direttamente, sia rivolgendosi a propri intermediari. Ciò è necessario per mantenere la segretezza sui composti usati, ma denota anche una pratica distintiva e, allo stesso tempo, di legittimazione: il guaritore infatti perderebbe il proprio prestigio se si rivolgesse a persone il cui sapere è certamente inferiore al suo. La clientela delle venditrici è composta di avventori casuali che si rivolgono loro per comprare prodotti da utilizzare nella cura di piccoli malanni quotidiani. Si tratta dunque di uno spazio interstiziale nel quale non è in gioco una conoscenza approfondita della nosologia tradizionale, né tantomeno dei composti terapeutici. Dalle interviste che ho condotto con diverse venditrici è emerso infatti che queste non hanno una conoscenza specifica dei rimedi tradizionali, né dell'universo nosologico di riferimento: nessuna di loro ha avuto un addestramento preciso, né una frequentazione assidua di guaritori che avrebbe potuto permettere loro di avere conoscenze più approfondite. Normalmente il loro sapere si limita a quella conoscenza domestica dei rimedi utilizzati per disturbi comuni, condivisa con la loro clientela. Non c'è nemmeno una tradizione familiare in questo tipo di commercio: le donne normalmente intraprendono questa attività perché i costi iniziali sono più bassi rispetto ad altri tipi di commercio. Va però detto che questo si basa su una serie di circuiti che spesso sono nazionali e a volte anche sovranazionali. Non tutte le erbe e i minerali provengono da luoghi vicini, infatti, e molto di rado sono frutto di una raccolta diretta da parte delle donne stesse. Esiste un circuito di ven-

dita all'ingrosso cui fanno riferimento le venditrici al dettaglio. Di norma i grossisti fanno credito alle dettaglianti che salderanno il debito una volta venduta la merce. Si tratta di una pratica di commercio che, sempre per quel che riguarda la vendita di rimedi terapeutici tradizionali, è stata descritta per il Ghana da Barbara Quarta (Quarta 2008). Anche l'acqua santa, secondo la definizione data più sopra di farmaco, rientra tra i farmaci. Essa è utilizzata direttamente nelle fonti, ma a volte i supplici fanno delle scorte che tengono a casa. La chiesa ortodossa detiene il monopolio di questa risorsa. Questo sia dal punto di vista della sua istituzione, che del controllo sull'utilizzo: ogni fonte infatti è soggetta alla supervisione dei sacerdoti.

Come si vede, la griglia pubblico/privato/caritatevole permette di tagliare trasversalmente i settori in cui il sistema medico viene di norma classificato nelle analisi degli antropologi, facendo così emergere da un lato i paradossi delle azioni caritatevoli, dall'altro, e forse è il punto principale, come siano le logiche del mercato ad orientare l'azione degli attori sociali. In un contesto dominato dall'ideologia neoliberista, il comportamento del terapeuta tradizionale che tenta di attrarre quella risorsa limitata che sono i pazienti, si discosta molto meno da quella del medico proprietario di una clinica privata di quanto i loro diversi universi culturali di riferimento e i loro differenti orizzonti di cura potrebbero farci pensare. Le stesse tradizioni di cura possono essere considerate come risorse simboliche di questo gioco: "tradizionale" e "biomedico" diventano, per certi versi, anch'essi un capitale simbolico da investire nell'arena delle terapie.

È in questo contesto che va letto il comportamento tattico di Melat. All'interno di un campo in cui altre forze hanno il potere di definire i luoghi, per esempio la medicina tradizionale o quella biomedica, e le regole di accesso, Melat si muove tatticamente perché gioca negli interstizi e approfitta degli spazi non per portare avanti una logica di sovversione, quanto invece per utilizzare le regole imposte per i suoi interessi immediati. Muovendosi in un campo definito da altre forze, i pazienti, con le loro tattiche multiformi e plurali, si riferiscono alle varie risorse per fronteggiare le necessità di cura.

periodi di campo, ed assieme a lei ho condotto i primi colloqui con loro. In seguito li ho rivisti da solo diverse volte. Ringrazio Aurora Massa per la collaborazione e per il confronto su questo e altri casi.

² Mekelle è la capitale del Tigray, uno degli Stati che compongono la Repubblica Democratica Federale dell'Etiopia, il cui ordinamento statale risale alla vittoriosa guerriglia contro la giunta militare del *Derg*. È una città di circa 350.000 abitanti che ha conosciuto nell'ultima decade un crescente sviluppo demografico e sociale, anche grazie alle politiche di sviluppo portate avanti dal governo centrale che è egemonizzato proprio dal partito tigrino (*Tigray People's Liberation Front*), divenendo il centro di attrazione anche per quanti abitavano nei villaggi e nelle cittadine vicine. Molta gente infatti continua a muoversi verso Mekelle in cerca di opportunità lavorative, migliori condizioni di vita e abitative e, infine, servizi sanitari. In effetti la maggior parte dei servizi sanitari, sia pubblici che privati, è concentrata nelle città, e qui i servizi risultano più equipaggiati. Va però detto che negli ultimi anni diversi ospedali sono stati costruiti in altre zone della regione.

³ In Etiopia, in determinate occasioni e all'arrivo di ospiti si usa compiere la cerimonia del caffè. In questi casi il caffè viene tostato all'istante e preparato davanti all'ospite, che dovrà servirsene tre volte, e accompagnato con *pop corn* zuccherato e frutta.

⁴ Il caso dell'accesso ai farmaci antiretrovirali è paradigmatico rispetto alle regole di accesso alle risorse e a chi le determina. In effetti tali programmi definiscono nel contempo i protocolli di cura e chi ha il diritto di accedervi, creando quindi delle condizioni di legittimità. È quello che Nguyen chiama «cittadinanza terapeutica» (Nguyen 2007)

⁵ Proprio Van der Geest, Reynolds Whyte e Hardon (1996) proponevano nella loro sistematizzazione una metafora biografica per il farmaco: l'analisi può concentrarsi su una o più fasi della sua vita. Queste vanno dal concepimento – cioè il momento della ricerca, in cui si vanno a definire i principi attivi e gli altri composti che formeranno il prodotto finito e gli obiettivi, cioè i suoi scopi terapeutici – fino alla sua assunzione da parte dell'utente, passando per la preparazione, la confezione, la commercializzazione, la distribuzione, la vendita.

⁶ Sulla figura del *debtera*, sul suo complesso rapporto con la gerarchia ortodossa e ancor di più sulla percezione ambivalente che ne ha la gente cfr. Young (1975).

⁷ In questo contributo non discuto delle levatrici tradizionali, per le quali rimando a Corrado (2011)

⁸ È ad esempio quanto ho visto fare allo psichiatra del

Note

¹ Tutti i nomi sono stati cambiati per mantenere l'anonimato delle persone. Sono stato introdotto a questa famiglia da Aurora Massa, con cui ho diviso diversi

Mekelle Hospital, che a volte discuteva con i familiari della possibilità di indirizzare un paziente, come complemento terapeutico, a una fonte di acqua santa.

⁹ Preferisco classificare le fonti di acqua santa tra le strutture private per due motivi. Innanzitutto perché sebbene non sia richiesto obbligatoriamente un pagamento, spesso i supplici lasciano offerte. In secondo luogo, e forse questa è la ragione principale, perché la retorica che sta dietro il loro utilizzo, differisce nettamente da quella caritatevole che ispira le ONG e le associazioni di volontariato.

¹⁰ È proprio descrivendo le relazioni ineguali nella loro profondità storica e dando conto di come le relazioni sociali, e ancor di più le patologie, siano generate in un contesto segnato da profonde ineguaglianze, che possiamo comprendere il quadro etnografico che ci sta davanti. È quanto ha fatto appunto Farmer ad Haiti. Sulla necessità di andar oltre l'etnograficamente visibile scrive: «La storia transnazionale della schiavitù, del debito e del disordine si perde nella vivida povertà, la cui comprensione sembra sfuggire alle analisi dei giornalisti e anche di molti antropologi, concentrati solitamente sull'etnograficamente visibile, su ciò che è lì di fronte a noi» (Farmer 2007: 18).

¹¹ È bene specificare che le farmacie ospedaliere sono aperte al pubblico e non forniscono farmaci ai soli utenti dell'ospedale.

¹² Fino a poco tempo fa lo Stato deteneva di fatto il monopolio dei farmaci antiretrovirali e dei programmi di cura per i sieropositivi e i malati di AIDS. In seguito ad alcuni accordi con compagnie private etiopi, da qualche tempo anche alcune cliniche private partecipano al programma di cura e distribuiscono i farmaci ARV. In esse, mentre la distribuzione dei farmaci rimane gratuita, le cure e le analisi cliniche hanno invece un costo, seppur minimo.

¹³ Nel paese vi sono diverse industrie farmaceutiche, le principali sono Epharm, Ethiopharma, e l'Addis Pharmaceutical Factory, il cui sito industriale si trova ad Adigrat, cittadina del Tigray non molto distante da Mekelle.

¹⁴ È un'osservazione che ha potuto fare tanto Alessia Villanucci, trattando il caso di una ONG italiana, quanto il sottoscritto attraverso colloqui e osservazioni presso la farmacia della Croce Rossa.

Bibliografia

- Bourdieu P.
1971a «Genèse et structure du champ religieux», in *Revue française de sociologie*, 12(3): 295-334.
1971b «Champ du pouvoir, champ intellectuel et habitus de classe», in *Scolies. Cahiers de recherches de l'École normale supérieure*, 1: 7-26.
1995 *Ragioni pratiche*, Il Mulino, Bologna; ediz. orig.: *Raisons pratiques. Sur la théorie de l'action*, Édition du Seuil, Paris, 1994.
- Corrado S.
2011 «Percezione del rischio ed efficacia: l'evento nascita in contesto urbano», in M. Pavanello, E. Vasconi (a cura di), *La promozione della salute e il valore del sangue. Antropologia medica e sanità pubblica*, Bulzoni, Roma: 243-253.
- Csordas T.J., Kleinman A.
1990 «The therapeutic process», in Johnson T., J. Sargent F. (eds.), *Medical anthropology. Contemporary theory and method*, Prager, New York: 11-25.
- De Certeau M.
2001 *L'invenzione del quotidiano*, Edizioni Lavoro, Roma; ed. or., *L'invention du quotidien* Gallimard, Paris, 1980.
- Farmer P.
2007 «Un'antropologia della violenza strutturale», in *Antropologia*, vol. monografico *Sofferenza sociale* a cura di I. Quaranta, 8: 17-49.
- Fassin D.
1992 *Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*, P.U.F., Paris.
1996 *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, P.U.F., Paris.
- Keita M.
2007 *A political economy of health care in Senegal*, Brill, Leiden-Boston.
- Massa A.
2010 «Health care seeking behaviours and sickness management», in P. Schirrippa (ed.), *Health system, sickness and social suffering in Mekelle (Tigray-Ethiopia)*, Lit Verlag, Münster: 99-129.
- Nguyen V.-K.
2007 «Attivismo, farmaci antiretrovirali e riplasmazione del sé come forme di cittadinanza biopolitica», in *Antropologia*, vol. monografico *Sofferenza sociale* a cura di I. Quaranta, 8: 71-92.

Quarta B.

- 2008 «La *Ghana Psychic and Traditional Healers Association* e i circuiti informali del commercio dei farmaci tradizionali», in M. Pavanello, P. Schirripa (a cura di), *Materiali di ricerca sulla medicina tradizionale in area nzema (Ghana)*, Edizioni Nuova Cultura: 47-58.

Schirripa P.

- 2009 «Postfazione. Delle ricette e di altri destini. L'antropologia del farmaco tra prescrizione, uso e resistenze», in S. Fainzang, *Farmaci e società. Il paziente, il medico e la ricetta*, Franco Angeli, Milano: 143-148
- 2011 «I percorsi dei farmaci nel campo delle terapie di Mekelle», in M. Pavanello, E. Vasconi (a cura di), *La promozione della salute e il valore del sangue. Antropologia medica e sanità pubblica*, Bulzoni, Roma: 231-241.

Schirripa P., Zúniga Valle C.

- 2000 «Sistema medico», in *AM. Rivista della società italiana di antropologia medica*, 9-10: 210-222.

Van der Geest S., Reynolds Whyte S., Hardon A.

- 1996 «The anthropology of pharmaceuticals: a biographical approach», in *Annual Review of Anthropology*, 25: 153-178.

Villanucci A.

- 2011 «Pluralismo medico e mercato delle terapie a Mekelle», in M. Pavanello, E. Vasconi (a cura di), *La promozione della salute e il valore del sangue. Antropologia medica e sanità pubblica*, Bulzoni, Roma: 193-203.

Young A.

- 2000 «La magia come “semi-professione”. L'organizzazione della magia e della guarigione magica presso gli Amhara», in P. Schirripa, P. Vulpiani (a cura di), *L'ambulatorio del guaritore. Forme e pratiche del confronto tra biomedicina e medicine tradizionali in Africa e nelle Americhe*, Argo, Lecce (ediz. orig. «Magic as “quasi-profession”: the organization of magic and magical healing among Amhara», *Ethnology*, 14 (3): 245-265, 1975).

JEAN CUISENIER
Centre national de la recherche scientifique, Paris
jean.cuisenier@wanadoo.fr

Navi, navigatori, navigazioni ai tempi di Omero

Disponiamo dei mezzi per fissare le idee ed affinare le nostre conoscenze sulle navi, i navigatori e le navigazioni ai tempi omerici, tra il XIII e il X secolo a.C., epoca di riferimento dei testi omerici, e tra il VIII e il VII secolo, quando il testo epico viene fissato nella scrittura? In seguito alla spedizione in barca a vela che l'autore ha diretto sulle presunte strade di Ulisse secondo l'*Odissea*, è possibile precisare e verificare con l'esperienza le caratteristiche tecniche delle navi armate dall'eroe e dai suoi marinai, i *pentekontores*. I testi mostrano la composizione e le capacità degli equipaggi, quali erano le manovre e le pratiche utilizzate per le grandi navigazioni. L'autore, con la collaborazione di un architetto navale, riesce a proporre in scala la ricostruzione grafica di una nave di questo tipo. Il disegno così prodotto è abbastanza dettagliato e preciso da fornire gli elementi pertinenti per l'elaborazione di un modellino su scala ridotta in tre dimensioni, e anche, se si proponessero dei mecenati, per dare le informazioni cifrate e i piani preliminari adeguati per ricostruire, un giorno, una nave da guerra dell'epoca omerica capace di navigare.

Parole chiave : Odissea; Marinaio; Vela; Architettura navale; Nave da guerra.

In homeric age boats, seamen and sailings

May we pick up the means to fix our ideas and refine our knowledge on the boats, the seamen and the sailing in the Homeric times ? i.e. in the XIII-X centuries before J.-C., the age what the Homer's text refers to, or in the VIII-VII centuries, the age when the epic text was for the first time written? Following the sail expedition, steered by the author, on the supposed sailing ways of Odysseus, according to Greek text, one can clarify and by experience verify the technical characteristics of the boats managed by the hero and his seamen, the pentekontores. How were the crews collected and composed ? What were the capabilities of the crews ? How the boats were operated ? How the commanders and the pilots managed long sailing ? The author propose, with the help of a naval architect, to graphically recreate a boat of this type, at scale. The drawings so designed are enough detailed and accurate to supply the pertinent elements in order to build a three dimensions model, and indeed, with the help of some patrons or « mecenés », in order to give the numeral figures and the preliminary plans suited to rebuild, maybe, an Homeric age sail war-boat.

Keywords: *Odyssei; Seafarer; Sail; Naval-architecture; War-boat*

CATERINA PARISI
Università degli Studi di Palermo
Dipartimento di Beni Culturali, Storico-Archeologici,
Socio-Antropologici e Geografici
caterina_parisi@hotmail.it

I popoli tra "natura e cultura" nelle Storie di Erodoto

Le *Storie* di Erodoto di Alicarnasso hanno svolto un ruolo fondamentale non solo nel campo della storiografia, ma anche in quello dell'etnografia. Le parti etnografiche, infatti, occupano la prima metà dell'opera e in esse lo storico ha potuto inserire i dati raccolti su usi e costumi di quei popoli che egli stesso aveva osservato nel corso dei suoi viaggi. L'articolo si propone di rintracciare e analizzare, in particolare, le informazioni relative alle abitudini alimentari allo scopo di risalire, sulla base di esse, al livello di civiltà del popolo che le adotta. A seguito dell'analisi dei comportamenti alimentari, i popoli verranno distinti nelle categorie lévistraussiane del "crudo" e del "cotto". In questa analisi verranno altresì segnalate tutte quegli scenari in cui le categorie strutturaliste non sono in grado di definire adeguatamente la complessità del variegato panorama umano raccontato dalle *Storie*.

Parole chiave: Erodoto; Cotto; Crudo; Agricoltura; Nomadismo.

"Nature and culture" people in Herodotus' Histories

The Histories of Herodotus of Halicarnassus played a fundamental role not only in the field of historiography, but also in that of ethnography. In fact, the ethnographical parts occupy the first half of the work. In these parts the historian entered data on uses and customs of those peoples which he observed during his travels. The article aims to gather and analyze, in particular, the information on eating habits in order to establish the level of the civilization of people by which they are adopted. After the analysis of eating behaviors, these peoples will be divided into the categories of "raw" and "cooked" conceived by C. Lévi-Strauss. In this paper will be also indicated all those scenarios where structuralist categories are not able to describe adequately the complexity of the various human panorama told by histories.

Keywords: *Herodotus; Cooked; Raw; Agriculture; Nomadism.*

JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ ALCANTUD
 Departamento de Antropología Social
 Facultad de Filosofía y Letras
 Campus de Cartuja
 jgonzal@ugr.es

Ercole, eroe mediterraneo, nelle tradizioni sulla fondazione delle città andaluse

Nel racconto di fondazione di molte città andaluse – Cadice, Siviglia e Granada soprattutto – Ercole, o i suoi predecessori o epigoni, compaiono come eroi fondatori. I tentativi di identificare dei padri fondatori delle città andaluse cercano di recuperare il racconto dell'Antichità di fronte al periodo islamico. La presenza di questi racconti diverrà più forte nei secoli XVI e XVII, soprattutto nei cronisti delle "antichità ed eccellenze" delle città andaluse. La presenza del Mediterraneo e dei suoi eroi, soprattutto il diluviano Tubal e dell'Ercole greco-africano, sarà una costante.

Parole chiave: Andalusia; Racconti di fondazione; Ercole; Mediterraneo; Cronache spagnole

Hercules, Mediterranean hero, in the traditions on the foundation of Andalusian towns

In the foundation story of several Andalusian towns – Cadix, Sevilla and Grenada above all – Hercules or his predecessors or epigones appears as founding heroes. The attempts to identify founding fathers of Andalusian towns try to recover the Antiquity's tale against the Islamic period. It is during the XVIth and XVIIth Centuries when these stories will gain a wider influence especially in the chroniclers of Andalusian town's "antiquities and excellences". The presence of the Mediterranean and its heroes, mainly the diluvian Tubal and the Greek-African Hercules, will be a constant.

Keywords: Andalusia; Foundation Stories; Hercules; Mediterranean; Spanish Chronicles

PINO SCHIRRIPIA
 Università degli Studi di Roma "La Sapienza"
 Dipartimento di Storia, Culture, Religioni
 pino.schirripa@uniroma1.it

Grossisti, farmacie, ONG e medicina tradizionale. Il mercato dei farmaci tra pubblico e privato in Tigray (Etiopia)

Dopo la guerra civile e la sconfitta del DERG (1991), il nuovo governo etiopico ha dato inizio a una politica di liberalizzazione economica. Questa ha coinvolto anche il settore sanitario, che ha visto la nascita di nuove imprese sia nel settore clinico sia in quello della distribuzione e

vendita di farmaci; oggi in Etiopia nel settore farmaceutico coesistono strutture pubbliche e private.

L'articolo fornisce un quadro dell'organizzazione della distribuzione dei farmaci in Tigray attraverso l'analisi delle politiche dei grossisti pubblici e privati. Si illustra anche il mercato dei farmaci analizzando i differenti tipi di venditori (farmacie pubbliche e private, *drug-shops* e *rural drug-shops*), le ONG e il mercato informale della medicina tradizionale, focalizzandosi su come gli individui si muovano in questo complesso sistema per far fronte ai propri bisogni di salute.

Parole chiave: Etiopia; Farmaci; Antropologia medica; Ong; Medicina tradizionale

Wholesalers, pharmacies, NGOs and traditional medicine. Market of drugs between public and private in Tigray (Ethiopia)

After the Civil War and the defeat of Derg (1991), the new government in Ethiopia has started a program of liberalization of economy. This has involved the health system too, giving rise to new health enterprises both in clinical sector and in distribution and selling of pharmaceutical drugs. As a consequence, nowadays in Ethiopia in the pharmaceutical sector there public and private facilities co-exist.

The paper gives a sketch of organization of distribution of drugs in Tigray Region through the description of the policies of public wholesalers and private ones as well. It illustrates also the market of drugs analyzing the different kinds of drug sellers (private and public pharmacies, drug-shops and rural drug-shops), the charity sector, and the informal market of traditional medicine focusing in how people cope with this complex context in facing their health and care needs.

Keywords: Ethiopia; Pharmaceuticals; Medical Anthropology; Ngo; Traditional Medicine

GIOVANNI ORLANDO
 giovanni.orlando79@gmail.com

The dilemmas of anthropology 'at home' when your home is Sicily: between problem-solving critique and appreciative inquiry

This article deals with problems of emotion and positionality stemming from my fieldwork in Palermo as a 'native anthropologist'. It begins with a brief narrative of the casual life circumstances that brought me to study the city, before critically analysing in section one the regional tradition of research. Since the 1970s, Sicily has been at the centre of scholarly debates largely dealing with negative aspects: dependency, honour and shame, mafia. After re-

viewing the main anthropological studies of the island, in section two I focus on the epistemology shared by these as examples of Mediterranean studies, and on how with time this field has changed. In section three I reflect on the possibilities offered by Appreciative Inquiry to anthropologists who currently study Sicily. Appreciative Inquiry starts with two closely related assumptions. First, that the topics we choose are fateful: they contribute in setting the stage for what we later discover. Secondly, that systems of knowledge grow in the direction of what they most actively ask questions about. It thus follows that if we want to deal with positive aspects of a given culture, we need to design research in a way that allows us to appreciate – to ask questions about – the positive, and not only the negative, within that culture. In the article's conclusion, I suggest the need to approach Sicilian culture(s) as a plural construct.

Keywords: Native ethnography; Sicilian anthropology; Mediterranean studies, Appreciative inquiry; Fairtrade/organic movements.

Il dilemma dell'antropologia 'a casa' quando la tua casa è la Sicilia: tra problem-solving e appreciative inquiry

L'articolo tratta la questione dell'emozione e del posizionamento derivanti dalla mia ricerca sul campo a Palermo come 'antropologo nativo'. Dopo un breve racconto delle circostanze casuali che mi hanno portato a studiare la città, nella prima parte compio un'analisi critica della tradizione di studi sull'area regionale. Dagli anni Settanta, la Sicilia è stata al centro di dibattiti accademici che in gran parte hanno riguardato aspetti negativi: dipendenza, onore e vergogna, mafia. Dopo una rassegna sui principali studi antropologici sull'isola, nella seconda parte mi occupo dei presupposti epistemologici condivisi da questi studi, esemplificativi delle tendenze degli studi sull'area mediterranea, e del loro cambiamento nel tempo. Nella terza parte rifletto sulle possibilità offerte dalla *Appreciative Inquiry* agli antropologi che attualmente realizzano ricerche sulla Sicilia. La *Appreciative Inquiry* ha come punto di partenza due assunti strettamente interconnessi. Primo, gli argomenti che scegliamo contribuiscono a predefinire il terreno di ciò che successivamente scopriamo. Secondo, i sistemi di conoscenza crescono soprattutto in direzione di ciò che costituisce l'oggetto delle questioni che vengono poste. Ne consegue che se vogliamo occuparci degli aspetti positivi di una determinata cultura, dobbiamo impostare la ricerca in un modo che ci permetta di apprezzare – di porre questioni a proposito di – gli aspetti positivi, e non solo negativi, di quella cultura. Nella conclusione, suggerisco la necessità di guardare alla(e) cultura(e) siciliana(e) come un costrutto plurale.

Parole chiave: Etnografia nativa; Antropologia della Sicilia; Studi mediterranei; *Appreciative inquiry*; Commercio equo e solidale/movimenti per il cibo biologico.

AURORA MASSA

Dipartimento di Scienze della Persona
Università degli Studi di Bergamo
aurora.massa@gmail.com

«Non sapevo che bisognasse tenerlo nascosto». *Associazione e nuove forme di cittadinanza nella gestione dell'AIDS a Mekelle*

I percorsi biografici e le pratiche quotidiane dei malati di AIDS resistono a ogni tentativo di ridurre la malattia a evento biologico. L'indagine etnografica condotta in Tigray (Etiopia) ha evidenziato infatti come i vissuti e le esperienze di malattia interagiscano con i significati simbolici che vi si addensano intorno e con l'apparato sanitario (locale e transnazionale, governativo e non-governativo) preposto alla prevenzione e alla gestione dell'epidemia.

In primo luogo, sarà esplorato il legame tra la pluralità delle concezioni dell'AIDS, le sue ricadute sociali e i tentativi dei pazienti di gestire e trovare una soluzione olistica al male. In secondo luogo, sarà esaminato l'apparato sanitario, come detentore di un potere che plasma categorie sociali, determina l'accesso a specifici diritti, modella pratiche corporee e al tempo stesso costituisce un campo per nuovi sensi di appartenenza e (bio)socialità. Un campo all'interno del quale le associazioni dei malati sperimentano nuove soggettività e innovative pratiche di educazione alla cittadinanza.

Parole chiave: Etiopia; AIDS; Associazione; Cittadinanza; Sistema medico

"I did not know I should keep it hidden". Associations and new forms of citizenship in the management of HIV-AIDS in Mekelle

The daily life and the biographical paths of HIV-positive people resist any attempt to reduce the sickness to a mere biological event. The ethnographical inquiry carried out in Tigray (Ethiopia) highlights how personal experiences of sickness are mold by both the symbolic meanings that are linked to AIDS and the (local and transnational, government and non-government) health apparatus preventing and managing the epidemic.

Firstly, I shed light on the close relationship between the plural conception of sickness, its social consequences and the attempt of HIV-positive people of managing and seeking for a holistic care of their affliction. Secondly, I analyze the health apparatus as a power that creates social catego-

ries, determines the conditions of access to specific rights, shapes bodily practices and as a field where new senses of belonging and (bio)sociality can arise. A field where the associations of sick people can experience new subjectivities and new practices of citizenship education.

Keywords: Ethiopia; AIDS; Associations; Citizenship; medical system

ALESSIA VILLANUCCI

Dipartimento di Scienze cognitive e della formazione
Università degli Studi di Messina
alessia.villanucci@gmail.com

Una “medicina tradizionale moderna” tra istituzioni politiche e associazioni di guaritori in Tigray (Etiopia)

Contestualmente alla decentralizzazione del sistema sanitario e all’apertura al libero mercato intraprese dal governo federale etiope, si assiste, da parte delle istituzioni, ad un rinnovato interesse nei confronti delle risorse terapeutiche tradizionali.

Dai risultati di una ricerca etnografica compiuta nella città di Mekelle, capitale dello Stato del Tigray, è emerso come intorno alla prospettiva della professionalizzazione dei guaritori convergono e si scontrino interessi molteplici e spesso divergenti, su scala locale, nazionale e transnazionale. In tale contesto, è la categoria stessa di “medicina tradizionale” a essere costantemente ridefinita e manipolata a seconda degli scopi perseguiti dai differenti attori in gioco.

Attraverso l’analisi delle strategie di legittimazione messe in atto dai guaritori tradizionali (e dalle loro associazioni) e l’esposizione di casi etnografici specifici, si mostrerà come la dicotomia tradizione-modernità risulti euristicamente inefficace nell’analizzare le dinamiche in atto in un contesto caratterizzato dalla coesistenza concorrenziale di una pluralità di risorse terapeutiche.

Parole chiave: Etiopia; Sistema medico plurale; Medicina tradizionale; Professionalizzazione; Strategie di legittimazione

A “traditional modern medicine” among political institutions and healers associations in Tigray (Ethiopia)

Together with the decentralization of the health system and the market liberalization started by the Ethiopian federal government, we have seen the institutions’ renewed interest toward traditional therapeutic resources.

The results of an ethnographic research carried out in Mekelle, the capital city of Tigray Regional State, have shown how multiple and often differing interests – at local, national and transnational level - converge and clash around

the prospect of the professionalization of traditional healers. In such a context, the category of “traditional medicine” is continuously redefined and handled in relation to the aims pursued by the different actors at stake.

Through the analysis of the strategies of legitimization enacted by the traditional healers (and their associations) and by showing particular ethnographic cases, the paper will show how the tradition-modernity dichotomy is heuristically ineffective in order to analyze the dynamics that shape a context characterized by the coexistence and competition of a plurality of therapeutic resources.

Keywords: Ethiopia; Plural medical system; Traditional medicine; Professionalization; Strategies of legitimization

FRANCESCA MELONI

McGill, Social and Transcultural Psychiatry
francesca.meloni@mail.mcgill.ca

“Il mio futuro è scaduto”: Politiche e prassi di emergenza nelle vicende dei rifugiati in Italia

Nel contesto italiano ed europeo di politiche basate sull’emergenza, molti rifugiati, soprattutto nei centri urbani, vivono in condizioni di emarginazione sociale. Nel 2007, a Torino, queste situazioni sono state rese visibili attraverso l’occupazione di un edificio, da parte di alcuni centri sociali e di rifugiati senza dimora. Basandosi su un’indagine etnografica svolta dal 2007 al 2009, questo articolo vuole indagare le prassi di diversi attori sociali – istituzioni, terzo settore, rifugiati – coinvolti nelle vicende, analizzando la complessità delle loro voci, motivazioni, strategie e relazioni. In particolar modo, l’articolo intende esaminare come i soggetti diventino “attori dell’emergenza”, relazionandosi a un contesto legislativo e sociale che dimentica e rimuove le alterità.

Parole chiave: Rifugiati; Politiche; Italia; Emergenza; Occupazione

“My future is expired”: Emergency refugees policies and practices in Italy

Within European and Italian policies based on emergency, many refugees in Italy, especially in urban contexts, do not find housing and live in situations of social exclusion. In 2007, in Torino, these emergency situations were made visible through the squatting of a building, led by refugees and squat centers. This article focuses on the practices of few subjects – institution, ngos, refugees – involved in these emergency situations, analyzing the complexity of their voices, stakes, strategies and relations. The article particularly examines how these subjects become “actors of emergency”, within a social context which forgets and

removes the other. The research draws on an ethnographic fieldwork carried out from 2007 to 2009.

Keywords: Refugees; Policies; Italy; Emergency; Squatting

METIS BOMBACI

Centro Studi Territoriali *Ddisa* di Lentini (SR)

metisb@hotmail.it

“Arabi della panna”. Dominio e dissenso tra i palestinesi-israeliani di Cana

L'articolo ha per argomento i modi in cui le forme concentrate dei poteri, il dissenso e il disagio si intrecciano nel particolare vissuto dei palestinesi-israeliani di Cana (Israele). Tra il 2007 e il 2008 una serie di suicidi e tentati suicidi tra minorenni induce le autorità israeliane ad inserire la cittadina in un programma ministeriale nato per indagare sul *problema*.

L'articolo non fornisce risposte a queste morti, ma descrive, per frammenti, il contesto nel quale sono maturate. I giovani palestinesi-israeliani di Cana vivono ad un tempo due diversi paradigmi identitari: il modo palestinese, quello appreso in famiglia, propagandato dalle organizzazioni della resistenza o che viene dai racconti e dalle esperienze dei territori di Cisgiordania e della Striscia di Gaza e quello israeliano che domina le istituzioni politiche, economiche e culturali. A ciò vanno aggiunti gli effetti del dispiegarsi dei nuovi modelli di consumo che filtrano nelle case e sovrascrivono/annebbiano le domande continuamente poste dalla loro situazione quotidiana.

Parole chiave: Cana; Palestinesi-Israeliani; Poteri; Dissenso; Disagio

“Cream’s Arabs”. Domination and dissent between Israeli-Palestinians from Qana

This article concerns the way in which concentrated forms of power, dissent and hardship interweave with the particular personal experiences of Israeli-Palestinians from Qana (Israel). Between 2007 and 2008 a series of suicides and attempted suicides among minors have induced Israeli authorities to include the town into a ministerial program conceived to look into the problem.

The article does not give straight answers to those deaths; it describes instead the context in which they, and other forms of social distress, matured.

The young Israeli-Palestinians from Qana experience at the same time two different identitarian paradigms. The Palestinian paradigm, that may be learned in one’s family, propagandized by the organizations of resistance, or originated from the stories and experiences of the West Bank territories and the Gaza Strip. On the other hand, the Israeli paradigm dominates the political, economic and cultural institutions. Added to this are the effects of the unfolding of new consumption patterns acquired at home;

they overwrite/obfuscate the questions constantly posed in their daily life.

Keywords: Qana; Israeli-Palestinians; Power; Dissent; Hardship.

Istruzioni per gli autori

L'Archivio Antropologico Mediterraneo accetta contributi in italiano, francese, inglese, spagnolo. La redazione si occupa della valutazione preliminare dei contributi proposti (articoli, recensioni di libri, recensioni di iniziative di interesse antropologico, ecc.).

I membri del comitato scientifico, in stretta collaborazione con la redazione, possono proporre iniziative editoriali (numeri monografici, atti di convegni, ecc.).

Gli articoli ricevuti dalla redazione sono sottoposti, in forma anonima, al giudizio di uno o più membri del comitato scientifico o della redazione e a quello di un esperto esterno, secondo la procedura "a doppio cieco".

Il manoscritto definitivo, una volta accettato e redatto, secondo le norme fornite agli autori (scaricabili dal sito), deve essere inviato alla redazione in formato elettronico.

Gli articoli non supereranno le 20 cartelle (2000 battute per pag., complessivamente 40000 battute spazi e note inclusi). Le norme redazionali si trovano sul sito www.archivioantropologicomediterraneo.it. Contributi più lunghi possono essere accettati su parere favorevole dei lettori. Le eventuali illustrazioni dovranno essere inviate su CD alla redazione in formato JPG BASE 15 cm. I rinvii alle immagini all'interno del testo dovranno essere chiaramente indicati in questa forma: (Fig. 0).

Ogni immagine dovrà essere corredata di didascalia, dell'indicazione della provenienza ed eventualmente del copyright.

Ogni contributo dovrà essere accompagnato da:

- a) un abstract in italiano e in inglese (max. 1000 battute spazi inclusi);
- b) cinque parole chiave in italiano e in inglese;

Ogni autore dovrà indicare la sede di lavoro, e l'indirizzo elettronico. Le recensioni non supereranno le 20000 battute senza l'autorizzazione della redazione.

La presentazione dei volumi recensiti dovrà presentare: il nome e il cognome dell'autore in maiuscolo, il titolo dell'opera in corsivo, luogo e data di pubblicazione, numero di pagine, ISBN e l'immagine della copertina.

Per proporre un contributo scrivere a:

Gabriella D'Agostino: gabriella.dagostino@unipa.it

Ignazio E. Buttitta: ibuttitta@yahoo.it

Vincenzo Matera: vincenzo.matera@unimib.it

Redazione Archivio Antropologico Mediterraneo

Università degli Studi di Palermo

Dipartimento di Beni Culturali Storico-Archeologici, Socio-Antropologici e Geografici, Sezione Antropologica.

Piazza I. Florio 24, cap. 90139, Palermo.